



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

**Direction générale de la
santé**

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

**Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100
objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août
2004 relative à la politique de santé publique**

En partenariat avec

le Haut comité de la santé publique
la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
le Collectif inter-associatif sur la santé
les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
l'Institut de veille sanitaire
l'Institut national de la statistique et des études économiques
l'Institut national de la santé et de la recherche médicale
l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
les Unions régionales des caisses d'assurance maladie

Juillet 2005

SOMMAIRE

Introduction

9

Chapitre 1 : indicateurs de santé transversaux, informations de cadrage pour le suivi de la politique de santé publique

I Les indicateurs de cadrage démographique	12
II Les indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité	13
III Les indicateurs synthétiques globaux prenant en compte la morbidité et son retentissement	14
IV La contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population	16
V Les indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé	20

Chapitre 2 : indicateurs des 100 objectifs

■ Alcool

1 Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%	31
2 Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.	33

■ Tabac

3 Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	42
4 Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.	48

■ Nutrition et activité physique

5 Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) chez les adultes : passer de 42% en 2003 à 33% en 2008 (objectif PNNS).	53
6 Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3% chez les hommes et 14,4% chez les femmes actuellement à 8,5% et 10,8% d'ici à 2008.	56
7 Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive : passer de 4% des femmes en âge de procréer à 3%, de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% des enfants de 2 à 4 ans à 1,5%.	58
8 Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel.	61
9 Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008.	64
10 Faible consommation de fruits et légumes: diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS).	68
11 Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.	72
12 Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).	73
13 Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural.	79

■ Santé et travail

14 Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail	83
15 Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	87
16 Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	92
17 Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	95

■ Santé et environnement

18 Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie $> 100 \mu\text{g/l}$: passer de 2% en 1996 à 1% en 2008	98

2008.

19 Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m ³ (valeur guide de l'UE).	103
20 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NO _x , ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).	107
21 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.	114
22 Qualité de l'eau : Diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.	121
23 Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone.	126
24 Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'Ecologie, INRETS).	128
25 Qualité de l'eau : réduire de 50% l'incidence des légionelloses.	130

■ Iatrogénie

26 Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008.	134
27 Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.	143
28 Réduire d'1/3 la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.	148
29 Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques.	153

■ Résistance aux antibiotiques

30 Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G - CMI > 0,06 mg/l – de 52% (2001) à moins de 30% , avec moins de 5% de souches résistantes - CMI > 1mg/l - ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50% (2001) à moins de 30% ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5% en 2001)) et <i>S. aureus</i> (réduire le taux de souches résistantes à la méticilline de 34% à 25%).	157

■ Douleur

31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.	170
32 Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées, et dans les situations de fin de vie.	180

■ Précarité et inégalités

33 Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	184
34 Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans. .	187

■ Déficiences et handicaps

35 Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (9,5% des personnes en population générale selon l'enquête HID, Indicateur de Katz).	189

■ Maladies infectieuses

36 Infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).	192
37 Hépatites : réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.	198
38 Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008	203
39 Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50%), professionnels de santé (actuellement 21%), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65%) d'ici à 2008	208
40 Maladies diarrhéiques : diminuer de 20% d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).	214
41. Réduire l'incidence des gonocoques et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2	216
42 Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).	223
43 Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des Chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008.	232

▪ Santé maternelle et périnatale	
44 Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.	233
45 Réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1000 au lieu de 6,5) en 2008	237
46 Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité. Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité	244
47 Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.	247
▪ Tumeurs malignes	
48 Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.	255
49 Toutes tumeurs malignes : Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients. .	260
50 Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.	263
51 Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.	269
52 Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens.	271
53 Cancer colo-rectal : Définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.	272
▪ Pathologies endocriniennes	
54 Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80% des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire).	273
55 Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires. .	279
▪ Affections neuropsychiatriques	
56 Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.	285
57 Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité. .	293
58 Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs. .	297
59 Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus. .	303
60 Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.	309
61 Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.	311
62 Epilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie. .	312
63 Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients.	318
64 Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes.	322
65 Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie.	324
▪ Maladies des organes des sens	
66 Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques.	327
67 Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)	329
68 Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.	332
▪ Maladies cardio-vasculaires	
69 Obtenir une réduction de 13% de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : - cardiopathies ischémiques : de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008. - thromboses veineuses profondes : de 15% d'ici à 2008.	345
70 Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNs).	353
71 Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008 .	359
72 Accidents vasculaires cérébraux : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.	362

73	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.	367
▪ Affections des voies respiratoires		
74	Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).	370
75	Broncho-pneumopathie chronique obstructive : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.	380
▪ Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)		
76	Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.	384
▪ Pathologies gynécologiques		
77	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs. .	387
78	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.	389
79	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes. .	394
▪ Insuffisance rénale chronique		
80	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million).	396
81	Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.	401
▪ Troubles musculo-squelettiques		
82	Ostéoporose : réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)	404
83	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde.	409
84	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies.	413
85	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites	416
86	Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008.	421
87	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose.	425
▪ Affections d'origine anténatale		
88	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.	427
89	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes.	432
▪ Maladies rares		
90	(Maladies rares) Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge.	436
▪ Affections bucco-dentaires		
91	Réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)	439
▪ Traumatismes		
92	Suicide : réduire de 20% le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).	444
93	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.	449
94	Traumatismes liés à la violence routière : Réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008	452
95	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces.	459
▪ Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population		
96	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit).	461
97	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. .	468
98	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280-400 000 et de 100-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80-160 000 d'ici à 2008).	476
99	Chutes des personnes âgées : réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.	483
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.	489
▪ Pathologies chroniques et mesure de la qualité de vie, du handicap		
		496

Chapitre 3 : indicateurs régionaux**Annexes**

- Fonctionnement du groupe « projet » 546
- Participants aux groupes de travail et experts sollicités 549

Introduction

Un travail a été mené durant l'année 2004 sous l'égide de la DREES et de la DGS pour sélectionner et définir de façon opérationnelle les indicateurs prévus par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : indicateurs transversaux et indicateurs correspondant aux 100 objectifs de santé spécifiques inscrits dans ce rapport.

Ce rapport présente les indicateurs issus de ce travail, qui s'est appuyé sur la réunion d'un groupe composé des principaux producteurs de données sanitaires nationales et des principaux utilisateurs potentiels de ces indicateurs, auxquels ont été systématiquement associés des experts de chacun des thèmes considérés.

Ces indicateurs doivent d'abord contribuer à l'évaluation quinquennale de la politique de santé publique prévue par la loi. Dès 2006, des rapports annuels sur l'état de santé des Français seront produits à partir des indicateurs dont le suivi annuel est pertinent et possible.

Principes méthodologiques

Les objectifs de santé publique inscrits dans le rapport annexé à la loi portent le plus souvent sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé ou de l'exposition à un facteur de risque. Les indicateurs doivent donc en principe être le reflet le plus direct possible de ces états de santé ou de ces expositions. Leur définition a toutefois pu nécessiter des clarifications ou des interprétations de la formulation des objectifs de santé : ces clarifications figurent de façon explicite dans l'introduction de chacun des chapitres du présent rapport. Dans quelques cas, par exemple lorsque l'objectif fait explicitement référence à une stratégie d'action spécifique, ou lorsque l'état de santé visé n'est pas mesurable de façon régulière, il a été nécessaire de définir des indicateurs correspondant à des résultats d'actions ou de programmes, en complément ou à la place d'indicateurs de l'état de santé que ces actions cherchent à améliorer.

Les indicateurs retenus sont présentés ci-après, objectif par objectif. La présentation de chaque indicateur précise sa définition, l'origine et les modalités de recueil et d'analyse des données nécessaires à sa production, ainsi que ses qualités et son interprétation. La compatibilité des définitions proposées avec celles des indicateurs existants ou envisagés au niveau international, en particulier au sein de l'Union Européenne, a été systématiquement recherchée. La pertinence et la disponibilité de la production de chaque indicateur, ou d'indicateurs approchés, au niveau régional est envisagée de façon systématique, compte tenu de l'importance de ce niveau pour la mise en oeuvre de la politique de santé publique, et fait par ailleurs l'objet d'un travail complémentaire présenté dans la troisième partie de ce rapport.

Au-delà des indicateurs directement liés aux objectifs de santé spécifiques, l'appréciation de l'état de santé de la population repose également sur l'analyse d'indicateurs transversaux : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues, ou encore santé perçue, santé fonctionnelle, accès au soins, etc. Ces indicateurs transversaux sont la base des comparaisons internationales et permettent d'apprécier les performances d'ensemble du système de santé français. L'analyse des indicateurs transversaux indispensables à l'appréciation globale de l'état de santé de la population et au pilotage de la politique de santé est présentée dans le premier chapitre de ce rapport.

Chaque indicateur, transversal ou spécifique, représente un aspect de l'état de santé de la population à un instant donné. L'interprétation des évolutions ou de comparaisons d'indicateurs d'état de santé ou de recours aux soins nécessite de prendre également en compte des éléments de contexte, en particulier d'ordre démographique et socioéconomique. L'évolution de la structure par sexe et âge de la population s'accompagne d'une modification de son état de santé ; cet effet, bien connu, est généralement traité dans les statistiques nationales et internationales en construisant des indicateurs standardisés par sexe et âge. Mais les caractéristiques socioéconomiques des personnes ou des ménages doivent également être prises en compte pour analyser, par exemple, les disparités régionales de situations d'alcoolisation excessive, de suicide ou de recours aux examens de prévention. Les indicateurs de contexte ou les variables à prendre en compte, de même que les opérations de standardisation, de stratification ou d'ajustement indispensables pour les comparaisons régionales, internationales et temporelles ainsi que pour la compréhension des évolutions sont précisés dans la description de chaque indicateur.

Ces travaux ont servi de support à l'élaboration d'un cahier des charges des indicateurs à produire en vue de l'évaluation quinquennale de la politique de santé publique et de la production du rapport annuel sur l'état de santé des Français dont la première version sera réalisée début 2006.

Quelques constats sur les sources de données identifiées

Selon leur niveau de disponibilité, quatre catégories d'indicateurs ont été distinguées.

Les indicateurs accessibles, qui peuvent être calculés dès maintenant, sont le plus souvent construits à l'aide des grands systèmes d'information permanents (des fichiers administratifs, comme les fichiers de l'assurance maladie, les déclarations des causes médicales de décès, le PMSI, ou de grandes enquêtes périodiques comme l'enquête Santé et protection sociale -ESPS- de l'IRDES, le Baromètre santé de l'INPES, et l'enquête nationale Santé de l'INSEE...) Certains sont disponibles en routine sur une base annuelle, d'autres sur une base moins fréquente, mais régulière.

D'autres données sont potentiellement disponibles, mais leur utilisation pour obtenir les indicateurs souhaités nécessite certains approfondissements méthodologiques. C'est le cas, pour le PMSI, pour l'utilisation du chaînage des séjours des patients, par exemple. Certaines sources actuellement peu mobilisées mériteraient en outre des investigations supplémentaires, comme les données des centres d'exams de santé des caisses d'assurance maladie.

D'autres systèmes sont en cours de développement, comme le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), qui contient l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales anonymisées (PMSI...).

Certains des indicateurs correspondant aux objectifs inscrits dans le rapport annexé, enfin, ne peuvent être obtenus à partir des systèmes d'information actuels. Leur production nécessite un effort d'élaboration et de spécification ainsi que la définition des méthodes de recueil et d'analyse appropriées. Il s'agira alors souvent d'envisager des enquêtes *ad hoc*, notamment auprès des populations concernées ou des usagers du système de soins. La mise en oeuvre de ces opérations mobilisera des moyens statistiques spécifiques, et leur méthodologie comme leur périodicité devront être précisées et coordonnées. La définition des indicateurs les plus complexes nécessitera un effort de recherche, dont les résultats devront être intégrés par le système statistique et par les responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique de santé publique.

La production d'indicateurs au niveau régional

Seuls les indicateurs définis à partir des données exhaustives (données de mortalité, PMSI, ALD etc.) permettent d'obtenir directement les indicateurs souhaités au niveau régional ou infra-régional. Les dispositifs d'enquête portant sur des échantillons définis au niveau national permettent en revanche rarement de produire des indicateurs au niveau régional. La part respective des déterminants socio-démographiques et de déterminants spécifiquement régionaux peut dans certains cas être estimée par un travail de modélisation, pour extrapoler des estimations régionales à partir de données nationales en fonction des caractéristiques structurelles, démographiques et sociales, de la population de chaque région.

Il peut toutefois également être souhaitable de produire des estimations fondées sur des données locales : premièrement, lorsqu'il est important de prendre en compte les diversités régionales, pour ce qu'elles révèlent de l'état de santé des populations ou pour alimenter l'interprétation de la moyenne nationale ; deuxièmement, pour appuyer l'élaboration et le suivi des plans régionaux de santé publique et rendre compte de l'impact spécifique éventuel des politiques mises en oeuvre au niveau d'une région donnée. Les éléments disponibles sont présentés dans la dernière partie de ce rapport, avec un premier recensement des travaux originaux menés dans les régions, qu'il s'agisse d'expériences en matière de recueil de données, de recherches d'indicateurs approchés disponibles dans les sources existantes, etc.

Chapitre 1

Les indicateurs de santé transversaux, informations de cadrage pour le suivi de la politique de santé publique

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique prévoit la publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux comme instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique en complément des indicateurs spécifiques proposés pour les principaux problèmes de santé.

Cet ensemble d'indicateurs doit fournir des informations de cadrage général, synthétiques, pertinentes et compréhensibles par des publics variés : décideurs, professionnels, usagers ainsi qu'une vision comparative de l'impact des différents problèmes de santé sur la mortalité prématurée, mais aussi sur le recours aux soins, la morbidité, la santé fonctionnelle. Il doit permettre également de suivre les évolutions temporelles ainsi que les comparaisons avec les pays de développement comparable au nôtre. Il doit aussi pouvoir être décliné aux niveaux géographiques appropriés afin de permettre des comparaisons entre les régions françaises notamment.

Ces indicateurs sont destinés à rendre compte de l'état de santé de la population, des résultats globaux obtenus et de la qualité des actions engagées et des services offerts. Ils participent à la connaissance de la performance du système de santé.

Au niveau européen, une « liste restreinte d'indicateurs fondamentaux », dite « shortlist », actuellement en cours d'élaboration en vue de lancer le système d'information et de documentation sanitaires de l'Union européenne, doit guider la définition de priorités pour la mise en œuvre du recueil des données. A son stade actuel de développement¹, cette liste inclut certains des indicateurs spécifiques traités par ailleurs, mais aussi des indicateurs démographiques et socio-économiques (classe 1), des indicateurs de l'état de santé et de santé perçue (classe 2), des déterminants de santé (classe 3) et des indicateurs de performance du système de soins (classe 4) en rapport avec le présent chapitre.

Nous distinguerons cinq groupes principaux d'indicateurs transversaux :

- Les indicateurs de cadrage démographique et social ;
- Les indicateurs qui reflètent de façon synthétique l'état de santé de la population à partir des données de mortalité ;
- Les indicateurs qui cherchent à prendre en compte le retentissement de la morbidité dans une appréciation synthétique de l'état de santé de la population ;
- Les indicateurs qui visent à analyser la contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population, à partir de l'analyse des causes de mortalité prématurée et des données disponibles sur la morbidité et son retentissement ;
- Les indicateurs permettant de décrire l'évolution des disparités sociales en matière de santé pour chacun des trois groupes d'indicateurs précédents.

Par ailleurs, la définition d'indicateurs de performance du système de santé devra s'appuyer sur l'identification préalable des dimensions à inclure dans ce type d'indicateurs, de façon cohérente avec les travaux menés au niveau international, et de façon complémentaire avec les travaux portant sur des aspects spécifiques de la qualité des soins couverts, par exemple, par le projet COMPAQH. Cette définition devrait faire l'objet de travaux spécifiques en 2005.

¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/shortlist_en.pdf (décembre 2004)

I. Les indicateurs de cadrage démographique et social

La répartition par âge de la population

L'évolution de la structure par âge de la population est une information complémentaire indispensable à l'interprétation de l'évolution d'indicateurs de santé en population générale. Les seuils proposés sont proches de ceux de la « short-list » européenne : 0 à 14 ans ; 15 à 24 ans, 25-44 ans ; 45 à 64 ans ; 65 à 84 ans et 85 ans ou plus.

Eurostat présente également un ratio « age-dependency » qui rapporte la somme des effectifs des enfants et des personnes âgées à celui de la population âgée de 15 à 64 ans $[(0-14 \text{ ans et } 65 \text{ ans ou }+)/ 15-64 \text{ ans}]$. Nous proposons plutôt la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population française, qui est un indicateur plus simple.

Le taux de natalité

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de fécondité et l'indicateur conjoncturel de fécondité

Le taux de fécondité est défini par le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine d'âge fécond (15-50 ans) moyenne de l'année. Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est plus indiqué pour les comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations : il représente le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde les conditions de fécondité observées cette année là. Il est calculé en additionnant les taux de fécondité par âge observés une année donnée.

Les indicateurs de conditions sociales

Les indicateurs pressentis dans le projet européen de liste « restreinte » ECHI-2 comprennent :

- La distribution de la population adulte selon le niveau d'études, en quatre catégories : primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur.
- La distribution de la population adulte selon le type d'occupation (actuel ou le dernier exercé) en six catégories : non manuel supérieur, non manuel inférieur, manuel qualifié, manuel non qualifié, indépendant, agricole. Toutefois, en France, la classification « profession et catégorie sociale » -ou PCS- est encore très largement utilisée, avec 6 groupes de « premier niveau » dans la classification 2003 : Agriculteurs ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires ; Employés ; Ouvriers. Elle présente l'inconvénient de ne pas être adaptée pour les femmes qui n'exercent pas une activité professionnelle rémunérée, à la différence du niveau d'étude.
- Le taux de chômage (proportion de personnes au chômage dans la population active).
- Le pourcentage de la population « à risque de pauvreté » (défini par Eurostat comme le pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60% de la valeur médiane nationale) ; une alternative envisagée au niveau Européen consisterait à utiliser un indicateur structurel d'inégalité de la distribution des revenus (ratio du revenu disponible des 20% de la population qui ont le niveau de revenu disponible le plus élevé sur le revenu disponible des 20% de la population qui ont le niveau de revenu disponible le plus bas).

Indicateurs de cadrage démographique	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Répartition par âge de la population	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus	INSEE	Annuelle	/	Oui
Taux de natalité	INSEE, INED	Annuelle	/	Oui
Taux de fécondité	INSEE	Annuelle	/	Oui
Indicateur conjoncturel de fécondité	INSEE	Annuelle	/	Oui
Distribution de la population adulte selon le niveau d'étude	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Distribution de la population adulte selon la PCS	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Taux de chômage	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60% de la valeur médiane nationale	INSEE	Annuelle	/	Oui

II. Les indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe l'année de sa naissance, ne se modifie pas. Cet indicateur intègre la moyenne des âges au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Par analogie on décrit l'espérance de vie à différents âges.

C'est un indicateur de base couramment utilisé à des fins comparatives : évolution dans le temps, comparaisons internationales...

L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont les deux niveaux de base figurant (à ce jour) dans la « shortlist » européenne. Les estimations provisoires sont produites chaque année par l'Insee pour les hommes et les femmes, aux niveaux national, métropolitain et infra national (régions, départements). Les évolutions annuelles sont faibles et compte tenu des fluctuations « aléatoires » d'une année sur l'autre, il semble important pour les indicateurs infranationaux de retenir la présentation « lissée » sur trois ans utilisée par l'Insee.

Le taux de mortalité infantile

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie est exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure non seulement la santé infantile, mais reflèterait aussi l'état de santé d'une population ou, tout au moins, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur rend compte en outre de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. C'est un indicateur classique de la santé des populations, présent dans toutes les bases de données et retenu dans la « shortlist » européenne (liste Echi-2).

Il est produit chaque année par l'Insee aux niveaux national, métropolitain et infranational (régions, départements). Les données sont lissées en regroupant 3 années pour les niveaux infranationaux.

Le taux de mortalité et le taux de mortalité prématurée

Ces taux devront être présentés sous forme brute et standardisée (sur l'âge et le sexe) pour tenir compte des effets de structure. Pour le calcul des taux standardisés, la structure de population à prendre en référence est la population européenne (publiée par Eurostat, utilisée dans NewCronos et par le CépiDc).

La déclinaison retenue pour les indicateurs de mortalité (taux bruts) est le sexe et l'âge par classes : 0-24 ans dont 0- 14 ans et 15-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans ; 65-84 ans et 85 ans ou plus.

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur est retenu dans la base Echi-2 et est présent (sous forme standardisée) dans les bases de l'OMS (HFA-DB) et d'Eurostat (NEWCRONOS). (A noter dans HFA un indicateur parlant : la réduction de l'espérance de vie du fait de la mortalité prématurée.)

Pour comparer les données de mortalité entre régions, il est recommandé d'utiliser les taux standardisés sur la population européenne pour la mortalité tous âges et de limiter la déclinaison par âge aux classes suivantes : moins de 65 ans (donc la mortalité prématurée) et 65 ans ou plus.

Indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Espérance de vie à la naissance : - des hommes - des femmes	INSEE	Annuelle	/	Oui (lissé sur 3 ans)
Espérance de vie à 65 ans : - des hommes - des femmes	INSEE	Annuelle	/	Oui (lissé sur 3 ans)
Taux de mortalité infantile	INSEE	Annuelle	/	Oui (lissé sur 3 ans)
Taux de mortalité brut et taux standardisé sur la population européenne	INSEE	Annuelle	Sexe, tous âges et par classes d'âge (0-24 ans dont 0-14 et 15-24 ans ; 25-44ans ; 45-64ans ; 65-84 ans , 85 ans et plus)	Oui (taux standardisés : tous âges, < 65 ans ; supérieur ou égal à 65 ans)
Taux de mortalité prématurée (décès avant 65 ans)	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui

III. Les indicateurs synthétiques globaux prenant en compte la morbidité et son retentissement

L'autoévaluation de la santé exprime, par exemple, le pourcentage de personnes dans la population qui déclarent que leur santé est bonne ou excellente. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, notamment l'apparition et la gravité de la maladie, certains aspects d'un état de santé positif, des composantes physiologiques et psychologiques ainsi que la fonction sociale et mentale.

Un mini module européen de trois questions a été introduit récemment dans plusieurs enquêtes nationales : l'Enquête Nationale Santé de l'Insee (jusqu'à présent décennale, avec comme perspective une périodicité quinquennale), l'Enquête Santé et Protection Sociale (biennale) de l'Irdes et l'enquête européenne EU-Silc (annuelle). Il comprend une question sur la santé perçue, une autre sur l'existence d'un problème de santé durable, et une troisième sur les limitations d'activité. Une version définitive de la formulation des questions va être prochainement imposée par Eurostat pour Silc et devra être utilisée à l'identique dans chacun des pays.

La validité prédictive de ce type de question semble bien établie vis-à-vis de la mortalité et du développement de limitations fonctionnelles dans les années suivant l'enquête², mais des interrogations demeurent sur la nature des éléments pris en compte par les personnes qui répondent sur une échelle ordinale simple à ces questions générales. Les données recueillies lors de l'Enquête Nationale Santé vont permettre de procéder à des analyses

²Idler EL, Russell LB, Davis D: Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol. 2000 ; 152 : 874-83
Lee, Y: The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. J Epidemiol Community Health. 2000 ; 54 : 123-9.

exploratoires, portant notamment sur les relations entre la réponse sur la santé perçue et celles obtenues pour les maladies déclarées, ainsi que sur les relations entre la question sur les limitations fonctionnelles et celles portant sur les limitations d'activité.

Pour les régions, il est préconisé d'expertiser l'importance potentielle et la nature des variations régionales à partir de la dernière enquête décennale santé de l'Insee qui comporte cinq extensions régionales.

Les trois questions du module européen permettent de définir trois types d'indicateurs. Par ailleurs, l'espérance de vie sans incapacité intègre la réponse à la question portant sur la présence de limitations fonctionnelles dans le calcul de l'espérance de vie.

La proportion de personnes qui déclarent être en très bon, bon ou assez bon état de santé parmi les répondants au moment de l'enquête (question sur la santé perçue ESPS ; SILC ; ENS)

Question : Comment est votre état de santé en général ? Réponses : Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais.

(En attente de la traduction officielle proposée par Eurostat)

La proportion de personnes qui déclarent être limitées ou très limitées dans les activités que les gens font habituellement parmi les répondants (question sur la santé fonctionnelle)

Question : Depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, êtes-vous limité dans les activités que les gens font habituellement ? Réponses : oui, très limité, oui limité, non aucunement limité dans Silc (oui/non dans l'ENS)

(En attente de la traduction officielle proposée par Eurostat)

La proportion de personnes qui déclarent avoir une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable parmi les répondants (question sur la morbidité chronique)

Question : Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? Réponse : oui/non

(En attente de la traduction officielle proposée par Eurostat)

L'espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité, ou nombre moyen d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité (modérée ou grave) à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié, est un indicateur structurel européen complémentaire de l'espérance de vie. La comparaison de l'évolution de cet indicateur à celle de l'espérance de vie permet d'apprécier directement et globalement la part du nombre d'années vécues sans incapacité dans l'allongement de l'espérance de vie (l'espérance de vie est la somme de l'espérance de vie sans incapacité et de l'espérance de vie avec incapacité).

En pratique, cet indicateur est construit à partir des données de mortalité et de l'incapacité déclarée. Il dépend donc très fortement de la formulation des questions sur les incapacités, ainsi que des conditions dans lesquelles ces questions sont posées. Il ne peut être utilisé pour des comparaisons (entre pays et/ou à des moments différents) que lorsque les questions sont posées dans des conditions rigoureusement identiques et avec les mêmes formulations.

En France, depuis 1980 et jusqu'à maintenant, cet indicateur était calculé à un rythme décennal (au rythme des Enquêtes Nationales Santé de l'Insee) pour les hommes et les femmes, à la naissance et à 65 ans. Il sera dorénavant produit chaque année à partir des enquêtes EU-Silc et permettra des comparaisons européennes directes.

Un observatoire européen de l'espérance de vie sans incapacité (EHEMU, projet soutenu par la DG-SanCo) est chargé de veiller à la qualité de la production de cet indicateur. C'est donc l'évolution de l'indicateur européen produit à partir de l'enquête EU-Silc qu'il conviendra de suivre.

Il faut préciser que cet indicateur n'est produit qu'au niveau national, pour des questions de taille d'échantillons.

D'autres indicateurs peuvent être basés sur l'estimation du nombre d'années vécues avec une restriction d'activité ou une altération de la santé perçue. L'affectation de coefficients de pondération à différents états de

santé ou niveaux d'incapacité permet par ailleurs d'estimer une « espérance de vie en bonne santé³ » (Healthy Adjusted Life Expectancy ou HALE) ou une « espérance de vie ajustée sur l'incapacité » (Disability Adjusted Life Expectancy ou DALE), agrégeant dans un indicateur synthétique unique l'ensemble de ces informations. Ces indicateurs sont intéressants mais construits sur de nombreuses modélisations. Leur production pour ce travail est jugée prématurée par le groupe.

Indicateurs synthétiques prenant en compte la morbidité	Source	Périodicité	Sous-groupes ⁴	Niveau régional
Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé ⁵	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Part de la population déclarant être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement ⁶	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable ⁷	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Espérance de vie sans incapacité à la naissance - des hommes - des femmes	INSEE, état civil + EU-Silc	Annuelle		Non
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans - des hommes - des femmes	INSEE, état civil + EU-Silc	Annuelle		Non

IV. La contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population

Les principales causes de mortalité prématurée et d'années potentielles de vie perdue

La mortalité prématurée peut être déclinée selon ses différentes causes et particulièrement pour les plus fréquentes. Globalement, les causes les plus fréquentes en 2000 sont les tumeurs malignes (38% de la mortalité prématurée), les traumatismes (18,3%), les maladies de l'appareil cardio-vasculaires (14,2%) et les maladies dues à l'alcool (psychoses et cirrhoses alcooliques : 6,4%).

Eurostat a défini une liste européenne de 65 causes. Il reste à définir précisément les causes à retenir parmi cette liste. Une première proposition peut être présentée sur la base de leur poids dans la mortalité prématurée :

- Tumeurs malignes (trachée-bronches-poumons, tumeurs des voies aéro-digestives supérieures, tumeurs du sein, tumeurs de l'intestin) ;

³ Cette dénomination est utilisée dans les documents de l'OMS, mais il serait plus rigoureux de mieux refléter la dénomination anglo-saxonne « espérance de vie ajustée sur la santé », en particulier compte tenu de l'utilisation du terme « espérance de vie en bonne santé » dans des documents Européens récents pour désigner l'espérance de vie sans incapacité.

⁴ Voir paragraphe 5 pour ce qui concerne les groupes sociaux

⁵ Dans l'attente de la formulation définitive Eurostat

⁶ Idem

⁷ Idem

- Traumatismes (suicides, accidents de la circulation, accidents de la vie courante⁸) ;
- Maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales) ;
- Alcoolisme (psychoses et cirrhoses alcooliques).

Les années potentielles de vies perdues : cet indicateur rend compte non seulement du nombre de décès, mais aussi de leur précocité. Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre total d'années de vie non vécues en raison des décès « prématurés », c'est-à-dire des décès qui interviennent avant un âge donné.

Actuellement, l'âge de soixante-cinq ans est le plus souvent retenu comme seuil. Ainsi, une personne qui décède à vingt-cinq ans a perdu quarante années potentielles de vie. C'est également le seuil retenu par le groupe de travail. Cependant, certaines bases de données ont adopté un seuil plus élevé : dans la base Ecosanté de l'OCDE, les APVP concernent les décès survenus avant 70 ans. Les années potentielles de vie perdues peuvent être calculées globalement et pour différentes causes, en l'occurrence, les mêmes que pour la mortalité prématurée.

La notion de « mortalité prématurée évitable » permet de faire ressortir plus spécifiquement les causes de mortalité prématurée accessibles à des interventions de santé publique. Le Haut comité de la santé publique a ainsi distingué, d'une part, la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque, d'autre part la mortalité prématurée évitable liée au système de soins.

La mortalité prématurée liée aux comportements à risque

Ce regroupement désigne les causes de mortalité prématurée liées à des comportements susceptibles d'être modifiés par des interventions de santé publique. Les causes retenues par le Haut comité de la santé publique incluent une partie des décès imputables au tabac et à l'alcool (cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques ou de cause non précisée), ainsi que les décès par traumatismes secondaires à un accident de la circulation, une chute accidentelle ou les suicides et, dans le registre des maladies infectieuses, des décès par sida.

Ce type d'indicateur ne figure pas dans le projet actuel de « shortlist » européenne (liste Echi-2) ni dans les bases de données internationales. Toutefois, la liste Echi-2 comprend deux indicateurs assez proches qui regroupent des causes accessibles à la prévention :

- Les décès liés au tabac regroupent dans HFADB (OMS Europe) les causes suivantes : cancers de la bouche et du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de l'œsophage, cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques ;
- Les décès liés à l'alcool : initialement, la liste utilisée dans HFADB a été envisagée (cancers de l'œsophage et du larynx, troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, maladies chroniques du foie et cirrhoses alcooliques et toutes les causes externes). Mais le projet Echi-2 envisage maintenant l'inclusion d'une liste de maladies comprenant l'ensemble des complications explicitement attribuées à l'alcool dans les sphères mentales, neurologiques, hépatiques, digestives, musculaires et cardio-vasculaires.

⁸ La présentation habituelle des accidents de la vie courante regroupe des phénomènes de nature profondément différente, en fonction notamment des vulnérabilités spécifiques de différents groupes (jeunes enfants, personnes âgées) et de leurs interactions avec un environnement donné, avec comme corollaire des stratégies de prévention différentes. Les accidents concernant les personnes âgées (chutes...) sont ainsi notamment liés aux conséquences physiologiques du vieillissement (pertes d'équilibre et fragilisation osseuse pour les conséquences), ceux qui touchent les jeunes adultes, à la pratique d'activités de loisirs, et ceux qui touchent les jeunes enfants (brûlures, intoxications ...), à leur exposition à des dangers présents dans un environnement sur lequel ils n'ont pas de contrôle. La stabilité ou faible décroissance du nombre absolu de décès par « accidents de la vie courante » masque une décroissance rapide en taux standardisés, compte tenu du recul de l'âge au décès chez les personnes âgées, qui représentent une part importante des personnes touchées (~70% du total). Par ailleurs, si le nombre de décès attribuables à un accident de la vie courante aux âges inférieurs représente une part plus faible du total et peut être faible en nombre absolu, ces accidents peuvent représenter néanmoins une part déterminante de l'ensemble des décès dans la tranche d'âge concernée (un décès sur cinq entre un et quatorze ans) (voir rapport du HCSP 1994-1998 pages 85-87).

La mortalité prématurée évitable liée au système de soins (et de prévention)

La mortalité prématurée évitable liée au système de soins désigne les causes de décès dont la prévention repose sur l'amélioration de la performance du système de soins, ou de l'accès en temps utile à des soins efficaces. Il n'existe pas de liste communément utilisée au niveau international.

La liste proposée par Nolte et McKee⁹ comprend l'ensemble des causes de mortalité dont une partie au moins est évitable par une amélioration des soins et de l'accès aux services de santé, mais les causes de décès évitables répertoriées à un niveau mondial ne sont pas toutes pertinentes dans le contexte épidémiologique français.

En France, pourraient être retenus : les maladies infectieuses évitables par la vaccination (tétanos, grippe...) et/ou la mise en œuvre d'un traitement efficace (tuberculose, ...), les cancers dont le pronostic dépend de la précocité du dépistage et du traitement (col de l'utérus, sein, ...), les maladies chroniques dont la prise en charge doit assurer la prévention des complications (diabète, hypertension, ...), les affections aiguës dont la survenue peut être prévenue par une prise en charge efficace de patients présentant des facteurs de risque spécifiques et/ou dont le pronostic est lié à la précocité d'un traitement efficace (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires, ...), les affections iatrogènes, ...

En conclusion :

- Le groupe retient l'intérêt de continuer à identifier les principales causes de mortalité prématurée « évitable » ;
- La dénomination des classes utilisées peut induire un risque de « stigmatisation », d'une part, des « victimes » (la notion de mortalité liée aux comportements peut renvoyer à une vision simpliste de la responsabilité des malades dans leur maladie), d'autre part des professionnels de santé. Il serait souhaitable d'évoluer vers une dénomination plus proche d'une approche de santé publique : « mortalité prématurée évitable par des interventions sur ... », mais une formulation simple reste à trouver ; certaines causes de mortalité sont par ailleurs à la fois liées à des déterminants comportementaux et à l'organisation du système de santé ;
- Le CépiDc pourra préparer une proposition à discuter dans le cadre d'un petit groupe de travail, et à soumettre si nécessaire ensuite à des validations plus larges.

L'estimation de la « charge de morbidité »

Le choix des problèmes de santé visés par les objectifs inscrits dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique, ainsi que l'analyse du retentissement de ces problèmes de santé se sont appuyés sur l'évaluation de la charge de morbidité publiée par l'OMS dans son rapport annuel 2002 sur la « Santé dans le Monde ». L'indicateur utilisé est les Années de Vie Corrigées de l'Incapacité ou AVCI (Disability Adjusted Life Years ou « DALYs » en anglais). Cet indicateur correspond à un nombre d'années de vie « en bonne santé » perdues pour chaque problème de santé. Il s'appuie sur des travaux menés depuis 1990 pour élaborer un indicateur de santé synthétique prenant en compte à la fois la mortalité associée à chaque problème de santé et l'âge où survient cette mortalité, mais aussi le retentissement de chaque problème de santé sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent.

L'estimation de la charge de morbidité en AVCI réalisée pour le rapport de l'OMS repose sur l'intégration de différents types de données concernant 130 causes dites « majeures » et leurs séquelles : estimation de la mortalité associée à chaque cause ; estimations de l'incidence, de la prévalence, de la gravité et de la durée des états morbides ; pondération de ces altérations de l'état de santé par rapport à un état de « bonne santé » ; agrégation au sein d'un indicateur unique. (Le rapport du groupe technique national de définition des objectifs a retenu un peu plus de 70 de ces « causes majeures »)

Les données de mortalité sont disponibles de façon globalement fiable dans notre pays, et peuvent permettre d'estimer sans difficulté particulière la composante de cet indicateur qui porte sur les « années de vies perdues » (YLL). La composante qui porte sur les « années de vie avec incapacité » (YLD) soulève par contre deux types de difficultés.

D'une part, les estimations nécessitent en principe de disposer de données sur l'incidence, la prévalence et la durée d'une série d'états de santé pour lesquels en règle générale, ces données ne sont pas disponibles dans notre

⁹ Nolte, E et McKee, M : Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ. 2003 327:1129. Erratum in: BMJ. 2004 328:494.

pays. En pratique, les résultats publiés par l'OMS pour la France ont été estimés à partir de données provenant d'un ensemble de pays européens proches, caractérisés par une forte espérance de vie et un faible taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

D'autre part, la détermination de coefficients de pondération appropriés pour évaluer le retentissement des altérations de l'état de santé soulève des questions d'ordre conceptuel et méthodologique qui peuvent encore faire l'objet de débats et de travaux, y compris sur la validité de l'utilisation de coefficients analogues dans des pays différents.

Enfin, des débats peuvent également porter sur l'intégration explicite dans l'estimation de la charge de morbidité de jugements de valeurs « sociétaux » portant par exemple sur le poids relatif de différents groupes sociaux ou démographiques, ou l'actualisation de la valeur accordée aux effets différés dans le temps.

La détermination de la pertinence et des conditions de l'estimation de cet indicateur synthétique font actuellement l'objet de travaux, suite à un appel d'offres publié par la DGS en juillet 2004.

Dans l'immédiat, les données permettant d'apprécier le retentissement des principales causes de morbidité incluent notamment les suivantes :

- Les principales causes de morbidité déclarée (ESPS de l'IRDES) : ce sont des données biannuelles illustrant la prévalence des différentes pathologies déclarées en population générale (pathologies regroupées par chapitre de la CIM) ;
- Les principales causes de nouvelles admissions en affections de longue durée (CNAMTS) ;
- Les principaux motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins (IMS-Health, CNAMTS, Observatoire de la médecine générale de la SFMG, Thalès) ;
- Les principales pathologies entraînant un séjour hospitalier (PMSI MCO).

En ce qui concerne les principales causes d'invalidité, plusieurs sources pourraient apporter de l'information, en particulier : l'assurance maladie (pour les salariés, lors de l'obtention de pension d'invalidité, à partir des remontées administratives des COTOREP...), sous réserve de l'organisation d'un recueil de données médicales, ou la prochaine enquête HID-Santé.

Indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Principales causes de mortalité générale : nombre, % du total, taux (regroupements à définir en fonction des travaux d'Eurostat)	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe	Oui
Principales causes d'années potentielles de vie perdues : nombre, % du total, taux	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe,	Oui
Principales causes de mortalité prématurée : nombre, % du total, taux	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principales causes de mortalité prématurée « évitable » : nombre, % du total, taux	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principales causes de morbidité déclarée	ESPS de l'IRDES	Bisannuelle	Sexe, classes d'âge (<25 ans ; 25 à 64 ans ; 65 ans ou plus)	Non

Indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Principales causes d'admission en affections de longue durée	CNAMTS, CANAM, MSA	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins	IMS-Health (OMG (SFMG))	Annuelle	Sexe, classes d'âge (<25 ans ; 25 à 64 ans ; 65 ans ou plus)	Non
Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier	PMSI-MCO	Annuelle	Sexe et classes d'âge	Oui
Principales causes d'invalidité	A créer : Enquête HID-Santé COTOREP (Pension d'invalidité ?)	?	?	?

V. Les indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé

La mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose d'une part de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite appréhender des écarts et leur évolution et d'autre part de définir les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts.

Concernant les champs de la santé pertinents, les indicateurs synthétiques de santé permettant d'apprécier le retentissement global des principaux problèmes de santé de la population et ceux qui correspondent à des problèmes de santé spécifiques dont la survenue ou la gravité sont liées à des caractéristiques sociales doivent pouvoir être analysés de façon comparative pour les principaux groupes sociaux. Cette nécessaire approche des différences d'état de santé associées à des caractéristiques sociales peut être complétée par des indicateurs portant sur des déterminants de ces inégalités de santé, en termes de comportements ou d'accès aux soins. Le plan national d'action pour l'inclusion sociale (PNAI) prévoit ainsi des indicateurs dans ces trois champs.

Indicateurs synthétiques d'état de santé : sont retenus les indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et de maladies chroniques déclarées du module européen décrits ci-dessus, ainsi que des indicateurs d'espérance de vie à 35 ans, d'espérance de vie sans incapacité à 35 ans (ce seuil de 35 ans correspond à l'âge où les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population : les études sont en général terminées et la vie professionnelle initiée). Il faudra également ajouter un indicateur de mortalité prématurée différentielle.

Ces recommandations supposent la maintenance et la disponibilité des outils et bases de données utilisés pour produire ces estimations, notamment en matière de mortalité pour laquelle les données déclinées par groupe social sont loin d'être produites de manière régulière en France.

Indicateurs de santé portant sur des problèmes spécifiques : l'analyse des disparités sociales portant sur des problèmes de santé spécifique dont la survenue ou la gravité est associée à des déterminants sociaux sera intégrée au suivi de chacun des objectifs spécifiques correspondants.

Indicateurs de comportements : de même, l'analyse des disparités sociales portant sur des indicateurs de comportements (en matière de nutrition et de consommation d'alcool, de tabac ...) sera intégrée au suivi de chacun des objectifs spécifiques correspondants.

Indicateurs d'accès aux soins : la proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire (indicateur du PNAI) est retenue; le taux de renoncement aux soins pour raisons financières

sera partiellement intégré à l'objectif 33 qui porte sur les obstacles financiers à l'accès aux soins¹⁰. L'analyse comparative d'indicateurs de consommation de soins n'a pas été retenue dans ce cadre, car son interprétation semble difficile en l'absence d'information suffisante sur les états de santé à l'origine de la consommation de soins.

Concernant les critères sociaux, il s'agit de choisir les principales variables permettant d'identifier des groupes pertinents, et d'apprécier leur disponibilité pour chacun des trois groupes d'indicateurs de santé décrits ci-dessus. Une fois les groupes sociaux constitués à partir du (des) critère(s) sélectionné(s), des inégalités de santé peuvent être décrites en termes de comparaisons, de rapports ou de différences pour les indicateurs de santé transversaux ou pour des indicateurs correspondant à des problèmes de santé (pathologie ou déterminants) spécifiques.

Dans le projet de liste ECHI-2, deux variables de stratification sociale sont envisagées :

- La répartition de la population selon six catégories de professions (professions non manuelles supérieures, non manuelles inférieures, manuelles qualifiées, manuelles non qualifiées, indépendantes, agricoles). Comme cela a été noté en début de ce chapitre, c'est la classification « profession et catégorie sociale »--PCS--qui est le plus souvent utilisée en France, avec 6 groupes de « premier niveau » dans la classification 2003 (agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers). Des algorithmes permettant la conversion sur une taxinomie commune des classifications nationales de ce type ont été proposés¹¹.
- La répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur) ;

D'autres variables de stratification ont été discutées (scolarisation en ZEP pour les indicateurs de santé des enfants et adolescents, bénéfice de la CMU) mais elles ne peuvent être utilisées que pour quelques objectifs spécifiques.

Il faut noter que l'analyse de l'évolution des écarts entre groupes sociaux peut être difficile à interpréter si les caractéristiques des groupes de population varient de façon importante dans le temps (effectifs, représentation sociale...) Dès lors, des questions se posent sur le type de critère social pertinent ou les regroupements de catégories nécessaires pour assurer une bonne analyse des écarts de santé et de leurs évolutions.

Le premier niveau de la PCS, classiquement utilisé en France, regroupe dans la même catégorie « Ouvriers » les ouvriers non qualifiés et les autres ; la PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient fréquemment pas d'activité professionnelle reconnue dans les générations anciennes ; le niveau d'instruction serait dans ce cas plus approprié. Toutefois, l'élévation du niveau moyen d'étude au cours du temps rend aussi délicate l'utilisation de ce critère pour l'analyse d'évolutions.

De façon générale, la nature des catégories créées par ces différents critères peut varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des « sans diplômes » ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi représenter un groupe de population de plus en plus socialement sélectionné : l'évolution péjorative des indicateurs de santé peut en fait être le reflet d'une évolution de la construction du groupe dont la composition se réduit au temps t+1 à des individus dont les caractéristiques sont celles des individus les plus défavorisés d'un groupe défini sur les mêmes critères au temps t.

La manière de classer dans la taxinomie PCS les chômeurs, mais aussi les autres « inactifs » et les retraités pose également problème ; ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé, ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur des personnes concernées, leur âge, ou leurs autres caractéristiques démographiques et sociales : la manière de classer ces « inactifs » (classement séparé ou selon la dernière profession occupée) change l'ampleur des écarts sociaux mesurés.

¹⁰ Ces deux indicateurs sont d'abord définis pour l'ensemble de la population et pourraient à ce titre être inclus dans les indicateurs démographiques et sociaux identifiés dans la première partie de ce chapitre : ils reflètent l'importance des groupes confrontés à des obstacles financiers à l'accès aux soins ; ils peuvent aussi être analysés de façon comparative entre groupes sociaux.

¹¹ Erikson, E. & Goldthorpe, J.H. *The constant flux*. Oxford, Clarendon Press, 1992, cité par Kunst et Mackenbach, 1998, p.35

Compte tenu de leurs différents atouts et inconvénients, il est proposé d'utiliser simultanément ces deux variables de stratification avec les 4 classes définies ci-dessus pour le niveau d'étude et, dans l'attente des directives européennes, avec la distribution classiquement utilisée en France pour la PCS.

Des recherches en cours visent à proposer des indicateurs synthétiques d'inégalités de santé robustes vis-à-vis des variables utilisées pour définir les groupes sociaux, notamment vis-à-vis des modifications des groupes ainsi définis au cours du temps. L'indice relatif d'inégalité (IRI) est ainsi obtenu en ordonnant la variable de classification sociale en fonction des valeurs décroissantes de l'indicateur de santé étudié dans chaque classe, et en attribuant à chaque classe une étendue proportionnelle à son effectif, puis en estimant dans un modèle de régression la relation entre les valeurs de l'indicateur de santé étudié (y) et l'échelle de classification sociale ainsi constituée (x). L'IRI représente le rapport entre la valeur de l'indicateur de santé prédite par le modèle pour la valeur maximale de l'échelle sociale (x=1) et la valeur la plus faible (x=0) ; ce rapport reflète l'écart entre les positions sociales les plus extrêmes estimé à partir de l'ensemble de la distribution de l'indicateur de santé utilisé et pourrait alors être plus facilement comparé à différentes périodes. L'indice relatif d'inégalité (IRI), quoique toujours lié au classement initialement utilisé, permettrait en quelque sorte d'ajuster sur les effets liés aux évolutions d'effectif des catégories sociales.

Variables de stratification	Catégories	Commentaires
Profession et catégorie sociale (PCS)	Agriculteurs ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires ; Employés ; Ouvriers	Harmonisation européenne à prévoir (Echi-2) Classement des retraités, inactifs et chômeur à expertiser
Niveau d'études	Primaire, premier cycle secondaire, second cycle secondaire, supérieur	

Indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Indicateurs d'accès aux soins				
Proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire	IRDES ESPS	Biannuelle		Non
Proportion de personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières	IRDES ESPS	Biannuelle	Soins : généralistes, spécialistes ¹² ,	Non
Indicateurs synthétiques d'état de santé				
Santé perçue	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Sexe, Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Santé fonctionnelle	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Sexe, Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Maladies chroniques	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Sexe, Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Espérance de vie à 35 ans	INSEE	Annuelle	Sexe Profession Niveau	Non

¹² Les soins dentaires et optiques sont envisagés dans le cadre de l'objectif 33.

Indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
			d'études	
Espérance de vie sans incapacité à 35 ans	INSEE EU-SILC + état civil	Annuelle	Sexe, Profession Niveau d'études	Non
Mortalité prématurée	INSEE-INSERM Indicateur à expertiser	A définir	Sexe, Profession Niveau d'études	Non
Indicateurs spécifiques : Voir autres chapitres du rapport				

Indicateurs transversaux

Récapitulatif

Indicateurs de cadrage démographique	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Répartition par âge de la population	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus	INSEE	Annuelle	/	Oui
Taux de natalité	INSEE, INED	Annuelle	/	Oui
Taux de fécondité	INSEE	Annuelle	/	Oui
Indicateur conjoncturel de fécondité	INSEE	Annuelle	/	Oui
Distribution de la population adulte selon le niveau d'étude	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Distribution de la population adulte selon la PCS	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Taux de chômage	INSEE	Annuelle	Sexe	Oui
Pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60% de la valeur médiane nationale	INSEE	Annuelle	/	Oui

Indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Espérance de vie à la naissance : - des hommes - des femmes	INSEE	Annuelle	/	Oui
Espérance de vie à 65 ans : - des hommes - des femmes	INSEE	Annuelle	/	Oui
Taux de mortalité infantile	INSEE	Annuelle	/	Oui
Taux de mortalité brut et taux standardisé sur la population européenne	INSEE	Annuelle	Sexe, tous âges et par classes d'âge (0-24 ans dont 0-14 et 15-24 ans ; 25-44ans ; 45-64ans ; 65-84 ans , 85 ans et plus)	Oui (taux standardisés : tous âges, < 65 ans ; supérieur ou égal à 65 ans)
Taux de mortalité prématurée	INSEE	Annuelle	Sexe ¹³	Oui

¹³ Voir tableau sur les inégalités sociales de santé

Indicateurs synthétiques prenant en compte la morbidité	Source	Périodicité	Sous-groupes ¹⁴	Niveau régional
Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé ¹⁵	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Part de la population déclarant être limitée dans les activités que les gens font habituellement ¹⁶	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable ¹⁷	EU-Silc, ESPS de l'IRDES, ENS de l'INSEE	Annuelle	Sexe, classes d'âge	A priori non, à expertiser à partir d'ENS
Espérance de vie sans incapacité à la naissance - des hommes - des femmes	INSEE, état civil + EU-Silc	Annuelle		Non
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans - des hommes - des femmes	INSEE, état civil + EU-Silc	Annuelle		Non

¹⁴ Idem

¹⁵ Dans l'attente de la formulation définitive Eurostat

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

Indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Principales causes d'années potentielles de vie perdues	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe,	Oui
Principales causes de mortalité prématurée	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principales causes de mortalité prématurée « évitable »	INSERM CépiDc	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principales causes de morbidité déclarée	ESPS de l'IRDES	Bisannuelle	Sexe, classes d'âge (<25 ans ; 25 à 64 ans ; 65 ans ou plus),	Non
Principales causes d'admission en affections de longue durée	CNAMTS, CANAM, MSA	Annuelle	Sexe, classes d'âge	Oui
Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins	IMS-Health (OMG (SFMG),)	Annuelle	Sexe, classes d'âge (<25 ans ; 25 à 64 ans ; 65 ans ou plus), (	Non
Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier	PMSI-MCO	Annuelle	Sexe et classes d'âge	Oui
Principales causes d'invalidité	A créer : Enquête HID-Santé COTOREP (Pension d'invalidité ?)	?	?	?

Indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé	Source	Périodicité	Sous-groupes	Niveau régional
Indicateurs d'accès aux soins				
Proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire	IRDES ESPS	Biannuelle		Non
Proportion de personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières	IRDES ESPS	Biannuelle	Soins : généralistes, spécialistes ¹⁸ ,	Non
Indicateurs d'état de santé				
Santé perçue	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Santé fonctionnelle	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Maladies chroniques	INSEE EU-SILC IRDES ESPS	Annuelle Biannuelle	Profession, niveau d'études	Non (voir ENS)
Espérance de vie à 35 ans	INSEE	Annuelle	Sexe Profession Niveau d'études	Non
Espérance de vie sans incapacité à 35 ans	INSEE EU-SILC + état civil	Annuelle	Sexe, Profession Niveau d'études	Non
Mortalité prématurée	INSEE-INSERM Indicateur à expertiser	A définir	Sexe, Profession Niveau d'études	Non

¹⁸ Les soins dentaires et optiques sont envisagés dans le cadre de l'objectif 33.

Chapitre 2

Les indicateurs de suivi des 100 objectifs

1. DIMINUER LA CONSOMMATION ANNUELLE MOYENNE D'ALCOOL PAR HABITANT DE 20 % (PASSER DE 10,7 L/AN/HBT EN 1999 À 8,5 L/AN/HBT D'ICI À 2008)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Consommation annuelle d'alcool par habitant

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les données citées dans l'objectif sont issues des estimations de World Drink Trend (WDT), dont le mode de calcul n'est pas connu précisément. Ces estimations sont différentes de celles produites chaque année, par exemple, par l'INSEE (11,8 l/hbt en 2001) et l'OFDT (groupe IDA).

Dans la mesure où le mode de calcul doit être transparent et validé, une source nationale doit être privilégiée. A cette fin, l'OFDT travaille avec groupe de travail IDA sur la consommation moyenne d'alcool et il est proposé d'élargir ce groupe pour y associer en particulier l'INSEE. Le but poursuivi est d'assurer la rigueur et la transparence des estimations produites et de comprendre les différences observées entre ces données et celles produites par l'INSEE (qui ne met plus à jour les données relatives aux spiritueux depuis plusieurs années).

Le dénominateur utilisé varie d'une source à l'autre : population totale et/ou population des 15 ans ou plus. Pour le suivi de l'objectif, il s'avère plus pertinent de suivre la population des 15 ans ou plus, qui est la population effectivement concernée par la consommation d'alcool. (Mais il faudra aussi produire par la même méthode de calcul, l'indicateur ramené à la population générale pour les bases de données internationales.)

Le niveau de désagrégation régional pour cet indicateur ne peut pas être produit avec validité. Par ailleurs, cela ne présenterait qu'un intérêt limité, compte tenu du caractère hétérogène de l'impact du tourisme sur les ventes d'alcool dans les régions.

Les données de vente mesurent les quantités vendues et leur évolution. Estimées d'après les statistiques fiscales, ces données peuvent sous-estimer certaines consommations (ventes « au noir », productions locales). Elles permettent d'estimer des consommations moyennes mais ne rendent pas compte des différents types d'usage.

L'ajout d'indicateur complémentaire sur les quantités consommées déclarées n'a pas été jugé pertinent pour évaluer le suivi de cet objectif portant sur la consommation moyenne d'alcool. Cependant, les consommations déclarées d'alcool sont considérées comme pertinentes pour le suivi de l'objectif n°2 qui est centré sur la question des consommations à risque.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Consommation moyenne d'alcool par par habitant de 15 ans et plus</i>	OFDT et groupe IDA en associant l'INSEE	Non	Annuelle	Non pertinent	Groupe de travail à renforcer pour coordonner les estimations

Soit 1 fiche

CONSOMMATION MOYENNE D'ALCOOL PUR PAR HABITANT DE 15 ANS ET PLUS

Indicateur	Nombre moyen de litres d'alcool pur vendu par habitant de 15 ans et plus
Objectif	1. Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de litres d'alcool pur vendus par an en France
Dénominateur (D)	Nombre d'habitants âgés de 15 ans et plus
Sous-groupes (strates)	/
Décompositions (N)	/
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : non (le niveau de d'agrégation régional ne peut pas être produit avec validité. Par ailleurs, cela ne présenterait qu'un intérêt limité, compte tenu du caractère hétérogène de l'impact régional du tourisme).
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	OMS, Source Health For All - DataBase 2001 Consommation moyenne d'alcool pur : litres par habitant âgé de 15 ans ou plus Consommation moyenne d'alcool pur : litres par habitant OCDE, Source Eco-Santé OCDE 2003 Consommation moyenne d'alcool pur, litres par habitant âgé de 15 ans ou plus UE : la consommation d'alcool pur en litres par habitant est un indicateur recommandé par le projet de liste ECHI 2.
Dernier résultat connu	Année : 2000 (estimation OFDT) Valeur : 10,9 l d'alcool pur/habitant (estimation OFDT versus 10,5 selon WDT pour la même année)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Ventes annuelles de boissons alcoolisées estimées à partir des taxes fiscales (déduction des achats transfrontaliers) et prise en compte, pour le cidre de l'autoconsommation
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Direction générale des douanes et des droits indirects et association des brasseurs de France pour la bière
Service responsable de la synthèse des données	Groupe IDA et OFDT, en collaboration avec l'INSEE
Méthodologie	
Mode de calcul	Les quantités d'alcool pur sont estimées en fonction de la distribution des ventes des différentes catégories de vin (différents degrés d'alcoolisation). Pour la bière, les quantités d'alcool pur sont estimées à partir de la distribution des ventes des différentes catégories de bières selon leur degré d'alcool (données du marché intérieur fournies par les professionnels).

INTERPRETATION

Limites et biais connus	On utilise la moyenne des <u>ventes</u> d'alcool comme reflet de la consommation moyenne.
Modalités d'interprétation	Pour les ventes, les données sont considérées comme exhaustives car issues des taxes fiscales.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production Production d'une estimation unique associant les différentes instances concernées associant l'INSEE au groupe de travail associant le groupe IDA et l'OFDT

COMMENTAIRE

Indicateur également pris en considération comme indicateur de suivi du Plan quinquennal de la MILDT
L'examen des estimations des bases de données internationales pour une même année, montre que les données ne sont pas concordantes (sources multiples produisant des estimations différentes). Il faudra qu'une source unique d'information transmette les données françaises aux bases internationales.

2. RÉDUIRE LA PRÉVALENCE DE L'USAGE À RISQUE OU NOCIF DE L'ALCOOL ET PRÉVENIR L'INSTALLATION DE LA DÉPENDANCE

OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMER LA PRÉVALENCE DES USAGES À RISQUE OU NOCIF (ENTRE 2 ET 3 MILLIONS DE PERSONNES SELON LES DONNÉES DISPONIBLES AUJOURD'HUI) ET L'INCIDENCE DU PASSAGE À LA DÉPENDANCE (INCONNUE)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Age moyen d'initiation à l'alcool

Prévalence des comportements d'ivresse répétée

Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

La définition des notions de mésusages de l'alcool (usage à risque, usage nocif, abus, dépendance et usage problématique) doit être explicitée. Certaines notions sont d'ores et déjà codifiées, tantôt par leurs conséquences (Abus et dépendance dans le DSM IV, intoxication aiguë, utilisation nocive pour la santé et dépendance dans la CIM 10), tantôt en termes de quantités absorbées (usage à risque, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIAAA). D'autres sont en cours de définition (groupe de travail OFDT sur la notion d'usage problématique).

Indicateurs

Les indicateurs cités dans le rapport annexé font référence à des caractéristiques de consommation associée à un plus grand risque de dépendance (âge d'initiation), à un comportement (ivresses répétées), et à un risque spécifique pour le fœtus (consommation pendant la grossesse).

L'âge moyen d'initiation à l'alcool peut être très précoce et risque d'être difficile à définir du fait de l'intégration de ce produit aux rites festifs de notre société. Cette question a d'ailleurs été abandonnée dans la version 2002 de l'enquête ESCAPAD. Cet indicateur pourrait être remplacé par l'âge moyen de la première ivresse. C'est également un indicateur subjectif et fortement dépendant de l'âge de la population interrogée. Il pourrait présager d'une future augmentation des consommations à risque pour les jeunes, mais n'approche que très indirectement l'objectif n°2. Il n'est donc pas retenu pour le suivi de cet objectif.

La consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 à 19¹⁹ ans est un indicateur retenu pour le suivi du plan de la Milt. Il sera complété par un indicateur sur l'ivresse déclarée qui est un phénomène juvénile²⁰. Au niveau international, cet indicateur est présent dans les enquêtes auprès des jeunes (enquêtes ESPAD, HBSC, NIDA), mais absent des bases de données internationales. Toutefois, dans ces tranches d'âge, la notion d'ivresses « régulières » (au moins 10 ivresses dans l'année) semble plus pertinente comme indicateur d'usage à risque.

La consommation d'alcool pendant la grossesse déclarée par les femmes est considérée comme peu fiable en raison d'une sous-déclaration, classique en ce domaine. Pour les femmes enceintes, s'ajoute une difficulté supplémentaire qui tient à la nécessité de mesurer précisément les quantités consommées, y compris lorsqu'elles sont faibles, ce qui suppose un nombre de questions relativement important. En conséquence, les questions relatives à la

¹⁹ En pratique les 17 et 18 ans, car les jeunes de 19 ans ne représentent que 1 % de l'échantillon de l'enquête ESCAPAD 2003 effectuée au cours de la journée d'appel préparation à la défense.

²⁰ Baromètre santé 2000 : plus de 3 ivresses dans l'année : 14 % à 19 ans, mais < à 1 % après 45 ans.

consommation d'alcool, estimées trop imprécises n'ont pas été conservées pour l'enquête nationale périnatale 2003. En l'état, cet indicateur ne peut donc pas être retenu à l'heure actuelle. Une question sur l'alcool devrait être insérée dans la nouvelle version des certificats de santé à 8 jours (remplis par les médecins) mais devrait alors être validée avant de pouvoir être utilisée comme indicateur. Il existe en effet un besoin de travaux spécifiques sur les modalités de recueil d'informations valides sur la consommation d'alcool des femmes enceintes. A cet égard, une enquête de l'INSERM teste la validité d'une interrogation plus approfondie. En outre, l'InVS travaille actuellement avec les registres de malformations congénitales à la préparation d'une enquête sur l'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale dont l'étude de faisabilité aura lieu fin 2005. Si cette enquête s'avérait possible, elle permettrait de produire un indicateur complémentaire. Par ailleurs, en l'état actuel des recherches, aucun seuil de non-toxicité n'a pu être prouvé ; il faut donc rester prudent quand à l'impact de faibles consommations sur la santé du fœtus.

Des indicateurs, principalement issus d'enquêtes déclaratives en population générale, portant sur *la consommation à risque, l'abus et la dépendance* apparaissent indispensables. Les évolutions de consommation d'alcool étant plus lentes que celles de la consommation de tabac, un rythme bisannuel de production d'informations paraît suffisant.

Pour un tel déterminant de la santé (gravité des effets, fréquence élevée, distribution géographique hétérogène), des données régionales, y compris pour les DOM, sont jugées hautement souhaitables et pertinentes. Il faut préciser qu'il existe un manque de données pour les DOM, dans la mesure où la plupart des enquêtes déclaratives en population générale restent cantonnées à la France métropolitaine. Les données régionales pourront être produites au niveau des ZEAT (Zones d'Etudes et d'Aménagement du Territoire) dans un premier temps, mais devraient à terme être régionalisées. Une coordination nationale est nécessaire pour assurer la comparabilité des recueils. Une étude de validation de type « petit domaine » s'avère également nécessaire pour évaluer les parts respectives des effets démographiques ou sociaux et régionaux.

Les niveaux de désagréments proposés sont les suivants : selon le sexe, les classes d'âge (18-24, 25-34, 35-44, 55-64, 65-74 ans, 75 ans ou plus) et les professions et catégories sociales (codage PCS selon les modalités de l'INSEE : Agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers).

Il est donc hautement souhaitable d'ajouter un indicateur sur les *consommations actuelles à risque*, intégrant les notions de fréquences et de quantités, dans la population des 18 ans ou plus. Cet indicateur serait produit à partir des trois premières questions du test AUDIT (dit AUDIT-C²¹). Outre les populations à risque que forment les buveurs à risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et les buveurs à risque d'alcoolisation excessive chronique (incluant l'alcoolodépendance), l'AUDIT-C permet aussi d'identifier les non-consommateurs actuels d'alcool et les consommateurs d'alcool sans risque (déclinés en occasionnels ou réguliers).

Le test DETA est un indicateur qui renseigne sur la prévalence déclarée de la dépendance ou de l'abus d'alcool *dans la vie*. Sa combinaison au test AUDIT-C permet de construire un indicateur plus complet sur les consommations d'alcool, identifiant plus précisément les groupes à risque : en effet, outre les buveurs à risque d'alcoolisation ponctuelle et chronique (dont le risque d'alcoolodépendance), elle permet de repérer les anciens buveurs excessifs.

Un groupe d'expert (groupe IDA) en liaison avec l'OFDT doivent définir les seuils et les algorithmes basés sur l'AUDIT seul et sur sa combinaison avec le test DETA (indicateur qui sera utilisé par la MILDT pour les hommes adultes), permettant ainsi d'identifier et de quantifier les populations selon leur mode de consommation d'alcool. A cet égard, les travaux d'analyse comparative des données de l'enquête ESPS 2002 (AUDIT-C seul) et de l'enquête nationale santé 2002-2003 réalisés par l'IRDES devraient constituer une avancée tangible.

Le *nombre (et la proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec une alcoolémie supérieure au seuil légal autorisé* est un indicateur des conséquences routières de la consommation d'alcool à risque (immédiat). Des données régionales peuvent être disponibles. C'est un indicateur important qui ne doit pas être limité à la

²¹ L'AUDIT a été développé par l'OMS. Il explore les modes consommations d'alcool durant les douze derniers mois de la vie de l'individu. C'est un instrument dont la forme complète comporte 12 questions et qui est conçu pour détecter les sujets dont le mode de consommation risque de causer des dommages dans le futur (santé physique ou mentale) ou bien est déjà responsable de troubles. Plusieurs enquêtes déclaratives en population générale utilisent les trois premières questions de l'AUDIT pour décrire les modes de consommation déclarée : quantités consommées, habituellement ou lors d'épisodes de forte consommation, et fréquences de consommation (Enquête sur la Santé et la Protection Sociale de l'IRDES, enquête décennale santé de l'INSEE et enquête alcool auprès des usagers du système de soins DREES-FNORS). Cette dernière enquête avait défini un indicateur de consommations à risque, actuelles ou passées, en combinant les 3 premières questions d'AUDIT et le test DETA.

proportion des conducteurs avec une alcoolémie positive, celle-ci étant fortement dépendante d'autres facteurs (en particulier du nombre des accidents liés à une vitesse excessive).

La mortalité attribuable à l'alcool (maladies alcooliques du foie, psychoses alcooliques, et cancers des voies aéro-digestives supérieures) est un indicateur disponible au niveau national et régional, dont les délais pourraient être moins retardés qu'on ne le pense habituellement. Il est retenu à titre d'indicateur complémentaire du fait de son importance en France.

Questions en suspens :

L'OFDT et les experts du groupe IDA doivent définir les algorithmes définissant les indicateurs de consommations excessives d'alcool à risque à partir des trois premières questions de l'AUDIT (fréquences et quantités habituelles, fréquence des fortes consommations) pour le premier, ainsi que l'indicateur combinant AUDIT-C et DETA et préciseront les modifications qui doivent être apportées au modèle dérivé de l'enquête alcool auprès des personnes ayant recours au système de soins (consommations quotidiennes d'au moins 5 verres pour les hommes - 3 pour les femmes - et ou consommations excessives occasionnelles - au moins six verres bus lors d'une occasion particulière - au moins une fois par mois).

En ce qui concerne le nombre (et la proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif, quelle base prendre en compte pour les aspects régionaux ? La base domiciliée ou celle du lieu de l'accident ? (voir aussi l'objectif n° 94 sur les traumatismes liés à la violence routière).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans ou plus)	Test Audit-C (3 q.) Enquêtes déclaratives	Sexe, classes d'âge et PCS Catégories de consommations	Bisannuelle	Pertinent, non disponible	Déterminer l'algorithme
Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance (18 ans ou plus)	Test Deta + AUDIT-C (3 q.) Enquêtes déclaratives	Sexe, classes d'âge et PCS Catégories de consommations	Bisannuelle	Pertinent, non disponible	Idem
Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif	Fichier national des accidents de la circulation	Sexe, classes d'âge et catégories d'usagers	Annuelle	Pertinent, disponible	Déterminer la base à retenir pour les données régionales
Indicateurs complémentaires					
Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans	OFDT ESCAPAD	Sexe	Bisannuelle	Pertinent, disponible (en regroupant deux enquêtes successives)	
Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique	INSERM CépiDc	Sexe et classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	

Soit 5 fiches.

PRÉVALENCE DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL DANS L'ANNÉE EN POPULATION ADULTE

Indicateur	Proportion de personnes déclarant avoir une consommation excessive d'alcool parmi la population interrogée (18 ans ou plus)
Objectif	2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Algorithme de consommation à définir par le groupe IDA et l'OFDT à partir des trois premières questions de l'AUDIT	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes de 18 ans ou plus dans l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (18-24, 25-34, 35-44, 55-64, 65-74 ans, 75 ans ou plus) et les PCS (codage INSEE : Agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)	
Décompositions (N)	Consommation excessive ponctuelle ; consommation excessive chronique	
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine : oui ; Régional : nécessaire (ZEAT au minimum)	
Périodicité de la mesure	Bisannuelle (ESPS), quasi-annuelle pour les différents Baromètres INPES	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données internationales Envisagé pour la liste ECHI-2 : proportions d'adolescents et d'adultes consommant plus de 20 g d'éthanol par jour (femmes) ou de 40 g pour les hommes (seuils précis devant être discutés et adaptés aux consensus)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	IRDES Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) (trois premières questions du test AUDIT ²² Au cours des douze derniers mois : 1. « Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? » Jamais ; 1 fois par mois ou moins ; 2 à 4/mois ; 2 à 3/semaine ; 4 à 6/semaine*/ tous les jours* (* dans l'audit et ESPS ces deux derniers items sont confondus : quatre fois par semaine ou plus) 2. « Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? » Un ou deux ; trois ou quatre ; cinq ou six ; sept à neuf ; dix ou plus ; 3. « Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ? » Jamais ; moins d'une fois par mois ; 1/mois ; 1/semaine ; tous les jours ou presque ;
Mode de collecte (ddb)	Enquêtes déclaratives en population générale
Organismes responsables de la collecte (ddb)	IRDES (Enquête Santé et Protection Sociale), INPES (Baromètres santé, nutrition, cancer), INSEE (enquête nationale santé), OFDT (EROPP)
Service responsable de la synthèse des données	OFDT en accord avec les experts du groupe IDA
Méthodologie	Échantillons représentatifs de la population
Mode de calcul	Algorithme à préciser

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Celle des données déclaratives (sous déclaration)
Modalités d'interprétation	L'estimation des fréquence de consommations à risque dans la population est un objectif préalable qui pourra être fait à partir des données de l'enquête santé 2002/2003, d' ESPS 2002 et 2004 et du Baromètre santé 2004.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'enquête alcool auprès des usagers du système de soins (DREES-FNORS) a défini les consommations à risque en combinant les 3 premières questions d'AUDIT et le test DETA²³. L'OFDT et le groupe IDA fourniront l'algorithme définitif de traitement de ces trois questions d'AUDIT. Etude sur la prédictibilité des estimations « petits domaines » à partir de l'enquête nationale santé qui comporte 5 extensions régionales

²² Les formulations ont été légèrement modifiées dans l'Enquête nationale santé 2002/2003 de l'INSEE, en particulier la seconde question, ce qui tend à une surestimation des volumes moyens bus

²³ L'algorithme de consommation à risque utilisé dans l'enquête alcool auprès des personnes ayant recours au système de soins (2000) combinait AUDIT et DETA ainsi que la perception du médecin : personnes ayant actuellement ou ayant eu dans le passé un problème avec l'alcool : DETA : au moins deux réponses positives -ou besoin d'alcool le matin- ; ou consommation quotidienne d'au moins 5 verres pour les hommes (3 pour les femmes) (AUDIT -3 premières questions) ; ou consommation quotidienne inférieure à 5 verres pour les hommes (3 pour les femmes) mais consommation excessive occasionnelle (6 boissons ou plus) au moins une fois par mois ; ou consommant de l'alcool au plus 6 fois par semaine mais consommation excessive occasionnelle au moins une fois par mois

COMMENTAIRE

Ces questions permettent de suivre la fréquence de consommation et les quantités importantes consommées habituellement ou lors de circonstances exceptionnelles et donc les modes de consommations excessives.

Algorithme à préciser. A cet égard, un travail en voie d'achèvement réalisé à partir des enquêtes ESPS 2002 (IRDES) et ENS 2002-2003 (INSEE) doit être publié en 2005 par l'IRDES.

PRÉVALENCE DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES OU À RISQUE DE DÉPENDANCE EN

Indicateur	Proportion de personnes déclarant une consommation excessive d'alcool ou à risque de dépendance (18 ans ou plus)
Objectif	2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Algorithme de consommation à définir par l'OFDT et le groupe IDA à partir des trois premières questions de l'AUDIT et du test DETA	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes de 18 ans ou plus dans l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (18-24, 25-34, 35-44, 55-64, 65-74 ans, 75 ans ou plus) et les PCS (codage INSEE : Agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)	
Décompositions (N)	Anciens buveurs, alcoolisation excessive ponctuelle, alcoolisation excessive chronique dont à risque de dépendance	
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine : oui ; Régional : nécessaire (ZEAT au minimum)	
Périodicité de la mesure	Quasi-annuelle au travers des différents Baromètres INPES	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 8,6 % des 12-75 ans

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Baromètres INPES (santé, nutrition, cancer) ²⁴ Tests DETA et AUDIT-C DETA 1. « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? » Oui ; non ; NSP 2. « Votre entourage a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? » Oui ; non ; NSP 3. « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » Oui ; non ; NSP 4. « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? » Oui ; non ; NSP AUDIT-C : voir fiche précédente
Mode de collecte (ddb)	Enquête déclarative en population générale (entretiens téléphoniques)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INPES
Service responsable de la synthèse des données	INPES en collaboration avec l'OFDT et le groupe IDA
Méthodologie	Échantillon représentatif
Mode de calcul	Algorithme à préciser

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration
Modalités d'interprétation	Dans la mesure ou il intègre la prévalence dans la vie du risque de dépendance, l'évolution de cet indicateur pourrait être relativement lente. Les comparaisons devront également porter sur les groupe d'âge (par sexe).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le test DETA porte sur la vie entière. Le test AUDIT-C sur les consommations de l'année.
Cet indicateur pourra être produit à partir des Baromètres (santé, etc.) de l'INPES, les questions requises y étant incluses depuis plusieurs éditions. Il a également été utilisé dans l'enquête alcool auprès des usagers du système de soins (2000, DREES-FNORS). Il pourrait être produit de façon harmonisée par d'autres enquêtes déclaratives, sous réserve d'y introduire, avec les bonnes formulations, les trois premières questions d'AUDIT ainsi que les quatre du test DETA.
Cet indicateur, référé à la population masculine, sera utilisé pour le suivi du plan de la MILDT.

²⁴ Dans l'enquête nationale santé 2002-2003 de l'INSEE, le champ temporel a été modifié, les questions ayant été précédées de la proposition suivante : « au cours des douze derniers mois » : ceci ne permet donc plus de repérer les anciens buveurs.

CONDUCTEURS IMPLIQUÉS DANS UN ACCIDENT CORPOREL AVEC UNE ALCOOLÉMIE

Indicateur	Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif
Objectif	2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif	
Dénominateur (D)	Nombre total de conducteurs impliqués dans un accident de la route corporel ou mortel	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (moins de 18 ans, 18-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans ; 65 ans et plus) et les catégories d'usagers (cyclistes, cyclomotoristes, motocyclistes, voiture de tourisme, camionnettes, poids lourds, autres).	
Décompositions (N)	Accidents mortels	
Niveau géographique d'agrégation	National : oui (en 2004-2005) ; France métropolitaine : oui ; régional : oui (DOM en 2004-2005)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données internationales	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeurs : 6844 /129 148 (5,3 %) corporel et 945/5737 (16,5 %) mortel

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
Mode de collecte (ddb)	Alcoolémie ou éthylotest réalisés par les services de gendarmerie et de police dont le résultat est retranscrit sur le Bordereau d'Analyse des Accidents Corporels (BAAC)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Services de gendarmerie et de police
Service responsable de la synthèse des données	ONISR
Méthodologie	En principe exhaustivité des accidents avec dommages corporels
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	En principe, l'exhaustivité est respectée pour les accidents avec dommage corporels, mais en pratique, il arrive que les résultats ne soient pas reportés sur les BAAC (2,3 % des cas en 2000) ou que les examens ne soient pas faits (12,5 % des cas en 2000) lorsque les accidents sont peu graves et les conducteurs en règle (et lorsque les services de police ne sont pas appelés : voies privées par exemple).
Modalités d'interprétation	C'est un indicateur traceur d'un aspect majeur de l'usage à risque de l'alcool ; au niveau national, plus que la proportion, c'est le nombre de conducteurs impliqués dans des accidents qui permettra de suivre l'évolution du poids de l'alcool sur les accidents de la route avec des dommages corporels. Au niveau régional, se pose la question du choix de la base à utiliser : l'expertise des différences entre les données selon le domicile des conducteurs ou le lieu de survenue de l'accident devra être faite afin de déterminer l'amplitude des différences à l'échelon régional. Si celles-ci s'avéraient importantes, il conviendrait de conserver les deux types d'indicateurs qui contiennent tous deux des informations importantes pour l'action publique. Mais c'est sur la base domiciliée qu'il faudra calculer un taux standardisé permettant de comparer les régions. Cet indicateur devra être contextualisé par les proportions d'accidents corporels pour lesquels l'alcoolémie est connue

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Inclusion des données des DOM à partir de 2004 et surtout 2005

COMMENTAIRE

Voir également l'objectif 94 sur les traumatismes liés à la violence routière

CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET IVRESSES RÉGULIÈRES CHEZ LES 17 - 18 ANS

Indicateur	Prévalences des consommations d'alcool et ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 à 18 ans
Objectif	2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de jeunes âgés de 17 à 18 ans ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au moins dix fois au cours des 30 derniers jours Nombre de jeunes âgés de 17 à 18 ans ayant déclaré au moins dix ivresses au cours de l'année	
Dénominateur (D)	Nombre de jeunes âgés de 17 à 18 ans au sein de l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe	
Décompositions (N)	/	
Niveau d'agrégation	National (y compris DOM et TOM en 2003) : oui ; Régional : nécessaire (en regroupant les données de deux enquêtes successives)	
Périodicité de la mesure	Biennale à partir de 2003	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données internationales	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur s: Consommations régulières d'alcool 17-18 ans : garçons 21 % ; filles : 7,5 % Ivresses régulières 17-18 ans : garçons 11 % ; filles : 3%

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquêtes ESCAPAD réalisée lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD)
Mode de collecte (ddb)	Enquêtes déclaratives chez les jeunes de 17 et 18 ans : questionnaire auto-administré
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DCSN-OFDT
Service responsable de la synthèse des données	OFDT
Méthodologie	Échantillon représentatif des jeunes appelés (21 151 jeunes interrogés en 2003)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données déclaratives (risque de sous-déclaration)
Modalités d'interprétation	La limitation à une tranche d'âge bien précise permet d'éviter les effets dus aux fortes évolutions de ces comportements avec l'âge

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Des données régionales regroupant les années 2002 et 2003 seront publiées courant 2005

DÉCÈS LIÉS À L'IMPRÉGNATION ÉTHYLIQUE CHRONIQUE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique
Objectif	2. Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

DESCRIPTION

DECES ET ALCOOL		
Numérateur (N)	Nombre de décès dus à l'alcool-dépendance (dépendance alcoolique ou psychose alcoolique), aux cirrhoses (alcooliques ou sans précision) et aux cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche et pharynx, larynx, œsophage), codés en causes initiales, l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population moyenne de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges : moins de 65 ans (dont 45-64 ans); 65 ans ou plus	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	<u>OMS, HFA-DB</u> comprend un indicateur des causes liées à l'alcool qui ne se limite pas aux pathologies chroniques et comprend aussi toutes les causes externes de décès. <u>OCDE ECOSANTE</u> : / <u>UE</u> projet ECHI-2: les décès par dépendance ou psychose alcoolique font partie de la liste européenne de 65 causes de décès. Un indicateur synthétique des décès liés à l'alcool restant encore à définir est actuellement à l'étude (liste des causes retenues dans HFA-DB versus liste de pathologies chroniques alcoolique –et codées comme telles en CIM 10- définie par le Working party mental Health)	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 21 998

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif, à partir des certificats de décès
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE (état civil), INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM
Méthodologie	Logiciels de codage, vérifications possibles auprès des médecins certificateurs
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisé sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Une baisse continue de 40 % a été observée ces vingt dernières années. Toutefois, cet indicateur n'approche qu'imparfaitement l'ensemble de la mortalité liée à l'alcool : il ne prend pas en compte les décès liés à une absorption exceptionnelle massive, ni les effets nocifs d'une consommation excessive régulière sur de nombreuses pathologies, ainsi que les cancers pour lesquels la localisation n'est pas précisée. Par ailleurs, la part des cirrhoses virales parmi les cirrhoses dont l'origine n'est pas précisée, doit faire l'objet d'une réévaluation.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Actuellement N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production des statistiques nationales des causes médicales de décès

COMMENTAIRE

Le taux brut de mortalité informe sur l'état du problème de santé, compte tenu de la structure démographique (âge et sexe), alors que les taux standardisés de mortalité permettent de réaliser des comparaisons à structure démographique équivalente.

3. ABAISSER LA PRÉVALENCE DU TABAGISME (FUMEURS QUOTIDIENS) DE 33 À 25 % CHEZ LES HOMMES ET DE 26 À 20 % CHEZ LES FEMMES D'ICI 2008 (EN VISANT EN PARTICULIER LES JEUNES ET LES CATÉGORIES SOCIALES À FORTE PRÉVALENCE).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Age moyen d'initiation au tabac

Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle

Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'année à laquelle se réfère les valeurs citées dans la formulation de l'objectif n'est pas indiquée. Entre 2000 et 2003, selon les sondages effectués pour l'INPES, la prévalence du tabagisme *quotidien ou occasionnel* s'est abaissée de 34,5 % à 30 % pour la population des 15-75 ans. La prévalence du tabagisme *quotidien* en 2003 était de 30 % pour les hommes et de 21 % pour les femmes.

Indicateurs

L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien est présent dans de nombreuses enquêtes déclaratives en population générale et produit chaque année. Il faudra toutefois veiller à harmoniser les formulations des questions dans les différentes enquêtes. Il sera également donné la prévalence des non-fumeurs. Cet indicateur sera complété par la prévalence des fumeurs quotidiens selon la quantité de cigarettes fumées par jour. Les seuils de référence sont : ≤ 10 cigarettes par jour (un demi paquet par jour) ; 11 à 20 (un paquet par jour) ; 21 ou plus (plus d'un paquet par jour). Les niveaux de désagrégation souhaités sont pour l'âge : 15-17 ans ; 18-24 ans ; 25-34 ans ; 35-44 ans ; 45-54 ans ; 55-64 ans ; 65-74 ans. Pour les PCS, le codage se fera selon les modalités habituelles de l'INSEE (agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers).

Concernant les jeunes, les indicateurs de prévalence du tabagisme à 15 ans, 16 ans, 17-19²⁵ ans sont préférés à l'indicateur « âge moyen d'initiation ». Ces indicateurs du tabagisme chez les jeunes sont en effet plus précis et ont d'ailleurs été adoptés pour le suivi du plan de la MILDT. L'indicateur de prévalence à 16 ans permet en outre des comparaisons européennes dans le cadre des enquêtes ESPAD. Un indicateur complémentaire sur la part des adolescents de moins de 14 ans qui ont expérimenté le tabac sera par ailleurs produit pour le suivi du plan de la MILDT.

La prévalence du tabagisme pendant la grossesse est également retenue. Il serait utile de disposer également du pourcentage de fumeuses avant la grossesse, ces données étant présentes dans l'enquête nationale périnatale.

La proportion d'anciens fumeurs est un indicateur qui n'a pas été retenu. Malgré sa disponibilité dans plusieurs enquêtes déclaratives, il existe un problème de définition de l'« ancien fumeur ».

Les chiffres de ventes annuelles de cigarettes donnent une indication indirecte de l'évolution du tabagisme. Ils n'ont pas été retenus.

La mortalité par cancer du poumon, est retenue à titre d'indicateur de contexte, sachant que les délais entre exposition et cancer sont relativement longs.

²⁵ En pratique les 17-18 ans, car les jeunes de 19 ans ne représentent que 1 % de l'échantillon de l'enquête ESCAPAD 2003 effectuée au cours de la journée d'appel préparation à la défense.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Prévalence des fumeurs quotidiens (15-75 ans)</i>	Enquêtes déclaratives en population générale	Sexe, classes d'âge, PCS Quantités de cigarettes consommées	Annuelle	Pertinent, non disponible	Données régionales souhaitables
<i>Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (15 ans, 16 ans, 17-18 ans)</i>	Enquêtes ESPAD et ESCAPAD	Sexe	Bisannuelle	Pertinent, disponible (regroupement d'enquêtes ESCAPAD successives)	
Indicateurs complémentaires					
<i>Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse</i>	Enquête nationale périnatale	Classes d'âge et PCS	Triennale	Pertinent +/- disponible	
<i>Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon</i>	INSERM CépiDC	Sexe et classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	

Soit 4 fiches.

TABAGISME QUOTIDIEN

Indicateur	Prévalence des fumeurs quotidiens en population générale (15-75 ans)
Objectif	3. Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes âgées de 15 à 75 ans qui déclarent fumer tous les jours
Dénominateur (D)	Nombre de personnes dans l'échantillon (15-75 ans)
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (15-17 ans ; 18-24 ans ; 25-34 ans ; 35-44 ans ; 45-54 ans ; 55-64 ans ; 65-74 ans) et les PCS (agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)
Décompositions (N)	≤ 10 cigarettes par jour ; 11 à 20 cigarettes par jour ; 21 cigarettes ou plus par jour
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine ; des données régional serait nécessaire
Périodicité de la mesure	Variable selon les enquêtes (annuelle pour EPCV, biennale pour ESPS, quasi-annuelle pour les baromètres INPES)
Indicateurs internationaux	OMS, HFA-DB : Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population âgée de 15 ans et plus OCDE, Ecosanté : Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population adulte UE Newcronos : Pourcentage de fumeurs (15 ans ou plus) Projet de liste ECHI-2 : % de fumeurs quotidiens (âge non précisé)
Dernier résultat connu	Année : 2003 Valeurs : hommes 30 % ; femmes 21 % (15 ans ou plus)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INPES Baromètre santé, cancer, etc. ; INSEE Enquêtes annuelles EPCV; IRDES Enquête ESPS ; OFDT EROPP
Mode de collecte (ddb)	Enquêtes déclaratives en population générale par entretien téléphonique ou visite à domicile
Organismes responsables de la collecte (ddb)	INPES, INSEE, IRDES
Services responsables de la synthèse des données	OFDT
Méthodologie	Échantillons représentatifs de la population métropolitaine résidant en ménage ordinaire
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enquêtes déclaratives (risque de sous déclaration)
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien est un indicateur simple, disponible dans de nombreuses enquêtes, ce de façon quasi-annuelle avec les différents baromètres et jusqu'ici annuelle avec l'enquête EPCV. Cette enquête devrait être interrompue prochainement, mais l'indicateur pourrait être repris dans l'enquête annuelle SILC.

Il est cependant nécessaire d'harmoniser les formulations, notamment pour les seuils de référence de quantité : ≤ 10 cigarettes par jour ; 11 à 20 cigarettes par jour ; 21 cigarettes ou plus par jour.

Le statut des fumeurs de pipe, de cigares et de tabac à rouler reste à clarifier. Ils sont de toutes façon inclus dans les questionnaires du Baromètre Santé et de l'Enquête Santé.

Des données régionales semblent nécessaires pour un déterminant de santé aussi important. L'enquête nationale santé 2002/2003 avec ses cinq extensions régionales permettra d'expertiser les estimations sur petits domaine

TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES JEUNES

Indicateur	Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (15 ans, 16 ans, 17-18 ans)
Objectif	3. Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	1. Nombre de jeunes âgés de 15 ans qui déclarent fumer tous les jours (ESPAD) 2. Nombre de jeunes âgés de 16 ans qui déclarent fumer tous les jours (ESPAD) 3. Nombre de jeunes âgés de 17 ou 18 ans qui déclarent fumer tous les jours (ESCAPAD)	
Dénominateurs (D)	Nombre de jeunes concernés dans l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National ; régional souhaitable (Pour les données d'ESCAPAD -17-18 ans- :agrégation des données de deux enquêtes successives)	
Périodicité de la mesure	ESPAD : quadriennale ESCAPAD : Biennale	
Indicateurs internationaux	Pas d'indicateurs spécifiques jeunes dans les bases internationales, hormis les désaggrégations par classes d'âge Toutefois, les enquêtes ESPAD sont effectuées périodiquement dans une trentaine de pays européens avec comparaisons des données à 16 ans	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeurs : 15 ans : 11 % chez les garçons, 14 % chez les filles 16 ans : 21 % 24 % 17-18 ans : 40 % 40 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquêtes ESPAD et ESCAPAD
Mode de collecte (ddb)	Auto-questionnaires
Organisme responsable de la collecte (ddb)	ESPAD : MEN-INSERM-OFDT ESCAPAD : DCSN-OFDT
Service responsable de la synthèse des données	ESPAD : INSERM-OFDT ESCAPAD : OFDT
Méthodologie	Échantillons représentatifs
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données déclaratives
Modalités d'interprétation	En pratique, pour l'enquête ESCAPAD, la majorité des jeunes interrogés sont âgés de 17 ans (85 % en 2003) ou, moins souvent, 18 ans (12 %)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateurs de suivi du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2005-2006-2007-2008)
L'indicateur à 16 ans peut être comparé au niveau européen

PRÉVALENCE DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

Indicateur	Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse
Objectif	3. Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes qui déclarent avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête	
Sous-groupes (strates)	Selon les classes d'âges (15-24 ans ; 25-34 ans ; 35 ans ou plus) et les PCS	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National ; Régional : possible pour certaines régions (indépendamment de la Corse, 54 femmes ; la taille des échantillons régionaux varie de 126 –Limousin- à 2 866 –Ile de France- en 1998).	
Périodicité de la mesure	En principe triennale	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données internationales UE projet ECHI-2 Indicateur envisagé mais à examiner (disponibilités dans tous les pays, comparabilité)	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 22 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nationale périnatale
Mode de collecte (ddb)	Recueil d'information par entretien avec les mères (les données obstétricales et périnatales étant recueillies sur le dossier obstétrical)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Services départementaux de PMI dans la quasi exhaustivité des cas
Service responsable de la synthèse des données	INSERM U 149 - DREES - DGS
Méthodologie	Mère de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance. Échantillon constitué à partir de toutes les naissances de tous les départements français. (Échantillon de 14 482 mères en métropole et 626 dans les DOM en 2003)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Contexte : Proportion de femmes fumant avant la grossesse, Mesures d'aides au sevrage pour les femmes enceintes.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Des estimations intermédiaires (produites à partir de plus petits échantillons de femmes enceintes dans l'année) pourront être fournis par le Baromètre santé.

DÉCÈS PAR CANCER DU POUMON

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon
Objectif	3. Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par cancer du poumon l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population moyenne de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (moins de 65 ans ; 65 ans et plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National : oui (à partir de 1999 et 2000) ; Régional : oui (DOM à partir de 1999)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Dans les bases de données internationales HFA-DB et Ecosanté : poumons, bronches, trachée ; Newcronos, ainsi que la liste européenne de 65 causes de mortalité et le projet de liste ECHI-2 incluent le larynx.	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 26 682 (vc larynx)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif, à partir des certificats de décès
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE (état civil), INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM
Méthodologie	Logiciels de codage, vérifications possibles auprès des médecins certificateurs
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisé sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Certains cancers secondaires peuvent être codés comme cancers pulmonaires
Modalités d'interprétation	La mortalité par cancer du poumon est un indicateur retenu à titre d'indicateur de contexte, les délais entre l'exposition et la survenue du décès étant relativement long.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production

COMMENTAIRE

4. RÉDUIRE LE TABAGISME PASSIF DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES (DISPARITION TOTALE), LES LIEUX DE LOISIRS ET L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

OBJECTIF PRÉALABLE : L'OBJECTIF SUR LE TABAGISME PASSIF EST À QUANTIFIER POUR LES AUTRES LIEUX QUE LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES. IL FAUT CONSTRUIRE OU IDENTIFIER LE DISPOSITIF DE MESURE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés

Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'objectif sur le tabagisme passif n'est quantifié que pour les établissements scolaires dans lesquels il vise la disparition du tabagisme passif²⁶.

Le tabagisme passif dans les établissements scolaires concerne en premier lieu les élèves, mais aussi le tabagisme subi par les enseignants dans leur environnement professionnel. Il semble souhaitable également de connaître la proportion d'établissements scolaires dans lesquels les élèves, voire les adultes, n'ont pas le droit de fumer. A cet égard, signalons un contrat cadre entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé qui promeut une expérimentation pilote d'établissements scolaires sans tabac (ni cannabis), tant pour les élèves que pour les adultes

L'objectif n'identifie pas les « lieux de loisirs » concernés, mais les principaux sont suggérés dans la présentation des indicateurs souhaitables : restaurants, discothèques. Cette liste n'est pas limitative.

Indicateurs

Les indicateurs « souhaitables » sont détaillés par type de lieux, alors qu'actuellement, on ne dispose pour l'essentiel que de données d'impact ressenti. Toutefois, deux enquêtes sur l'application de la loi Evin doivent être réalisées en 2005 : l'une dans les bars restaurants et la seconde, dans les établissements de santé.

Concernant le dispositif de mesure sur le tabagisme dans les lieux de loisirs et les lieux de travail, deux types d'enquêtes peuvent être envisagés : les enquêtes sur les lieux d'enseignements, de loisirs et de travail cherchant à estimer la proportion de lieux respectant la réglementation, et les enquêtes en population générale.

Les indicateurs issus des enquêtes en population générale qui ont été retenus par la MILD'T sont centrés sur les opinions des personnes interrogées sur le respect de la loi EVIN dans différents type de lieux (part de la population estimant que les zones non-fumeurs sont respectées dans différents lieux), en relation avec les objectifs du plan quinquennal : « améliorer le respect de l'interdiction de fumer dans les espaces non réservés sur les lieux collectifs (milieu scolaire, hôpitaux, transports, lieux de travail, restaurants et administrations) ». Dans la mesure où cet objectif de la loi relative à la santé publique vise la réduction du tabagisme passif, il paraît également souhaitable d'introduire des indicateurs mesurant la part de la population estimant être soumise au tabagisme passif dans différents lieux.

²⁶ L'objectif proposé dans le rapport du GTNDO évoquait également le tabagisme passif à domicile, mais cette cible a été écartée lors de la rédaction du rapport annexé.

Principales sources de données identifiées

Pour le milieu scolaire, il existe une enquête de l'Institut d'Observation et de décision (IOD) et de l'OFDT sur l'application de la loi Evin dans les établissements scolaires²⁷. Cette enquête pourrait être rééditée, sous réserve de financement. Un recueil administratif routinier pourrait toutefois également être envisagé.

Pour le milieu hospitalier, une première enquête réalisée en 2003 doit fournir un indicateur sur la proportion des personnels hospitaliers déclarant fumer durant les heures de travail.

Pour la population générale, quelques questions sont posées dans les enquêtes déclaratives :

Plusieurs questions dans le Baromètre Santé peuvent fournir des informations approchées.

Une question dans l'enquête décennale santé sur le tabagisme passif en milieu professionnel (existence, durée).

Une question dans EROPP 2002 sur l'intensité du tabagisme subi dans la vie quotidienne.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/ disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportions :</i> - d'établissements scolaires - de restaurants (et autres lieux de loisirs) - de lieux de travail où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés		Établissement scolaires : interdiction aux élèves de fumer dans l'établissement			A créer (2005 enquêtes dans les bars et les établissements de santé)
Indicateurs complémentaires					
<i>Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac :</i> - à domicile - en milieu professionnel - dans différents lieux de loisirs	Enquêtes déclaratives	Sexe, classes d'âge	Bisannuelle	Pertinent, non disponible	A systématiser Données régionales à produire
<i>Pourcentage de jeunes (17-18 ans) qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire</i>	ESCAPAD Enquêtes déclaratives	Sexe	Bisannuelle	Pertinent, disponible (en regroupant deux enquêtes)	Question à ajouter Données régionales à produire

Soit 2 fiches

²⁷ KARSENTY S., DIAZ-GOMEZ C., « Le tabac en milieu scolaire – Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002) » OFDT, déc. 2003.

APPLICATION DE LA LOI EVIN DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Indicateurs	- Proportion d'établissements scolaires du second degré où l'usage du tabac est interdit aux élèves, ou qui limitent leur consommation à des espaces réservés et convenablement ventilés - Proportion d'établissements scolaires dans lesquels l'interdiction de fumer est respectée en salle des professeurs
Objectif	4. Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	1. Nombre d'établissements scolaires du second degré (collège et lycée) où l'usage du tabac est interdit aux élèves, ou qui limitent leur consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés 2. Nombre d'établissements scolaires pour lesquels en salle des professeurs, l'interdiction de fumer est respectée	
Dénominateur (D)	Nombre d'établissements scolaires considérés	
Sous-groupes (strates)	1. Collèges, lycées 2. Collèges, lycées, écoles	
Décompositions (N)	1. Usage du tabac totalement interdit aux élèves dans l'enceinte de l'établissement scolaire	
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	Enquête unique	
Indicateurs internationaux	Selon le projet de liste ECHI-2, les indicateurs sur les politiques en matière de modes de vie en lien avec la santé constituent un domaine à développer	
Dernier résultat connu	2002	Valeurs : <u>Collèges</u> : l'interdiction de fumer est la règle, 7 % ont institué un lieu, en général dans la cour, destiné aux élèves fumeurs de 16 ans ou plus <u>Lycées</u> : 40 % des lycées ont institué au moins une zone fumeur pour les élèves de 16 ans ou plus (l'interdiction d'accès pour les élèves de moins de 16 ans n'étant que rarement mise en place) Salles des professeurs : 2/3 des établissements du secondaire ont mal appliqué le principe de protection des non fumeurs

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête sur l'évaluation de la loi EVIN dans les écoles
Mode de collecte (ddb)	Questionnaires auto-administrés et anonymes (chefs d'établissement, autres personnels, élèves)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Institut de l'Observation et de la Décision
Service responsable de la synthèse des données	Institut de l'Observation et de la Décision et OFDT
Méthodologie	Échantillon de 600 établissements où ont été interrogés à la fois le responsable d'établissement, 2 à 5 membres du personnel, et dans le secondaire, environ 42 élèves. Soit : 600 établissements, 1 900 membres du personnel et 10 500 collégiens et lycéens. Échantillonnage aléatoire stratifié, représentatif des établissements scolaires de la France métropolitaine, par région, taille d'établissements, type d'implantation (rural ou urbain) et type de zone d'éducation. 50 départements sélectionnés aléatoirement : deux départements pour chaque académie.
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données déclaratives : Il peut exister un hiatus entre les règlements affichés et les comportements effectifs.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Nécessité d'une réflexion sur les modalités d'évolution de cette enquête Ajout d'un indicateur sur la notion d'interdiction de fumer dans les établissements

COMMENTAIRE

C'est une enquête unique, qui a eu lieu dans les établissements scolaires du second degré pour étudier le respect de la loi Evin en milieu éducatif. Cette enquête déclarative croise les réponses des adultes et des élèves.

Une réflexion sur les modalités de renouvellement de cet enquête doit être effectuée: simplifications éventuelles, mode de passation (renouvellement ou enquête de type administratif), périodicité, besoin de données régionales...

Référence bibliographique

KARSENTY S., DIAZ-GOMEZ C., « Le tabac en milieu scolaire – Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002) » OFDT, déc. 2003.

EXPOSITION AU TABAC SELON LE LIEU

Indicateur	Proportion de personnes qui déclarent être exposées au tabac : à domicile, en milieu professionnel, dans les lieux de loisirs parmi les personnes interrogées Proportion de jeunes scolarisés déclarant fumer au sein de leur établissement scolaire parmi les jeunes scolarisés interrogés
Objectif	4. Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel <u>Objectif préalable</u> : L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1. Nombre de personnes qui déclarent être exposées au tabac : à domicile, en milieu professionnel, dans les lieux de loisirs 2. Nombre de jeunes scolarisés déclarant fumer au sein de leur établissement scolaire
Dénominateur (D)	1. Nombre de personnes interrogées 2. Nombre de jeunes scolarisés interrogés
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Par type de lieu (indicateur 1)
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine : oui ; régional : nécessaire
Périodicité de la mesure	Bisannuelle
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	Enquêtes déclaratives en population générale (INSEE, INPES, OFDT)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	
Service responsable de la synthèse des données	
Méthodologie	Échantillonnage
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Suivre le tabagisme passif en population générale est-il suffisant ? Si oui, au-delà de question générale sur la perception du respect des zones non-fumeurs, faut-il développer des questions sur le tabagisme passif personnellement subi en milieu scolaire, au travail et dans lieux de loisirs ?

Faut-il compléter ce dispositif par des enquêtes auprès des structures pour décrire les mesures prises dans les lieux de travail et de loisirs ?

Un questionnement sur le tabagisme passif en milieu professionnel a-t-il été introduit dans l'enquête SUMER 2003 ?

5. OBÉSITÉ : RÉDUIRE DE 20 % LA PRÉVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ (IMC > 25 kg/m²) CHEZ LES ADULTES : PASSER DE 42 % EN 2003 À 33 % EN 2008 (OBJECTIF PNNS).

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Indice de masse corporelle (IMC) de la population adulte (18 ans et plus)

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La réduction de la surcharge pondérale constitue un objectif prioritaire du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Le présent objectif concerne les adultes, le cas des enfants faisant l'objet d'un objectif spécifique (objectif 12). La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité. Ceux-ci sont définis au niveau international à partir des valeurs de l'indice de masse corporelle (IMC) qui est calculé à partir du poids (en kg) et de la taille (en m) : $IMC = P/T^2$. Selon les normes internationales qui s'appliquent aux adultes, le surpoids est défini pour les valeurs de l'IMC supérieures ou égales à 25 kg/m² mais inférieures à 30, alors que l'obésité correspond aux valeurs supérieures ou égales à 30 kg/m².

L'objectif du PNNS concerne l'ensemble formé par ces deux niveaux de surcharge pondérale. Toutefois, au niveau international, on considère généralement deux indicateurs distincts : la prévalence du surpoids et celle de l'obésité. En conséquence, les indicateurs de suivi de cet objectif devront permettre de suivre la prévalence globale des $IMC \geq 25$ kg/m², pour suivre l'atteinte de l'objectif, ainsi que les prévalences de ses composantes, c'est-à-dire du surpoids et de l'obésité.

La valeur de 42 % indiquée dans l'objectif correspond à la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids + obésité) observée en 2003 chez les adultes (étude ObEpi)²⁸. Selon cette source, la prévalence de l'obésité s'élevait alors à 11,3 % contre 9,6 % en 2000.

Par ailleurs, ces prévalences évoluant fortement avec l'âge, elles nécessiteront des désaggrégations par sexe et classes d'âge et, pour le suivi de l'évolution, une standardisation sur la structure de la population européenne. Enfin, compte tenu de la forte variabilité géographique, des données régionales apparaissent a priori souhaitables. Toutefois, il est demandé une expertise préalable des données des extensions régionales de l'enquête nationale santé (ENS) pour évaluer les impacts respectifs de la structure de la population (sexe, âge, PCS...) et des spécificités régionales sur ces prévalences.

De nombreuses sources de données sont identifiées, la plupart recueillant le poids et la taille sur une base déclarative. Il est recommandé de ne pas se limiter à une seule source et de prendre en compte, au niveau national, au moins une source comportant des mesures de ces paramètres anthropométriques, associée à une (voire plusieurs) source déclarative dont la périodicité est plus élevée.

Principales sources de données identifiées

Enquête ENNS (InVS)

Enquêtes ObEpi (Institut Roche, INSERM)

Enquêtes nationales santé (INSEE)

Enquêtes santé et protection sociale (IRDES)

Baromètres santé et Baromètres nutrition (INPES)

Enquête ESCAL (Martinique)

²⁸ 40 % en 2002 selon ESPS ; notons aussi que la prévalence relevée par le Baromètre santé nutrition en 2002 est sensiblement plus faible : 34 %.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte</i>	Enquête avec mesures (ENNS), Enquêtes déclaratives (ESPS, Baromètres santé, Enquêtes ObEpi, ENS)	Sexe, classes d'âge, surpoids/ obésité	Biennale	Pertinent, non disponible	Sources déclaratives à définir, Expertise des différences régionales observées dans l'enquête nationale santé (à partir des extensions régionales)

Soit 1 fiche.

SURPOIDS ET OBESITÉ CHEZ L'ADULTE

Indicateur	Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en population adulte
Objectif	5. Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m ²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS)

DESCRIPTION

	Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids + obésité)
Numérateur (N)	Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus dont l'IMC est supérieur ou égal à 25 kg/m ²
Dénominateur (D)	Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus interrogées
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âges (18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus)
Décompositions (N)	Prévalence du surpoids (IMC supérieur ou égal à 25 kg/m ² mais inférieur à 30), Prévalence de l'obésité (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m ²)
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine, régional
Périodicité de la mesure	Variable selon les sources (biennale dans ESPS, biennale pour les baromètres santé ou nutrition, triennale pour ObEpi, quinquennale pour l'enquête santé et ENNS)
Indicateurs internationaux	HFADB :/ OCDE ECO santé : prévalence du surpoids, de l'obésité, du surpoids ou de l'obésité Eurostat NewCronos : prévalence du surpoids, de l'obésité Ces deux prévalences sont également requises par le projet « Monitoring public health nutrition in Europe » Projet de liste Echi2 : prévalence de l'obésité
Dernier résultat connu	Année : 2003 Valeur : 42 % (Enquête ObEpi, surpoids + obésité)
Mode de calcul	Taux brut et taux standardisés sur la population européenne

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	ENNS (USEN), Baromètres santé et nutrition (INPES), ESPS (IRDES), ObEpi (Institut Roche, INSERM), Enquête nationale santé (INSEE)
Mode de collecte (ddb)	Entretiens télé phoniques (Baromètres, ObEpi) ou à visites à domicile (ESPS, ENS) par enquêteurs professionnels, visite à domicile et examens de santé pour ENNS Poids et taille mesurés pour ENNS, déclarés pour les autres enquêtes
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Fonction des sources
Service responsable de la synthèse des données	Fonction des sources
Méthodologie	Echantillons représentatifs
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Pour les données déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille
Modalités d'interprétation	Augmentation progressive de ces prévalences durant les années 90. Evolutions et comparaisons régionales à interpréter à partir des données standardisées

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1 pour les plus rapides
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Mesure pour la prochaine enquête ENNS

COMMENTAIRE

Le poids et la taille seront mesurés dans l'enquête quinquennale ENNS.
Sources déclaratives complémentaires à déterminer.
Expertise des données régionales dans l'enquête santé, données régionales à prévoir si les effets régionaux sont confirmés

6. DÉFICIENCE EN IODE : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DE LA DÉFICIENCE EN IODE AU NIVEAU DE CELLE DES PAYS QUI EN ONT UNE MAÎTRISE EFFICACE (AUTRICHE, GRANDE-BRETAGNE, PAYS-BAS, SUISSE...); RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DES GOITRES : PASSER DE 11,3 % CHEZ LES HOMMES ET 14,4 % CHEZ LES FEMMES ACTUELLEMENT À 8,5 % ET 10,8 % D'ICI À 2008

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion de personnes ayant des apports alimentaires en iode inférieurs aux apports nutritionnels conseillés

Fréquence des goitres par sexe

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

La finalité de cet objectif est la diminution de la part de la population ayant des apports en iode insuffisants afin de réduire la prévalence des troubles liés à la carence en iode.

Un bilan épidémiologique de l'exposition à la carence en iode en Europe occidentale a été effectué en 2002 à partir des concentrations en iode urinaire mesurées dans des échantillons représentatifs (ou des groupes à risque) de chacun des états. Les pays ont été classés en 4 groupes : le premier groupe, qui comprend les pays cités dans l'objectif, ont été considérés comme ayant une maîtrise efficace de la carence en iode. La France fait partie des pays exposés à la carence en iode du fait de programmes inadaptés : en effet, il existe un déficit modéré d'apports en iode, avec un gradient de sévérité croissant du Nord-Ouest au Sud-Est (les apports sont minimaux en Alsace, Lorraine, Franche-comté, Massif Central et Pyrénées).

Si l'expression extrême de la carence en iode (le crétinisme) a disparu en France, l'effet des carences légères ou modérées peut également avoir un impact sur le développement intellectuel et cognitif des enfants, sur la fertilité et la périnatalité ainsi que sur la morphologie de la thyroïde (goitres, nodules) et sur son fonctionnement hormonal (dysthyroïdies : hyper ou hypothyroïdie). Les populations à risque sont en premier lieu les femmes enceintes et les nouveau-nés, en raison de l'impact de la carence en iode sur le développement neurologique et cognitif précoce, mais aussi, dans une moindre mesure, les adultes.

La situation française pourrait être améliorée par l'encadrement réglementaire des enrichissements en iode nécessaires pour protéger l'ensemble de la population. En France, la part du sel iodé est en constante régression du fait de la diminution des ajouts des particuliers en sel domestique, conjuguée à l'absence de réglementation pour le sel utilisé dans les aliments industriels. Un groupe de travail réuni par l'AFSSA a étudié les possibilités de réglementation de la supplémentation en iode susceptible de pallier cette carence. Il vient de rendre un avis²⁹ recommandant l'enrichissement en iode du sel alimentaire utilisé pour la fabrication du pain, des biscottes et des viennoiseries.

Les prévalences des goitres indiquées dans l'objectif correspondent aux valeurs observées dans l'étude SU.VI.MAX en 1994-1995 sur les volontaires de cette cohorte et concernent les hommes âgés de 45 à 60 ans et les femmes entre 35 et 60 ans. Il est possible que ces prévalences soient différentes en population générale. Par ailleurs, des études locales réalisées sur des femmes enceintes montrent un déficit marqué des apports en iode en fin de grossesse.

Indicateurs

Au niveau de la population, les carences d'apports alimentaires d'iode sont estimées en premier lieu à partir de la concentration urinaire médiane de l'iode, qui est l'indicateur privilégié par l'OMS pour suivre les effets des actions collectives. Cet indicateur pourrait être fourni par l'enquête INCA2-ENNS pour la population adulte. A

²⁹ Mars 2005

défaut, il faudrait envisager d'utiliser des indicateurs issus de cette même source sur les proportions de personnes ayant des apports iodés inférieurs aux apports nutritionnels conseillés.

La fréquence des goitres est également un indicateur approché, de l'insuffisance d'apport en iode ; mais il n'est pas spécifique pour les adultes, d'autres causes pouvant également provoquer une augmentation du volume de la thyroïde (tabagisme...). A l'heure actuelle, la fréquence des goitres décelés par échographie n'est pas un indicateur disponible en population générale, les seules données disponibles provenant de la cohorte SU.VI.MAX³⁰. De fait les échographies posent des problèmes d'harmonisation, les résultats étant fortement dépendants des échographes et des opérateurs, alors que les données urinaires sont plus aisées à harmoniser (envoi à un laboratoire unique). Les données de l'examen clinique ne permettent pas non plus de constituer un indicateur sensible. L'intérêt d'un indicateur sur la fréquence des goitres n'est pas avéré et il n'a donc pas été jugé nécessaire de le conserver.

Les populations prioritairement concernées par cette problématique sont les femmes enceintes, les femmes qui allaitent, les nouveau-nés et les jeunes enfants. Dans la mesure où les femmes enceintes et les enfants au-delà de 5 ans sont peu nombreux dans les enquêtes en population générale, il semble nécessaire d'effectuer des enquêtes spécifiques pour ces populations. De même, des recherches sont nécessaires pour évaluer le statut en iode des nourrissons et du lait maternel, qui à l'heure actuelle ne relèvent pas d'enquêtes de routine.

Un indicateur issu du PMSI a été envisagé (nombre de personnes hospitalisées pour pathologie thyroïdienne non cancéreuse ?). Toutefois, une expertise préalable s'avère nécessaire, dans la mesure où toutes les pathologies thyroïdiennes ne sont pas hospitalisées. De plus, les interactions entre l'iode et les pathologies thyroïdiennes sont particulièrement complexes et situées dans un contexte marqué par une forte évolution des pratiques diagnostiques.

Principales sources de données identifiées

INCA 2, ENNS : apports nutritionnels, dosages urinaires (voire examen clinique de la thyroïde)

PMSI (séjours hospitaliers pour pathologies thyroïdiennes...)

Etudes locales sur les femmes enceintes

Cohorte de volontaires SU.VI.MAX (hommes âgés de 45 à 60 ans lors de l'inclusion, femmes 35-60 ans) : échographie, iodurie

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Concentration urinaire médiane en iode dans la population générale</i>	ENNS	Adultes	Quinquennale	Pertinent, non disponible	Indicateur à créer au niveau national si possible dans le cadre d'INCA2-ENNS
Indicateurs complémentaires					
<i>Concentration urinaire médiane en iode des femmes enceintes</i>					A créer
<i>Proportion de personnes hospitalisées pour pathologies thyroïdiennes non cancéreuses</i>	PMSI	Adultes/enfants	Annuel	Pertinent, disponible	Expertise préalable nécessaire
<i>Apports en iode chez les nourrissons</i>					Recherches nécessaires

³⁰ L'enquête ENNS ne comportera pas d'échographie systématique. La palpation de la thyroïde, dans le cadre de l'examen clinique, est actuellement discutée.

7. CARENCE EN FER : DIMINUER LA PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE FERRIPRIVE, PASSER DE 4 % DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER À 3 %, DE 4,2 % DES ENFANTS DE 6 MOIS À 2 ANS À 3 % ET DE 2 % DES ENFANTS DE 2 À 4 ANS À 1,5 %.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Prévalence de l'anémie ferriprive dans les groupes et situations à risque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Le fer est l'un des oligo-éléments essentiels pour de nombreuses fonctions biologiques. Une des conséquences cliniques de la carence en fer est l'anémie par carence martiale aux effets délétères connus. Les besoins en fer de l'organisme sont plus élevés chez les enfants en période de croissance rapide, chez les femmes en âge de procréer (à cause des menstruations, notamment les femmes sous dispositif intra-utérin) et chez les femmes enceintes. Les sujets migrants et les populations en situation de précarité sont également exposés au risque de carence en fer, ainsi que les donneurs de sang et les personnes suivant un régime végétarien.

D'après différentes données de la littérature internationale, de 7 à 30 % des enfants³¹, 14 % des adolescentes³² et 60 à 77 % des femmes enceintes³³ ont des stigmates biologiques de déficience en fer. Dans l'étude française SU.VI.MAX, près de 23 % des femmes âgées de 35 à 50 ans ont une déplétion totale des réserves en fer et 4,4 % ont une déficience suffisamment intense pour entraîner une anémie ferriprive³⁴. L'anémie ferriprive concernerait 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans, et 2 % des 2 à 4 ans (source non précisée dans le rapport du GTNDO).

Ces données épidémiologiques portant sur la carence et la déficience en fer sont parcellaires et proviennent de sources d'information qui n'ont pas été validées en population générale (biais possible de sélection des individus à risque). Il faut donc considérer avec prudence les valeurs assignées à cet objectif. De fait, un besoin de données de cadrage sur l'ampleur du problème a été souligné, en particulier pour les enfants.

Indicateurs

A l'heure actuelle, la prévalence de l'anémie ferriprive (et celle de la déplétion des réserves en fer) dans les groupes et situations à risque n'est pas une information disponible en routine.

L'Étude Nationale Nutrition Santé » (ENNS) permettra de disposer des taux d'hémoglobine et de ferritinémie pour les femmes en âge de procréer, mais il n'y aura pas de prélèvement sanguin chez les mineures. Une estimation de la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer devrait donc être produite à partir de cette étude.

En termes d'apport alimentaire, l'indicateur le plus adapté est la distribution des apports en fer utilisant conjointement les tables de composition (type CIQUAL) et les enquêtes de consommation alimentaire (INCA2/ENNS). Il faut ensuite définir un niveau d'apport considéré comme « insuffisant » par rapport aux apports nutritionnels conseillés (ANC) et estimer la prévalence d'apports inférieurs à ces seuils définis en fonction de l'âge et du sexe. Un indicateur complémentaire retenu est donc la prévalence des sujets dont les apports en fer sont en dessous des ANC ($< \text{ANC}$, $< 2/3 \text{ ANC}$, $< 50 \% \text{ ANC}$, $< 1/3 \text{ ANC}$).

Chez la femme enceinte, une numération globulaire doit être effectuée au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse). Les données de l'assurance maladie peuvent être utilisées pour renseigner deux indicateurs complémentaires : proportions d'assurées enceintes remboursées au cours de leur grossesse d'une part pour hémogramme et, d'autre part, pour supplémentation ferrique.

³¹ Hercberg et coll, 1987

³² Galan et coll, 1998

³³ Hercberg et coll, 1985 ; de Benaze et coll, 1989

³⁴ Galan et coll., 1998

A terme, une question sur l'anémie ferriprive en cours de grossesse pourrait être introduite dans la prochaine enquête périnatale

Sources de données

INCA2, ENNS

Centres d'examens de santé de l'assurance maladie

Assurance maladie

(Enquête nationale périnatale)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de :</i> - 6 mois à 2 ans - 2 à 4 ans					A créer
<i>Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes de 15 à 49 ans</i>	USEN ENNS	Classes d'âge	Quinquennale	Non disponible	Enquête en cours de préparation
Indicateurs complémentaires					
<i>Prévalence des insuffisances d'apports en fer</i>	USEN, AFSSA INCA2/ ENNS	Sexe, classes d'âge, degré d'insuffisance d'apport	Quinquennale	Non disponible	Idem
<i>Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement d'hémogramme</i>	CNAMTS CANAM et MSA		Annuelle	Oui	A expertiser
<i>Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement de supplémentation ferrique au cours de la grossesse</i>	CNAMTS CANAM et MSA		Annuelle	Oui	A expertiser

Soit 1 fiche.

RECHERCHE ET TRAITEMENT DES ANÉMIES FERRIPRIVES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Indicateurs	- Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement d'un hémogramme - Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement de supplémentation ferrique au cours de la grossesse
Objectif	7. <u>Carence en fer</u> : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4% des femmes en âge de procréer à 3%, de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% des enfants de 2 à 4 ans à 1,5%

DESCRIPTION

Numérateur 1 (N)	Nombre de femmes ayant déclaré une grossesse au cours de l'année et ayant été remboursées pour hémogramme au cours de la grossesse	
Numérateur 2 (N)	Nombre de femmes ayant déclaré une grossesse au cours de l'année pour lesquelles il y a eu au moins un remboursement de supplémentation ferrique au cours de la grossesse	
Dénominateur (D)	Nombre total de femmes ayant déclaré une grossesse pendant la même année	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : à créer	Valeur : /

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : données de remboursement pour les femmes enceintes
Mode de collecte (ddb)	Administratif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Méthodologie	Exhaustif pour les femmes ayant déclaré leur grossesse
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les grossesses non déclarées, ou très tardivement (en 2003 : 0,5 % des grossesses n'étaient pas déclarées en métropole, 4,5 % dans les DOM)
Modalités d'interprétation	La supplémentation en fer ne signifie pas forcément qu'il y ait anémie

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur complémentaire

8. RACHITISME CARENTIEL, CARENCE EN VITAMINE D : DISPARITION DU RACHITISME CARENTIEL.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre d'hospitalisations pour rachitisme

Consommation de vitamine D par la population pédiatrique

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Le rachitisme carentiel est un défaut de minéralisation, conséquence d'une carence en dérivé actif de la vitamine D. Il est peu fréquent en France : ainsi, d'après les données du PMSI MCO, il y a eu moins de 50 séjours hospitaliers pour rachitisme carentiel en 2001. Il est probable que ces hospitalisations sont dues à des cas aigus qui pourraient être difficiles à éradiquer complètement du fait des cas importés.

La nette diminution de la prévalence de la carence en vitamine D est attribuée à la supplémentation et à l'ajout de vitamine D dans les laits pour les nourrissons, ainsi qu'à l'augmentation de l'exposition au soleil et à des apports accrus en calcium. Malgré cette supplémentation systématique dans les premiers mois de la vie, une enquête épidémiologique réalisée dans plusieurs centres a montré que le rachitisme carentiel persiste en France et qu'il peut être partiellement expliqué par une mauvaise compliance à la supplémentation³⁵. De plus, la prévention resterait insuffisante dans les milieux défavorisés.

L'objectif se consacre principalement au rachitisme carentiel au sein de la population infantile. Cependant, la carence en vitamine D existe également chez l'adulte, notamment chez la personne âgée³⁶. Il pourrait être pertinent, dans un second temps, d'élargir cet objectif de réduction des carences en vitamine D à la population adulte. De fait, un des objectifs nutritionnels prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS) vise l'«Augmentation de la consommation de calcium afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés, associée à une réduction de 25% de la prévalence des déficiences en vitamine D ».

Indicateurs

L'indicateur retenu est le nombre d'hospitalisations pour rachitisme. Cette information est disponible par l'intermédiaire du PMSI MCO. Un travail préalable d'expertise du codage est toutefois nécessaire.

L'exploitation des données de remboursement de la vitamine D (cholécalférol ou ergocalciférol) en tant qu'indicateur approché du nombre d'enfants sous traitement prophylactique ou traitement curatif a été évoquée, mais n'a pas été retenue pour le suivi de cet objectif.

³⁵ Expertise collective INSERM, « Carences nutritionnelles – Etiologies et dépistage », INSERM, 1999, 333 pp.

³⁶ La prévalence élevée des carences relatives en vitamine D chez le sujet âgé justifie notamment la prescription d'une supplémentation en période automnale et hivernale. Dans l'étude SU.VI.MAX, 12,4% des hommes et 15,5% des femmes présentent des taux sériques de vitamine D, inférieurs aux seuils de référence. De plus, il existe des différences régionales importantes.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre (et taux) d'hospitalisations en MCO pour rachitisme carentiel</i>	PMSI MCO	/	Annuelle	Non pertinent (effectif trop faible)	Expertiser le codage

Soit 1 fiche.

SÉJOURS HOSPITALIERS ANNUELS POUR RACHISTISME CARENTIEL

Indicateur	Nombre (et taux) d'hospitalisations en MCO pour rachitisme carentiel
Objectif	8. Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'hospitalisations en MCO pour rachitisme carentiel pendant l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population totale moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National uniquement (effectifs régionaux trop faibles)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS, HFA-DB : / OCDE : / UE : / Projet ECHI 2 : /	
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur : 50

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO : dossiers médicaux	
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH	
Service responsable de la synthèse des données	DREES	
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.	
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne (pour 100 000)	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Il sera difficile d'évaluer le rachitisme « importé ».
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le nombre d'hospitalisations pour rachitisme est très faible.

9. SÉDENTARITÉ ET INACTIVITÉ PHYSIQUE : AUGMENTER DE 25% LA PROPORTION DE PERSONNES, TOUS ÂGES CONFONDUS, FAISANT PAR JOUR, L'ÉQUIVALENT D'AU MOINS 30 MINUTES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE D'INTENSITÉ MODÉRÉE, AU MOINS CINQ FOIS PAR SEMAINE : PASSER DE 60% POUR LES HOMMES ET 40% POUR LES FEMMES ACTUELLEMENT, À 75% POUR LES HOMMES ET 50% POUR LES FEMMES D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion de personnes, tous âges confondus, faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 jours par semaine

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

La formulation de cet objectif sur la sédentarité et l'activité physique est légèrement différente de celle qui a été retenue dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) où l'objectif portant sur l'activité physique est ainsi énoncé : « Augmentation de l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins ½ heure de marche rapide par jour. La sédentarité, étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant. » Dans le rapport annexé à la loi de santé publique, et selon le rapport du GTNDO, le seuil minimal d'activité physique recommandée est l'équivalent de 30 minutes par jour de marche rapide au moins *5 jours par semaine*, soit 150 minutes par semaine, ces activités pouvant être réalisées au cours de trajets (monter les escaliers à pied, se déplacer à pied, ...).

Indicateurs

Quelle que soit la formulation retenue, il est important de donner une définition précise de l'intensité, de la fréquence et du seuil minimal d'activité physique recommandée. Pour le suivi de cet objectif, il sera retenu, comme dans le PNNS : « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour ». Cet équivalent métabolique sera calculé dans l'enquête ENNS et le Baromètre santé avec la version française de l'« International Physical Activity Questionnaire » (IPAQ).

Un indicateur complémentaire issu des Baromètres santé est ajouté sur la pratique d'activité physique la veille de l'enquête ; une première estimation a été effectuée dans le cadre du Baromètre Santé Nutrition 2002 : 66% des personnes interrogées déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité physique d'au moins une demi-heure), 70% des hommes et 61% des femmes. Par ailleurs, pour disposer de données régionales, au moins pour les jeunes, il est recommandé d'ajouter des questions complémentaires équivalentes dans les enquêtes ESCAPAD ainsi que les enquêtes en milieu scolaire.

En revanche, un indicateur complémentaire de « sédentarité » pourra être introduit ultérieurement. La sédentarité pourra être approchée par la notion de durée moyenne journalière du temps passé devant la télévision ou un ordinateur, qui sera produite par l'enquête ENNS et le Baromètre santé 2004 pour les adultes, et par le cycle triennal pour les enfants, ce dernier nécessitant toutefois une expertise préalable des questions correspondantes.

Principales sources de données identifiées

Enquête ENNS (InVS, en préparation)

Baromètre santé et Baromètre santé nutrition (INPES)

Cycle triennal d'enquête en milieu scolaire (DEP-DESCO-DGS-DREES-InVS)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de personnes interrogées qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour</i>	InVS ENNS INPES Baromètre santé (IPAQ)	Sexe, classes d'âges, PCS	Quinquennale	Non disponible	Enquête en préparation
Indicateur complémentaire					
<i>Proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive)</i>	INPES Baromètre santé nutrition, Baromètre santé	Au moins 30 mn Sexe, classes d'âges, PCS	Biennale	Non disponible pour les Baromètres (sauf extensions régionales) Pourra être disponible pour les jeunes quand sera intégré aux enquêtes scolaires, à ESCAPAD	Ajouter aux enquêtes ESCAPAD (OFDT) et au cycle triennal DREES-DESCO-DGS-DEP-InVS

Soit 2 fiches.

PERSONNES DÉCLARANT L'ÉQUIVALENT DE 30 MINUTES DE MARCHÉ RAPIDE PAR JOUR

Indicateur	Proportion de personnes interrogées qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour
Objectif	9. <u>Sédentarité et inactivité physique</u> : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour (International Physical Activity Questionnaire)
Dénominateur (D)	Nombre de personnes concernées dans l'échantillon
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) et les PCS (codage INSEE : Agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)
Décompositions (N)	
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine
Périodicité de la mesure	Quinquennale pour ENNS, quadriennale pour le Baromètre santé
Indicateurs internationaux	NEWCRONOS (UE) : pratique d'exercice physique au moins 2 fois par semaine L'enquête « Eurobaromètre » utilise le questionnaire IPAQ (échantillons représentatifs d'environ 1 000 sujets par état membre) Projet ECHI-2 : (questionnement sur l'activité physique en cours d'examen)
Dernier résultat connu	Année : / (résultats de l'année 2004 attendus) Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête ENNS, Baromètre santé
Mode de collecte (ddb)	Entretiens à domicile et examen de santé pour ENNS, entretiens téléphonique pour le Baromètre santé
Organismes responsable de la collecte (ddb)	InVS, INPES
Services responsable de la synthèse des données	InVS, INPES
Méthodologie	Échantillons en population générale métropolitaine (pour le Baromètre santé, l'IPAQ est posé au 1/3 de l'échantillon)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Biais de déclaration (à l'enquête, aux questions sur l'activité physique)
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1 (Baromètre santé)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

L'indicateur d'activité physique devra être complété par un indicateur approchant la sédentarité

PERSONNES DÉCLARANT AVOIR PRATiqué UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE LA VEILLE

Indicateur	Proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive)
Objectif	9. <u>Sédentarité et inactivité physique</u> : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive)
Dénominateur (D)	Nombre de personnes concernées au sein de l'échantillon
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) et les PCS (codage INSEE : Agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)
Décompositions (N)	Au moins 30 mn
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine
Périodicité de la mesure	Biennale à partir de 2002
Indicateurs internationaux	NEWCRONOS (UE) : pratique d'exercice physique au moins 2 fois par semaine Projet ECHI-2 : (questionnement sur l'activité physique en cours d'examen)
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Baromètre santé nutrition (2002), Baromètre santé (2004)
Mode de collecte (ddb)	Entretiens téléphonique
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INPES
Service responsable de la synthèse des données	INPES
Méthodologie	Échantillon en population générale métropolitaine
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Biais de déclaration
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Questionnement équivalent à introduire dans les enquêtes ESCAPAD et le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

**10. FAIBLE CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES : DIMINUER D'AU MOINS 25 %
LA PRÉVALENCE DES PETITS CONSOMMATEURS DE FRUITS ET LÉGUMES : PASSER
D'UNE PRÉVALENCE DE L'ORDRE DE 60 % EN 2000 À 45 % (OBJECTIF PNNS).**

**OBJECTIF PRÉALABLE : LA PRÉVALENCE ACTUELLE DES PETITS CONSOMMATEURS
(CONSOMMANT MOINS DE 5 FRUITS OU LÉGUMES PAR JOUR) EST À PRÉCISER.**

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Prévalence des petits consommateurs de fruits et de légumes

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

En 2000, le Haut comité de la santé publique avait recommandé l'élaboration d'un programme national nutrition-santé. Parmi les objectifs nutritionnels prioritaires figurait l'augmentation de la consommation de fruits et légumes en particulier pour les petits consommateurs³⁷.

La réduction des consommations insuffisantes de fruits et légumes constitue l'un des 9 objectifs nutritionnels prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005 : « Augmentation de la consommation de fruits et de légumes : réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25% ».

Le rapport annexé fixe un objectif préalable de connaissance de la prévalence précise des petits consommateurs, dans la mesure où leur proportion est une estimation approchée à partir de plusieurs études dont les définitions peuvent varier. Parmi celles-ci, l'étude SUVIMAX a estimé la part des petits consommateurs de fruits et légumes parmi les 45-60 ans à 55 % chez les hommes et 64 % chez les femmes pour les fruits, et respectivement 72 % et 64 % pour les légumes.

Dans le PNNS, la définition du petit consommateur de fruits et de légumes est la suivante : « un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue) ».

L'indicateur retenu doit s'appuyer sur cette définition de l'objectif du PNNS (et pourra également être complété par l'estimation de la part de la population consommant moins de 5 rations de fruits ou légumes par jour correspondant au repère de consommation du PNNS). Il sera estimé par l'enquête INCA2-ENNS et le baromètre santé nutrition.

Un indicateur complémentaire issu de la comptabilité nationale permettant de chiffrer l'évolution des volumes de ventes de fruits et légumes a été recommandé, mais une expertise de faisabilité et pertinence est demandée.

Principales sources de données identifiées

Enquêtes INCA2-ENNS (AFSSA/InVS, en préparation)

Baromètre santé nutrition (INPES)

Autres enquêtes déclaratives : ESPS 2004 (IRDES) ; enquête nationale santé 2002/2003 et EPCV 2001 (INSEE, mais dans lesquelles les fréquences de consommation de fruits et légumes sont imprécises)

³⁷ Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. Juin 2000. Editions ENSP.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour</i>	AFSSA, InVS INCA 2, ENNS	Sexe, classes d'âge, PCS, fruits < 1,5 ; légumes < 2	Quinquennale	Pertinent, non disponible	Enquête en cours de préparation
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportions de personnes déclarant avoir consommé moins de 5, et moins de 3 portions de fruits ou légumes la veille</i>	INPES Baromètre santé nutrition	Sexe, classes d'âge, PCS	Quadriennal	Pertinent, non disponible	Renouvelle- ment
<i>Achats de fruits et légumes par an et par personne</i>	INSEE Comptabilité nationale		Annuel	?	A expertiser

Soit 2 fiches.

CONSOMMATION INFÉRIEURE À 3,5 PORTIONS DE FRUITS OU LÉGUMES PAR JOUR

Indicateur	Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour
Objectif	10. <u>Faible consommation de fruits et légumes</u> : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant déclaré moins de 3,5 portions de fruits ou légumes (à l'exclusion des pommes de terre) par jour
Dénominateur (D)	Nombre de personnes concernées au sein de l'échantillon
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (moins de 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus), les PCS
(Décomposition)	Fruits < 1,5 portion jour ou légumes < 2 portions par jour
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine
Périodicité de la mesure	Quinquennale
Indicateurs internationaux	HFADB (OMS) : disponibilité moyenne de fruits et légumes par personne et par an (kg) ECOSANTE (OCDE) : consommation moyenne de fruits ou légumes (kg/personne) Projet Echi2 (en l'état ³⁸) : consommation/disponibilité de fruit (hors jus) consommation/disponibilité de légumes (hors pomme de terre et jus)
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquêtes INCA2, ENNS
Mode de collecte (ddb)	Entretiens à domicile et examen de santé (prévu à ce stade de préparation : rappel des 24 heures éventuellement complété d'un carnet d'alimentation pour une partie de l'échantillon)
Organismes responsable de la collecte (ddb)	AFSSA et InVS
Services responsable de la synthèse des données	AFSSA et InVS
Méthodologie	Échantillon en population générale métropolitaine (6000 personnes prévues initialement)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Non répondants, biais de déclaration
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Enquête en cours de préparation ; cadre temporel de la consommation déclarée à confirmer.

³⁸ Version de décembre 2004

FAIBLES CONSOMMATIONS DE FRUITS ET LÉGUMES LA VEILLE

Indicateur	Proportions de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 et moins de 3 portions de fruits ou légumes la veille
Objectif	10. <u>Faible consommation de fruits et légumes</u> : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombres de personnes déclarant avoir consommé : - moins de 5 portions de fruits ou de légumes (à l'exclusion des pommes de terre) la veille - moins de 3 portions de fruits ou de légumes (à l'exclusion des pommes de terre) la veille	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âge (0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) et les PCS (codage INSEE : agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine (échantillons régionaux : Nord pas de calais, Languedoc-Roussillon)	
Périodicité de la mesure	quadriennale	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur pour au moins 5 fois des fruits et légumes la veille : 10,2 % des 15-75 ans

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Baromètre santé nutrition
Mode de collecte (ddb)	Enquête déclarative en population générale
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INPES
Service responsable de la synthèse des données	INPES
Méthodologie	Échantillon d'environ 3100 individus en 2002, entretiens téléphoniques assistés par le système CATI
Mode de calcul	Échantillons redressés

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Base de sondage (fichier des ménages de France Telecom, la liste rouge est incluse), biais de déclaration
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Résultats à produire pour « moins de 3 portions de fruits ou légumes la veille »

COMMENTAIRE

11. EXCÈS DE CHLORURE DE SODIUM DANS L'ALIMENTATION : LA RÉDUCTION DU CONTENU EN SODIUM, ESSENTIELLEMENT SOUS FORME DE CHLORURE DE SODIUM (SEL) DANS LES ALIMENTS DOIT ÊTRE VISÉE POUR PARVENIR À UNE CONSOMMATION MOYENNE INFÉRIEURE À 8G/PERSONNE/JOUR (LA CONSOMMATION MOYENNE A ÉTÉ ESTIMÉE EN 1999 ENTRE 9 ET 10 G/PERSONNE/JOUR) SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

- Apport en sel évalué par les enquêtes alimentaires (INCA2 – ENNS) pilotées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'institut de veille sanitaire
- Consommation de sel moyenne dans la population estimée par enquête de consommation alimentaire (méthode validée par rapport à la natriurèse de 24h).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La formulation de cet objectif fait explicitement référence aux recommandations de l'AFSSA et, implicitement, aux travaux en cours dans le cadre du PNNS.

Les deux lignes figurant dans la colonne « indicateurs souhaitables » correspondent en fait au même indicateur : il s'agit d'estimer la consommation en sel par une enquête de consommation alimentaire en utilisant une méthode validée par rapport à la natriurèse de 24h. La validation d'un protocole approprié est en cours dans le cadre de l'enquête INCA2 - ENNS.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/ disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Consommation de sel moyenne dans la population estimée par enquête de consommation alimentaire (méthode validée par rapport à la natriurèse de 24h)</i>	AFSSA/InVS-USEN INCA 2 - ENNS	Sexe, classes d'âge, PCS	A déterminer	Non disponible	Protocole en cours de développement

12. OBÉSITÉ : INTERROMPRE LA CROISSANCE DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS CHEZ L'ENFANT (OBJECTIF PNNS)

OBJECTIF PRÉALABLE : A QUANTIFIER.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Evolution de l'IMC au cours de la croissance chez l'enfant et l'adolescent.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

C'est un objectif visant à interrompre la croissance de la prévalence de l'excès pondéral (surpoids ou obésité) des enfants. Il figure également dans le plan national nutrition santé (PNNS)³⁹ et s'inscrit en complément de l'objectif 6 relatif aux adultes.

Comme pour les adultes, les indicateurs à utiliser pour suivre l'atteinte de cet objectif sont des indicateurs de prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité.

Avant 18 ans, les valeurs de l'IMC⁴⁰ définissant le surpoids et l'obésité des enfants évoluent au cours de la croissance et ne sont pas identiques à ceux des adultes. Plusieurs courbes de références existent, dont les courbes françaises. Pour le suivi de l'atteinte de l'objectif, il est indispensable d'utiliser systématiquement une même courbe de références. Il est recommandé d'utiliser les seuils définis par l'International Obesity Task Force (IOTF) afin de garantir la comparabilité internationale ainsi que la continuité des seuils entre l'adolescence et l'âge adulte : Les seuils IOTF ont été définis pour chaque sexe et à chaque âge et ils rejoignent à 18 ans les valeurs seuils de 25 et 30 qui définissent le surpoids et l'obésité des adultes.

Il importe de suivre ces prévalences pour différentes classes d'âge pour en suivre les évolutions temporelles et être en mesure d'adapter les réponses nécessaires aux différentes classes d'âge concernées. Les enquêtes réalisées en milieu scolaire fournissent des prévalences régulières établies à partir de données anthropométriques mesurées, ce qui est préférable, et ce, pour différentes classes d'âge (grandes sections de maternelles, CM2, troisièmes). Ces données seront complétées par l'étude française réalisée dans le cadre du protocole recommandé par le groupe de travail européen ECOG, afin de garantir une comparabilité européenne dans ce domaine (étude réalisée également en milieu scolaire auprès d'un échantillon métropolitain d'enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1 et CE2).

Ces différentes données par âge devront être mises en perspective avec les données globales issues des enquêtes réalisées en population générale auprès des enfants (enquête ObEpi, enquête nationale santé).

Comme pour les adultes, des données régionales sont nécessaires du fait des disparités régionales. L'augmentation des échantillons du cycle triennal de manière à assurer des effectifs régionaux suffisants pourrait être effectuée à partir de l'enquête 2005-2006. En attendant, il est recommandé d'utiliser les enquêtes ESCAPAD (avec regroupement des données de deux années consécutives) pour produire des prévalences régionales à 17 ans.

³⁹ Formellement, l'objectif inscrit au PNNS considère l'interruption de la croissance de l'obésité des enfants. Mais celle-ci y est définie de façon large en vue d'une prise en charge précoce : selon la nomenclature établie à partir des normes françaises pour les cliniciens, l'utilisation du terme « obésité », englobe en fait les notions de surpoids et d'obésité.

⁴⁰ Indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids (en kg) et de la taille (en m) : $IMC = P/T^2$

Principales sources nationales de données identifiées

Enquêtes avec mesures du poids et de la taille :

Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves (DREES-DESCO-DGS-DEP-InVS ; grandes sections de maternelle, CM2, troisièmes)

Enquête chez les enfants de 7 à 9 ans (USEN : CNAM- InVS)

Enquête ENNS (InVS)

Enquêtes déclaratives :

Enquêtes européennes HBSC pour les élèves âgées de 11 ans, 13 ans, 15 ans (INPES, EN)

ESCAPAD (OFDT, DCSN ; 17-18 ans)

Etudes ObEpi, (Institut Roche, INSERM)

Baromètre santé, pour les 15-18 ans (INPES)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle</i>	Cycle triennal sur la santé des élèves	Sexe	Triennale	Pertinent, disponible (1999/2000)	Echantillons régionaux
<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CM2</i>	idem	Sexe	Triennale	Pertinent, non disponible	Echantillons régionaux
<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de troisième</i>	idem	Sexe	Triennale	Pertinent, non disponible	Echantillons régionaux
Indicateurs complémentaires					
<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans</i>	OFDT DCSN ESCAPAD	Sexe	Biennale	Pertinent Disponible (regroupement des données de deux enquêtes consécutives)	
<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2</i>	USEN (InVS- CNAM)	Sexe		Non disponible (compte tenu des effectifs de l'enquête)	

Soit 3 fiches.

SURPOIDS ET OBESITÉ EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE, EN CM2 ET EN TROISIÈME

Indicateur	Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de grande section de maternelle, de CM2, de troisièmes
Objectif	12. Obésité : interrompre la prévalence de la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant

DESCRIPTION

	Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de grande section de maternelle	
Numérateur (N)	Nombre d'enfants de grande section de maternelle examinés présentant un IMC supérieur à la valeur seuil IOTF C-25, compte tenu de leur âge et de leur sexe	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants de grande section de maternelle examinés	
	<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de CM2</i>	
Numérateur (N)	Nombre d'enfants de CM2 examinés ayant un IMC supérieur à la valeur seuil IOTF C-25, compte tenu de leur âge et de leur sexe	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants de CM2 examinés	
	<i>Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de troisième</i>	
Numérateur (N)	Nombre d'adolescents de troisième examinés ayant un IMC supérieur à la valeur seuil IOTF C-25, compte tenu de leur âge et de leur sexe	
Dénominateur (D)	Nombre d'adolescents scolarisés en troisième examinés	
Sous-groupes (strates)	Sexe	
Décompositions (N)	Surpoids Obésité	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (DOM compris), ZEAT ou régional	
Périodicité de la mesure	Triennale pour chaque niveau-classe	
Indicateurs internationaux	Bases de données NewCronos, HFA-DB, ECO-SANTE : rien pour les enfants de moins de 15 ans Projet Echi-2 : âges non déterminés à ce jour Projet européen Child : prévalence de la surcharge pondérale (surpoids ou obésité) des enfants à l'âge d'entrée à l'école (optionnels : à 10 et 15 ans)	
Dernier résultat connu	5-6 ans : année scolaire 2002-2003 CM2 : année scolaire 2001-2002 3 ^{èmes} : année scolaire 2000-2001	12,9 % (9,5 %, 3,4 %) 19,9 % (15,8 %, 4,1 %) 15,7 % (12,4 %, 3,3 %)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves
Mode de collecte (ddb)	Echantillons représentatifs de la population scolarisée dans chacune de ces classes. Mesure du poids et de la taille par les médecins et infirmières de l'Education nationale
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Ministère en charge de l'Education nationale
Service responsable de la synthèse des données	DREES
Méthodologie	Calcul de l'IMC, utilisation des seuils IOTF
Mode de calcul	Données redressées sur la population scolaire de la classe considérée pour l'année de l'enquête

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Le matériel de mesure n'est pas standardisé.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Echantillons régionaux

COMMENTAIRE

Références bibliographiques

- LABEYRIE Céline, NIEL Xavier, : « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 313, juin 2004.
- de PERETTI Christine, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », Drees, *Études et Résultats*, n° 283, janvier 2004.

SURPOIDS ET OBESITÉ À 17 ANS

Indicateur	Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans
Objectif	12. Obésité : interrompre la prévalence de la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'adolescents de 17 ans ayant un IMC supérieur à la valeur seuil IOTF C-25, compte tenu de leur âge et de leur sexe	
Dénominateur (D)	Nombre d'adolescents de 17 ans ayant répondu au questionnaire	
Sous-groupes (strates)	Sexe	
Décompositions (N)	Surpoids, obésité	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional (en regroupant alors les données de deux enquêtes consécutives)	
Périodicité de la mesure	Annuelle jusqu'en 2003, biennale ensuite	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 17 ans 6,8 % (surpoids : 5,9 % ; obésité 0,9 %) (seuils adultes)*

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête ESCAPAD : Autoquestionnaire : poids et taille déclarés au cours des Journées d'appel de préparation à la défense
Mode de collecte (ddb)	Echantillon national (21 151 jeunes au total en 2003)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Direction centrale du service national
Service responsable de la synthèse des données	OFDT
Méthodologie	Calcul de l'IMC à partir du poids et de la taille, les normes appliquées sont celles des adultes
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Poids et taille déclarés (risque de surestimation de la taille, et de sous estimation du poids)
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'édition 2003, applique les normes des adultes aux jeunes de 18 ans, mais aussi à ceux de 17 ans pour qui il faudrait appliquer les normes IOTF (en pratique pas très éloignées à cet âge)

COMMENTAIRE

Indicateur retenu pour fournir des données régionales (l'échantillon 2003 couvre la France entière y compris les DOM et les TOM) tant que le cycle triennal ne fournit pas de données régionales

Référence bibliographique :

BECK François, LEGLEYE Stéphane, SPILKA Stanislas, « Drogues à l'adolescence – Niveaux et contexte d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France -ESCAPAD 2003 », OFDT, octobre 2004.

SURPOIDS ET OBESITÉ EN CE1 ET CE2

Indicateur	Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de CE1 et CE2
Objectif	12. Obésité : interrompre la prévalence de la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant

DESCRIPTION

	Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de CE1 et CE2	
Numérateur (N)	Nombre d'enfants examinés ayant un IMC supérieur à la valeur seuil IOTF C-25, compte tenu de leur âge et de leur sexe	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants examinés	
Sous-groupes (strates)	Sexe	
Décompositions (N)	Surpoids Obésité	
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropolitain (11 académies en 2000)	
Périodicité de la mesure	Une seule enquête à ce jour	
Indicateurs internationaux	Bases de données NewCronos, HFA-DB, ECO-SANTE : rien pour les enfants de moins de 15 ans Projet Echi-2 : âges non déterminés à ce jour Projet européen Child : prévalence de la surcharge pondérale (surpoids ou obésité) des enfants à l'âge d'entrée à l'école (optionnels : à 10 et 15 ans)	
Dernier résultat connu	2000	18,1 % (14,3 %, 3,5 %) IOTF

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête auprès des élèves de CE1-CE2 (7 à 9 ans)
Mode de collecte (ddb)	Echantillon de 1500 enfants (avec mesure du poids et de la taille par les médecins et infirmières de l'Education nationale selon un protocole standardisé)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Ministère en charge de l'Education nationale
Service responsable de la synthèse des données	USEN (CNAM-InVS)
Méthodologie	Calcul de l'IMC : utilisation des seuils IOTF
Mode de calcul	Standardisation sur la population des enfants des classes d'âge correspondantes (année 1999)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	11 académies volontaires
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Référence bibliographique :

Castetbon K., Rolland-Cachera M.-F., « Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans, France 2000 », CNAM-InVS, octobre 2004.

13. FOLATES DANS L'ALIMENTATION : DIMINUER L'INCIDENCE DES ANOMALIES DE FERMETURE DU TUBE NEURAL

OBJECTIF PRÉALABLE : L'OBJECTIF POURRA ÊTRE QUANTIFIÉ APRÈS ÉVALUATION D'UN PROGRAMME PILOTE D'ENRICHISSEMENT DE LA FARINE PANIFIABLE.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Incidence des anomalies de fermeture du tube neural

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

La finalité de cet objectif est la réduction des anomalies de fermeture du tube neural des nouveau-nés (spina bifida, anencéphalie et encéphalocèle).

A ce titre, l'amélioration du « statut en folates des femmes en âge de procréer notamment en cas de désir de grossesse » fait partie de la liste des 9 objectifs nutritionnels spécifiques du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Les actions mises en œuvre en France reposent essentiellement sur les conseils alimentaires et la supplémentation individuelle en folates des femmes ayant un projet de grossesse (avant et pendant les premières semaines de grossesse). Selon le rapport récent de l'AFSSA, les expériences internationales de promotion de la supplémentation individuelle semblent avoir montré leurs limites, avec un taux de couverture des femmes enceintes plafonnant à 30 %, ce qui a conduit certains pays à lui préférer une approche collective par enrichissement en acide folique d'un vecteur alimentaire courant.

Certains pays (tels les USA) ont mis en œuvre une supplémentation systématique de la population par enrichissement des farines alimentaires en folates, avec des effets sensibles en terme de réduction des anomalies de fermeture du tube neural. (Mais il n'est pas certain que les résultats observés aux USA soient reproductibles en France, où la situation est moins défavorable qu'elle ne l'était aux USA.) D'autres, tel le Royaume-Uni ont retardé leur décision en raison des effets secondaires possibles pour les personnes qui présentent un déficit en vitamine B12 : pour ceux-ci, l'apport en folates pourrait masquer la carence en vitamine B12, retarder le diagnostic et de ce fait augmenter la probabilité d'atteinte neurologique due à cette carence.

Par ailleurs, il semble que l'enrichissement en folates ait aussi un effet positif sur d'autres malformations congénitales et en outre que l'enrichissement systématique en population générale ait un effet positif sur la morbidité et la mortalité cardio et cérébro-vasculaire dans la population générale : toutefois, ces effets ne sont pas suffisamment documentés à ce jour.

Pour ces raisons, un rapport récent de l'AFSSA recommande la réalisation préalable d'un programme expérimental régional de supplémentation collective par enrichissement de farines panifiables, avec évaluation rigoureuse de l'ensemble des bénéfices et des risques⁴¹.

Indicateurs

Les enquêtes INCA2, ENNS fourniront des informations sur les apports nutritionnels en folates des femmes en âge de procréer (proportion de femmes ayant des apports inférieurs aux apports nutritionnels conseillés : < ANC, 2/3 ANC, < 50 % ANC, <1/3 ANC) ainsi que sur leur statut biologique. Dans la mesure où la supplémentation individuelle en folates constitue un volet du PNNS, avec diverses mesures de promotion en direction des professionnels et des femmes, il paraît utile de suivre les remboursements de folates par l'assurance

⁴¹ Czernichow S., Blacher J., Ducimetière P., « Enrichissement de la farine en vitamines B en France – Proposition d'un programme pilote », 2003, AFSSA.

maladie dans la population de femmes en âge de procréer et à terme d'intégrer une question dans les prochaines enquêtes périnatales.

La moyenne européenne des anomalies de fermeture du tube neural se situerait autour de 11 pour 10 000 naissances (estimation calculée à partir de 28 registres européens). En France, il existe 4 registres des malformations congénitales qui couvrent environ le cinquième des naissances. Les données issues de ces registres conduisent à une estimation nationale similaire, de l'ordre de 10 pour 10 000 naissances ou interruptions médicales de grossesse, soit environ 800 par an. (Toutefois, il faut noter une certaine concentration géographique des territoires couverts par les registres, les régions de l'ouest du pays n'étant pas couvertes.)

A cet égard, une expertise et une validation des possibilités offertes par le PMSI chaîné pour les mort-nés et les naissances vivantes paraît nécessaire, avec confrontation aux données des registres pour les régions correspondantes⁴². Il faudrait parallèlement recenser la part des anomalies majeures (en particulier les anencéphalies) ayant donné lieu à des interruptions médicales de grossesses à partir des remontées des centres pluridisciplinaires agréés de diagnostic prénatal (CPDPN). Compte tenu du nombre relativement faible de ces malformations au niveau régional, les données régionales n'ont pas été estimées utiles.

Principales sources de données

Registres des malformations congénitales (Bas-Rhin, Centre-Est, Haut-Rhin, Paris)

PMSI MCO

Statistiques des centres de diagnostic anténatal (IMG)

(Certificats de santé à 8 jours : uniquement les spina bifida)

Enquêtes INCA2, ENNS (apports et dosages sanguins des folates)

Assurance maladie (prescriptions de folates ayant fait l'objet de remboursement)

⁴² Voir aussi les remarques faites à propos de l'objectif 45 sur la nécessité d'améliorer la qualité des données périnatales dans le PMSI.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Incidence des anomalies de fermeture du tube neural</i>	- Registres des malformations congénitales - PMSI/ CPDPN	Statut vital, IMG Nature de l'anomalie	Annuelle	Non pertinent	A créer (Expertise des données des registres, PMSI, CPDPN)
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pour lesquels les apports en folates sont inférieurs aux ANC</i>	INCA2, ENNS	Degré d'insuffisance d'apport	Quinquennale	/	En cours de préparation
<i>Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs normales</i>	ENNS		Quinquennale	/	En cours de préparation
<i>Proportion de femmes enceintes ayant eu un traitement par folates</i>	Assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM) (CS8 ?)		Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser

Soit 1 fiche.

INCIDENCE DES ANOMALIES DE FERMETURE DU TUBE NEURAL

Indicateur	Incidence des anomalies de fermeture du tube neural
Objectif	13. <u>folates dans l'alimentation</u> : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total d'anomalies de fermeture du tube neural (anencéphalie, spina bifida, encéphalocèle) parmi les naissances vivantes, les morts nés et les interruptions médicales de grossesse (IMG)	
Dénominateur (D)	Nombre total d'enfants nés vivant, de mort-nés et d'IMG.	
Sous-groupes (strates)	Incidence pour les naissances vivantes, les mort-nés, les IMG.	
Décompositions (N)	Par anomalies	
Niveaux géographiques d'agrégation	national	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS HFA-DB : Anomalies congénitales pour 100 000 naissances vivantes OCDE ECOSANTE : Spina bifida pour 10 000 naissances (vivantes et morts-nés) UE NewCronos : / Projet ECHI-2 : / Projet Peristat : la prévalence des anomalies de fermeture du tube neural fait partie des indicateurs « recommandés » du projet Peristat qui demande l'ensemble des anomalies de fermeture du tube neural (pour 10 000 naissances : vivantes, mort-nés ou IMG).	
Dernier résultat connu	Année : 1999 (registres Haut-Rhin, Bas-Rhin, Paris, Centre-Est)	Valeur : 10 pour 10 000 naissances, IMG

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Naissances vivantes, mort-nés, IMG
Mode de collecte (ddb)	Utilisation de différentes sources
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Registres du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de Paris, du Centre-Est
Service responsable de la synthèse des données	
Méthodologie	Exhaustivité des données
Mode de calcul	Addition des données de chaque registre

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'ouest du pays n'est pas couvert
Modalités d'interprétation	Estimation nationale à partir des observations des registres

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

3 des 4 registres appartiennent au Réseau européen Eurocat.
Expertiser les données du PMSI et des centres de diagnostics anténataux à partir des régions couvertes par les registres (ce qui suppose, pour le PMSI, de continuer à enregistrer les mort-nés). A cet égard, l'InVS dirige un groupe de travail qui réunit les registres de malformations congénitales, dans la perspective de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale : ce groupe a le projet de réunir les bases existantes et d'homogénéiser le recueil de données. Ce travail pourrait constituer une base pour l'expertise du PMSI en matière de recueil des anomalies de fermeture du tube neural dans les régions couvertes.

14. RÉDUIRE LE NOMBRE D'ACCIDENTS ROUTIERS MORTELS LIÉS AU TRAVAIL

OBJECTIFS PRÉALABLES : AMÉLIORER LA QUALITÉ DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS ROUTIERS LIÉS AU TRAVAIL.

ENCOURAGER LES NÉGOCIATIONS DE BRANCHE DANS LE CADRE DES ACCORDS SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Nombre d'accidents routiers mortels par branche (accidents de trajet et accidents liés à l'activité professionnelle)

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

La référence à des « accidents liés au travail » inclut d'une part les accidents « de mission » survenus « par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise » (article L411-1 du code de la sécurité sociale), d'autre part les accidents de trajet (globalement entre le domicile et le lieu de travail, article L411-2).

La CNAMTS publie chaque année les statistiques d'accidents du travail, incluant le nombre d'accidents avec arrêt de travail, le nombre de journées de travail perdues, le nombre d'accidents avec incapacité permanente (IP), la somme des taux d'incapacité ou le taux moyen des incapacités, et enfin le nombre de décès, le tout pouvant être ramené au nombre de salariés de la branche. La CNAMTS dispose aussi du coût moyen brut d'un accident de travail avec arrêt, du coût moyen brut d'un accident de travail avec IP, ainsi que du montant des capitaux ou rentes versés. Les accidents de la route représentent environ 15% des accidents avec arrêt, mais 65% des accidents mortels (mission+trajet).

Les « objectifs préalables » ne correspondent pas à des connaissances à réunir pour être en mesure de quantifier l'objectif, mais à des stratégies d'action. La prévention du risque routier s'inscrit dans les conventions nationales d'objectifs signées par la CNAMTS avec chaque branche professionnelle⁴³ dans le cadre du programme de prévention du risque routier encouru par les salariés (programme d'action 2002-2005, CNAMTS). Ce programme inclut la signature de « chartes de bonne pratique » avec les entreprises pour la sécurité routière de leurs salariés.

⁴³ Les neuf branches d'activité distinguées par les statistiques de la CNAMTS sont les suivantes : Métallurgie ; Bâtiment et Travaux Publics ; Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication ; services, commerces, industries de l'alimentation ; chimie, caoutchouc, plasturgie ; bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu ; commerces non alimentaires ; activités de service I (banques, assurances, administrations) ; activités de service II (santé ...) et travail temporaire. Les statistiques de la MSA sont disponibles par « secteur » : cultures spécialisées, champignonnières, élevage, conchyliculture, viticulture, travaux forestiers ...

Accidents mortels

Branches d'activité	n salariés	Hors trajet		Trajet		Total	
		décès	p.100 000	décès	p.100 000	décès	p.100 000
Métallurgie	2 092 585	23	1,10	94	4,49	117	5,59
BTP	1 272 392	26	2,04	64	5,03	90	7,07
Transports EGE							
Livre communication	2 074 305	114	5,50	67	3,23	181	8,73
Alimentation	2 216 434	14	0,63	83	3,74	97	4,38
Chimie caoutchouc plasturgie	513 177	6	1,17	16	3,12	22	4,29
Bois papier textiles vêtements							
cuirs PTF	708 319	5	0,71	17	2,40	22	3,11
Commerce	2 248 916	35	1,56	51	2,27	86	3,82
Activités services I	3 688 826	13	0,35	50	1,36	63	1,71
Activités services II et travail temporaire	2 858 716	18	0,63	102	3,57	120	4,20
Autres				5		5	
Total	17 673 670	254	1,44	549	3,11	803	4,54

(Données CNAMTS, Direction des risques professionnels pour les accidents survenus en 2002)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents du trajet)</i>	Statistiques nationales : - direction des risques professionnels CNAMTS - Observatoire des risques professionnels – MSA	Branche professionnelle (CNAMTS) ou secteur d'activité (MSA) Âge et sexe	annuelle	Non publié (effectif faible)	1. Compléter avec données des autres régimes d'assurance maladie et préciser la population couverte et non couverte par ces statistiques 2. Clarifier la base de calcul des effectifs du nombre de salariés concernés 3. Évaluer et améliorer si nécessaire la cohérence du recueil et du traitement des déclarations 4. Comparer aux données du registre Umrestte 5. Comparer aux données de l'ONISR

Soit 1 fiche.

ACCIDENTS ROUTIERS MORTELS LIÉS AU TRAVAIL	
Indicateur	Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents du trajet)
Objectif	14 : Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail

DESCRIPTION

Numérateur (N)	CNAMTS : Accidents de travail mortels dont l'élément matériel est un véhicule (catégorie 8) MSA : définition à préciser	
Dénominateur (D)	L'objectif est énoncé en termes de nombre brut. Le nombre d'accidents peut être rapporté au nombre de salariés.	
Sous-groupes (strates)	Par branche professionnelle ou secteur professionnel CNAMTS : Métallurgie ; Bâtiment et Travaux Publics ; Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication ; services, commerces, industries de l'alimentation ; chimie, caoutchouc, plasturgie ; bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu ; commerces non alimentaires ; activités de service I (banques, assurances, administrations) ; activités de service II (santé ...) et travail temporaire MSA : cultures spécialisées, champignonnières, élevage, conchyliculture, viticulture, travaux forestiers ... Par âge et sexe	
Décompositions (N)	Distinguer accidents de « mission » et accidents de trajet	
Niveau d'agrégation	National (Données concernant les DOM disponibles) / Régional non publié (effectif faible)	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Accidents de « mission » : 254 mortels (pour 24 384 accidents enregistrés) ; Accidents de trajet : 549 mortels (pour 61 239 accidents enregistrés)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête sur déclaration d'accident de travail mortel CNAMTS : Exhaustif pour les salariés assurés par la CNAMTS MSA : Exhaustif pour les salariés agricoles Le régime des indépendants (Canam) ne couvre pas les accidents du travail. Dénominateur : effectif des salariés dans chaque branche professionnelle	
Mode de collecte (ddb)	Déclaration d'accident de travail établie par l'employeur : décrit les circonstances détaillées de l'accident et indique les coordonnées des témoins éventuels. Un certificat médical indique les blessures constatées ainsi que la durée des soins ou de l'arrêt de travail. La CPAM procède à une enquête, obligatoire en cas d'accident mortel ou susceptible d'entraîner une incapacité permanente totale de travail, pour rechercher la cause, la nature et les circonstances de l'accident, la nature des lésions. Elle est chargée de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident. Les accidents du travail reconnus sont enregistrés dans la base nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles alimentée par les Caisses Régionale d'Assurance Maladies.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CNAMTS : Caisses régionales d'assurance maladie et Caisses générales de sécurité Sociale MSA : Caisses départementales ou pluri-départementales	
Service responsable de la synthèse des données	CNAMTS : direction des risques professionnels MSA : observatoire des risques professionnels	
Méthodologie	Les données issues de la CNAMTS recensent les accidents dont le caractère professionnel a été reconnu, en excluant les accidents ayant fait l'objet d'un recours contre tiers. Il est nécessaire d'évaluer la cohérence des données publiées aux différents niveaux (national, régional) afin de préciser des règles générales de traitement et de validation des données.	
Mode de calcul	Sans objet	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'imputation du décès à un accident du travail serait plus fiable dans les statistiques de la CNAMTS que dans celles de l'ONISR, mais la CNAMTS ne couvre pas l'ensemble des assurés sociaux. L'ONISR ne publie pas cet indicateur de façon régulière. En 2000, nombre de décès par accident de la route lié au travail - recensés par la CNAMTS : 827 (257 en mission et 570 lors d'un accident de trajet), - identifiés par l'ONISR : 1292 décès (427 en mission et 865 lors d'un accident de trajet).	
Modalités d'interprétation	A mettre en parallèle avec les données de l'accidentologie routière générale pour apprécier la part éventuelle de facteurs spécifiques, soit de l'activité professionnelles (accidents « de mission »), soit de	

	programmes de prévention type co-voiturage, ... (accidents de trajet).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Disponible
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les modalités de détermination des effectifs de salariés dans chaque branche ou secteur d'activité doivent être précisées. Préciser les groupes de population inclus et non inclus Les travaux de l'Umrette devraient permettre de préciser la validité des résultats produits par les systèmes statistiques de l'assurance maladie. Évaluation de la cohérence du recueil et du traitement des données à faire.

COMMENTAIRE

Le dénombrement des accidents par branche professionnelle ou par secteur professionnel est surtout pertinent par rapport aux accords conclus par branche pour des actions de préventions mais n'est qu'indirectement en rapport avec les expositions au risque. Il semblerait plus pertinent de disposer de statistiques par type d'emploi (non disponible actuellement).

15. RÉDUIRE DE 20 % LE NOMBRE DE TRAVAILLEURS SOUMIS À DES CONTRAINTES ARTICULAIRES PLUS DE 20 H PAR SEMAINE PAR RAPPORT À LA PRÉVALENCE ESTIMÉE À PARTIR DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUMER 2003

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Nombre de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine

Clarifications de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

La formulation de l'objectif renvoie directement à une partie du questionnaire de l'enquête SUMER. L'indicateur construit à partir des réponses à ce questionnaire sera défini à partir de la réponse à une seule question, jugée la plus représentative par le groupe « projet ». Il sera complété par des données issues de l'enquête santé (INSEE) et de l'enquête « Conditions de travail » (Dares).

L'objectif et l'indicateur souhaitables sont exprimés en termes de nombre absolu, mais il s'agit d'une enquête sur un échantillon de salariés : les résultats sont à exprimer en termes de pourcentages, au mieux avec un intervalle de confiance.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Pourcentage de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine</i>	SUMER (DARES) (exploitation spécifique MSA)	Age, sexe, secteur d'activité, fonction	5 ans	Non	Validation données et représentativité
Indicateur complémentaire					
<i>Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail</i>	Enquête santé (INSEE) Enquêtes condition de travail (Dares)	Position d'emploi actuelle, nature de l'emploi, secteur	5 ans		
<i>Incidence des syndromes du canal carpien attribuables à une activité professionnelle</i>	InVS				Protocole en cours de développement

Soit 3 fiches.

TRAVAILLEURS EXPOSÉS À DES CONTRAINTES ARTICULAIRES PLUS DE 20 HEURES PAR SEMAINE	
Indicateur	Pourcentage de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine
Objectif	15. Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Réponse « 20 heures ou plus » à la question 232 du questionnaire SUMER 2003 : « Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée dont Temps de cycle de moins d'une minute »	
Dénominateur (D)	Nombre de travailleurs pour lesquels le questionnaire est rempli	
Sous-groupes (strates)	Age, sexe, secteur d'activité, fonction	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain. Les DOM pourraient être inclus si le réseau des médecins du travail y était animé comme en métropole. Pour la plupart des régions, l'échantillon est trop petit pour donner des résultats fiables, en particulier relativement aux expositions les moins fréquentes, notamment la chimie.	
Périodicité de la mesure	Actuellement 7 ans : 1987, 1994, 2002-2003	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 9,5 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Questionnaires remplis par des médecins du travail pour des salariés dont ils assurent la surveillance médicale	
Mode de collecte (ddb)	Médecins du travail volontaires (estimés à 20% des médecins du travail en 2003) Échantillon aléatoire de l'ensemble des salariés relevant de l'UNEDIC (y compris MSA), des hôpitaux publics, d'EDF-GDF, d'Air France, de La Poste (mais pas de France Télécom) vus en visite annuelle par ces médecins au cours de la période d'enquête. Les médecins suivent une méthode de tirage parmi deux proposées, et indiquent le taux utilisé.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Coordination par les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre.	
Service responsable de la synthèse des données	DARES	
Fiabilité	Seules les caractéristiques de l'entreprise et de l'individu sont contrôlées et corrigées	
Mode de calcul	Redressement des résultats à partir de 5 variables : le secteur d'activité en 16 postes, la taille de l'établissement, la catégorie socio professionnelle, le sexe et le groupe d'âges. Les population particulières, La Poste, Air France, la SNCF, EDF-GDF, les intérimaires sont extrapolées à part.	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La représentativité de l'échantillon de médecins du travail n'est pas assurée par une procédure statistique a priori. Les résultats ne sont pas basés sur des mesures « objectives » mais sur les déclarations du médecin du travail à partir des informations auxquelles il a accès : interrogation du salarié, connaissance du poste de travail, fiches de sécurité, ... Une comparaison systématique avec les questions comparables de l'enquête Conditions de Travail a montré une forte convergence. La comparaison des expositions chimiques et aux radiations recueillies par les médecins du travail dans l'enquête SUMER 1994 et d'un recueil parallèle par des chimistes utilisant des questionnaires d'évaluation des expositions concluait à la complémentarité de ces deux approches ⁴⁴ La même procédure de validation a été relancée pour l'enquête 2002-2003. D'autres études seront lancées dont le thème n'est pas encore défini Pour l'enquête 2003, le questionnaire a été élaboré par un comité scientifique associant des experts de différentes institutions (médecins du travail, hospitalo-universitaires, Inserm, InVS, INRS, DARES, DRT, CNAM, MSA, ...) en privilégiant les questions de type factuel.	
Modalités d'interprétation	« Traceur » de l'exposition prolongée à des conditions de travail imposant des contraintes articulaires.	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	1987, 1994, 2002-2003 (résultats 2002-2003 disponibles fin 2004)	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La prochaine enquête est prévue pour 2008. Il semble difficile d'envisager une fréquence plus rapprochée compte tenu de la lourdeur de l'enquête pour les médecins du travail volontaires qui assurent le recueil des données. Il serait par contre possible d'envisager de répéter à des intervalles plus rapprochés des enquêtes moins extensives, sur un ensemble de questions plus restreint et/ou un échantillon plus ciblé : à étudier (DARES, InVS, ...)	

⁴⁴ Fevotte, J, B Danache, M Cachon et A Bergeret : Un autre regard sur l'enquête « SUMER 94 » : l'évaluation des expositions professionnelles de salariés par le jugement d'expert. Documents pour le Médecin du Travail, 1997, n°70 : 147-153.

COMMENTAIRE

EXPOSITION DÉCLARÉE À DES POSTURES PÉNIBLES OU FATIGANTES DURANT LE TRAVAIL	
Indicateur	Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail
Objectif	15 : Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Questionnaire enquête Santé INSEE 2002-2003 : Question 7 : postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air ...) : Oui actuellement Question 8 : port de charges lourdes pendant le travail : Oui actuellement	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées ayant une activité professionnelle	
Sous-groupes (strates)	Position d'emploi actuelle, nature de l'emploi, secteur	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans (10 ans actuellement)	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002-2003	Valeur : 29 % pour les postures pénibles ou fatigantes à la longue 24% pour le port de charge lourde

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Distinguer l'origine des données du numérateur et du dénominateur si nécessaire
Mode de collecte (ddb)	Enquête Santé INSEE
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	A préciser
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enquête déclarative, résultats à mettre en parallèle avec ceux de l'enquête SUMER et de l'enquête « conditions de travail »
Modalités d'interprétation	Ne spécifie pas de durée d'exposition à des contraintes articulaires mais reflète la perception d'une exposition prolongée à des positions pénibles

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Voir description enquête Santé
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Sous la responsabilité de l'INSEE

COMMENTAIRE

EXPOSITION PROFESSIONNELLE PROLONGÉE À UN POSTURE PÉNIBLE OU FATIGANTE	
Indicateur	Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail
Objectif	15 : Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

DESCRIPTION

Numérateur (N)	L'exécution de votre travail vous impose-t-elle ... De rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue : oui/non De porter ou déplacer des charges lourdes : oui/non	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête « Conditions de Travail »	
Sous-groupes (strates)	Les mêmes que dans l'enquête emploi	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	7 ans	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 1998	Valeur : 37,3 % pour les postures pénibles ou fatigantes 37,8% pour le port de charges lourdes

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Questionnaire passé à la dernière visite de l'enquête Emploi
Mode de collecte (ddb)	Partie sortante de l'enquête Emploi Recueil par les enquêteurs INSEE
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DARES
Service responsable de la synthèse des données	DARES
Fiabilité	A documenter
Mode de calcul	A préciser

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Déclaratif Représentativité de l'échantillon interrogé à préciser
Modalités d'interprétation	A rapprocher des résultats de SUMER et de l'enquête Santé

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	1978, 1984, 1991 et 1998. Prochaine enquête en 2005.
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Sous la responsabilité de la DARES

COMMENTAIRE

Réf : Efforts, risques et charge mentale au travail : Résultats des enquêtes Conditions de travail 1984,1991 et 1998 - Dossier Dares : Hors Série/99

16. RÉDUIRE LE NOMBRE DE TRAVAILLEURS SOUMIS À UN NIVEAU DE BRUIT DE PLUS DE 85 DB PLUS DE 20 HEURES PAR SEMAINE SANS PROTECTION AUDITIVE PAR RAPPORT À LA PRÉVALENCE ESTIMÉE À PARTIR DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUMER 2003

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

- Nombre de travailleurs exposés à un niveau de bruit supérieur à 85 dB plus de 20 heures par semaine

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La formulation de l'objectif renvoie explicitement à la question 202 de l'enquête SUMER : « Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels » (moins de 2 heures, 2 à moins de 10 heures, 10 à moins de 20 heures, 20 heures ou plus)

Principales sources de données identifiées

L'enquête santé INSEE comporte également une question sur l'exposition au bruit en milieu professionnel.

Par ailleurs, l'exploitation des données recueillies par les services de médecine et d'inspection du travail pourrait permettre d'objectiver et de préciser les conditions associées à des expositions au bruit en milieu professionnel.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels plus de 20 heures par semaine</i>	Enquête SUMER (DARES)	Exploitation spécifique MSA	5 ans ?		A expertiser : Représentativité de l'échantillon Validation des données recueillies auprès des médecins du travail
Indicateurs complémentaires					
<i>Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel</i>	Enquête santé (INSEE) « Conditions de Travail » (DARES)		5 ans		
<i>Exploitation des données recueillies par les services de médecine et d'inspection du travail</i>	Inspection du travail Services de Santé et Sécurité au travail MSA Études métrologiques				Faisabilité ? Indicateurs à créer (DRT, InVS, ...)

Soit 2 fiches.

EXPOSITION PROFESSIONNELLE AU BRUIT	
Indicateur	Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels plus de 20 heures par semaine
Objectif	16 : Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Question 202 : Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels A (Durée 20 heures ou plus) pendant la dernière semaine travaillée.	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées.	
Sous-groupes (strates)	Position emploi actuel, nature de l'emploi, secteur	
Décompositions (N)	Avec / Sans protection auditive	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	7 ans ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : ?

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Voir protocole SUMER
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole SUMER
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre
Service responsable de la synthèse des données	DARES
Fiabilité	A documenter
Mode de calcul	Redressement des résultats à partir de 5 variables : le secteur d'activité en 16 postes, la taille de l'établissement, la catégorie socio professionnelle, le sexe et le groupe d'âges. Les population particulières, La Poste, Air France, la SNCF, EDF-GDF, les intérimaires sont extrapolées à part.

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La représentativité de l'échantillon de médecins du travail n'est pas assurée par une procédure statistique a priori. Les résultats ne sont pas basés sur des mesures « objectives » mais sur les déclarations du médecin du travail à partir des informations auxquelles il a accès : interrogation du salarié, connaissance du poste de travail, fiches de sécurité, ...
Modalités d'interprétation	Objectif exprimé en référence directe à cette enquête

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	1987, 1994, 2002-2003 (résultats 2002-2003 disponibles fin 2004)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La prochaine enquête est prévue pour 2008. Il semble difficile d'envisager une fréquence plus rapprochée compte tenu de la lourdeur de l'enquête pour les médecins du travail volontaires qui assurent le recueil des données. Il serait par contre possible d'envisager de répéter à des intervalles plus rapprochés des enquêtes moins extensives, sur un ensemble de questions plus restreint et/ou un échantillon plus ciblé : à étudier (DARES, InVS, ...)

COMMENTAIRE

A comparer aux résultats de l'Enquête santé et de l'enquête « conditions de travail ».

EXPOSITION AU BRUIT EN MILIEU PROFESSIONNEL	
Indicateur	Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel
Objectif	16 : Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé (Q 9) : Bruit intense en milieu professionnel (tel qu'il empêche d'entendre la voix d'une personne, placée à 2 ou 3 mètres, même si elle crie) Enquête « conditions de travail » (Q57 en 1998) : « Quand vous travaillez, si une personne placée à deux ou trois mètres de vous vous adresse la parole : Vous l'entendez si elle parle normalement ; Vous l'entendez à conditions qu'elle élève la voix ; Vous ne pouvez pas l'entendre. »	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées ayant une activité professionnelle	
Sous-groupes (strates)	Position emploi actuel, nature de l'emploi, secteur	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	Enquête santé : 5 ans ? « Conditions de travail » : 7 ans	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : Enquête santé : ? « Conditions de travail » : 1998	Valeur : ?

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Voir protocoles
Mode de collecte (ddb)	Voir protocoles
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE / DARES
Service responsable de la synthèse des données	INSEE / DARES
Fiabilité	A documenter
Mode de calcul	A préciser

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enquêtes déclaratives, représentativité à établir
Modalités d'interprétation	Peut donner une estimation complémentaire de la prévalence des personnes exposées à des nuisances sonores ? (A rapprocher de la réponse à la question 202 de SUMER, mais formulation différente.)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Conditions de Travail : première enquête réalisée en 1978, 2005 à venir
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Peuvent donner une estimation complémentaire de la prévalence des personnes exposées à des nuisances sonores en milieu professionnel ? (A rapprocher de la réponse à la question 202 de SUMER, mais formulation différente.) Dans Conditions de Travail 1991, 9.3% des salariés déclaraient ne pas entendre une personne placée à 3 mètres même si elle élève la voix (modalité 3). En 1994 Sumer donnait une exposition à 85DB ou plus <u>quelle qu'en soit la durée hebdomadaire</u> de 12.1%

17. RÉDUIRE LES EFFETS SUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DES EXPOSITIONS AUX AGENTS CANCÉROGÈNES (CAT 1 ET 2) PAR LA DIMINUTION DES NIVEAUX D'EXPOSITION

OBJECTIFS PRÉALABLES :

- **ÉVALUER LA FAISABILITÉ DE L'IDENTIFICATION DES CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE DANS LES REGISTRES GÉNÉRAUX DU CANCER**
- **SYSTÉMATISATION DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS SUR LE LIEU DE TRAVAIL (RENFORCEMENT DU RÔLE DE L'INVS)**
- **DÉVELOPPEMENT DE LA CONNAISSANCE DES DANGERS DES SUBSTANCES UTILISÉES EN MILIEU PROFESSIONNEL**

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés à partir des registres généraux du cancer

Nombre de personnes exposées/personnes non exposées par branche professionnelle par type de substance

Nombre de dossiers d'évaluation des risques associés aux substances chimiques déposés par les fabricants auprès des autorités compétentes des états membres de l'Union Européenne (futur système « REACH »)

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La formulation de l'objectif vise d'abord la diminution des niveaux d'exposition dans le but de réduire les effets sur la santé des travailleurs. Les données actuellement disponibles de façon régulière, y compris dans le cadre de la reconnaissance des maladies professionnelles, ne permettent pas pour l'instant de suivre l'évolution des effets attribuables à des expositions professionnelles.

Par ailleurs, l'enquête SUMER déjà citée pour les objectifs portant sur l'exposition aux contraintes posturales et articulaires et sur l'exposition au bruit en milieu de travail comprend également une série de questions portant sur l'exposition à des substances cancérigènes.

Le premier objectif préalable à la quantification de cet objectif cité dans le rapport annexé porte sur l'évaluation de la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer.

Le second objectif préalable évoque la « systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) ». Cette surveillance devrait aussi pouvoir porter sur des travailleurs non exposés, afin de permettre la réalisation des études comparatives nécessaires pour mettre en relation les expositions et la pathologie éventuelle, et devrait s'étendre au suivi des travailleurs après modification ou cessation de leur activité, afin d'être en mesure d'identifier les conséquences à long terme de ces expositions. Pour l'avenir, l'article 15 de la loi relative à la politique de santé publique assigne notamment à l'InVS une mission de centralisation et d'analyse de l'ensemble des données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail :

« Art. L. 1413-3. - En vue de l'accomplissement de ses missions, l'Institut de veille sanitaire :

(...)

« 6° Met en oeuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à l'article L. 1413-4.»

Le dernier objectif préalable fait référence au « développement de la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel », notamment dans le cadre du dispositif européen « REACH » prévu par le « Livre blanc » sur les substances chimiques (2001). Toutefois, ce dispositif fait actuellement l'objet d'une proposition de législation européenne et ne devrait commencer à entrer en vigueur, en tout état de cause, que 3 ans après l'adoption de cette législation.

Parmi les indicateurs, le « nombre de dossiers d'évaluation déposés par les fabricants » dans le cadre du futur dispositif « REACH » devrait donc rester très faible dans les prochaines années. L'évaluation des substances sera assurée par les autorités compétentes des Etats membres, avec le soutien d'une agence centrale Européenne, sur la base des données d'enregistrement fournies par les fabricants (dont les résultats d'évaluations des risques associés à ces substances). Les substances de catégorie 1 et 2 seront de plus soumises à une procédure d'autorisation préalable.

Par ailleurs, un indicateur de l'application des mesures de protection contre les agents cancérogènes pourrait prendre en compte le nombre total d'infractions aux dispositions prévues pour les agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (article R231-56 du code du travail). En tout état de cause, ce nombre est également le reflet des conditions d'activité des inspecteurs du travail.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par branche professionnelle et par type de substance pour les 5 principales substances cancérogènes.</i>	Enquête SUMER (DARES)	Sexe, classe d'âge, branche professionnelle (exploitation spécifique MSA)	5 ans ?	Non	A expertiser : représentativité de l'échantillon, validation des données recueillies auprès des médecins du travail, prise en compte de la durée et de l'intensité de l'exposition

Soit 1 fiche

EXPOSITION PROFESSIONNELLE À DES AGENTS CANCÉROGÈNES (CAT 1 ET 2)	
Indicateur	Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par branche professionnelle et par type de substance
Objectif	17. Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes exposées aux agents cancérogènes (cat 1 et 2).	
Dénominateur (D)	Nombre de salariés étudiés et constituant l'échantillon.	
Sous-groupes (strates)	Branches professionnelles, sexe, classes d'âge	
Décompositions (N)	Type de substance (5 produits les plus fréquents)	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	7 ans	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 1994	Valeur : 9% des salariés, 18% des ouvriers, étaient exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérogènes pour l'homme. Cinq produits cancérogènes étaient responsables de 90% des expositions : les huiles minérales (51% des expositions), les poussières de bois, l'amiante, les goudrons et les brais de houille

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Questionnaires remplis par des médecins du travail pour des salariés dont ils assurent la surveillance médicale (enquête SUMER)
Mode de collecte (ddb)	Médecins du travail volontaires (estimés à au moins 30% des médecins du travail en 2003) Échantillon aléatoire de l'ensemble des salariés relevant de l'UNEDIC (y compris MSA), des hôpitaux publics, d'EDF-GDF, d'Air France, de La Poste (mais pas de France Télécom) vus en visite annuelle par ces médecins au cours de la période d'enquête : 50 000 salariés au total en 1994.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre
Service responsable de la synthèse des données	DARES
Fiabilité	À documenter
Mode de calcul	À préciser

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Basée sur le jugement de médecins du travail volontaires, pas sur des mesures « objectives » systématiques
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Enquêtes réalisées en 1987, 1994, 2002-2003 (Résultats 2003 fin 2004)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Études spécifiques de validation prévues. Représentativité des salariés suivis par médecins volontaires à établir

COMMENTAIRE

Des travaux complémentaires pourraient porter sur la prise en compte de la durée et de l'intensité des expositions

18. HABITAT : RÉDUIRE DE 50 % LA PRÉVALENCE DES ENFANTS AYANT UNE PLOMBÉMIE > 100 µg/l ; PASSER DE 2 % EN 1996 À 1 % EN 2008

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale et dans les groupes à risque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Dans la quantification de l'objectif, le seuil de 100 µg/l par litre semble satisfaisant. De plus, il est important de suivre la distribution de la plombémie en population générale (pour les enfants pour se conformer à l'objectif). L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) pourra fournir, par des enquêtes de prévalence, cet indicateur au niveau national et par régions mais sans déclinaison selon les groupes à risque.

L'approche complémentaire, selon les groupes à risque, est constituée par les deux indicateurs suivants qui mesurent l'activité de dépistage (pas exhaustive actuellement) : nombre d'enfants dépistés par région, par ville et la proportion d'enfants atteints parmi ceux qui sont dépistés.

L'organisation d'une nouvelle enquête de prévalence est en cours. Elle devra par la suite être répétée à intervalle régulier. Le département santé environnement (DSE) de l'InVS a commencé à travailler à l'organisation de cette enquête, pour laquelle des financements ont été et vont être sollicités. Cette enquête, dont les bases seront jetées en 2004 devrait être réalisée (pour la première fois) en 2005.

De nombreuses questions sont à résoudre : taille de l'échantillon, sur-échantillonnage éventuel de groupes à risques (et lesquels), modalité de constitution de l'échantillon (aléatoire - avec de nombreux problèmes éthiques et une faisabilité douteuse - ou pseudo-aléatoire du type de l'enquête INSERM/RNSP de 1995), limitation du recueil de données à la plombémie ou extension à d'autres toxiques. De plus, une réflexion européenne sur ce sujet est en cours (Budapest, juin 2004).

Le sur-échantillonnage des groupes à risque (ou la réalisation d'enquêtes spécifiques) est une nécessité dans la mesure où il s'agit de groupes minoritaires exposés à des sources de plomb très spécifiques (voir USA : enquêtes NHANE).

Des éléments de contexte devront être pris en compte pour l'analyse des évolutions des indicateurs retenus notamment la distribution des sources d'exposition : habitat ancien dégradé, pollutions industrielles...

Pour l'habitat, la DGS produit des bilans annuels sur ce sujet à partir de sources multiples (enquêtes déclaratives en population générale : données sur le confort du logement corrélées au risque Plomb, dépistage obligatoire lors des ventes et dans le futur lors des locations) et en collaboration avec le ministère du logement.

Pour les pollutions industrielles : le ministère de l'Environnement peut être sollicité pour donner des informations par région.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale</i>	Enquête de prévalence InVS		Première en 2005 Périodicité à définir	Oui/ ?	En cours
Indicateurs approchés					
<i>Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme par région, par ville</i>	Système national de surveillance du saturnisme infantile et déclaration obligatoire (DO)	Groupes à risque	Annuelle	Non exhaustif	
<i>Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l parmi ceux qui ont été dépistés</i>	Système national de surveillance du saturnisme infantile et DO	Groupes à risque	Annuelle		
Indicateur complémentaire					
<i>Distribution des sources d'exposition :</i> - Habitat ancien dégradé - Pollutions industrielles	DGS/MEDD		?		

Soit 3 fiches.

PROPORTION D'ENFANTS AYANT UNE PLOMBÉMIE > 100 µg/l

Indicateur	Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale parmi les enfants enquêtés
Objectif	18. <u>Habitat</u> : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants de 1 à 6 ans enquêtés	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	France métropolitaine : oui ; Régional : nécessaire	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Newcronos (UE) : non ; Projet européen Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)		
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)		
Service responsable de la synthèse des données		
Méthodologie	Échantillonnage	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

NOMBRE D'ENFANTS DÉPISTÉS POUR LE SATURNISME

Indicateur	Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme
Objectif	18. <u>Habitat</u> : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 MG/L ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme
Dénominateur (D)	-
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Par région et par ville ; Groupes à risque (à préciser)
Niveau géographique d'agrégation	National : (non exhaustif) ; Régional : (non exhaustif)
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Newcronos (UE) : non ; Projet européen Echi2 : non
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Médecins prescripteurs puis DDASS – Laboratoires AM et centres antipoison
Mode de collecte (ddb)	Système national de surveillance du saturnisme infantile et DO
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Ddass
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

PROPORTION D'ENFANTS AYANT UNE PLOMBÉMIE > 100 µG/L PARMIS CEUX QUI ONT ÉTÉ DÉPISTÉS

Indicateur	Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l parmi ceux qui ont été dépistés
Objectif	18. <u>Habitat</u> : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants ayant été dépistés
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Par région et par ville ; Groupes à risque (définir lesquels)
Niveau géographique d'agrégation	National : (non exhaustif) ; Régional : (non exhaustif)
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Newcronos (UE) : non ; Projet européen Echi2 : non
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	Système national de surveillance du saturnisme infantile et DO
Organisme responsable de la collecte (ddb)	
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

19. BÂTIMENTS PUBLICS : RÉDUIRE L'EXPOSITION AU RADON DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT ET DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX EN DESSOUS DE 400 Bq/m³ (VALEUR GUIDE DE L'UE)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

- Cartographie des expositions au radon

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'indicateur souhaitable proposé ci-dessus ne renseigne que sur le risque dû à la présence d'un taux de radon élevé mais ne mesure pas l'atteinte de l'objectif qui est de réduire les taux mesurés dans les bâtiments publics.

L'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN) et la DGS ont trouvé des taux de radons supérieurs à 150 Bq/m³ pour 31 départements et ont préconisé des mesures préventives pour les bâtiments publics. Par contre, l'exposition dans les logements échappe actuellement à la réglementation.

Les indicateurs retenus sont ceux du tableau suivant. Ces indicateurs sont limités aux 31 départements à risque. Un décret harmonisant les protocoles de mesure est en cours de rédaction. Les comparaisons européennes sont possibles sur les établissements sanitaires et sociaux mais pas encore sur les établissements scolaires.

Un indicateur similaire concernant les logements (70 % du temps est passé dans les logements) serait important en terme de santé publique mais il ne mesure pas l'atteinte de l'objectif inscrit dans le rapport annexé. Cela serait d'autant plus cohérent que c'est un objectif du Plan National Santé et Environnement (PNSE).

De même il sera souhaitable, vu l'impact sanitaire, d'abaisser dans l'avenir le seuil retenu pour l'indicateur à 200 Bq/m³ (les données existant déjà).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m³ parmi ceux des 31 départements considérés comme « prioritaires »</i>	Estimation DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)	
Indicateurs complémentaires					
<i>Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département</i>	Recueil systématique DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)	
<i>Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil</i>	Recueil systématique DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)	

Soit 2 fiches.

ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX AYANT DES TAUX DE RADON > 400

Indicateur	Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m ³ parmi ceux des 31 départements considérés comme « prioritaires »
Objectif	19. Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m ³ (valeur guide de l'UE)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m ³ dans les 31 départements considérés comme « prioritaires »
Dénominateur (D)	Nombre des établissements scolaires et médico-sociaux dans les 31 départements considérés comme « prioritaires »
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	
Niveau géographique d'agrégation	
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	<u>HFAdB (OMS)</u> : Un indicateur proposé sur le radon à l'OMS Europe est la distribution du radon dans les différentes zones avec moyenne arithmétique, géométrique ou médiane, pourcentage de valeurs au dessus de 200, 400 Bq/m³ en moyenne annuelle et écart type de la moyenne géométrique. <u>UE</u> : Le projet Echi2 prévoit un indicateur sur l'exposition de la population. Il s'agit d'une reprise de travaux conduits par le centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	Estimation DGS - InVS et IRSN
Organisme responsable de la collecte (ddb)	
Service responsable de la synthèse des données	
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

TAUX DE COUVERTURE DU PROGRAMME DE DÉTECTION ET IMPACT DU TRAITEMENT

Indicateur	1. Taux de couverture du programme de détection estimé par la proportion d'établissements où les mesures de radon ont été faites parmi les établissements des 31 départements considérés comme « prioritaires » 2. Impact du traitement sur les établissements estimé par la proportion d'établissements dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil (31 départements considérés comme « prioritaires »)
Objectif	19. <u>Bâtiments publics</u> : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m ³ (valeur guide de l'UE)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1. Nombre d'établissements scolaires ou médico-sociaux des 31 départements considérés comme « prioritaires » où les mesures ont été faites dans l'année 2. Nombre d'établissements scolaires ou médico-sociaux des 31 départements considérés comme « prioritaires » dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils	
Dénominateur (D)	1. Nombre d'établissements scolaires et médico-sociaux des 31 départements considérés comme « prioritaires » 2. Nombre d'établissements qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil (31 départements considérés comme « prioritaires »)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation		
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	Recueil systématique DGS - InVS et IRSN
Organisme responsable de la collecte (ddb)	
Service responsable de la synthèse des données	
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

20. RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AUX POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES : RESPECTER LES VALEURS LIMITES EUROPÉENNES 2010 (POUR LES POLLUANTS RÉGLEMENTÉS AU PLAN EUROPÉEN, NO_x, OZONE ET PARTICULES EN PARTICULIER) DANS LES VILLES (- 20 % PAR RAPPORT À 2002)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

- Concentrations en particules (PM₁₀ et PM_{2,5}) et NO_x, dans l'air ambiant (mesurées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air ; la représentativité spatiale des stations de mesure doit être évaluée ; la surveillance des particules fines [PM_{2,5}] doit être étendue et celles des particules ultrafines développée).
- Impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement :

Réduire de 30% les concentrations moyennes en particules PM₁₀ et 2,5 et ultrafines et de dioxyde d'azote dans l'air ambiant des villes, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par les réseaux de mesure de la qualité de l'air.

Réduire de 20% les concentrations moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre) dans l'air ambiant des villes

Pour les concentrations en particules

Les particules PM₁₀ sont actuellement mesurées par toutes les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air ou AASQA. Les particules PM_{2,5} sont les particules fines, qui ne sont actuellement mesurées que par certaines AASQA. Les concentrations de particules PM_{2,5} dans l'air ne sont par ailleurs à ce jour pas formellement réglementées au plan européen ou français. Il s'agit de baser l'indicateur sur les données actuellement mesurées de façon régulière sur l'ensemble du territoire. En effet, certains paramètres identifiés dans le libellé de l'objectif ne sont pas tous actuellement disponibles en routine. Les systèmes de surveillance de la qualité de l'air ne prennent pas en compte l'ensemble des particules ultrafines et ne mesurent les particules qu'en masse (µg/m³), conformément à la réglementation européenne.⁴⁵

En revanche, a été rappelée la nécessité de renforcer des investigations sur d'autres espèces traces parmi lesquelles figurent entre autre les particules ultrafines ; ces investigations peuvent d'ailleurs relever de travaux de recherche (PRIMEQUAL, PREDIT par exemple).

Pour les concentrations en particules fines et ultrafines et en NO_x dans l'air ambiant (mesurées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air), les résultats porteront sur la moyenne annuelle (et le nombre de dépassements réglementaires) des concentrations en particules (PM₁₀ et PM_{2,5}) et dioxyde d'azote, dans l'air ambiant.

Ces mesures sont réalisées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air. La représentativité spatiale des stations de mesure doit être évaluée ; la surveillance des particules fines [PM_{2,5}] doit être étendue et celles des particules ultrafines développée).

⁴⁵ Sur quelques publications récentes, il semble que la mesure des particules en nombre soit un meilleur indicateur des effets des particules sur la santé : il importera sur ces questions de fournir des recommandations explicites en matière de suivi à mettre en œuvre par les réseaux de surveillance afin de disposer de données exploitables.

Les concentrations en ozone et en SO₂ dans l'air ambiant (mesurées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air) seront également prises en compte. Ainsi les quatre polluants pris en compte dans l'indice ATMO⁴⁶ seront documentés

Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour chaque polluant

L'ADEME propose d'évaluer, chaque année, le nombre de personnes exposées pour les agglomérations de plus de 250 000 habitants touchées par un ou plusieurs dépassements de seuils européens d'information et d'alerte de NO₂ et d'ozone, à titre d'indication. Le nombre cumulé d'heures de ces dépassements sera également évalué si possible.

Pour l'impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine : l'évaluation de l'impact sanitaire à court terme est effectué dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés.

L'évaluation de l'impact sanitaire (EIS) de la pollution atmosphérique urbaine procède d'une démarche aujourd'hui bien caractérisée : elle nécessite, pour la zone où l'on veut faire cette évaluation, la connaissance des niveaux d'exposition (concentrations mesurées par les AASQA), la connaissance des indicateurs sanitaires tels que la mortalité (en nombre de décès) ou les admissions hospitalières (en nombre d'admissions) et, enfin, la connaissance des relations exposition / risque permettant de calculer le nombre de cas attribuables (décès ou admissions) à la pollution atmosphérique sur la zone considérée. Ces EIS sont aujourd'hui l'outil le plus standardisé pour traduire en impact sanitaire à court et à long terme les niveaux observés de particules. Il est utilisé à l'échelle européenne dans le cadre du programme APHEIS (www.apheis.net).

L'InVS pourra donc calculer un indicateur d'impact à court terme de la pollution atmosphérique urbaine. Il ne pourra concerner que les zones où la mesure des niveaux d'exposition est faite ou des zones semblables. Il s'agira de chiffrer la mortalité et les hospitalisations attendues en fonction des mesures faites.

⁴⁶ L'indice Atmo est un indicateur global de la qualité de l'air. Calculé dans les agglomérations de plus de 50.000 habitants, il sert à informer de façon simple la population. Au plan local, ce sont des associations agréées qui se chargent de ces mesures et de cette information.

L'indice utilise une échelle de valeur allant de 1 à 10. <http://www.inrp.fr/Access/biotic/envIRON/polutair/html/atmo.htm>

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, NOx, SO2, O3 dans l'air ambiant</i>	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA / BDQA ADEME		Annuelle	Oui/ Niveaux de résolution variables sur le territoire national	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale
<i>Fréquence de dépassement des seuils légaux (une mesure par polluant)</i>	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA / BDQA ADEME		Annuelle	Oui/ Niveaux de résolution variables sur le territoire national	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale
<i>Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO2 et Ozone)</i>	Estimation ADEME		Annuelle	Oui	Données régionales à produire
<i>Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés</i>	InVS		Quinquennale	Oui/Zones où la mesure d'exposition est réalisée et zones similaires	Voir avec l'InVS et les CIRE pour la mise en place d'un programme inter-CIRE

Soit 4 fiches.

CONCENTRATION EN PARTICULES, NO2, SO2, O3 DANS L'AIR AMBIANT	
Indicateur	Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, NO2, SO2, O3 dans l'air ambiant
Objectif	20. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans toutes les villes (- 20 % par rapport à 2002)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Concentrations moyennes en particules (PM10), NO2, SO2 et O3 de l'air ambiant (quatre polluants de l'indice ATMO)
Dénominateur (D)	
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Par agglomération (agglomérations supérieures à 250 000 habitants)
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : nécessaire (Niveaux de résolution variables sur le territoire national)
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	OMS : La base OMS-HFA comporte l'item sur les émissions de dioxyde de soufre repris par Echi. OCDE : Eco-santé de l'OCDE comprend des données sur les émissions d'oxydes de soufre, d'oxydes d'azote et de monoxydes de carbone (en milliers de tonnes et en kg/personne). UE : Echi prévoit trois indicateurs : la concentration en PM10, le pourcentage d'enfants de moins de 14 ans vivant dans des localités présentant une moyenne annuelle de concentration de PM10 supérieure à 40 ppm, les émissions de dioxyde de soufre. New Cronos présente dans la rubrique environnement les émissions de SO2, NOx, CO, CO2 ainsi que des composés organiques volatils autres que le méthane et, comme indicateur structurel, l'exposition aux particules PM10 (nombre moyen de jours au delà des valeurs limites pour les stations urbaines)
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME
Service responsable de la synthèse des données	Département Surveillance de la Qualité de l'Air de l'ADEME
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Représentativité des sites de mesure à établir
Modalités d'interprétation	Indicateur de l'exposition moyenne aux principaux polluants atmosphériques visés par les réglementations européennes.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale

COMMENTAIRE

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement : Réduire de 30% les concentrations moyennes en particules PM10 et 2,5 et ultrafines et de dioxyde d'azote dans l'air ambiant des villes, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par les réseaux de mesure de la qualité de l'air. Réduire de 20% les concentrations moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre) dans l'air ambiant des villes

FRÉQUENCE DE DÉPASSEMENT DES SEUILS FIXÉS PAR LA RÉGLEMENTATION

Indicateur	Fréquence de dépassement des seuils légaux (une mesure par polluant)
Objectif	20. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans toutes les villes (- 20 % par rapport à 2002)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de dépassement des seuils légaux dans l'air ambiant pour les particules PM10, NOx, SO2, O3 (une mesure par polluant)	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : nécessaire (Niveaux de résolution variables sur le territoire national)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME	
Service responsable de la synthèse des données	Département surveillance de la qualité de l'air de l'ADEME	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus		
Modalités d'interprétation	Fréquence des expositions dépassant le seuil retenu dans les textes réglementaires	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison		
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale	

COMMENTAIRE

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement : Réduire de 30% les concentrations moyennes en particules PM10 et 2,5 et ultrafines et de dioxyde d'azote dans l'air ambiant des villes, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par les réseaux de mesure de la qualité de l'air.
Réduire de 20% les concentrations moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre) dans l'air ambiant des villes

POPULATION EXPOSÉE À DES DÉPASSEMENTS DES SEUILS RÉGLEMENTAIRES POUR LES POLLUANTS MAJEURS

Indicateur	Nombre d'habitants exposés dans des agglomérations supérieures à 250 000 habitants touchées par un ou plusieurs dépassements de seuils européens d'information et d'alerte pour les polluants majeurs : NO2 et ozone
Objectif	20. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOX, ozone et particules en particulier) dans toutes les villes (- 20 % par rapport à 2002)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'habitants exposés dans des agglomérations supérieures à 250 000 habitants touchées par un ou plusieurs dépassements de seuils européens d'information et d'alerte pour les polluants majeurs : NO2 et ozone	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : nécessaire	
Périodicité de la mesure		
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME	
Service responsable de la synthèse des données	Département surveillance de la qualité de l'air de l'ADEME	
Méthodologie		
Mode de calcul	Estimation	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Estimation de l'importance de la population exposée à des niveaux de pollution supérieurs aux seuils réglementaires

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement : Réduire de 30% les concentrations moyennes en particules PM10 et 2,5 et ultrafines et de dioxyde d'azote dans l'air ambiant des villes, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par les réseaux de mesure de la qualité de l'air.
Réduire de 20% les concentrations moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre) dans l'air ambiant des villes

IMPACT SANITAIRE À COURT TERME DE L'EXPOSITION AUX POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES	
Indicateur	Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés
Objectif	20. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans toutes les villes (- 20 % par rapport à 2002)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	Dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DDASS et DRASS
Service responsable de la synthèse des données	
Méthodologie	La méthode EIS a été mise à disposition des IGS des DDASS et DRASS à travers l'élaboration d'un guide méthodologique et d'une feuille de calcul automatisée (application Excel®) dans le cadre du programme PSAS-9 de l'InVS. Ces outils, créés en 1999, ont été actualisés en 2003. Le programme PSAS9 de l'InVS élabore des outils méthodologiques au plan national, qui sont mis en œuvre par les services déconcentrés au plan local pour des besoins locaux. Ces travaux peuvent être soutenus méthodologiquement par les CIRES (qui jusqu'à présent ont de fait réalisé la plupart des EIS existantes) ou par les épidémiologistes du programme PSAS9 qui en assurent la validation scientifique
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Estime le retentissement à court terme de la pollution atmosphérique sur les hospitalisations et les décès.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Si la réalisation périodique et systématique d'EIS est décidée dans le cadre de la production d'indicateurs pour la LPSP, ce travail pourrait faire l'objet d'un programme inter-cires, mais il faudra valider cette proposition avec celles-ci et le DG de l'InVS. Le programme PSAS9 pourrait envisager de réaliser ensuite, en 2006, la synthèse nationale de l'ensemble des EIS locales réalisées

COMMENTAIRE

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement : Réduire de 30% les concentrations moyennes en particules PM10 et 2,5 et ultrafines et de dioxyde d'azote dans l'air ambiant des villes, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par les réseaux de mesure de la qualité de l'air. Réduire de 20% les concentrations moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre) dans l'air ambiant des villes.	

21. RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AUX POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES : RÉDUIRE LES REJETS ATMOSPHÉRIQUES : - 40 % POUR LES COMPOSÉS ORGANIQUES VOLATILS (DONT LE BENZÈNE) ENTRE 2002 ET 2010 ; RÉDUCTION D'UN FACTEUR 10 POUR LES ÉMISSIONS DE DIOXINES DE L'INCINÉRATION ET DE LA MÉTALLURGIE ENTRE 1997 ET 2008 ; - 50 % POUR LES MÉTAUX TOXIQUES ENTRE 2000 ET 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

- Émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La rédaction de cet objectif a été précisée dans le cadre du développement du Plan national santé environnement :

Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène, certains métaux lourds toxiques) ; réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux :

40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ;

réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ;

50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

En plus d'indicateurs de baisse des émissions et de baisse des expositions, il faudrait également disposer d'indicateurs sur l'imprégnation des êtres humains. Le développement de ces indicateurs par l'InVS est à poursuivre. Il n'y a, par ailleurs, pas lieu de prévoir pour le moment un indicateur d'impact sanitaire comme pour l'objectif précédent⁴⁷.

- Indicateurs d'exposition des populations au benzène et à certains métaux lourds par la pollution atmosphérique

L'ADEME pourra fournir des données sur les concentrations moyennes ambiantes de benzène et métaux lourds (plomb et éventuellement d'autres espèces telles que nickel, arsenic et cadmium) sur les villes où des mesures sont effectuées. Ces données sont archivées dans la BDQA de l'ADEME et proviennent des AASQA et de programmes pilotes menés avec le LCSQA.

L'ADEME précise que les émissions de COV sont difficiles à appréhender. Dans l'air ambiant, on mesure un produit traceur qui est le benzène.

L'ADEME peut produire un indicateur sur le nombre de dépassement des seuils réglementaires ainsi que le nombre de personnes exposées à ces seuils dans les villes de plus de 250 000 habitants pour le plomb et les autres métaux lourds réglementés. Pour le benzène, cela demandera des travaux complémentaires.

⁴⁷ Précisions de l'InVS concernant les valeurs toxicologiques de référence (VTR) :

Si on veut ici traiter de **l'évaluation des risques sanitaires** : pour ces polluants, les relations exposition / risque disponibles sont des VTR issues de bases de données toxicologiques internationales et certaines ne sont pas « stabilisées » (ex : dioxines). Par ailleurs, les VTR disponibles sont issues d'études animales, in vitro, ou épidémiologiques dont le contexte est souvent très éloigné de l'exposition dont on traite ici. L'utilisation de ces VTR présente donc des incertitudes qu'il faut connaître sans que cela remette en question la nécessité de les utiliser.

Attention aux mesures de groupes de polluants (COV) : très souvent, les VTR sont disponibles pour un polluant spécifique (différence avec les particules représentatives d'un mélange atmosphérique urbain). Si on mesure des familles de polluants, il faut alors prévoir : L'élaboration d'équivalences toxicologiques pour les polluants de la famille autres que celui pour lequel on dispose d'une VTR ; les parts relatives des différentes spéciations au sein de la famille mesurée en bloc.

Émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques

Au niveau national, des **objectifs globaux de réduction** des émissions sont fixés pour chacune de ces substances concernées et sont déclinés en **mesures à mettre en œuvre** dans chacun des **secteurs industriels** concernés en tenant compte des actions déjà engagées. Ces objectifs globaux ne constituent pas des objectifs à imposer indifféremment à chacune des installations : ce sont **les mesures de réduction négociées au niveau de chacune des installations** qui vont contribuer à la réalisation des objectifs globaux nationaux. La mise en œuvre de l'ensemble de ces dispositions réglementaires actuelles doit permettre d'atteindre les objectifs de réduction des émissions dans l'air décrits dans le tableau suivant.

Tableau I : objectifs globaux nationaux de réduction d'émission dans l'air

Substances (année de référence)	Émissions	Objectifs 2005	Objectifs 2010	% réduction 2005/ref	% réduction 2010/ref
Benzène (t) (2001)	1240	-----	813	-----	- 25 à 35%
Plomb (t) (2000)	295	160	105	- 45 %	- 65 %
Cadmium (t) (2000)	18	14	9	- 60 %	- 50 %
Dioxines (émissions en g I-TEQ/an) (2000)	409	166,5	64	- 60 %	- 85 %
CVM chlorure de vinyle(2000)(t)	644	450	396	- 30 %	- 35 à 40 %

Concernant le mercure, la stratégie consiste, d'ici fin 2005, à élaborer et à mettre en œuvre en tant que de besoin des campagnes de mesures à l'émission dans l'air dans chacune des installations concernées.

La synthèse des objectifs de réduction des émissions dans l'air dans les principaux secteurs industriels 2000-2010 est la suivante :

Tableau II : objectifs de réduction d'émission dans l'air par secteur d'activité

Activités	Rubrique IC Installations relevant du régime de l'autorisation	Rubrique IPPC	Polluants	Objectifs globaux nationaux de réduction 2000/2010
Métallurgie				
Cokeries	2542	1.3	Benzène	à déterminer d'ici fin 2004
Chaînes d'agglomération de minerais de fer (Production d'acier - filière fonte)	2541	2.1	Dioxines	30 %
			Plomb	30 %
			Cadmium	30 %
			Mercure	à déterminer d'ici 2006
Production d'acier - filière électrique	2545	2.2	Dioxines	40 à 50 %
			Plomb	60 %
			Cadmium	60 %
			Mercure	à déterminer d'ici 2006
Production de plomb et de zinc (1ère et 2nde fusion)	2546 ou 167	2.5.a	Plomb	95 %
			Cadmium	80 %
			Mercure	à déterminer d'ici 2006
Production d'aluminium (2nde fusion)	2546 ou 167	2.5.b	Dioxines	40 %
			Plomb	50 %
Fabrication de batteries au plomb	2670		Plomb	50 %
Fonderies de fonte (avec cubilot)	2545 ou 2551	2.4	Dioxines	40 %
			Plomb	50 %
Verre	2530 et 2531	3.3	Plomb	50 %
			Cadmium	50 %
Grandes Installations de combustion	2910	1.1	Plomb	40 %
			Cadmium	40 %
			Mercure	25 %
Production de CVM et de PVC (fabrication de polymère)	1412 2660	4.1.f	CVM	35 à 40 %
Raffinage de pétrole	1431	1.2	Benzène	à déterminer d'ici 2005

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/ disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Concentrations moyennes annuelles en benzène et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic, nickel) dans l'air ambiant</i>	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA via BDQA ADEME	Par agglomérations supérieures à 250000 habitants	Annuelle	Oui Niveaux de résolution variables sur le territoire national	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale
<i>Agglomérations >250 000 habitants touchées par des dépassements de valeurs cibles pour des métaux toxiques (plomb) et des dépassements des valeurs réglementaires en benzène</i>	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA via BDQA ADEME		Annuelle	Oui Niveaux de résolution variables sur le territoire national	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale
<i>Nombre de personnes exposées à des dépassements des valeurs cibles pour les métaux lourds et des dépassements des valeurs réglementaires pour le benzène dans les agglomérations supérieures à 250000 habitants</i>	Estimation ADEME		Annuelle	Oui	Données régionales à produire
<i>Emissions totales et sectorielles de :</i> ▪ Benzène ▪ Chlorures de vinyle ▪ Dioxines ▪ Métaux toxiques (plomb, cadmium, mercure)	CITEPA	Par type de secteur industriel	Annuelle	Oui	Mesure de mercure à mettre en oeuvre Données régionales à produire

Soit 4 fiches.

CONCENTRATIONS ATMOSPHÉRIQUES EN BENZÈNE ET EN MÉTAUX LOURDS	
Indicateur	Concentrations moyennes annuelles en benzène et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic, nickel) dans l'air ambiant
Objectif	21. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Mesures des concentrations des différents polluants dans l'air : benzène ; et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic et nickel) dans des agglomérations de plus de 250 000 habitants.	
Dénominateur (D)	Nombre de mesures réalisées dans une année	
Sous-groupes (stratification)	Par agglomération	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : (pas exhaustif) ; Régional : (pas exhaustif)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME
Service responsable de la synthèse des données	Département Surveillance de la Qualité de l'Air de l'ADEME
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Niveaux moyens d'exposition sur une année

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale

COMMENTAIRE

Objectif précisé dans le cadre du PNSE : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène, certains métaux lourds toxiques) ; réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux :

- 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ;
- réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ;
- 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

AGGLOMÉRATIONS TOUCHÉES PAR DES DÉPASSEMENTS DE VALEURS CIBLES OU RÉGLEMENTAIRES POUR DES MÉTAUX TOXIQUES ET LE BENZÈNE	
Indicateur	Agglomérations de plus de 250 000 habitants touchées par des dépassements de valeurs cibles pour des métaux toxiques (plomb) et des dépassements des valeurs réglementaires en benzène
Objectif	21. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène et certains métaux lourds toxiques).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'agglomérations de plus de 250000 habitants touchées par des dépassements de seuils réglementaires pour des métaux toxiques (plomb) et le benzène	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : (pas exhaustif) ; Régional : (pas exhaustif)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME
Service responsable de la synthèse des données	Département Surveillance de la Qualité de l'Air de l'ADEME
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Nombre d'agglomération où les concentrations mesurées ont été au moins une fois supérieures aux seuils réglementaires au cours d'une année

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Caractérisation des stations par les AASQA pour une meilleure connaissance de leur représentativité spatiale

COMMENTAIRE

Objectif précisé dans le cadre du PNSE : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène, certains métaux lourds toxiques) ; réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; - réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

POPULATION EXPOSÉE À DES DÉPASSEMENTS DE VALEURS CIBLES OU SEUILS RÉGLEMENTAIRES POUR LES MÉTAUX LOURDS ET LE BENZÈNE	
Indicateur	Nombre de personnes exposées à des dépassements des valeurs cibles pour les métaux lourds et des dépassements des valeurs réglementaires pour le benzène dans les agglomérations supérieures à 250000 habitants
Objectif	21. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques ; réduire les rejets atmosphériques : -40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'habitants exposés dans des agglomérations supérieures à 250 000 habitants touchées par des dépassements de valeurs cibles pour des métaux toxiques (plomb) et des dépassements des valeurs réglementaires en benzène	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (stratification)	agglomérations	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : nécessaire	
Périodicité de la mesure		
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air - AASQA	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	BDQA ADEME	
Service responsable de la synthèse des données	Département Surveillance de la Qualité de l'Air de l'ADEME	
Méthodologie		
Mode de calcul	Estimation	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Estimation de la population exposée à des dépassements au moins ponctuels des seuils réglementaires.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Objectif précisé dans le cadre du PNSE : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène, certains métaux lourds toxiques) ; réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux :

- 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ;
- réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ;
- 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

ÉMISSIONS DE COMPOSÉS ORGANIQUES VOLATILS, DE CHLORURE DE VINYLE, DE DIOXINES ET DE MÉTAUX TOXIQUES	
Indicateur	Émissions totales et sectorielles de benzène, chlorures de vinyle, dioxines, métaux toxiques (plomb, cadmium, mercure)
Objectif	21. Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : -40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Mesures des concentrations des différents polluants à l'émission : composés organiques volatils (COV) dont le benzène ; Chlorure de vinyle, Dioxines ; Métaux lourds (plomb, cadmium, mercure)	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (stratification)	Émissions sectorielles : les secteurs industriels sont décrits dans le tableau II repris de l'annexe II de la circulaire MEDD du 13 juillet 2004 relative aux Installations classées : Stratégie de maîtrise et de réduction des émissions atmosphériques toxiques pour la santé	
Décompositions (N)	Émissions totales	
Niveau d'agrégation	National : (pas exhaustif) ; Régional : (pas exhaustif)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CITEPA
Service responsable de la synthèse des données	CITEPA
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Incertitudes sur les inventaires d'émissions pour dioxines et COV Données régionales à produire

COMMENTAIRE

Objectif précisé dans le cadre du PNSE : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle (benzène, certains métaux lourds toxiques) ; réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; - réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008. Mesure de mercure à mettre en œuvre Cet indicateur doit encore être validé par le MEDD.

22. QUALITÉ DE L'EAU : DIMINUER PAR DEUX D'ICI À 2008 LE POURCENTAGE DE LA POPULATION ALIMENTÉE PAR UNE EAU DE DISTRIBUTION PUBLIQUE DONT LES LIMITES DE QUALITÉ NE SONT PAS RESPECTÉES POUR LES PARAMÈTRES MICROBIOLOGIQUES ET PESTICIDES.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Qualité de l'eau : indicateurs réglementaires européens : 2 paramètres microbiologiques, et ensemble des substances individualisées pour les pesticides (plus de 200 molécules recherchées)

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'objectif est exprimé en termes de respect des normes et non de réduction de l'impact sanitaire. Ceci semble logique dans la mesure où les normes ont été établies sur des fondements sanitaires. Les travaux concernant les relations exposition/risque et la recherche d'indicateurs plus pertinents sont en cours, on s'en tiendra donc au respect des normes.

La directive européenne : 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine fixe les paramètres à contrôler dans le cadre du suivi sanitaire. Le responsable de la distribution d'eau doit fournir en permanence une eau dont la qualité respecte les exigences de qualité fixées par le code de la santé publique. Les analyses du contrôle sanitaire effectuées de manière discontinue selon une fréquence fixée par le code de la Santé Publique. Les résultats d'analyses ne permettent de contrôler la conformité aux limites de qualité qu'au moment du prélèvement et dans les conditions existantes.

Le critère de permanence de conformité aux limites de qualité (pour chaque paramètre) s'applique à l'ensemble de la série des résultats d'analyses réalisées annuellement dans le cadre du contrôle sanitaire. Il suffit d'un seul résultat d'analyse non conforme dans une série annuelle d'analyses du contrôle sanitaire (quel que soit le nombre qui en est fixé par la réglementation) pour considérer que l'eau ne respecte pas en permanence la conformité pour le paramètre considéré (pesticides). Cette définition peut être utilisée pour notre indicateur.

Pesticides

Compte tenu que le nombre de molécules de pesticides existantes est très important, l'ensemble de ces molécules ne peut être recherché simultanément dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux. Les autorités sanitaires déterminent à l'échelon local les molécules à analyser en fonction du contexte local agricole : type de cultures, pesticides employés, ... Environ 1 % des analyses de pesticides réalisées en 2002 ont mis en évidence un dépassement de la limite de qualité.

Les analyses réalisées à la sortie des installations de production au cours des trois dernières années sont retenues pour élaborer l'indicateur. La prise en compte d'une période d'observation de trois années résulte de la fréquence des analyses de pesticides qui est inférieure à une par an pour les petites unités de distribution.

L'ensemble des substances de pesticides recherchées dans le cadre du contrôle sanitaire sont prises en compte, ce qui représente plus de cent molécules pour certains prélèvements.

L'indicateur « proportion de la population alimentée [...] » se déduit du rapport entre :

les débits d'eau produits dont la qualité n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années ;

et les débits d'eau produits.

Microbiologie

Dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux, les paramètres microbiologiques sont recherchés plus fréquemment que la plupart des paramètres physico-chimiques dans la mesure où ces paramètres caractérisent le risque microbien à court terme. Compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, dans le cadre de l'élaboration de l'indicateur de suivi de la qualité des eaux, la conformité des eaux pour ces paramètres se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologiques (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement. Plus de 350 000 analyses du contrôle sanitaire pour les paramètres microbiologiques sont réalisées annuellement. On estime aujourd'hui qu'environ 5 % de la population n'est pas desservie par de l'eau de bonne qualité microbiologique.

Compte tenu du mode d'élaboration des indicateurs, en particulier pour les pesticides, le suivi de l'évolution des indicateurs requiert un système d'information dont la cohérence des données soit régulièrement vérifiée.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques</i> <i>Estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non-conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire.</i>	DDASS / DGS		Annuelle	Oui/oui	Données régionales à produire
<i>Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides</i> <i>Estimée par le rapport de la somme des débits d'eau produits dont la qualité de l'eau n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années sur la somme des débits d'eau produits.</i>	DDASS / DGS		Annuelle	Oui /Oui	Oui, en cours pour les paramètres à retenir (DGS) Données régionales à produire

Soit 2 fiches.

POPULATION ALIMENTÉE PAR DE L'EAU NON CONFORME POUR LES PARAMÈTRES

Indicateur	Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques Estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non-conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire
Objectif	22. <u>Qualité de l'eau</u> : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant été alimentées par de l'eau non-conforme pour les paramètres microbiologiques	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes alimentées par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; régional : oui (données brutes rapportées à la population).	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : Non ; OCDE : Non ; UE Oui, partiellement	
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Base nationale SISE-Eaux (Système d'Information en Santé-Environnement sur les Eaux) Les DDASS assure la gestion locale des informations relatives au contrôle sanitaire stockées dans SISE-Eaux.
Mode de collecte (ddb)	Les fréquences annuelles d'analyses des paramètres dans les eaux destinées à la consommation humaine sont fixées par le code de la santé publique. Cette fréquence dépend de la population desservie et peut être adaptée selon les circonstances locales (vulnérabilité des ressources, bonne ou mauvaise qualité de l'eau distribuée...).
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DGS et DDASS
Service responsable de la synthèse des données	DGS
Méthodologie	Les données recueillies recouvrent la totalité des résultats obtenus au cours de l'année auprès de toutes les unités de distribution en France (paramètres microbiologiques). Une unité de distribution est définie dans le code de la santé publique comme étant le réseau de distribution d'une zone géographique déterminée et à l'intérieur de laquelle la qualité de l'eau peut être considérée comme uniforme.
Mode de calcul	Redressement

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Les indicateurs proposés sont fiables. Cependant, une évolution très faible de l'indicateur ne traduit pas nécessairement une réelle évolution de la situation compte tenu des facteurs inhérents aux modalités du contrôle et d'exploitation des données.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les analyses du contrôle sanitaire sont réalisées par des laboratoires agréés par le ministère chargé de la santé. De plus, les méthodes analytiques utilisées sont définies par arrêté ministériel. Trois niveaux de vérification des données coexistent : - les laboratoires agréés d'analyses valident le résultat de l'analyse de l'échantillon d'eau prélevé ; - les DDASS valident la représentativité du prélèvement et évaluent la cohérence des résultats observés (valeur très différente des valeurs habituellement observées) ; - la DGS s'assure de la vraisemblance des données à l'échelon national. En cas de présence d'un paramètre à une valeur anormalement élevée, des analyses de recontrôle sont réalisées.

COMMENTAIRE

Les paramètres retenus pour élaborer l'indicateur de suivi de la qualité microbiologique des eaux destinées à la consommation humaine sont les *Escherichia coli* et les Entérocoques. Chacun de ces paramètres fait l'objet d'une limite de qualité dans le code de la santé publique.

Seuls les prélèvements réalisés en distribution sont pris en compte pour la construction de l'indicateur. L'eau d'alimentation sera considérée non conforme lorsque plus de 5% des prélèvements réalisés au cours de l'année sont non conformes aux limites de qualité. Un prélèvement est déclaré non conforme lorsqu'au moins un des deux paramètres microbiologiques (*E. Coli* et/ou Entérocoques) est présent à une valeur dépassant la limite de qualité.

POPULATION ALIMENTÉE PAR DE L'EAU NON CONFORME POUR LES PESTICIDES

Indicateur	Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides Estimée par le rapport de la somme des débits d'eau produits dont la qualité de l'eau n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années sur la somme des débits d'eau produits
Objectif	22. <i>Qualité de l'eau</i> : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Somme des débits d'eau produits dont la qualité de l'eau n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années	
Dénominateur (D)	Somme des débits d'eau produits	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; régional : oui (données brutes rapportées à la population).	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : Non ; OCDE : Non ; UE Oui, partiellement	
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Base nationale SISE-Eaux (Système d'Information en Santé-Environnement sur les Eaux) Les DDASS assure la gestion locale des informations relatives au contrôle sanitaire stockées dans SISE-Eaux.	
Mode de collecte (ddb)	Les fréquences annuelles d'analyses des paramètres dans les eaux destinées à la consommation humaine sont fixées par le code de la santé publique. Cette fréquence dépend de la population desservie et peut être adaptée selon les circonstances locales (vulnérabilité des ressources, bonne ou mauvaise qualité de l'eau distribuée...).	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DGS et DDASS	
Service responsable de la synthèse des données	DGS	
Méthodologie	Les données recueillies recouvrent la totalité des résultats obtenus au cours des trois dernières années au niveau de toutes les installations de production (pesticides).	
Mode de calcul	Redressement	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Les indicateurs proposés sont fiables. Cependant, une évolution très faible de l'indicateur ne traduit pas nécessairement une réelle évolution de la situation compte tenu des facteurs inhérents aux modalités du contrôle et d'exploitation des données.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les analyses du contrôle sanitaire sont réalisées par des laboratoires agréés par le ministère chargé de la santé. De plus, les méthodes analytiques utilisées sont définies par arrêté ministériel. Trois niveaux de vérification des données coexistent : - les laboratoires agréés d'analyses valident le résultat de l'analyse de l'échantillon d'eau prélevé ; - les DDASS valident la représentativité du prélèvement et évaluent la cohérence des résultats observés (valeur très différente des valeurs habituellement observées) ; - la DGS s'assure de la vraisemblance des données à l'échelon national. En cas de présence d'un paramètre à une valeur anormalement élevée, des analyses de recontrôle sont réalisées.

COMMENTAIRE

Les analyses réalisées à la sortie des installations de production au cours des trois dernières années sont retenues pour élaborer l'indicateur. La prise en compte d'une période d'observation de trois années résulte de la fréquence des analyses de pesticides qui est inférieure à une par an pour les petites unités de distribution. L'ensemble des substances de pesticides recherchées dans le cadre du contrôle sanitaire sont prises en compte, ce qui représente plus de cent molécules pour certains prélèvements. L'indicateur « proportion de la population alimentée [...] » se déduit du rapport entre les débits d'eau produits dont la qualité n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années et les débits d'eau produits

23. HABITAT : RÉDUIRE DE 30 % LA MORTALITÉ PAR INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE (CO)

OBJECTIF PREALABLE : PRÉCISER LES ESTIMATIONS DE LA MORTALITÉ (ACTUELLEMENT 150 À 300 DÉCÈS ANNUELS)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre annuel de décès par intoxication au CO

Nombre d'intoxications au CO signalées sur l'ensemble du territoire, dans les zones à risque majeur et en milieux domestique ou professionnel

Nombre de personnes traitées à l'oxygène hyperbare en caisson ayant des antécédents d'intoxication au CO

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Nombre annuel de décès par intoxication au CO

L'indicateur de mortalité répond exactement à la mesure de l'objectif. Il paraît suffisamment robuste. Il conviendra de soustraire les décès dus à des intoxications au CO par suicide ou incendie qui n'entrent pas dans la problématique de sécurité de l'habitat. Pour l'évaluation de la qualité, il faudra envisager une enquête spécifique aussi bien au niveau de la certification qu'à celui de la codification et du choix de regroupement de codes (environ 20 codes de la CIM peuvent être concernés). Par ailleurs, nous disposons pour cet indicateur de données de comparaisons européennes.

Étant donné l'existence de risques sanitaires liés à l'intoxication par le CO autres que le décès, il semblait justifié d'interpréter cet objectif dans un sens plus large et donc d'envisager des indicateurs mesurant l'évolution des cas incidents. Ces indicateurs n'ont finalement pas été retenus :

Nombre d'intoxications au CO signalées sur l'ensemble du territoire

Le recueil prévu par l'InVS n'est pas encore opérationnel. La DGS dispose des bilans nationaux annuels de signalements remontant des DDASS et des services communaux d'hygiène et de santé mais ces signalements ne sont pas obligatoires.

Nombre de personnes traitées à l'oxygène hyperbare en caisson ayant des antécédents d'intoxication au CO

Cet indicateur n'a pas été retenu. En effet, les critères d'indication de traitement par caisson hyperbare sont variables selon les équipes du fait de l'incertitude sur l'intérêt thérapeutique de l'oxygénothérapie hyperbare.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)</i>	Inserm-CépiDc et InVS	Sexe, classes d'âge	Annuelle	Oui/oui (sur plusieurs années)	Évaluation de la qualité

Soit 1 fiche.

MORTALITÉ PAR INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)
Objectif	23. <u>Habitat</u> : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) <u>Objectif préalable</u> : Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par intoxication au CO (préciser les codes des chapitres de la CIM retenu)	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, et les classes d'âges (0-24 ; 25-44 ; 45-64 ; 65 ans et plus)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National : oui ; Régional : oui (effectif faible ; cumul sur plusieurs années)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : 246 décès

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats de décès ; Corps médical et Inserm- CépiDc	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et Inserm- CépiDc	
Service responsable de la synthèse des données	Inserm- CépiDc	
Méthodologie	Exhaustivité	
Mode de calcul	Taux standardisé : sur la population européenne (Utilisée par Eurostat et le l'Inserm-CépiDc ⁴⁸). Cet indicateur regroupe différents codes appartenant à différents chapitres de la CIM qu'il faut ensuite agréger : accidents par intoxication, suicides par intoxication, intoxication de causes indéterminées quant à l'intention...	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-estimation variable selon les régions et liée à certains instituts médico-légaux ne renvoyant pas les certificats., le décès est alors codé en cause inconnue
Modalités d'interprétation	Il faudra étudier l'impact du passage à la CIM10 (à partir de 2000) sur l'évolution des tendances. De même pour l'évaluation de la qualité, il faudrait envisager une enquête spécifique, aussi bien au niveau de la certification qu'à celui de la codification et du choix de regroupement de codes (environ 20 codes de la CIM peuvent être concernés).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le taux brut de mortalité informe sur l'état du problème de santé compte tenu de la structure démographique (âge et sexe) alors que les taux standardisés de mortalité permettent de réaliser des comparaisons indépendamment de la structure démographique.

⁴⁸ Référence de la population mondiale et européenne : annuaire de statistiques sanitaires mondiales de 1996 de l'OMS page XXVI, source IARC, 1976.

24. BRUIT : RÉDUIRE LES NIVEAUX DE BRUIT ENTRAÎNANT DES NUISANCES SONORES QUELLES QUE SOIENT LEURS SOURCES (TRAFIC, VOISINAGE, MUSIQUE AMPLIFIÉE) PAR RAPPORT AUX NIVEAUX MESURÉS EN 2002 PAR DIVERSES INSTITUTIONS (MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, INRETS).

OBJECTIF PRÉALABLE : PRÉCISER LES ESTIMATIONS ET ÉVALUER L'IMPACT DES ACTIONS ENVISAGEABLES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Distribution des niveaux d'exposition au bruit

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Le problème dans la formulation de l'objectif porte sur l'absence de définition explicite des « niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores ». Le chapitre du rapport du GTNDO fait référence aux mesures « objectives » mais aussi au bruit « ressenti », et utilise le terme de « nuisances sonores » dans ce dernier cadre.

La relation dose/effet est mal établie. Mais l'objectif porte sur l'exposition, pas sur l'effet : il repose sur l'acceptation de l'existence de ces effets.

La mesure de l'exposition ne paraît pas non plus très simple. En particulier il n'a pas été possible de retrouver la source des mesures réalisées en 2002 évoquées dans l'intitulé de l'objectif.

Le bruit "ressenti"

Il existe des enquêtes déclaratives telles que l'enquête EPCV de l'INSEE, le Baromètre santé 2002 (gêne sonore et circonstances) et l'enquête santé de l'INSEE (logement bruyant, travail et bruit) qui pourraient renseigner ce type d'indicateur.

Ces enquêtes ne prennent en compte que les effets subjectifs du bruit (gêne notamment) qui dépendent de nombreux facteurs : des facteurs individuels (les antécédents de chacun, confiance dans l'action des pouvoirs public, des variables socio-économiques telles que la profession, le niveau d'éducation ou l'âge...), des facteurs contextuels (un bruit choisi est moins gênant qu'un bruit subi, un bruit prévisible est moins gênant qu'un bruit imprévisible, etc.), des facteurs culturels (le climat, etc.). Pour ces effets, le bruit, en tant que mesure physique, n'explique qu'une faible partie, au mieux 35 %, de la variance des réponses individuelles au bruit.

Le niveau de bruit "mesuré"

Les effets sanitaires du bruit ne se limitent pas qu'aux effets subjectifs : il existe des effets biologiques auditifs (par exemple : écoute de musique à haut niveau sonore) et extra-auditifs (par exemple : perturbation du sommeil entraînant des modifications des tracés EEG, modifications végétatives telles que des variations de la fréquence cardiaque, etc. pouvant induire à long terme des risques de maladies cardio-vasculaires).

Dans le cas de la perturbation du sommeil par le bruit, les effets subjectifs disparaissent rapidement (accoutumance subjective après une dizaine de nuits) mais les réactions somatiques persistent, d'où l'intérêt d'avoir une connaissance des niveaux sonores.

Une directive européenne de 2002 oblige les grandes agglomérations (de plus de 250 000 habitants), les grandes infrastructures routières et ferroviaires et les grands aéroports à se doter d'une carte globale du bruit fondée sur des indicateurs intégrés dans le temps. Cette directive est en cours de transposition (ordonnance adoptée durant l'été 2004 - à vérifier projet de loi ratification transposition-) mais la date limite pour la réalisation

des premières cartes est le 30 juin 2007. Quelques villes, dont Paris, ont déjà réalisé leur carte de bruit⁴⁹. Cependant, elle repose sur des modélisations qui ne sont pas absolument validées. Voir éventuellement la mission « bruit » au MEDD.

Par ailleurs, il existe des expérimentations de mesures d'exposition au bruit dans le temps (un individu porteur d'un sonomètre sur la journée). Ce type de mesure correspondrait mieux à l'exposition effective de la population qui se déplace (A garder en mémoire pour un second temps car un peu éloigné de l'objectif).

En ce qui concerne la musique amplifiée, nous pouvons nous appuyer sur les mesures réalisées par les DDASS et les SCHS (service communal d'hygiène et de santé), lorsqu'elles vérifient la conformité des établissements aux dispositions du décret n° 98-1143 (niveau moyen limité à 105 dB(A) à l'intérieur).

Dans un premier temps, il peut être possible de suivre la mise en place des systèmes de mesure. Il faudrait au minimum utiliser les résultats produits par ces systèmes : il s'agit de définir des indicateurs au niveau d'une population ; dans ce cas, la population serait limitée par la couverture des systèmes de mesure.

La proposition de mise en place d'un suivi du « bruit ressenti » en population générale qui correspond à un suivi en soi de qualité de vie et constitue une réponse partielle à la difficulté mentionnée ci-dessus, difficulté qui provient aussi de l'amplitude du champ couvert par l'objectif (gêne due au voisinage, risques auditifs induits par les baladeurs...) a été très discutée. La construction d'un indicateur de suivi du « bruit ressenti » paraît peu pertinente. Selon le rapport sur les impacts sanitaires du bruit⁵⁰ de l'AFSSE, c'est plutôt à l'élaboration d'un indice synthétique, prenant en compte les phénomènes de multi-exposition et combinant les composantes énergétiques et événementielles des indicateurs actuels, qu'il conviendrait de s'attacher. La construction d'un tel indicateur nécessiterait la création d'un groupe de travail qui reste à mettre en place.. Le rapport de l'AFSSE préconise également dans le même objectif de mettre en œuvre un dispositif de suivi des effets sanitaires du bruit fondé sur des indicateurs sanitaires directs, comme l'état de l'audition de la population et des jeunes en particulier, ou indirects comme la consommation de certains médicaments.

Concernant les gênes de voisinage, il faudrait également étudier de quelle façon les enquêtes logement prennent ou pourraient prendre en compte les questions d'insonorisation.

Des indicateurs sur l'exposition au bruit sont en cours de construction à l'OMS. Les travaux semblent toutefois encore peu avancés. L'InVS participe à ce groupe de travail et pourra nous tenir informés de ce qui est proposé.

⁴⁹ La mairie de Paris publie une cartographie des nuisances sonores en fonction du bruit routier moyen et des statistiques d'exposition de la population au bruit (nuisances sonores en façade des bâtiments) moyen de la circulation automobile entre 6h et 22h dans chaque arrondissement selon des niveaux de décibels (inférieur à 61 décibels, entre 61 et 70 décibels, supérieur à 70 décibels).

⁵⁰ « Impacts sanitaires du bruit : état des lieux, indicateurs bruits santé » novembre 2004. <http://www/afsse.fr>

25. QUALITÉ DE L'EAU : RÉDUIRE DE 50 % L'INCIDENCE DES LEGIONELLOSES

OBJECTIF PREALABLE : PRÉCISER LES ESTIMATIONS POUR TENIR COMPTE DES CAS MÉCONNUS ET DE LA SOUS-DÉCLARATION

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Nombre de nouveaux cas et de décès par légionellose

Clarification de l'objectif et orientation pour les indicateurs

Objectif

Concernant la qualité de l'eau, la complexité des processus et systèmes de production, d'acheminement et de distribution de l'eau doit être considérée dans son ensemble. Ainsi, une diminution de l'incidence des légionelloses ne peut pas être retenue en soi comme indicateur sur l'amélioration de la qualité de l'eau. Par ailleurs, les délais d'atteinte de l'objectif ne sont pas spécifiés dans sa formulation.

Indicateurs

Le système de surveillance ainsi que la sensibilisation du public et des professionnels s'améliorent progressivement (InVS). Le taux de déclaration des légionelloses, faible il y a quelques années, augmente progressivement en France, comme dans tous les pays d'Europe. L'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été estimée à 10 % en 1995 et 33 % en 1998, une évaluation faite en 2002 l'ayant estimée à 48 % pour les cas confirmés.

Suite au renforcement de la surveillance, l'augmentation moyenne annuelle du nombre de cas de légionelloses déclarés à l'InVS depuis 1997 était évaluée à 29 % en 2002⁵¹ (206 cas déclarés en 1997, 1021 en 2002). Le nombre de cas déclarés est resté relativement stable en 2003 (1044)⁵². L'évolution des cas déclarés entre 1997 et 2002, semble plus refléter l'amélioration des pratiques diagnostiques et de la déclaration obligatoire que l'évolution réelle de l'incidence. Mais il est difficile de préciser dans quelle mesure l'augmentation est due à l'amélioration de la surveillance (meilleur diagnostic et identification des légionelloses ainsi que des signalements des cas), à une augmentation réelle des légionelloses, ou à une combinaison des deux. Par ailleurs, l'incidence nationale prend en compte des cas sporadiques ainsi que des épidémies pour lesquelles une source d'exposition peut être à l'origine d'un nombre de cas relativement important.

Il ne sera dorénavant plus possible d'évaluer le taux de déclaration puisque les déclarations obligatoires sont devenues anonymes. Il est donc nécessaire d'expertiser les apports respectifs du PMSI et des données du centre national de référence des légionelloses pour estimer l'évolution du taux de déclaration et contextualiser ainsi les données issues des déclarations obligatoires.

Les données régionales, et, a fortiori, départementales, ne semblent pas pertinentes, dans la mesure où la répartition géographique, basée sur le lieu de résidence, ne reflète pas forcément la localisation des zones à risque d'acquisition de la légionellose (notion de voyages constatée pour 17 % des cas...)

Par ailleurs, la présence de légionelles dans les réseaux d'eaux des domiciles privés n'est pas connue à l'heure actuelle, alors qu'elle est susceptible de représenter une source de contamination pour les personnes fragilisées. Il pourrait être utile d'investir cet aspect qualitatif de l'objectif en réalisant des études périodiques sur des échantillons aléatoires de logements afin de déterminer la fréquence de la présence de légionelles dans les logements ordinaires. Toutefois, ce type d'étude environnementale n'est pas suffisant pour évaluer le risque pour l'homme en l'absence d'étude de morbidité.

⁵¹ CAMPESE C., CHE D., MAINE C., DECLUDT B., « Les légionelloses déclarées en France en 2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 32, juillet 2003.

⁵² CAMPESE C., JARRAUD S., DECLUDT B., JACQUIER G., CHE D., « Les légionelloses déclarées en France en 2003 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 36-37, septembre 2004.

Principales sources de données nationales

Données de la déclaration obligatoire InVS

Données du centre national de référence des légionelloses

Enquêtes auprès des laboratoires

Statistiques nationales des causes de mortalité (Inserm CépiDc)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire</i>	InVS DO	Sources de contamination (nosocomiale, communautaire)	Annuelle	Non pertinent	Expertiser l'utilisation du PMSI et des données du Centre National de Référence pour estimer l'évolution du taux de déclaration
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre de décès et taux de mortalité par légionelloses</i>	INSERM CépiDc InVS DO	/	Annuelle	Non pertinent	Données à Expertiser
<i>Qualité de l'eau et présence de légionelles dans les domiciles privés</i>					A créer

Soit 2 fiches.

NOUVEAUX CAS DE LÉGIONELLOSES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Indicateur	Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire
Objectif	25. <u>Qualité de l'eau</u> : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire	
Dénominateur (D)	/	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	Sources de contamination : nosocomiale, communautaire	
Niveau géographique d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur inclus dans la base de données d'Eurostat (NEWCRONOS). Non repris dans le projet de liste ECHI-2 mais les légionelloses font l'objet d'un réseau de surveillance européen (EWGLI).	
Dernier résultat connu	Années : 2002 2003	Valeurs : 1021 1044

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Données de déclaration obligatoire des légionelloses
Mode de collecte (ddb)	Fiches de notification des maladies à déclaration obligatoire
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DDASS et InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	
Mode de calcul	(Le nombre de cas déclarés devrait être mis en perspective avec l'estimation du taux d'exhaustivité)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Taux de déclaration évolutif : une partie de l'augmentation du nombre de cas déclarés est due à l'amélioration de la déclaration (Exhaustivité : en 1995, 10 %, en 1998, 33 %, estimée à 48 % en 2002)
Modalités d'interprétation	En plus de l'amélioration du taux de déclaration, le nombre de cas déclarés peut également augmenter du fait d'un meilleur diagnostic (augmentation des examens complémentaires à visée diagnostique)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'anonymisation de la déclaration empêchera dorénavant de continuer à calculer le taux de déclaration par la méthode de capture-recapture. Les données du centre national de référence ainsi que celles du PMSI, sous réserve d'expertise, devraient permettre de contextualiser l'évolution du nombre de cas de légionellose par le taux d'exhaustivité de la déclaration.

COMMENTAIRE

L'évolution du nombre de cas nécessite une contextualisation par une estimation du taux d'exhaustivité de la déclaration.

MORTALITÉ PAR LÉGIONELLOSE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisés de mortalité par légionellose
Objectif	25. <u>Qualité de l'eau</u> : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par légionellose l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population moyenne de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, et les classes d'âges (moins de 65 ans ; 65 ans et plus)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National (effectifs trop faibles pour envisager des données régionales)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données internationales	
	Indicateur non inclus dans la liste européenne de 65 causes et de ce fait non repris dans le projet ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 63 décès

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès	
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif, à partir des certificats de décès	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et INSERM (CépiDc) et InVS (DO : suivi des cas permettant de connaître l'évolution clinique et la létalité)	
Service responsable de la synthèse des données	INSERM (CépiDc) - InVS (DO)	
Méthodologie	Exhaustivité des certificats de décès ;	
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (utilisée par Eurostat et le CépiDc ⁵³)	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Aucune étude spécifique de la qualité des données n'a encore été effectuée.	
Modalités d'interprétation	La légionellose n'est identifiée dans la base de données CépiDc que depuis le passage à la CIM 10 (code A48.1) soit, pour les données de mortalité, l'année 2000. Un croisement des données de la DO et du CépiDc sera à envisager après de 2 ou 3 ans de recul du codage de la légionellose sur les certificats de décès.	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	(Dernières données disponibles : 2000)	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de livraison Expertise des données	

COMMENTAIRE

Données à expertiser (Pour 2003, l'InVS estime la létalité à 14 % soit 129 décès identifiés pour 940 cas pour lesquels l'évolution était connue)		

⁵³ Référence de la population mondiale et européenne : annuaire de statistiques sanitaires mondiales de 1996 de l'OMS page XXVI, source IARC, 1976.

26. RÉDUIRE LA PROPORTION DE SÉJOURS HOSPITALIERS AU COURS DESQUELS SURVIENT UN ÉVÈNEMENT IATROGÈNE⁵⁴ DE 10% À 7% D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif concerne les événements iatrogènes survenant en cours d'hospitalisation. La iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire est envisagée dans le cadre de l'objectif 27 (l'objectif 100 porte sur la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées), et l'objectif 28 porte sur l'ensemble des événements indésirables liés aux soins. Par ailleurs, la réduction des doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique fait l'objet de l'objectif 29, et les infections nosocomiales à staphylocoques résistants à la méticilline (SARM) et les infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants sont envisagées dans le cadre de l'objectif relatif à la résistance aux antibiotiques (30) .

En 1998, le HCSP a défini la iatrogénie comme « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

Le terme « iatrogène » présume que l'on puisse imputer aux soins l'événement indésirable avec un niveau de preuve suffisant. Les liens de causalité peuvent toutefois être difficiles à établir. Pour cette raison, la littérature internationale et les enquêtes nationales font plus largement référence aux « événements indésirables » (« adverse events ») associés aux soins.

Il faut aussi rappeler que l'utilisation des termes « iatrogène » ou « événement indésirable » n'implique pas la notion d'erreur ou de faute, mais qu'une part importante de ces événements est actuellement considérée comme évitable : un événement iatrogène évitable est un événement dont la survenue est liée à une ou plusieurs défaillances dans l'organisation (le plus souvent) ou dans la mise en œuvre de l'ensemble des actions qui concourent à la prise en charge des patients. L'analyse de ces défaillances doit permettre d'élaborer des programmes de prévention adaptés.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a posé le principe de la déclaration obligatoire des événements indésirables survenus au cours d'une prise en charge médicale ou d'un processus de soins, complétant des dispositifs préexistants relatifs aux vigilances liées aux produits de santé⁵⁵ et au signalement des infections nosocomiales. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 117) a précisé la terminologie en substituant les termes «*événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention*», plus descriptifs et plus conformes à la terminologie utilisée dans les publications scientifiques internationales, à une rédaction antérieure mentionnant des «*accidents médicaux*» et «*affections iatrogènes*», et limité le champ de cette déclaration obligatoire aux événements indésirables graves (EIG), les événements simplement suspectés en étant écartés.

Au total, si l'ensemble des événements indésirables (incidents, accidents) peuvent servir de signal d'alerte et déclencher systématiquement une investigation ou une analyse dans le cadre de la gestion des risques liés aux soins, le suivi de cet objectif peut être limité à celui des événements indésirables graves qui en représentent les conséquences les plus importantes sur la santé de la population.

La fréquence des événements indésirables survenant à l'hôpital citée dans l'énoncé de l'objectif ne repose que sur une estimation très imprécise. Le rapport du GTNDO évoquait une valeur *minimale* de 10 % des séjours hospitaliers, mais nous ne disposons pas d'une estimation valide en France à l'heure

⁵⁴ Ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale : accidents médicaux, événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales, ...

⁵⁵ pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, réactovigilance...

actuelle. Selon les résultats d'une enquête préliminaire réalisée dans 7 établissements de santé de la région Aquitaine, en hospitalisation de court séjour, un événement iatrogène *grave* avait été observé pour environ 15 % des patients hospitalisés, que cet événement soit la cause de l'hospitalisation ou survenu au décours de celle-ci. Les résultats d'études étrangères retrouvent la survenue d'événements indésirables graves dans 2,4 % à 16 % des hospitalisations, dont entre 30 % et 60 % d'événement évitables.

L'objectif fait référence à l'incidence cumulée au cours des séjours hospitaliers ; on peut aussi apprécier le risque en termes de densité d'incidence en le rapportant au nombre de journées d'hospitalisation.

Il faut enfin noter que les évolutions des technologies médicales d'une part, des caractéristiques démographiques de la population d'autre part peuvent entraîner une augmentation globale de la fréquence des événements iatrogènes, les nouvelles technologies permettant des interventions sur des sujets de plus en plus âgés et fragiles dont le nombre s'accroît (vieillesse de la population, allongement de la durée de vie...). L'hôpital accueille les malades les plus graves et les plus fragiles, utilise les techniques les plus « dangereuses », et organise des soins de plus en plus complexes, dans un environnement lui-même susceptible d'augmenter le risque (ex : concentration de bactéries multi-résistantes source de contagion). L'évolution des indicateurs de résultats sera ainsi la résultante entre cette évolution vers une augmentation du risque et les effets des efforts de prévention. Par ailleurs, la typologie des risques et leur répartition entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier tendent à se modifier (transfert d'une partie des soins invasifs ou « à risque » du secteur hospitalier au secteur ambulatoire : chirurgie sous coelioscopie, chimiothérapie cancéreuse à domicile...).

Principales sources de données identifiées

Si le PMSI offre en principe la possibilité d'enregistrer la survenue d'accidents iatrogènes en cours d'hospitalisation, une analyse des bases de données publique et privée de l'année 1998, réalisée en 2000 par la mission PMSI de la DHOS, évoquait deux types de difficultés : 1) les codes permettant d'enregistrer l'origine iatrogène d'une affection étaient réservés jusqu'en 2001 à l'usage interne des établissements et n'étaient pas transmis ; 2) l'exhaustivité de ces enregistrements semblait problématique, d'une part en raison d'une non reconnaissance possible de la nature iatrogène des événements, d'autre part en raison de craintes vraisemblables vis-à-vis de l'utilisation dérivée de ces informations pour porter un jugement sur les établissements. Au total, cette analyse avait retrouvé la survenue de complications « accidentelles » pour un peu moins de 1% des séjours hospitaliers de courte durée.

Ce domaine est en cours de remaniement dans un contexte réglementaire en pleine mutation : ainsi, les indicateurs des tableaux de bord des infections nosocomiales, qui devraient à terme devenir obligatoires, sont en cours d'expérimentation en 2004-2005 avec le projet COMPAQH qui doit en définir les conditions de production. Si le cadre réglementaire de la déclaration de certaines infections nosocomiales est maintenant posé, l'application du dispositif de déclaration obligatoire des événements indésirables graves par tous les professionnels et établissements de santé sera précédée par une expérimentation préalable d'une durée maximale de 3 ans réalisée sous la responsabilité de l'InVS, dans des conditions fixées par arrêté ministériel. L'ensemble de ces évolutions devrait progressivement clarifier le cadre conceptuel et bâtir les contours du système d'information sur la iatrogénie. Les indicateurs de suivi de cet objectif devront donc être progressivement adaptés.

L'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements hospitaliers (ENEIS) s'est déroulée en 2004 dans des unités de soins d'un échantillon représentatif au niveau national métropolitain des établissements sous dotation globale et des établissements sous objectif quantifié national. Ont été considérés comme graves les événements suivants : événement iatrogène ayant entraîné le décès, ayant mis en danger la vie du patient, ayant nécessité une hospitalisation ou l'ayant prolongée d'au moins un jour, ou étant à l'origine d'une incapacité ou d'un handicap à la fin de l'hospitalisation.

Les premiers résultats de cette étude apportent notamment les informations suivantes⁵⁶ :

⁵⁶ Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta A et Domecq S : Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et Résultats N°398, mai 2005

Le taux d'incidence des événements indésirables graves (EIG) identifiés dans les unités de soins (après exclusion des EIG identifiés comme responsables de l'hospitalisation) a été estimé à 6,6 (5,7 à 7,5) EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation, variant selon le type d'établissement de 4,6 à 7,8 EIG pour mille journées en médecine et de 5,0 à 8,6 EIG pour mille journées en chirurgie.

Les densités d'incidence les plus élevées ont été observées en gériatrie et dans les services de réanimation, les plus faibles dans les services de spécialités médicale ou de chirurgie ophtalmologique ou ORL, reflétant l'augmentation de risque associée aux caractéristiques des patients et à la complexité de la prise en charge nécessaire.

Ces estimations globales sont utilement complétées par celles des taux d'incidence des EIG jugés évitables (voir objectif 28) : respectivement 2,4 (1,6 à 3,2) EIG évitables pour 1 000 journées d'hospitalisation en médecine, variant de 1,4 à 2,9 pour 1 000 selon le type d'établissement, et 2,2 (1,5 à 3,0) EIG évitables pour 1 000 journées d'hospitalisation en chirurgie, variant de 1,0 à 3,2 pour 1 000 selon le type d'établissement.

Ce type d'enquête nationale pourrait être reproduite tous les cinq ans, après expertise de cette première enquête.

Plusieurs indicateurs spécifiques des infections nosocomiales devraient de plus pouvoir être suivis :

les indicateurs produits par les réseaux volontaires RAISIN⁵⁷ : incidence des infections du site opératoire (ISO-RAISIN), des bactériémies nosocomiales (BN-RAISIN), éventuellement des infections nosocomiales en réanimation (REA-RAISIN) ;

les indicateurs concernant les infections nosocomiales issues des tableaux de bord des établissements, dont l'expérimentation en cours devrait aboutir à la définition des conditions de production d'un indicateur national sur les infections du site opératoire (les infections à SARM relevant de l'objectif 30).

les résultats des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales (1996, 2001), sous réserve du renouvellement de ces enquêtes ;

Deux indicateurs de la mortalité associée à la iatrogénie sont par ailleurs actuellement étudiés : la mortalité liée aux infections nosocomiales (projet Inserm-CepiDc/InVS) et la mortalité hospitalière dans les GHM à faible taux de mortalité (projet COMPAQH).

⁵⁷ Toutes les données de surveillance des infections nosocomiales (prévalence, incidence des infections du site opératoire, des infections sur cathéters, informations issues de la déclaration) sont regroupées dans le cadre du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN), situé auprès de l'InVS.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs approchés					
<i>Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé</i>	Étude ENEIS DREES-CCECQA	Age, secteur d'activité gravité, type d'évènement	quinquennale	Non disponible	À expertiser : conditions de renouvellement d'une enquête nationale
<i>Incidence des infections du site opératoire</i>	ISO-RAISIN (à terme, tableaux de bord)			oui	Expérimentation des tableaux de bord en cours
<i>Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales</i>	BN-RAISIN				Représentativité des réseaux à expertiser
<i>Prévalence des infections nosocomiales parmi les personnes hospitalisées un jour donné</i>	Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales RAISIN-InVS	Age, type d'établissement	quinquennale	oui	Nécessité du renouvellement de l'enquête à expertiser
Indicateur complémentaire					
<i>Nombres et taux de décès - par infections nosocomiales - dans les GHM à faibles taux de mortalité</i>					Expertises en cours (Inserm-CepiDc/InVS, COMPAQH)

Soit 4 fiches.

ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES LIÉS AUX SOINS OBSERVÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Indicateur	Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé
Objectif	26. Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux EIG observés pendant la période d'enquête dans les établissements de santé participant à l'étude. (Un événement est défini comme grave s'il est associé à un décès, une menace vitale, s'il nécessite la prolongation de l'hospitalisation d'un jour au moins, ou s'il provoque une incapacité ou un handicap à la fin de l'hospitalisation dans le service concerné par l'étude.)	
Dénominateur (D)	Nombre de jours d'hospitalisation pendant la période d'enquête.	
Sous-groupes (strates)	Sexe, âge (moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus : 65-84 ans, 85 ans ou plus), types de service	
Décompositions	- Gravité (seulement prolongation de l'hospitalisation/menace vitale/ incapacité à la sortie / décès) - Événements liés aux médicaments / à un acte invasif, - Infections liées aux soins	
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	Première enquête en 2004, renouvellement quinquennal envisagé	
Indicateurs internationaux	OCDE : travaux en cours sur la définition d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins	
Dernier résultat connu	Année : 2004	Valeur : 6,6 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation Soit une estimation de 350 000 à 460 000 EIG par an survenant en cours d'hospitalisation sur le territoire national

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins	
Mode de collecte (ddb)	Échantillon représentatif métropolitain des unités de soins en court séjour (à l'exclusion de l'obstétrique), publics et privés (échantillon randomisé stratifié avec sondage en grappes à trois degrés : département, établissements, unités d'hospitalisation). Recueil par des enquêteurs externes en deux temps (Détection par à l'aide de 17 critères de détection, avec le cadre de soin et l'appui du dossier – Confirmation et appréciation du caractère évitable par un enquêteur médecin avec le médecin en charge du patient). A distance, une analyse approfondie des événements survenus après l'hospitalisation et des causes est effectuée dans la moitié des unités d'hospitalisation.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DREES-CCECQA	
Service responsable de la synthèse des données	CCECQA	
Fiabilité	Validation des EIG. Contrôles de qualité du codage.	
Mode de calcul	Exclusion des EIG observés mais identifiés comme cause de l'hospitalisation. Pondération des estimations en fonction du plan de sondage. Outre le sexe et l'âge, des critères de standardisation ou d'ajustement tels que le type de service et l'ancienneté de l'hospitalisation seront étudiés.	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	A expertiser
Modalités d'interprétation	Les taux standardisés sur l'âge seront nécessaires pour prendre en compte les évolutions dues au vieillissement de la population. Par ailleurs il est vraisemblable que l'évolution des durées de séjour et des modalités de recours aux soins influent sur le risque, qui pourrait par exemple être augmenté par le développement des procédures ambulatoires ou la précocité de la sortie pour les patients les moins fragiles. Les taux d'incidence des EIG jugés évitables (objectif 28) devraient refléter plus spécifiquement les risques liés à l'organisation et aux pratiques.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A expertiser

COMMENTAIRE

Première enquête nationale sur un échantillon représentatif des établissements hospitaliers publics et privés prenant en compte les différents types d'événements indésirables graves liés aux soins. Le renouvellement de ce type d'étude s'appuiera sur l'expertise du déroulement cette enquête et de la validité des résultats obtenus

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

Indicateur	Incidence des infections du site opératoire (ISO) pour 100 interventions
Objectif	26. Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients opérés ayant eu une infection du site opératoire
Dénominateur (D)	Nombre de patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus : 65-84 ans, 85 ans ou plus), groupes d'interventions les plus fréquentes
Décompositions (N)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, interrégional, régional
Périodicité de la mesure	annuelle
Indicateurs internationaux	OMS HFA-DB : infections du site opératoire (% des interventions chirurgicales avec hospitalisation) Le projet européen HELICS doit établir un référentiel européen de risque ISO Proposé dans la short-list ECHI-2
Dernier résultat connu	Année : 1999/2000 (162 151 interventions étudiées) Valeur : 1,93 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	ISO-RAISIN
Mode de collecte (ddb)	Actuellement basé sur le volontariat des services : 717 services de chirurgie en 2002, même ordre de grandeur en 2003. Exhaustivité des actes chirurgicaux, y compris la chirurgie ambulatoire, pendant une période d'inclusion de deux mois minimum, avec un suivi de 30 jour pour chaque patient opéré.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CCLIN, CLIN
Service responsable de la synthèse des données	Réseau ISO-RAISIN
Fiabilité	Validation par le référent médical du secteur chirurgical et l'équipe opérationnelle en hygiène ; contrôles de qualité des données recueillies.
Mode de calcul	Stratification des taux sur les groupe d'intervention, le score NNIS.

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Participation au réseau basée sur le volontariat, hétérogène selon les régions et les spécialités
Modalités d'interprétation	Les évolutions nationales seront examinées à champ constant (services de chirurgie).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'étude de la représentativité de ce réseau est en cours (InVS/Raisin)

COMMENTAIRE

A terme : données issues des tableaux de bord ?

Références bibliographiques

ISORAISIN, « Protocole national de surveillance des ISO –2004- », InVS, 21 pp.

RAISIN, « Surveillance des infections du site opératoire en France en 1999 et 2000 », RAISIN, CCLIN, CTIN, INVS, février 2003, 40 pp.

BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES

Indicateur	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales pour 1 000 journées d'hospitalisation complète
Objectif	26. Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de bactériémies nosocomiales (apparues au cours ou à la suite de l'hospitalisation alors qu'elles étaient absentes à l'admission) détectées par hémocultures	
Dénominateur (D)	Nombre total de journées d'hospitalisation complète durant la même période	
Sous-groupes (strates)	activités de court séjour, discipline	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, interrégional (CCLIN), les données régionales pourront être produites quand la taille et la représentativité des réseaux régionaux seront évaluées et suffisantes	
Périodicité de la mesure	annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 0,41 pour 1 000 journées d'hospitalisation

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	BN-RAISIN	
Mode de collecte (ddb)	Actuellement basé sur le volontariat des établissements : 268 établissements en 2002 ; Séjours MCO, SSR, longue durée, PSY Recueil épidémiologique standardisé avec surveillance prospective des bactériémies (identifiées à partir d'hémocultures positives) continue pendant une période minimale de 3 mois consécutifs.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CCLIN, CLIN	
Service responsable de la synthèse des données	Réseau BN-RAISIN	
Fiabilité	Validation des données par les CCLIN	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Participation au réseau basée sur le volontariat.
Modalités d'interprétation	Les évolutions nationales devront être examinées à champ constant.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'étude de la représentativité de ce réseau est en cours (InVS/Raisin)

COMMENTAIRE

Références bibliographiques

CTIN, InVS, RAISIN, « Surveillance des bactériémies nosocomiales – Protocole 2004 », décembre 2003

CCLIN, CTIN, InVS, « Surveillance des bactériémies nosocomiales en France – résultats 2002 », InVS, décembre 2004, 44pp.

PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES PARMI LES PERSONNES HOSPITALISÉES	
Indicateur	Prévalence des infections nosocomiales parmi les personnes hospitalisées un jour donné
Objectif	26. Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients en hospitalisation complète présentant une infection nosocomiale active le jour de l'enquête.	
Dénominateur (D)	Nombre de patients en hospitalisation complète le jour de l'enquête.	
Sous-groupes (strates)	Age : moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus (65-84 ans, 85 ans ou plus) Type d'établissement (MCO dont soins intensifs et chirurgie, SSR, PSY),	
Décompositions (N)	Infections acquises dans l'établissement	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, inter-régional, régional possible	
Périodicité de la mesure	Quinquennale : 1996, 2001, (renouvellement envisageable en 2006)	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur : 6,9 % des personnes présentes le jour de l'enquête présentaient une infection nosocomiale

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête de prévalence nationale des infections nosocomiales
Mode de collecte (ddb)	Volontariat, mais quasi exhaustivité pour le secteur public (90 % des lits d'hospitalisation publique, 54 % pour le privé soit globalement 74 %) (établissements MCO, SSR, PSY).
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CCLIN (RAISIN)
Service responsable de la synthèse des données	InVS pour le niveau national, CCLIN pour les interrégions (RAISIN)
Fiabilité	Préremplissage du questionnaire (partie administrative) par les services de soins puis questionnaire rempli par enquêteur externe et validation par les CLIN
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Participation moindre pour le secteur privé
Modalités d'interprétation	Évolutions à interpréter à champ constant (entre 1996 et 2001 : type d'établissement, infections symptomatiques)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Enquêtes ayant permis de recueillir des indicateurs sur l'ensemble des infections nosocomiales complétant les données d'incidence d'infections ciblées actuellement produites par les réseaux de surveillance animées par les CCLIN. Renouvellement à expertiser.

Bibliographie

RAISIN (Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), « Enquête de prévalence nationale 2001 – Résultats », *Enquêtes*, Octobre 2003, InVS.

27. RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DES ÉVÈNEMENTS IATROGÈNES D'ORIGINE MÉDICAMENTEUSE, SURVENANT EN AMBULATOIRE ET ENTRAÎNANT UNE HOSPITALISATION, DE 130 000 PAR AN À MOINS DE 90 000 D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Fréquence des hospitalisations pour événements iatrogènes d'origine médicamenteuse chez les personnes prises en charge en médecine de ville

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Cet objectif concerne la iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire. La responsabilité des événements iatrogènes dans l'hospitalisation des patients est utilisée comme critère de gravité. Les valeurs citées dans l'objectif sont dérivées de l'estimation de l'AFSSAPS sur la base de l'étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1998 sur un échantillon d'hôpitaux publics.

Principales sources de données identifiées

Le nombre d'hospitalisations pour événements iatrogènes médicamenteux n'est pas une donnée produite en routine. Les données nationales disponibles les plus récentes sont issues de l'enquête menée par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 1998 (« Les hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux : enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des services de spécialités médicales des hôpitaux publics français » /1999). L'objectif principal de cette enquête était d'estimer la fréquence des hospitalisations motivées par la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Le recueil et l'expertise ont été réalisés par les représentants des 31 CRPV, spécialistes dans le domaine des effets indésirables médicamenteux, dans un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) tirés au sort dans l'ensemble des CHU et des centres hospitaliers publics de France métropolitaine : sur 3 137 malades hospitalisés au cours de la période d'enquête (14 jours) dans les services participant à cette étude, 100 l'avaient été pour un effet médicamenteux indésirable, soit 3,2 % (2,37% à 4,01%) des admissions⁵⁸.

Le renouvellement d'études analogues permettrait de suivre l'évolution de cet indicateur. L'AFSSAPS envisage de renouveler en 2008 une étude similaire à celle menée en 1998 par les CRPV.

Les premiers résultats de l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés au processus de soins (ENEIS) réalisée en 2004 apportent une indication complémentaire, élargie à l'ensemble des événements indésirables associés aux médicaments (effets indésirables des médicaments eux-mêmes et erreurs de pratique dans leur utilisation). Cette étude inclut également les services de chirurgie et les établissements privés qui n'étaient pas inclus dans la première enquête des CRPV. La proportion de l'ensemble des admissions en médecine et en chirurgie pendant la période d'enquête causées par des événements indésirables graves a été estimée à 3,9 % (3,3 % à 4,6 %) ; des médicaments étaient spécifiquement en cause pour 1,6 % (1,2 % à 2 %) des admissions ; un peu moins de la moitié (47%) des EIG associés à des médicaments responsables d'une hospitalisation étaient liés à des erreurs ou à des absences de traitement effectif. Si on limite l'analyse aux admissions dans les services de médecine des établissements publics, les événements indésirables graves médicamenteux observés par ENEIS représentaient 2,75 % des causes d'hospitalisation.

Les objectifs de cette enquête étaient toutefois plus larges que ceux de l'enquête CRPV/AFSSAPS, et la méthodologie moins spécifique de l'identification des effets indésirables médicamenteux responsables d'une hospitalisation. Les objectifs d'ENEIS incluaient en effet l'ensemble des événements indésirables graves observés en milieu hospitalier, que ces événements aient été la cause de l'hospitalisation ou soient liés aux soins reçus au cours de cette hospitalisation. La détection des cas a été réalisée par des enquêteurs infirmiers et leur confirmation par des médecins, mais peu d'experts en pharmacovigilance ont participé à cette phase de recueil.

⁵⁸ Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., French pharmacovigilance centres, « Admissions to hospital caused by adverse drug reactions : a cross-sectional incidence study », BMJ, 2000 ; 320 : 1036

Tous les événements indésirables imputés à un produit de santé ont néanmoins été revus et expertisés par les CRPV coordonnés par l'AFSSAPS sur la base des informations recueillies par les enquêteurs.

Par ailleurs, l'interprétation de l'évolution d'un indicateur estimant la part des hospitalisations attribuables à un effet indésirable médicamenteux devra prendre en compte l'évolution vraisemblable des motifs d'hospitalisation, en fonction, notamment, de l'évolution de la répartition des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, et de l'évolution du rôle joué par les services d'urgence.

La mortalité attribuable à la iatrogénie médicamenteuse peut représenter un autre indicateur de survenue d'événements indésirables graves : les possibilités d'identifier de façon valide et fiable les décès attribuables à la iatrogénie médicamenteuse ambulatoire doivent être expertisées.

En amont de ces indicateurs de résultats, un indicateur correspondant à l'un des processus responsable de iatrogénie médicamenteuse évitable en ambulatoire pourra être fourni par l'assurance maladie sur le modèle de l'étude sur 11 associations médicamenteuses formellement contre-indiquées qui a été réalisée à partir des feuilles de soins présentées au remboursement⁵⁹. D'autres indicateurs de ce type sont discutés dans le cadre de l'objectif concernant la réduction des prescriptions inadaptées pour les personnes âgées (objectif 100).

Enfin, la systématisation d'études de cohortes de patients traités est nécessaire à l'identification des effets indésirables associés aux médicaments et permettrait de vérifier le bon usage du médicament administré. Les données de pharmacovigilance permettent de détecter la survenue d'événements indésirables d'autant plus lorsqu'il s'agit d'événements graves, mais les taux de déclaration aux CRPV restent globalement faibles, de l'ordre de 5 % des effets indésirables observés par les praticiens⁶⁰.

⁵⁹ CNAMTS – Direction des risques maladies- Direction du service médical-, « Onze associations médicamenteuses formellement contre-indiquées – situation en 2000 », CNAMTS, janvier 2003.

⁶⁰ BEGAUD B., MARTIN K., HARAMBURU F., MOORE N., « Rates of spontaneous reporting of adverse drug reactions in France », JAMA, october 2, 2002, vol 288, N°13, p 1583.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Fréquence et proportion des admissions hospitalières pour effets indésirables graves médicamenteux</i>	Enquêtes CRPV/Afssaps ENEIS	Classes d'âge, type d'établissement, secteur d'activité	quinquennale	Non disponible	A expertiser : conditions de renouvellement d'enquêtes nationales
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre et pourcentage de feuilles de soins comportant une association médicamenteuse formellement contre-indiquée</i>	Assurance maladie	Nombre de délivrances, nombre de prescriptions	annuelle	oui	Liste des associations médicamenteuses à confirmer
<i>Données des déclarations, des vigilances, assurantielles</i>	InVS, C-CLIN AFSSAPS ONIAM			Oui	A expertiser
<i>Nombre et taux de décès ayant la iatrogénie médicamenteuse comme cause principale</i>	Causes de décès INSERM CépiDc				A expertiser

Soit 2 fiches.

HOSPITALISATIONS POUR IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

Indicateur	Fréquence et proportion des admissions hospitalières causées par des effets indésirables graves médicamenteux
Objectif	27. Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients admis pour un événement indésirable médicamenteux pendant la période d'enquête	
Dénominateur (D)	Nombre de patients admis pendant la période d'enquête	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions		
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	Première enquête en 1998, renouvellement décennal envisagé	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : 1998	Valeur : 3,2 % (2,37% à 4,01%) des admissions, correspondant à un nombre estimé de 128 000 admissions au niveau national

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Échantillon représentatif métropolitain des services de spécialités médicales (court séjour) des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers généraux publics. Inclusion de l'ensemble des patients admis pendant la période d'enquête (14 jours).	
Mode de collecte (ddb)	Identification des cas par des spécialistes de pharmacovigilance et des cliniciens, validation secondaire par un comité indépendant.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CRPV/Afssaps	
Service responsable de la synthèse des données	CRPV/Afssaps	
Fiabilité		
Mode de calcul	Redressement sur le type d'établissement et le secteur d'activité envisagé Taux brut et taux standardisé	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'échantillon n'incluait que des établissements publics (mais ceux-ci accueillent la très grande majorité des hospitalisations non programmées), et uniquement les patients admis dans un service de médecine
Modalités d'interprétation	L'interprétation de l'évolution de la proportion des admissions attribuable à un effet indésirable médicamenteux devra prendre en compte l'évolution globale des motifs d'hospitalisation.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A expertiser

COMMENTAIRE

Les résultats devront être expertisés et confrontés aux données de la pharmacovigilance et aux résultats de l'enquête de 1998. L'identification des admissions motivées par un événement indésirable associé à la prise de médicaments dans les résultats de l'étude ENEIS en 2004 fournit des indications complémentaires, mais avec une possible sous-estimation de la fréquence des effets indésirables des médicaments responsables de l'hospitalisation et par contre une définition des événements indésirables médicamenteux plus large que celle des effets indésirables attribués aux médicaments.

Une fréquence quinquennale serait souhaitable si le renouvellement de ce type d'enquête est retenu dans l'avenir. La prise en compte de l'ensemble des événements indésirables (liés au médicament et à la pratique, y compris l'omission) devrait être discutée, ainsi que l'inclusion de patients admis dans des services de chirurgie et dans les établissements privés.

PRESCRIPTION D'ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES FORMELLEMENT CONTRE-INDIQUÉES	
Indicateur	Nombre et proportion de feuilles de soins comportant une association médicamenteuse formellement contre-indiquée
Objectif	27. Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de délivrances remboursées comportant au moins une des associations médicamenteuses définies comme formellement contre-indiquées	
Dénominateur (D)	Nombre total de « délivrances » remboursées	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Prescriptions médicales (une même prescription peut comporter plusieurs « délivrances ») Associations médicamenteuses	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	annuelle	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 1,9 pour 10 000 délivrances remboursées – mais 15 % des prescripteurs (CNAMTS, 11 associations ciblées)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : données de remboursement (à terme SNIIRAM)
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif, à partir des données de remboursements des médicaments remboursés aux assurés sociaux et délivrés par des pharmaciens d'officine (codage des médicaments)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie : Caisses primaires
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Fiabilité	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	N'ont été pris en compte que les associations figurant sur une même feuille de soin Ont été exclues du champ les associations en cours de réévaluation, les associations pour lesquelles la contre-indication est liée à un niveau de posologie et celles destinées à des pathologies nécessitant une réévaluation périodique en milieu hospitalier ou dont la gravité et la complexité peut conduire le médecin à prendre un risque qu'il estime mesuré
Modalités d'interprétation	Indicateur de la qualité des prescriptions médicamenteuses, à suivre à champ constant (associations considérées)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration du codage des médicaments (90,2 % en 2000 pour la CNAMTS) Utilisation des données de l'ensemble des régimes

COMMENTAIRE

Liste des associations médicamenteuses à confirmer. Voir également les indicateurs évoqués dans l'objectif 100 (réduire les prescriptions inadaptées chez les personnes âgées).

Référence bibliographique

CNAMTS – Direction des risques maladies- Direction du service médical-, « Onze associations médicamenteuses formellement contre-indiquées – situation en 2000 », CNAMTS, janvier 2003.

28. RÉDUIRE D'1/3 LA FRÉQUENCE DES ÉVÈNEMENTS IATROGÉNIQUES ÉVITABLES À L'HÔPITAL ET EN AMBULATOIRE.

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSER DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES NATIONALES SUR LA IATROGÉNIE GLOBALE PAR LA MISE EN ŒUVRE À INTERVALLES RÉGULIERS D'UNE ÉTUDE PORTANT SUR LE RISQUE IATROGÈNE GLOBAL.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre de séjours hospitaliers avec un événement iatrogène évitable

Nombre annuel d'hospitalisations dues à un événement iatrogène

Nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause principale

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Le risque de survenue d'événements indésirables est indissociable de l'activité de soins. Au niveau individuel, chaque décision médicale doit ainsi s'appuyer sur l'évaluation préalable des risques encourus au regard des bénéfices attendus, et de l'acceptabilité de ces risques pour le patient. Au niveau du système de soins, les démarches de maîtrise des risques iatrogènes reposent sur l'identification des risques et sur la réduction de la fréquence et de la gravité des événements indésirables par l'élimination des facteurs de risques qui ne sont pas associés à des bénéfices jugés suffisants, et par le développement de la prévention et de la protection des personnes. Un événement iatrogène est considéré comme évitable lorsque sa survenue est liée à une ou plusieurs défaillances dans l'organisation (le plus souvent) ou dans la mise en œuvre de l'ensemble des actions qui concourent à la prise en charge des patients. L'analyse de ces défaillances doit permettre d'élaborer des programmes de prévention adaptés.

Selon les études, la part de la iatrogénie globale évitable se situerait entre 30% et plus de 50% des événements indésirables associés aux soins (mais très probablement moins de 30% pour les infections nosocomiales). L'enquête préliminaire ERI réalisée en Aquitaine en 2002 avait identifié 241 événements iatrogènes chez 174 patients sur un échantillon de 778 patients hospitalisés (40 % des événements étant survenus avant hospitalisation) : plus de la moitié des événements ont été considérés comme peu ou pas évitables⁶¹

L'appréciation de l'*évitabilité* est basée sur l'analyse des conditions de survenue d'un événement indésirable au regard de l'état des connaissances disponibles à un moment donné. Cette analyse est d'autant plus délicate que la diversité des événements iatrogènes et la complexité de la prise en charge sont importantes. Les principales études internationales font appel au jugement de comités d'experts exprimé sur une échelle de présomption : le caractère évitable des événements indésirables graves liés aux soins a ainsi été retenu par le comité technique de l'étude nationale pour les événements « qui ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de leur survenue ». Le caractère évitable de l'événement était exprimé sur une échelle à 6 degrés (caractère

⁶¹ Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O : « L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 219, février 2003.

évitable : exclu, très peu probable, peu probable, assez probable, très probable, certain). Seuls les trois derniers étaient considérés comme des événements évitables.

Principales sources de données identifiées

Les premiers résultats de l'étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) conduite en 2004 ont apporté des informations sur la fréquence et la typologie de l'ensemble des événements indésirables graves observés au cours de séjours hospitaliers, qu'il s'agisse d'événements secondaires au séjour hospitalier ou d'événements dont la cause précédait cette hospitalisation, ainsi que sur le caractère évitable de ces événements⁶² :

Le nombre de séjours causés par un événement indésirable grave et évitable a été estimé entre 70 000 et 111 000 par an (1,85 %--1,41 % à 2,29 %--des admissions, soit un peu moins de la moitié des événements indésirables graves liés aux soins responsables d'une hospitalisation).

Le nombre d'événements indésirables graves et évitables liés aux soins reçus en cours d'hospitalisation a été estimé entre 120 000 et 190 000 par an (2,3—1,8 à 2,9--EIG évitables pour 1000 journées d'hospitalisation, soit 35% des événements indésirables graves liés aux soins reçus en cours d'hospitalisation).

La répétition de ce type d'enquête, après expertise de ses méthodes et de ses résultats, pourra fournir des données de suivi épidémiologique.

La faisabilité d'une enquête analogue dans le secteur ambulatoire devrait également être envisagée, dans la mesure où les événements iatrogènes survenant en ambulatoire ne conduisent pas tous à une hospitalisation (notamment parmi les plus graves pour ceux qui ont provoqué un décès).

Enfin, le nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause principale concerne l'ensemble de ces événements, qu'ils soient ou non évitables (la notion d'évitabilité ne figure pas sur les certificats de décès), et constitue un indicateur global de gravité de la iatrogénie. Un travail exploratoire sur les accidents d'anesthésie est en cours, avec prise en compte de l'ensemble des causes évoquant la iatrogénie sur les certificats de décès. Il devrait permettre de préciser les possibilités de caractériser la iatrogénie et d'identifier les événements évitables à partir des déclarations de décès.

Par ailleurs, différentes sources de données ont comme point de recoupement l'événement iatrogène mais elles sont dispersées, parcellaires et non connectées, et ne permettent pas d'obtenir la vision globale nécessaire à l'élaboration et au suivi d'une politique de lutte contre la iatrogénie. Certaines de ces sources existent déjà (vigilances, certificats de décès, dispositifs de surveillance des infections nosocomiales⁶³), d'autres vont se mettre en place (commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, déclaration obligatoire des événements indésirables graves, déclaration des « événements porteurs de risques » dans le cadre de l'accréditation des médecins ou équipes médicales exerçant en établissements de santé, tableaux de bord des établissements hospitaliers).

Le rapprochement régulier de ces sources à l'échelon régional et national permettrait d'améliorer la connaissance des événements iatrogènes et contribuerait à élaborer une banque de données utilisable par les professionnels. Les modalités permettant le rapprochement de ces informations devront faire l'objet d'une réflexion approfondie en concertation avec les différentes instances concernées afin de respecter les missions spécifiques de chacune d'entre elles. Il convient également de distinguer clairement : 1) le recueil de données à des fins épidémiologiques, où l'anonymat est souhaitable ; 2) la déclaration dans un but d'alerte et de gestion des risques (vigilances), dont l'objectif doit être opérationnel et où la traçabilité totale est requise ; 3) la recherche éventuelle des responsabilités dans le cadre d'un processus d'ordre juridique.

La concertation des experts de ce domaine pourrait également permettre d'identifier des indicateurs intermédiaires correspondant à des événements sentinelles choisis en fonction de leur évitabilité au vu des données épidémiologiques françaises. Ce type d'indicateur pourrait permettre de rendre compte de façon

⁶² Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta A et Domecq S : Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et Résultats N°398, mai 2005

⁶³ Toutes les données de surveillance des infections nosocomiales (prévalence, incidence des infections du site opératoire, des infections sur cathéters, informations issues de la déclaration) sont regroupées dans le cadre du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN), situé auprès de l'InVS.

plus spécifique de l'efficacité des efforts de lutte contre la iatrogénèse, compte tenu de l'évolution des caractéristiques de la population, des modalités de recours aux soins, et des technologies médicales.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Densité d'incidence des EIG évitables liés aux soins en cours d'hospitalisation</i> <i>Proportion d'évènements évitables parmi les EIG liés aux soins en cours d'hospitalisation</i> <i>Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG lié aux soins</i>	Étude ENEIS DREES- CCECQA	Age, secteur d'activité, Gravité, type d'évènements	quinquennale	Non disponible	À expertiser : conditions de renouvellement d'une enquête nationale
Données de déclaration, de vigilance, assurantielles	InVS, C-CLIN AFSSAPS ONIAM	Soins ambulatoires, soins hospitaliers	A déterminer	oui	À expertiser
Indicateur complémentaire					
Taux de décès ayant la iatrogénie comme cause	Causes de décès INSERM CépiDc	Age Type de cause Mortalité évitable	annuelle	oui	À expertiser

Soit 2 fiches.

EVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ET ÉVITABLES OBSERVÉS À L'HÔPITAL	
Indicateurs	1. Densité d'incidence des EIG évitables liés aux soins en cours d'hospitalisation 2. Proportion d'évènements évitables parmi les EIG liés aux soins en cours d'hospitalisation 3. Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG lié aux soins
Objectif	28. Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1,2 Nombre de nouveaux EIG évitables observés pendant la période d'enquête (exclusion des EIG identifiés comme responsables de l'hospitalisation). 3. Nombre d'hospitalisations causées par au moins un EIG lié aux soins
Dénominateur (D)	1. Nombre de jours d'hospitalisation pendant la période d'observation. 2. Nombre total de nouveaux EIG observés pendant la période d'enquête. 3. Nombre total d'hospitalisations causées par au moins un EIG lié aux soins
Sous-groupes (strates)	Age (moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus : 65-84 ans, 85 ans ou plus), secteur d'activité, types de service,
Décompositions	- 1,2 : Gravité (prolongation de l'hospitalisation/ menace vitale/ incapacité à la sortie/décès) - EIG liés aux médicaments / à un acte invasif - Infections liées aux soins
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine
Périodicité de la mesure	Première enquête en 2004, renouvellement quinquennal envisagé
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Année : 2004 Valeur : 1. 2,3 (1,8 à 2,9) EIG évitables pour 1 000 journées 2. 35 % EIG évitables parmi les EIG en cours d'hospitalisation 3. 47% hospitalisations causée par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Etude nationale sur les évènements indésirables liés aux soins
Mode de collecte (ddb)	Echantillon représentatif métropolitain des unités d'hospitalisation en court séjour (à l'exclusion de l'obstétrique), publics et privés (échantillon randomisé stratifié avec sondage en grappes à trois degrés : département, établissements, unités d'hospitalisation). Recueil par des enquêteurs externes en deux temps (voir objectif 26)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DREES- CCECQA
Service responsable de la synthèse des données	CCECQA
Fiabilité	Contrôles de qualité par la DREES et le CCECQA
Mode de calcul	Estimations pondérées en fonction du plan de sondage Outre le sexe et l'âge, des critères de standardisation ou d'ajustement tels que le type de service et l'ancienneté de l'hospitalisation seront étudiés.

INTERPRETATION

Limites et biais connus	A expertiser
Modalités d'interprétation	Le taux d'incidence estime l'importance du risque de survenue d'un événement indésirable évitable. La proportion d'évènements jugés évitables parmi l'ensemble des évènements indésirables donne une indication des possibilités de progrès dans la maîtrise du risque global de survenue d'évènements indésirables graves. Il est possible que les critères de l'évitabilité évoluent, mais ces évolutions devraient également correspondre à une évolution de l'organisation et des pratiques.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A expertiser

COMMENTAIRE

Première enquête nationale prenant en compte les différents types d'évènements indésirables graves et évitables liés aux soins observés en milieu hospitalier. Elle devra être expertisée avant renouvellement.
La possibilité de réaliser des enquêtes analogues en milieu ambulatoire devrait être étudiée.

DÉCÈS LIÉS À LA IATROGÉNIE

Indicateur	Taux de décès ayant la iatrogénie comme cause
Objectif	28. Réduire d'1/3 la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès (causes immédiates et associées) dus à la iatrogénie (intoxications médicamenteuses non intentionnelles, complications de soins médicaux ou chirurgicaux)		
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée		
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge : < 65 ans (- de 25ans , 25-64 ans), >65 ans (65-84 ans, 85 ans ou plus)		
Décompositions (N)	Type de cause, si possible évitabilité		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional		
Périodicité de la mesure	Annuelle		
Indicateurs internationaux	OMS HFA DB : mortalité due aux effets indésirables médicamenteux (hors erreurs et surdosages) UE NewCronos : liste européenne succincte de 65 causes de décès : intoxications accidentelles		
Dernier résultat connu	(Intoxications accidentelles :	Année : 2000	Valeur : 1088 décès)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif : à partir des certificats de décès
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSERM CépiDC, INSEE (état civil)
Service responsable de la synthèse des données	INSERM CépiDC
Fiabilité	Logiciels de codage, vérification possible auprès des médecins certificateurs
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés (tous âges et < 65 ans) sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	A expertiser
Modalités d'interprétation	L'amélioration de la sensibilisation à la iatrogénie pourrait en augmenter le codage et donc les taux

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N +
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production des statistiques des causes médicales de décès

COMMENTAIRE

Expertiser préalablement les possibilités de construction d'un indicateur global sur la mortalité associée à la iatrogénie, et la désagrégation sur la mortalité évitable

29 – RÉDUIRE LES DOSES D'IRRADIATION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES LIÉES AUX EXPOSITIONS MÉDICALES À VISÉE DIAGNOSTIQUE, EN RENFORÇANT LA JUSTIFICATION DES INDICATIONS ET L'OPTIMISATION DES PRATIQUES.

OBJECTIF PRÉALABLE : ACTUALISER LES CONNAISSANCES SUR LE NOMBRE ET LA FRÉQUENCE DES EXAMENS RADIOLOGIQUES ET SUR LES DOSES DÉLIVRÉES AUX PERSONNES EXPOSÉES.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Suivi des doses délivrées lors d'irradiations médicales à visée diagnostique.

Clarifications de l'objectif et orientations pour les indicateurs⁶⁴

Cet objectif traduit une volonté de renforcer la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales, en faisant état des moyens mis en œuvre : la justification des actes et l'optimisation des pratiques. Ceci se traduira en effet, en termes statistiques, par la réduction de la dose moyenne annuelle par habitant, mais ce n'est que la conséquence de l'objectif premier : instaurer davantage de rigueur à la fois dans les indications des examens et dans leur réalisation.

Les Français sont exposés de façon continue à des rayonnements ionisants dans leur vie quotidienne ainsi qu'à des occasions particulières. Pour la population générale, on distingue, d'une part, des expositions naturelles (irradiation cosmique, irradiation tellurique, incorporation d'éléments radioactifs naturels et inhalation de radon) et, d'autre part, des expositions dues à l'activité humaine : les diagnostics et traitements médicaux et les conséquences d'activités commerciales industrielles et militaires.

Ces expositions concernent l'ensemble des français, de façon inégale. Peuvent s'ajouter éventuellement les expositions professionnelles (près de 300 000 travailleurs).

Pour l'ensemble de ces expositions, un bilan est effectué à l'échelle mondiale, tous les quatre ans, par l'UNSCEAR (United Nation Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation). En France, des données plus pertinentes sont disponibles grâce à des études et enquêtes pour la plupart de ces expositions.

Ces expositions sont toutes des expositions aux rayonnements ionisants, mais elles sont diversifiées. Une grandeur, la dose dite « efficace », mesurée en Sievert (Sv), ou milli-Sievert (mSv), est utilisée pour les additionner et les comparer. La « dose efficace » a été conçue par la CIPR (Commission Internationale de Protection Radiologique) pour exprimer de façon unique ces expositions hétérogènes. Elle est donc adaptée à cet objectif de comparaison, mais elle ne doit pas être sur-interprétée⁶⁵.

D'après ce bilan, l'exposition moyenne d'un habitant en France est de l'ordre de 4 mSv, valeur plutôt supérieure à la « moyenne mondiale » fournie par l'UNSCEAR (3,5 mSv pour les pays dotés d'un bon système de santé).

Les expositions au radon (cf. objectif 19) et les expositions médicales constituent 75% du total, et elles sont quasiment équivalentes. Ces expositions sont précisément celles sur lesquelles une réduction substantielle est

⁶⁴ Cet argumentaire est largement extrait de la contribution en vue de la Commission d'Orientation du Plan National Santé et Environnement, de Philippe Hubert (IRSN) et Philippe Pirard (InVS) : Exposition aux rayonnements ionisants dans une perspective santé environnement : les expositions et les enjeux de santé publique, novembre 2003 ainsi que de la contribution spécifique à ce groupe de la DGSNR.

⁶⁵ La dose efficace utilisée pour comparer expositions professionnelles et expositions du public a des limitations. Conçue pour être représentative du risque encouru, la dose efficace ne le reflète pas toujours fidèlement à cause des simplifications qui sont faites. Par exemple, l'âge n'est pas pris en compte, alors qu'il est admis que la même quantité de rayonnement a plus d'impact sur un nourrisson que chez une personne âgée, ne serait-ce qu'à cause de la plus longue période de vie sur laquelle le risque peut s'exprimer.

possible, à un coût souvent modéré, parfois nul. De plus, ces deux situations d'expositions sont celles pour lesquelles l'incertitude de l'estimation du risque est la plus faible.

En revanche, il subsiste des inconnues, nécessitant des améliorations, en particulier sur la distribution des doses au sein de la population, car la « moyenne » évoquée ci-dessus correspond en fait à des expositions très inégalement réparties. Pour les expositions médicales, la répartition des expositions selon des critères démographiques classiques (par exemple enfants et personnes âgées pour lesquels les risques à long terme sont très différents) ou des critères médicaux (pathologies nécessitant un suivi diagnostique régulier) est pratiquement inexplorée.

Pour l'exposition médicale, la dose peut être une conséquence d'un examen, lors du diagnostic ou du dépistage : radiodiagnostic médical classique, diagnostic dentaire, tomodensitométrie, diagnostic en médecine nucléaire (techniques fondées sur l'incorporation de radionucléides) et radiologie interventionnelle (interventions réalisées avec visualisation grâce à la radiologie). En revanche, les situations où les doses sont « administrées », en thérapie, ne sont pas pertinentes pour cet objectif.

Pour connaître l'exposition de la population, deux étapes sont nécessaires : l'estimation du nombre d'actes puis l'estimation de la dose moyenne pour un acte. Cela permet d'obtenir une « dose collective ». En rapportant à la population, on obtient une « dose moyenne par habitant ». Cette approche, assez lourde, n'a été réalisée qu'une fois en France, il y a 20 ans⁶⁶. Des études ont également eu lieu dans d'autres pays, comme des enquêtes plus ciblées en France. In fine, plusieurs valeurs sont citées pour la France, allant de 1 mSv par habitant à 1,6 mSv par habitant. Mais même cette dernière valeur est assez ancienne (enquête faite en 1986) alors que les évolutions sont très rapides (par exemple, en quinze ans, la dose attribuée au scanner a été multipliée par 15 au Royaume Uni).

De plus, ces chiffres ne recouvrent pas l'ensemble des expositions (radiologie interventionnelle, médecine nucléaire et dentaire ne sont pas inclus). Les données internationales ne sont toujours clairement documentées. Les données du Royaume Uni sont, cependant, parmi les plus complètes : les contributions à l'exposition totale peuvent être spécifiées pour le diagnostic dentaire (1%), le diagnostic conventionnel (40%), les angiographies (10%), les scanners (40%) et la radiologie interventionnelle (6,5%). La pratique médicale étant différente, ces chiffres ne sont pas forcément transposables.

Les données disponibles permettent de situer l'exposition médicale comme une contribution majeure à l'exposition totale mais, sans remettre en cause le bénéfice indiscutable apporté par l'imagerie par rayons X et le caractère indispensable de cet outil diagnostique dans la chaîne des soins, de nombreux éléments montrent néanmoins qu'un certain nombre d'examens sont réalisés sans que leur utilité soit formellement établie, et que les doses délivrées aux patients pourraient dans de nombreux cas être significativement réduites. Les études réalisées jusqu'ici, en France comme à l'étranger, mettent en effet en évidence une grande variabilité des doses délivrées pour un même examen, sans que cela puisse s'expliquer uniquement par des facteurs individuels liés aux patients.

Un objectif de réduction des doses liées aux expositions médicales à visée diagnostique par une amélioration de la rigueur des indications et de la qualité des pratiques apparaît donc particulièrement important.

La quantification de cet objectif ne peut se faire que sur la base d'une connaissance précise et globale de la pratique de la radiologie médicale en France. Or cette connaissance fait défaut, les enquêtes de portée générale datant de plus de 20 ans. Les outils à mettre en place devront permettre de connaître systématiquement la fréquence des expositions, les volumes d'actes, la nature des pratiques médicales, les technologies mise en œuvre, les secteurs concernés (privé/public, médical/dentaire...) et les groupes de populations (par exemple, groupe d'âge, « cible » de dépistage, porteurs de pathologies requérant une surveillance particulière)⁶⁷. D'où la pertinence de l'objectif préalable d'actualisation des données.

Actions à mener en vue de l'atteinte de l'objectif :

La radioprotection des personnes exposées à des fins médicales repose sur deux principes, la justification des indications et l'optimisation des pratiques sous la responsabilité des praticiens prescripteurs et utilisateurs de rayonnements ionisants. Ces principes figurent dans la nouvelle réglementation applicable dans ce domaine, figurant dans le code de la santé publique (art. R.1333-55 à 74 et D.665-5-1) suite à la transposition de la directive 97/43 Euratom.

⁶⁶ Maccia et al 1986, 1991

⁶⁷ Ces deux axes sont développés dans le Plan d'action pour la surveillance de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants (PASEPRI) coordonné par la DGSNR

1- La justification est la confirmation argumentée de l'indication clinique et du choix de la technique médicale utilisée, par exemple scanographie au lieu d'échographie. Le principe de justification est mis en œuvre à partir de l'établissement du rapport avantage/inconvénient pour un individu mais aussi pour la société en particulier dans le cas d'un dépistage organisé.

2- Lorsque l'examen radiologique est justifié, c'est à dire lorsque l'indication est posée, l'optimisation consiste à adapter la procédure à l'objectif médical en faisant en sorte que l'irradiation soit limitée au minimum nécessaire pour obtenir l'information indispensable à l'établissement du diagnostic médical.

Elle impose l'application de l'assurance qualité. C'est le résultat d'une bonne pratique réalisée par un professionnel bien formé avec un équipement adapté à la technique et régulièrement contrôlé dans sa qualité.

Les limites réglementaires de doses introduites pour la protection de la population et des travailleurs contre les rayonnements ionisants ne s'appliquent pas pour les expositions médicales car la dose optimale dépend de l'objectif médical recherché. En revanche, la notion de « niveaux de référence diagnostique » est introduite pour permettre aux médecins pratiquant des actes irradiants d'évaluer et d'optimiser leurs procédures. Ces niveaux de dose, correspondant à des examens de radiodiagnostic réalisés en suivant des protocoles standardisés (bonne pratique) pour un type d'équipement (radiologie classique, scanographie) et pour un groupe de patients standard (adulte, enfants) ou sur fantôme standard, sont établis au niveau national. Des mesures doivent être mises en place sur chaque site pour les principaux examens et comparées aux niveaux définis sur le plan national ou européen. Ces dispositions ont fait l'objet de l'arrêté du 12 février 2004 pris en application du code de la santé publique notamment l'article R.1333-68.

Le renforcement de la rigueur apportée à la justification des indications et le développement de l'optimisation des pratiques doit permettre de réduire de façon conséquente les doses individuelles et collectives dues aux expositions médicales à visée diagnostique comme cela a été montré en particulier au Royaume Uni.

Indicateurs à envisager

Indicateurs portant sur la justification des actes :

Un premier indicateur pourrait être constitué sur la base du nombre d'actes réalisés en radiologie classique mais aussi en radiologie interventionnelle, selon une typologie à déterminer. L'évolution de cet indicateur pourrait permettre d'évaluer périodiquement l'efficacité des actions en cours en matière de justification des actes, conformément à la directive Euratom 97/49 et au décret de transposition du 24 mars 2003. Une typologie des actes est à construire ; la construction de cet indicateur est liée à la nouvelle nomenclature des actes CCAM.

La justification peut être appréciée soit à partir des informations fournies par le prescripteur au praticien devant réaliser l'acte soit à partir du compte rendu qui doit reprendre les informations au vu desquelles l'acte a été estimé comme justifié. Un arrêté du décret susvisé (non publié) devra préciser la nature des informations à inscrire dans le compte-rendu des actes ; par ailleurs, un guide des indications est en cours de réalisation.

A terme, on peut envisager de construire un indicateur permettant d'estimer la proportion des actes pour lesquels le compte rendu reprend les informations ayant permis la justification ; des enquêtes devront être organisées pour renseigner cet indicateur, avec le concours des médecins conseil des organismes d'assurance maladie (sur la base d'un référentiel à construire).

Indicateurs portant sur l'optimisation des pratiques :

Progressivement, sur la base de la nouvelle réglementation en cours de mise en place (arrêté du 12 février 2004 relatif aux niveaux de référence diagnostiques), les services de radiologie devront évaluer les doses délivrées aux patients, pour un certain nombre d'actes courants (voir arrêté susvisé) concernant les adultes et les enfants. La méthodologie et les grandeurs dosimétriques définies permettent d'approcher non pas la dose individuelle attribuée à chaque patient mais plutôt une valeur moyenne des doses délivrées, compte tenu des procédures et des équipements utilisés par le service. C'est un outil destiné en particulier aux praticiens afin d'évaluer et d'optimiser leurs pratiques. Parallèlement, un guide des procédures a été élaboré ; sa mise à jour est en cours. Les données ainsi collectées seront transmises à l'IRSN.

A l'issue de ce processus, il doit être possible de construire des indicateurs, à partir des données de l'IRSN, sur l'évolution du nombre d'établissements transmettant à l'IRSN les résultats des évaluations dosimétriques réalisées dans l'établissement, et sur la répartition des doses estimées par service en comparaison avec les niveaux

de référence réglementaires. Dans le temps, l'évolution de cet indicateur montrera l'impact de la démarche d'optimisation.

Sur la base des mesures ainsi collectées et de campagnes de mesures spécifiques, l'IRSN prévoit de réviser et d'abaisser périodiquement les niveaux de référence diagnostiques.

De nombreux dispositifs médicaux ne sont pas équipés de dispositifs permettant d'estimer les doses délivrées aux patients. Un décret en cours devrait rendre ces dispositifs obligatoires pour les équipements nouveaux ; pour les équipements existants, une réflexion est en cours pour rendre cette mesure obligatoire, au moins pour le matériel de radiopédiatrie. Un indicateur de suivi de l'évolution de l'équipement du parc radiologique en dispositif permettant de connaître la quantité de rayonnements produites au cours d'une procédure radiologique peut également être retenu. Des enquêtes AFSSAPS/DGSNR pourraient permettre de suivre cet indicateur.

Le recoupement des informations concernant la fréquence des différents types d'examen et les niveaux de dose enregistrés devra permettre d'estimer la dose collective due à l'exposition médicale à visée diagnostique. A terme, un indicateur basé sur la notion de dose collective pourra être introduit mais le système d'information reste à construire ; des actions menées par l'INVS et l'IRSN sont en cours de démarrage dans le cadre d'un plan coordonné par la DGSNR (PASEPRI : plan d'actions de surveillance des expositions des patients aux rayonnements ionisants).

30 – MAITRISER LA PROGRESSION DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES, NOTAMMENT POUR :

S. PNEUMONIAE (RÉDUCTION DU TAUX DE SOUCHES AYANT UNE SENSIBILITÉ DIMINUÉE À LA PÉNICILLINE G -CMI > 0,06MG/L- DE 52 % [2001] À MOINS DE 30 %, AVEC MOINS DE 5 % DE SOUCHES RÉSISTANTES -CMI > 1MG/L- ; RÉDUCTION DE LA RÉSISTANCE À L'ÉRYTHROMYCINE DE 50 % [2001] À MOINS DE 30 % ; ABSENCE DE PROGRESSION DE LA RÉSISTANCE AUX FLUOROQUINOLONES (< À 0,5 % EN 2001))

ET S. AUREUS (RÉDUIRE LE TAUX DE SOUCHES HOSPITALIÈRES RÉSISTANTES À LA MÉTICILLINE DE 34 % À 25 %).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Taux d'incidence et de prévalence des infections communautaires à bactéries résistantes par habitant

Taux de prévalence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé

Taux d'incidence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé et par jour d'hospitalisation

Taux de résistance (proportion de bactéries résistantes isolées) par type de bactérie et d'antibiotique

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

La progression des résistances aux antibiotiques, conjuguée à l'absence de perspective de découverte de nouvelles classes thérapeutiques, pourrait conduire dans les prochaines années à une augmentation du nombre d'infections bactériennes difficiles à traiter. Par ailleurs, plusieurs études montrent que les interventions sanitaires qui tendent à modifier l'usage des antibiotiques, tant à l'hôpital qu'au sein des populations communautaires, sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur le phénomène. L'évolution des résistances aux antibiotiques et la menace qu'elles représentent pour la santé publique ont conduit les pouvoirs publics à engager des mesures visant à contrôler ces phénomènes : programme contre la diffusion des bactéries multirésistantes à l'hôpital, plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques.

Indicateurs

Concernant la résistance bactérienne, deux types d'indicateurs devraient idéalement être suivis selon le rapport du GTNDO.

Les premiers considèrent l'impact des phénomènes de résistance en terme de santé publique : il s'agit de dénombrements des nouveaux cas d'infections à bactéries résistantes rapportés à la population exposée (nombre d'habitants pour les infections communautaires, ou nombre d'individus hospitalisés pour les infections nosocomiales). Utiliser ces indicateurs suppose qu'il soit possible de dénombrer les cas ou les nouveaux cas pour les espèces bactériennes et les infections considérées, les populations correspondantes et enfin, que ces dénombrements soient effectués périodiquement selon une méthodologie reproductible. Pour les infections nosocomiales, deux types d'indicateurs nationaux ont été définis par le réseau BMR Raisin : incidence pour 1000 journées d'hospitalisation des malades ayant au moins un prélèvement à visée diagnostique positif au staphylocoque doré résistant à la méticilline -SARM- (ou entérobactéries

productrices de β -lactamases à spectre étendu –EBLSE-) et, pour le court séjour, taux d'attaque, pour 100 hospitalisations, des malades ayant au moins un prélèvement à visée diagnostique positif à SARM (ou EBLSE). Par ailleurs, les indicateurs d'incidence doivent être privilégiés ; ils reflètent directement l'impact des résistances sur la santé publique et permettent de mieux suivre l'évolution de l'objectif. De plus, ils ont vocation à être produits en continu et certains devraient devenir obligatoires. La désagrégation de ces indicateurs selon la notion d'importation ou d'acquisition dans l'établissement a été discutée, mais n'a pas été retenue pour l'indicateur national (cette information étant plus pertinente au niveau de l'établissement).

Le deuxième type d'indicateur examine l'évolution de la résistance bactérienne pour différentes espèces bactériennes : proportion de souches résistantes au sein d'une espèce isolée lors d'une infection considérée. Bien que ne permettant de réaliser qu'une quantification relative, ces indicateurs permettent néanmoins d'estimer la proportion d'infections susceptibles de conduire à des difficultés thérapeutiques. Par ailleurs, ils présentent l'avantage d'être utilisés dans le cadre des programmes internationaux de surveillance de la résistance et d'être accessibles à partir des systèmes d'information actuels (ou en cours de mise en œuvre) pour la surveillance de la résistance.

Comparativement à ses voisins européens, la place de la France diffère selon l'espèce bactérienne. Ainsi, pour l'année 2002, le réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS) a fait le constat suivant :

En France, 53 % des pneumocoques avaient une sensibilité diminuée à la Pénicilline G (contre moins de 5 % en Allemagne, la médiane étant de 12 % pour les pays participants à l'EARSS) ; 58 % avaient une sensibilité diminuée aux macrolides (médiane à 14 % pour l'EARSS)

Concernant le staphylocoque doré, 33 % des souches étaient résistantes à la méticilline (médiane EARSS : 23 %)

(Ces deux bactéries sont suivies depuis 1999 ; 3 autres espèces sont suivies depuis 2001 par le réseau EARSS : *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium* et *E. faecalis*)

L'objectif fixé conduit à envisager en premier lieu des indicateurs de sensibilité aux antibiotiques des infections communautaires à pneumocoques, ainsi que la sensibilité à la méticilline des souches hospitalières de staphylocoques dorés qui représentent environ le cinquième des bactéries des infections nosocomiales (et le tiers des bactéries des infections du site opératoire), ces deux bactéries pathogènes étant celles pour lesquelles les données descriptives de surveillance de la résistance sont les plus documentées.

Des indicateurs de suivi de la résistance des EBLSE ont également été discutés. Leur intérêt est certain pour suivre l'évolution de ces phénomènes et ils sont d'ailleurs produits dans le cadre européen (EARSS). Toutefois, il a été jugé prioritaire d'améliorer en premier lieu le système d'information sur les résistances aux staphylocoques dorés et aux pneumocoques, qui sont plus fréquentes.

En outre, il est apparu indispensable de rajouter des indicateurs sur les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier, compte tenu de leur rôle dans la progression de la résistance bactérienne. Ces indicateurs permettent de mesurer l'évolution de l'exposition collective aux antibiotiques des populations. Ils permettent aussi d'adapter les politiques de prescription individuelle et d'améliorer la qualité des traitements des patients en ville comme à l'hôpital. Ils rendent en outre possible l'interprétation des comparaisons géographiques (département, région) .

D'autres indicateurs, telles les données de signalements des infections nosocomiales, ont été discutés, mais en dépit de leur intérêt évident, ils n'ont pas été jugés nécessaires pour suivre l'atteinte de l'objectif 30, ces données relevant plus spécifiquement du dispositif d'alerte sur les risques émergents et les infections graves.

En tout état de cause, les indicateurs doivent pouvoir évoluer en fonction de l'apparition éventuelle de nouvelles souches résistantes aux antibiotiques.

Principales sources de données identifiées

De nombreuses sources de données ont été identifiées. Il est souhaitable qu'elles évoluent dans le sens d'une meilleure coordination dans les prochaines années.

Des statistiques sur les taux de résistance ou de diminution de la sensibilité sont produites chaque année par différentes instances, en partenariat avec l'InVS, et alimentent notamment le réseau européen EARSS (site : <http://www.earss.rivm.nl>)

RAISIN, Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales, associant l'Institut de veille sanitaire (InVS) et les cinq Centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) : le RAISIN met en œuvre au niveau national les programmes de surveillance des infections nosocomiales (réseaux de surveillance en incidence, enquête nationale de prévalence 2001) et organise l'alerte, notamment dans le cadre du signalement des infections nosocomiales.

Concernant la production de données sur la résistance aux antibiotiques, sont principalement concernés :

Le Réseau BMR-RAISIN (taux d'incidence des SARM pour 1000 journées d'hospitalisation, taux d'attaque pour 100 patients admis) ;

Les enquêtes nationales de prévalence réalisées en 1996 et 2001 par le RAISIN et les CCLIN (données de prévalence des infections nosocomiales dont le taux de prévalence des patients infectés à *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM).

Centre national de référence des pneumocoques (CNRP), en collaboration avec le réseau des 22 observatoires régionaux du pneumocoque (ORP) et l'InVS. Des travaux sont actuellement en cours pour estimer la population couverte par ce réseau de surveillance, et produire ainsi à terme des taux d'incidence.

ONERBA : observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques (site : <http://www.onerba.org>)

Réseau LABVILLE (réseau sentinelle de laboratoires de ville développé par l'InVS pour la surveillance de la sensibilité aux antibiotiques des infections diagnostiquées en ville). Ce réseau est en phase de développement et ne produit pas encore de données en 2004.

Surveillance de la consommation des antibiotiques :

L'AFSSAPS produit des données sur les ventes d'antibiotiques en ville et à l'hôpital (années 1997 à 2003, en DDD –defined daily dose- pour 1000 habitants et par jour).

L'unité DDD (Defined daily dose ou dose journalière définie) est estimée à partir des données de ventes déclarées par les laboratoires pharmaceutiques : il s'agit d'une unité théorique censée représenter la posologie usuelle quotidienne administrée à un adulte de 70 kg dans l'indication principale d'un principe actif. C'est l'unité, prônée par l'OMS, utilisée dans les programmes internationaux de surveillance de l'usage des antibiotiques (ESAC). C'est un reflet de l'exposition de la population aux antibiotiques qui permet de suivre les évolutions et de comparer les différents pays.

Le « Guide de suivi de l'usage des antibiotiques » (en ville et à l'hôpital) proposé dans le cadre du Plan national pour « préserver l'efficacité des antibiotiques » devrait permettre qu'un suivi standardisé soit mis en œuvre prochainement. Le suivi de l'usage des antibiotiques délivrés aux unités au sein des établissements de santé est actuellement en cours d'expérimentation. Son extension actuellement prévue pour 2006 permettra d'obtenir des données par régions ou par types d'établissement (volume global et ddd).

Les caisses d'assurance maladie, produisent des données sur les consommations d'antibiotiques en ville à partir des prescriptions remboursées. Actuellement, ces données sont produites dans le cadre d'une collaboration scientifique avec l'Institut Pasteur qui vise à évaluer l'impact du Plan national d'action pour « préserver l'efficacité des antibiotiques ». Du fait de la nature des informations recueillies, les consommations antibiotiques peuvent être appréciées par régions et par tranches d'âge.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/ disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Taux d'incidence des infections à SARM pour 1000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO</i>	RAISIN CCLIN InVS	/	Annuelle	Des données interrégionales existent. Des données régionales pourront être développées selon la taille des réseaux régionaux	Déjà en place dans des établissements de santé volontaires depuis 2002. Évaluation de la représentativité nationale
<i>Taux d'incidence des infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants</i>	CNRP ORP InVS	Enfants, adultes	Annuelle	Pour les 22 régions couvertes par un ORP (sous réserve d'un nombre de laboratoires suffisant et d'un découpage compatible avec les limites régionales)	Évaluation de la population couverte et de la représentativité en cours (premières estimations d'incidence prévues en 2005)
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de souches de S. Pneumoniae ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G et proportions de souches résistantes à la pénicilline G, l'érythromycine, les fluoroquinolones</i>	CNRP ORP InVS	/	Annuelle	Pertinent	Évaluation de la représentativité
<i>Proportion de souches hospitalières de S. aureus résistantes à la méticilline</i>	ONERBA Réseau Ile-de-France Réseau AZAY résistance, BMR- RAISIN InVS	/	Annuelle	(7 régions en 2002)	Évaluation de la représentativité
<i>Taux de prévalence des infections à SARM parmi les personnes hospitalisées un jour donné</i>	RAISIN CCLIN InVS	Soins intensifs, chirurgie	Quinquennale (1996, 2001)	Pertinent Interrégional disponible	Si renouvellement de l'enquête nationale de prévalence
<i>Consommations d'antibiotiques en santé humaine : Prescriptions communautaires</i>	Assurance maladie				(Dispositif à expertiser)
<i>Ventes</i>	AFSSAPS	Communautaire Etablissements de santé	Annuelle	Pertinent	A expertiser

Soit 6 fiches.

INCIDENCE DES INFECTIONS À SARM

Indicateur	Taux d'incidence des infections à staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM) pour 1000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Taux d'incidence des infections à SARM pour 1000 journées patients :

Numérateur (N)	Nombre de patients hospitalisés dans les établissements de soins porteurs d'infections à SARM détectés sur la base de prélèvements à visée diagnostique
Dénominateur (D)	Nombre total de journées d'hospitalisation durant la même période
Sous-groupes (strates)	/
Décompositions (N)	/
Niveaux géographiques d'agrégation	National, interrégional (CCLIN), les données régionales pourront être produites quand la taille et la représentativité des réseaux régionaux seront évaluées et suffisantes
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (estimation) Valeur : 0,68 pour 1000 journées d'hospitalisation

DESCRIPTION

Taux d'attaque des infections à SARM pour 100 hospitalisations MCO

Numérateur (N)	Nombre de patients hospitalisés dans les services MCO porteurs d'infections à SARM détectés sur la base de prélèvements à visée diagnostique
Dénominateur (D)	Nombre total de séjours MCO durant la même période
Sous-groupes (strates)	/
Décompositions (N)	/
Niveaux géographiques d'agrégation	National, interrégional (CCLIN), les données régionales seront produites quand la taille et la représentativité des réseaux régionaux seront évaluées et suffisantes
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Séjours hospitaliers MCO, SSR, longue durée (à l'exclusion des hospitalisations de jour, de nuit, des séances) : tous les prélèvements à visée diagnostique positifs durant la période d'enquête
Mode de collecte (ddb)	Réseau d'établissements volontaires (en 2002, 478 établissements de soins volontaires, essentiellement publics et PSPH, période de recueil avril, juin. En 2004, le nombre d'établissements s'élève à 600)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Etablissements de soins, CCLIN
Service responsable de la synthèse des données	RAISIN InVS
Méthodologie	Dédoublonnage des données
Mode de calcul	Standardisation

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Actuellement, le secteur privé est encore sous-représenté
Modalités d'interprétation	Indicateur d'impact développés par le réseau RAISIN dans la perspective de la production d'indicateurs nationaux standardisés

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 2

Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Evaluation de la représentativité du réseau, (478 établissements de soins volontaires en 2002, essentiellement publics et PSPH, période de recueil avril, juin. Nombre d'établissements en 2004 : environ 600)

COMMENTAIRE

L'éventualité de la généralisation à tous les établissements de la production annuelle de l'indicateur d'incidence des SARM pour le tableau de bord des infections nosocomiales est actuellement en cours de test dans le projet COMPAQH.

Éléments de bibliographie

- « Résistance aux antibiotiques » in « Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique », Direction générale de la santé, 2003, chapitre élaboré à partir des contributions de M. Bégaud, Martin et Guillemot.
- « Recommandations pour la mise en œuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé Français - Rapport de l'Institut de Veille Sanitaire en réponse à la saisine du 21 mars 2003 de Monsieur Jean-François Mattei, Ministre en charge de la Santé », InVS, février 2004.
- RAISIN. Recommandations 2004 pour la surveillance des infections nosocomiales. Protocole de surveillance des bactéries multi-résistantes (BMR-Raisin).
http://www.invs.sante.fr/publications/2002/raisin_oct_2002/index.html
- JARLIER Vincent (synthèse), « Bactéries multirésistantes dans les hôpitaux français : des premiers indicateurs au Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), n°32-33/2004, pp. 148-151.
- Projet COMPAQH, INSERM, InVS, 2004.

INCIDENCES DES INFECTIONS COMMUNAUTAIRES GRAVES À PNEUMOCOQUES RÉSISTANTS

Indicateur	Taux d'incidence des infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes hospitalisées pour infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants à la pénicilline G
Dénominateur (D)	Nombre total de personnes domiciliées dans les bassins de population couverts par les laboratoires participant au réseau
Sous-groupes (strates)	Enfants, adultes
Décompositions (N)	/
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional ultérieurement
Périodicité de la mesure	Premières mesures nationales en cours de production
Indicateurs internationaux	/
Dernier résultat connu	Année : / Valeur : /

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Prélèvements à visée diagnostique (bactériémies, LCR) pour des personnes hospitalisées
Mode de collecte (ddb)	Laboratoires participant aux réseaux des ORP
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CNRP, ORP
Service responsable de la synthèse des données	CNRP et InVS pour le niveau national ; observatoires régionaux du pneumocoque pour les estimations régionales (22 observatoires) si le nombre de laboratoires participant dans chaque région est suffisant
Méthodologie	Estimation des bassins de population couverts par les hôpitaux dont les laboratoires participent au réseau
Mode de calcul	Les données concernant les méningites pourront être corrigées par le taux d'exhaustivité de la déclaration des cas (comparaison avec les données des réseaux EPIBAC et ACTIV faite en 2004)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La couverture du secteur privé est moins bonne que celle du secteur public
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Premières estimations prévues en 2005
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Diffusion du protocole de calcul aux observatoires régionaux du pneumocoque

COMMENTAIRE

Indicateur ciblé sur les formes sévères d'infection (méningites, bactériémies ; les pneumonies à pneumocoques résistants provoquent généralement une bactériémie).

RÉSISTANCE DES PNEUMOCOQUES AUX ANTIBIOTIQUES

Indicateur	Proportion de souches de <i>S. Pneumoniae</i> ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G et proportion de souche résistantes à la pénicilline G, l'érythromycine, les fluoroquinolones
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et <i>S. aureus</i> (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	- Nombre de souches invasives de <i>S. pneumoniae</i> dont la sensibilité à la pénicilline G est diminuée - Nombre de souches invasives de <i>S. pneumoniae</i> résistantes à la pénicilline G - Nombre de souches invasives de <i>S. pneumoniae</i> résistantes à l'érythromycine - Nombre de souches invasives de <i>S. pneumoniae</i> résistantes aux fluoroquinolones	
Dénominateur (D)	Nombre de souches invasives de <i>S. pneumoniae</i> isolées (doublons exclus) durant la période de recueil par les laboratoires hospitaliers de microbiologie participant au réseau des observatoires régionaux du pneumocoque	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur requis par le réseau européen de surveillance de la résistance aux antibiotiques (EARSS)	
Dernier résultat connu	Année : premier semestre 2002	% de souches : sensibilité diminuée à la pénicilline G : 53 % résistantes aux macrolides : 58 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Souches invasives à pneumocoques (bactériémies, méningites) de patients ayant une infection clinique à pneumocoque
Mode de collecte (ddb)	Laboratoires hospitaliers participant au réseau (71 % des laboratoires hospitaliers de France métropolitaine)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Observatoires régionaux du pneumocoque, Centre national de référence des pneumocoques
Service responsable de la synthèse des données	Centre national de référence des pneumocoques
Méthodologie	Exclusion des doublons
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Indicateur direct de l'évolution de la sensibilité aux antibiotiques et des résistances acquises pour les infections communautaires à pneumocoque ; l'évolution de la sensibilité est liée aux consommations d'antibiotiques en population générale.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Protocole d'analyse biologique européen
Indicateur explicitement prévu par la formulation l'objectif.

Eléments de bibliographie

- VERGNAUD Michel & alii, « Observatoire régionaux du pneumocoque : analyse de la résistance aux antibiotiques et des sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* en 2001 », InVS *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), n°37/2003
- VARON Emmanuelle & GUTMAN Laurent, « Rapport d'activité 2003 – épidémiologie 2002 » Centre National de Référence des Pneumocoques (CNRP).
- TRYSTRAM David, VARON Emmanuelle, PEAN Yves, GRUNDMANN Hajo, GUTMAN Laurent, JARLIER Vincent, AUBRY-DAMON Hélène, « Réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS) : résultats 2002, place de la France », InVS *Bulletin épidémiologique*, n° 32/33, juillet 2004, pp 142-144.

RÉSISTANCE À LA MÉTICILLINE DES STAPHYLOCOQUES DORÉS

Indicateur	Proportion de souches hospitalières de <i>S. aureus</i> résistantes à la méticilline
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et <i>S. aureus</i> (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de souches hospitalières de <i>S. aureus</i> résistantes à la méticilline isolées dans des hémocultures à visée diagnostique de patients hospitalisés ayant une infection à <i>S. aureus</i>	
Dénominateur (D)	Nombre de souches hospitalières de <i>S. aureus</i> isolées dans des hémocultures à visée diagnostique de patients ayant une infection à <i>S. aureus</i>	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	Estimation établie à partir de 7 régions	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur requis par le réseau européen de surveillance de la résistance aux antibiotiques (EARSS)	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 33 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Hémocultures
Mode de collecte (ddb)	21 laboratoires hospitaliers participant aux deux réseaux.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Hôpitaux et réseaux
Service responsable de la synthèse des données	ONERBA
Méthodologie	Protocole microbiologique européen
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Seulement 7 régions sont concernées par ce recueil
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Échantillon non représentatif au niveau national, mais arrimé au système européen. Des travaux sont menés parallèlement par le réseau BMR RAISIN, qui travaille avec plus de 600 établissements et sur l'ensemble des prélèvements à visée clinique : une évaluation de la représentativité nationale est en cours. L'objectif serait d'aboutir à une plus grande cohérence et représentativité de ce système d'information.

PRÉVALENCE DES INFECTIONS HOSPITALIÈRES À SARM

Indicateur	Taux de prévalence des infections à SARM parmi les personnes hospitalisées un jour donné
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients en hospitalisation complète présentant une infection nosocomiale active à staphylocoque doré résistant à la méticilline le jour de l'enquête.	
Dénominateur (D)	Nombre de patients en hospitalisation complète le jour de l'enquête.	
Sous-groupes (strates)	Services (soins intensifs, chirurgie)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, interrégional, (régional à évaluer)	
Périodicité de la mesure	2 enquêtes réalisées à ce jour (1996, 2001)	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur : 0,8 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Patients en hospitalisation complète ou de semaine
Mode de collecte (ddb)	Recueil par des enquêteurs des établissements de santé, validation par le correspondant médical de l'enquête
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CCLIN – RAISIN
Service responsable de la synthèse des données	RAISIN, INVS
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Moindre participation des établissements privés
Modalités d'interprétation	Les évolutions observées doivent être interprétées avec prudence : elles sont liées notamment aux protocoles, à la structure des échantillons en terme d'établissements et de services

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Indicateur complémentaire qui ne pourra être produit que si l'enquête de prévalence est renouvelée

COMMENTAIRE

Taux de participation des établissements élevé en 2001 (77 %)

Elément de bibliographie

RAISIN, « Enquête de prévalence nationale 2001- Résultats », InVS, octobre 2003, 84 p.

CONSOMMATION ANTIBIOTIQUE EN SANTÉ HUMAINE : VENTES

Indicateur	Consommation antibiotique en santé humaine
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Consommation antibiotique communautaire (en DDD pour 1000 habitants par jour)

Numérateur (N)	Nombre d'unités DDD d'antibiotiques vendues en milieu communautaire	
Dénominateur (D)	Nombre d'habitants pour le territoire et l'année considérés	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur du programme ESAC (european surveillance of antimicrobial consumption – DG SANCO)	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 29,9 DDD par jour pour 1 000 habitants

DESCRIPTION

Consommation antibiotique des établissements de santé (en DDD pour 1 000 journées d'hospitalisations)

Numérateur (N)	Nombre d'unités DDD d'antibiotiques vendues dans les établissements de santé	
Dénominateur (D)	Nombre de journées d'hospitalisation pour le territoire et l'année considérés	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur du programme ESAC	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Données de vente,
Mode de collecte (ddb)	Données exhaustives à partir des déclarations par les laboratoires pharmaceutiques
Organisme responsable de la collecte (ddb)	AFSSAPS ?
Service responsable de la synthèse des données	A définir
Méthodologie	Conversion des ventes (nombre de boîtes) en nombre de doses journalières définies (DDD) à partir de la classification ATC/DDD de l'OMS amendée par le programme ESAC
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données de ventes. La notion de dose journalière est théorique et correspond à un adulte de 70 kg : elle ne prend pas en compte la variabilité des pratiques, les posologies pédiatriques...
Modalités d'interprétation	Intérêt de ces indicateurs particulièrement pour les comparaisons internationales

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les données de ventes aux établissements de santé seront à expertiser et à comparer aux données qui seront directement fournies à la DREES par les établissements : achats et délivrances aux unités de soins (volume global et DDD).

COMMENTAIRE

Intérêt de cet indicateur pour les comparaisons internationales.
Les données fournies par les établissements font actuellement l'objet d'une expérimentation qui devra être expertisée avant éventuelle extension nationale.

CONSOMMATION ANTIBIOTIQUE EN SANTÉ HUMAINE : PRESCRIPTIONS COMMUNAUTAIRES

Indicateur	Consommation antibiotique prescrite en santé humaine communautaire
Objectif	30 – Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G –CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 % avec moins de 5 % de souches résistantes –CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieurs à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de prescriptions d'antibiotiques (pour le territoire et l'année considérés) remboursées par l'assurance maladie	
Dénominateur (D)	Nombre d'habitants pour le territoire et le semestre considérés	
Sous-groupes (strates)	0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans ou plus	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : hiver 2003-2004	Valeur : 33,3 millions de prescriptions

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Feuilles de remboursements adressées à l'assurance maladie et remboursées	
Mode de collecte (ddb)	Période hivernale, données exhaustives	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (CNAMTS, CANAM, MSA)	
Service responsable de la synthèse des données		
Méthodologie	Prise en compte des variations épidémiques	
Mode de calcul	Corrections des variations épidémiques observées par le réseau Sentinelles : (ajustement sur les variations épidémiques)	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Basées sur les prescriptions remboursées
Modalités d'interprétation	Indicateur à phénomène épidémique constant

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	6 mois
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Dispositif à expertiser

31 – PRÉVENIR LA DOULEUR D’INTENSITÉ MODÉRÉE ET SÉVÈRE DANS AU MOINS 75% DES CAS OÙ LES MOYENS TECHNIQUES ACTUELLEMENT DISPONIBLES PERMETTENT DE LE FAIRE, NOTAMMENT EN POST-OPÉRATOIRE, POUR LES PATIENTS CANCÉREUX (À TOUS LES STADES DE LA MALADIE), ET LORS DE LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE DES ENFANTS.

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSER DE LA PRÉVALENCE ACTUELLE POUR ÉVALUER L’IMPORTANCE DES EFFORTS NÉCESSAIRES, MÊME SI L’OBJECTIF EST EXPRIMÉ EN TERMES ABSOLUS À PARTIR D’UNE ESTIMATION GROSSIÈRE DE MOINS DE 50% DES DOULEURS PRÉVENUES ACTUELLEMENT.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Prévalence des douleurs d’intensité modérées ou sévères, mesurée par une méthodologie appropriée, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux et au décours de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

Clarification de l’objectif et orientations pour les indicateurs

Les douleurs concernées par cet objectif sont les douleurs physiques dont la survenue peut être prévenue et/ou qui peuvent être soulagées sans difficulté majeure par l’utilisation appropriée des traitements antalgiques disponibles. Le seuil de 75% de personnes dont la douleur doit être prévenue est indépendant du niveau actuel, estimé à environ 50% selon les données disponibles (estimation à préciser et/ou à compléter selon l’objectif préalable)

L’identification et la définition des indicateurs à retenir soulèvent une série de questions portant notamment sur le choix des situations cliniques et sur celui des critères reflétant l’efficacité de la prévention et de la prise en charge de la douleur.

Situations à retenir :

Les situations cliniques douloureuses que les moyens techniques actuellement disponibles permettent de contrôler ne sont pas énumérées de façon exhaustive dans la formulation de l’objectif qui fait référence à trois exemples : les douleurs post-chirurgicales, celles des patients cancéreux (les douleurs par excès de nociception peuvent être prévenues ou traitées efficacement suivant les recommandations de l’OMS^{68,69}), et celles qui sont associées à la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques chez des enfants.

Dans le rapport 1994 du HCSP, les situations prises en compte au titre de la douleur étaient le cancer, le sida, le postopératoire et, en tant que pathologie particulière, le mal de dos. La fréquence des situations douloureuses dans le cadre de l’infection VIH a été confirmée par une étude nationale réalisée dans 34 établissements de soins en 1992⁷⁰, mais cette situation a très vraisemblablement été transformée depuis l’apparition de la trithérapie. Le

⁶⁸ World Health Organisation. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organisation, 1986.

⁶⁹ Krakowski I et coll. : Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l’adulte, mise à jour. Paris : FNCLCC, 2002,

⁷⁰ Larue F., Fontaine A., Colleau S.M. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: Multicentre study. Br Med J 1997; 314: 23-28.

retentissement de l'arthrose et des lombalgies sera traité dans le cadre des objectifs spécifiques concernant ces affections.

Deux phases successives peuvent schématiquement être individualisées dans la prise en charge de la douleur post-opératoire : dans la phase post-opératoire immédiate (24 premières heures), la qualité de l'analgésie obtenue dépend essentiellement des techniques utilisées en cours d'intervention et en phase de réveil, y compris l'utilisation des dispositifs d'analgésie contrôlée par le patient ; dans les jours suivants, la prévention et le contrôle de la douleur dépendent de la mise en œuvre effective dans l'unité d'hospitalisation de protocoles adaptés, au mieux dans le cadre de démarches d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, la prévention et la prise en charge des douleurs liées à l'accouchement pourraient faire l'objet d'un indicateur spécifique, compte tenu de la fréquence de cette situation. La fréquence des péridurales pourrait ainsi fournir une indication des variations de pratique selon les régions ou les établissements ; la déclaration des anesthésies ne serait toutefois pas toujours exhaustive.

Critères d'efficacité de la prévention et de la prise en charge

La prévalence de la douleur et son intensité sont au mieux appréciées à partir des déclarations des personnes concernées, à l'aide d'échelles visuelles analogiques, d'échelles numériques ou d'échelles verbales simples. Des outils d'hétéro évaluation sont utilisés pour estimer l'intensité de la douleur des enfants de moins de 6 ans et des personnes non communicantes⁷¹⁷².

Les valeurs habituellement utilisées pour établir des équivalences entre valeurs obtenues sur des échelles analogiques (graduées de 0 à 100) ou numériques (graduées de 0 à 10) et les descriptifs utilisés sur les échelles verbales simples diffèrent selon le type de douleur :

- Dans le cas du cancer, l'analyse des données recueillies à l'occasion d'études réalisées dans plusieurs pays mais utilisant le même instrument (Brief Pain Inventory) indique que les valeurs de 5 et 6 (sur une échelle graduée de 0 à 10) correspondent à des douleurs dont le retentissement fonctionnel est appréciable mais « modéré », et que les valeurs égales ou supérieures à 7 correspondent à des douleurs sévères⁷³.
- Les indicateurs proposés dans le rapport annexé font référence aux seuils habituellement utilisés par les études qui portent sur l'analgésie post-opératoire (douleurs modérées ou sévères pour des scores supérieurs à 30 sur une échelle graduée de 0 à 100, à 3 sur une échelle graduée de 0 à 10)⁷⁴.
- Toutefois, le protocole de l'audit de la prise en charge de la douleur post-opératoire en cours de réalisation pour la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation prévoit de retenir un seuil de 5 pour se focaliser sur les douleurs ayant un retentissement fonctionnel appréciable⁷⁵.
- Enfin, les recommandations sur l'évaluation et les stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans considèrent la douleur comme « modérée » et justifiant une intervention thérapeutique à partir du seuil de 3 sur une échelle graduée de 0 à 10⁷⁶.

L'objectif fait référence à la prévention de la survenue de ces douleurs, mais on peut admettre qu'un soulagement rapide et efficace de douleurs dont la survenue n'a pas pu être évitée représente également une modalité de prise en charge satisfaisante.

Par ailleurs, l'appréciation de l'efficacité de la prise en charge ne doit probablement pas se limiter au seul critère de l'intensité de la douleur à un moment donné ou au cours d'une période limitée, mais prendre en compte plusieurs critères, incluant notamment le retentissement de la douleur sur les activités, l'absence d'effets secondaires des traitements. Ainsi, les experts réunis pour la mise à jour 2003 des « Standards, Options et Recommandations » concernant l'évaluation de la douleur chez les patients cancéreux définissent l'efficacité du traitement des douleurs par excès de nociception liées au cancer en fonction de l'ensemble des critères suivants :

- une douleur de fond absente ou d'intensité faible,
- le respect du sommeil,
- moins de 4 accès douloureux par jour,

⁷¹ ANAES : Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, mars 2000

⁷² Delorme T et coll. : Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Paris : FNCLCC, septembre 2003

⁷³ Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR et Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function, Pain 1995; **61** : 277-284

⁷⁴ Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. Br J Anaesth 2002; **89**: 409-423.

⁷⁵ D Fletcher, communication personnelle

⁷⁶ ANAES, 2000, op. cit. p.18

- une efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux supérieure à 50 %,
- les activités habituelles, qui peuvent être limitées par l'évolution du cancer, sont possibles ou peu limitées par la douleur. Pour l'enfant : les activités de base (manger, bouger, jouer) sont respectées,
- les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.⁷⁷

Principales sources de données identifiées

Les principales estimations actuellement disponibles reposent sur des études localisées dans quelques centres hospitaliers^{78,79}, ainsi que sur des études nationales déjà anciennes portant sur des patients cancéreux⁸⁰ ou séropositifs HIV⁸¹, et un peu plus récemment sur les pratiques de prévention de la douleur associée aux actes médicaux chez les enfants⁸².

L'enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer⁸³, dont le recueil de données s'est terminé au début de l'année 2005, porte sur des personnes entrées en ALD au titre d'affections cancéreuses 2 ans auparavant. Elle inclut le questionnaire SF36 dont deux questions (questions 21 et 22, voir objectif 32) devraient permettre d'estimer la prévalence des douleurs physiques d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou des douleurs physiques limitant le travail ou les activités domestiques. Il s'agit de la première enquête de ce type et aucune réédition n'est envisagée à ce stade.

Un audit national de la prise en charge de la douleur post-opératoire est en cours⁸⁴. La prise en charge de la douleur est également incluse parmi les indicateurs de qualité hospitalière envisagés dans le cadre du projet COMPAQH, notamment par un indicateur de résultat basé sur la prévalence instantanée de la douleur à l'hôpital⁸⁵. Enfin, des enquêtes régionales ont été réalisées en 2003-2004 dans le cadre de la préparation des états généraux de la douleur.

Les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2003⁸⁶ montrent que la fréquence de prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue depuis l'enquête précédente en 1998 : la proportion des femmes ayant eu une péridurale est passée de 58,0 % à 62,6 % (61,6 % à 63,2 %), celle des femmes ayant eu une rachianesthésie de 8,5 % à 12,3 %. Parmi les femmes qui n'ont pas eu de péridurale, près de la moitié (48 %) évoquent un travail trop rapide pour mettre en place l'anesthésie ; un peu moins de 40% déclarent qu'elles ne désiraient pas de péridurale ; seulement 2,9 % des femmes déclarent que l'anesthésiste n'était pas disponible. Il faut toutefois noter que la fréquence des anesthésies péridurales est plus faible dans les départements d'outre mer (32,6 %) qu'en métropole. Ce pourcentage a toutefois augmenté depuis 1998.

Un appel d'offres pour la réalisation d'enquêtes qualitatives exploratoires sur la prise en charge de la douleur chronique et aigue chez l'enfant doit être lancé en 2005 par la DREES

Par ailleurs, le baromètre santé (INPES), l'enquête santé et protection sociale du CREDES et l'enquête Santé INSEE 2002-2003 comportent des questions sur la douleur ressentie par les personnes interrogées.

Enfin, la consommation des principaux antalgiques majeurs (morphiniques et opioïdes faibles) peut être obtenue à partir des données recueillies par les industriels des médicaments (GERS⁸⁷ ou IMS-Health) ou, pour les malades ambulatoires, des données de l'Assurance Maladie⁸⁸.

⁷⁷ Delorme T et coll., 2003, op.cit p.29

⁷⁸ Michel P, de Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P. Évaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. Presse Med 2001; 30(29): 1438-1444.

⁷⁹ Durieux P, Bruxelles J, Savignoni A, Coste J. Prévalence et prise en charge de la douleur à l'hôpital. Une étude transversale. Presse Med 2001; 30(12): 572-576.

⁸⁰ Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. Br Med J 1995; 310(6986): 1034-1037.

⁸¹ Larue F, Fontaine A, Colleau SM. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: Multicentre study. Br Med J 1997; 314: 23-28.

⁸² Bloch J, Annequin D. Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant. ADAP 1998; www.pediadol.org.

⁸³ DREES / Inserm U379, enquête nationale sur les conditions de vies des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique ainsi nommée pour éviter que cette enquête soit l'occasion pour la personne interrogée d'apprendre ou de comprendre la nature exacte de sa maladie.

⁸⁴ Évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire : enquête nationale : Projet proposé par D Fletcher au nom du Comité Douleur ALR de la SFAR

⁸⁵ Minvielle E, Michel P, Grenier-Sennelier C, Daucourt V, Corriol C : Compaqh, Rapport d'étape. décembre 2003

⁸⁶ Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G : Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Février 2005 ; <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>

⁸⁷ <http://www.gie-gers.fr/>

⁸⁸ Pigeon M, Criquillon B et Lancry PJ : MEDIC'Assurance Maladie. Les médicaments remboursés par le Régime Général d'Assurance Maladie au cours des années 2001 et 2002 Juillet 2003

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>% de femmes ayant eu une anesthésie péridurale lors d'un accouchement</i>	Enquête nationale périnatale		5 ans	Oui / Métropole vs. DOM	
<i>% de personnes dont la douleur est prise en charge de façon efficace en post-opératoire</i>	Enquête spécifique		5 ans	Oui	Protocole à construire
<i>% de personnes dont les douleurs par excès de nociception liées au cancer sont prises en charge de façon efficace</i>	Enquête spécifique		5 ans	Oui	Protocole à construire
<i>Prévalence des enfants qui déclarent une douleur supérieure à 3/10 ou dont le score d'hétéro évaluation est supérieur à 30% du score maximum au décours de la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement douloureux.</i>	Enquête spécifique		5 ans	Oui	Protocole à construire
Indicateurs complémentaires					
▪ Prévalence des personnes déclarant avoir souffert d'une douleur difficile physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois ▪ Pourcentage de personnes déclarant que cette douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital) ▪ Pourcentage de personnes satisfaites du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin	Baromètre Santé (INPES)		2 ans		
<i>Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire</i>	Assurance maladie		Annuel		Expertise CNIS en cours

Soit 6 fiches.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LIÉE À L'ACCOUCHEMENT	
Indicateur	Proportion de femmes qui ont eu une anesthésie péridurale
Objectif	31. Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Femmes ayant eu une anesthésie péridurale
Dénominateur (D)	Femmes ayant accouché (critères d'exclusion à préciser : césariennes programmées, femmes qui déclarent ne pas avoir souhaité une anesthésie péridurale, ...)
Sous-groupes (strates)	A préciser : catégorie sociale, parité
Décompositions (N)	Non
Niveau d'agrégation	National (métropolitain / DOM)
Périodicité de la mesure	5 ans
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Année : 2003 Valeur : 62,6 % (61,6 - 63,2) de l'ensemble des femmes en métropole, 32,6 % (29,0 - 36,4) dans les DOM 38,7 % des femmes qui n'ont pas eu de péridurale (en métropole) déclarent qu'elles n'en désiraient pas.

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Dossiers médicaux pour les données relatives à l'accouchement ; entretien avec les femmes avant leur sortie de maternité. (Enquête nationale périnatale)
Mode de collecte (ddb)	Enquête sur l'ensemble des naissances d'enfants nés vivants ou mort-nés, ainsi que les interruptions médicales de grossesse (IMG), si la naissance avait eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance dans l'ensemble des maternités publiques et privées pendant une semaine. Deux échantillons : territoire métropolitain et départements d'outre-mer.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Médecins coordonnateurs de PMI (ou DRASS) au niveau local, Inserm U149 et DREES au niveau national
Service responsable de la synthèse des données	Inserm U149
Fiabilité	Contrôles de qualité réalisés par la DREES et l'Inserm U149.
Mode de calcul	N/D

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'information recueillie en suites de couches sur les raisons motivant l'absence de péridurale peut sous-estimer la fréquence des anesthésies possibles et souhaitées par les femmes au moment de l'accouchement. Les données publiées pour l'ENP 2003 incluent les anesthésies réalisées pour des césariennes programmées
Modalités d'interprétation	La réalisation d'une anesthésie péridurale peut ne pas être possible compte tenu du déroulement de l'accouchement ou ne pas être souhaitée par la femme : la valeur cible de cet indicateur doit être appréciée en fonction de ces deux paramètres.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	première enquête en 1995 (publications en 1997) ; seconde enquête en 1998 (publications en 2001) ; troisième enquête en octobre 2003 (publications 2005)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A déterminer avec le comité de pilotage de l'enquête nationale périnatale pour la réalisation de la prochaine enquête.

COMMENTAIRE

Les informations apportées par les résultats de l'ENP 2003 pourront être affinées en excluant du dénominateur les circonstances d'accouchement qui imposent une anesthésie a priori (césariennes programmées). Il semblerait également souhaitable d'analyser le recours à l'anesthésie péridurale en fonction des caractéristiques sociales des femmes.

EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST OPÉRATOIRE	
Indicateur	Proportion de personnes dont la douleur post-opératoire a été prévenue ou soulagée efficacement
Objectif	31. Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Les critères d'efficacité de la prise en charge de la douleur peuvent comprendre les éléments suivants : - Douleur maximale au cours des dernières 24 heures d'intensité inférieure ou égale à 30/100 sur une EVA ou à 3/10 sur une échelle numérique simple, ou déclarée comme modérée ou sévère sur une échelle verbale (Alternative : douleur maximale d'intensité inférieure à 5/10 sur une échelle numérique simple, pour focaliser l'indicateur sur les douleurs ayant un retentissement fonctionnel appréciable) -, Délais de réponse (appréciation subjective par le patient) en cas de demande de traitement antalgique - Pourcentage de soulagement supérieur à 50% sur une échelle de 0 à 100. - Absence ou intensité faible des effets secondaires du traitement antalgique.	
Dénominateur (D)	Patients ayant subi une intervention chirurgicale	
Sous-groupes (strates)	La conférence de consensus organisée par la SFAR en 1997 proposait une classification possible en fonction du type de chirurgie. Sans préjuger de la variabilité individuelle de la douleur pour un même type de chirurgie, une stratification sur ce type de classification pourrait permettre d'une part d'assurer la représentativité des données recueillies par rapport à différents types d'interventions, d'autre part d'améliorer la comparabilité de données recueillies dans des lieux ou à des moments différents.	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	A déterminer	
Périodicité de la mesure	A déterminer	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête auprès des patients	
Mode de collecte (ddb)	Enquête transversale ; Auto-questionnaire assisté par un enquêteur extérieur au service (par exemple à partir de la traduction française du questionnaire de l'American Pain Society proposée par la SFAR et déjà largement utilisée en France). Utilisation d'EVA, ENS ou échelles verbales simples validées. Plan de sondage à construire : tirage au sort de services de chirurgie (probabilité proportionnelle au nombre d'interventions ?), stratification par type d'établissement ?, ... Le plan de sondage de l'audit national en cours est stratifié selon les types d'établissements Le choix du jour d'enquête par rapport au moment de l'intervention peut permettre d'explorer les différentes phases de la prise en charge de la douleur post-opératoire : - les recommandations de la conférence de consensus organisée par la SFAR en 1997 proposent une enquête entre J1 et J3. - l'audit national en cours prévoit un recueil à J1	
Organisme responsable de la collecte (ddb)		
Service responsable de la synthèse des données		
Fiabilité	A définir	
Mode de calcul	En fonction du plan de sondage	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A déterminer (Plan Douleur ; DGS / DHOS / DREES ?)

COMMENTAIRE

Nécessite la validation d'un protocole approprié pour la réalisation d'enquêtes spécifiques. Ces enquêtes peuvent permettre le recueil de données complémentaires concernant les modalités effectives de prise en charge et de suivi de la douleur, utiles pour l'analyse des améliorations à apporter, notamment dans le cadre du plan douleur, mais qui dépassent le cadre du suivi des objectifs d'impact traités dans le cadre du rapport annexé à la loi. Pourrait être étendu aux douleurs liées aux soins chez les adultes pour des actes « traceurs » : colonoscopie, endoscopie digestive, traumatologie

EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION LIÉE AU CANCER	
Indicateur	Proportion de personnes dont la douleur par excès de nociception liée au cancer a été prise en charge efficacement.
Objectif	31. Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Choix des critères d'efficacité de la prise en charge de la douleur : - douleur maximale au cours des dernières 24 heures inférieure à 50/100 sur une EVA ou à 5/10 sur une échelle numérique, absente ou d'intensité faible sur une échelle verbale - Critères SOR (FNCLCC) 2003 : • une douleur de fond absente ou d'intensité faible, • le respect du sommeil, • moins de 4 accès douloureux par jour, • une efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux supérieure à 50 %, • les activités habituelles, qui peuvent être limitées par l'évolution du cancer, sont possibles ou peu limitées par la douleur. Pour l'enfant : les activités de base (manger, bouger, jouer) sont respectées, • les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents (accord d'experts).	
Dénominateur (D)	Patients cancéreux interrogés en hospitalisation ou en consultation, présentant une douleur par excès de nociception (ou mixte ?)	
Sous-groupes (strates)	Patients hospitalisés et patients ambulatoires Type d'établissement, spécialisation du service ?	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	A déterminer	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête auprès des patients	
Mode de collecte (ddb)	Enquête transversale ; auto-questionnaire assisté par un enquêteur extérieur au service. Utilisation d'EVA, ENS ou échelles verbales simples validées. (Le Brief Pain Inventory mesure la douleur et d'une certaine façon son impact. Il présente par ailleurs l'intérêt d'être traduit, validé et utilisé dans de nombreux pays. Son utilisation dans des travaux épidémiologiques est encouragée par l'OMS. Il a déjà été utilisé en France à deux reprises dans des enquêtes nationales en cancérologie.) Plan de sondage à construire : tirage au sort de services recevant des patients cancéreux (probabilité proportionnelle au nombre d'admissions ?), stratification par type d'établissement et par spécialité?, ...	
Organisme responsable de la collecte (ddb)		
Service responsable de la synthèse des données		
Fiabilité	A inclure dans le protocole	
Mode de calcul	En fonction du plan de sondage	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A déterminer (Plan Douleur ; DGS / DHOS / DREES ?)

COMMENTAIRE

Nécessite la validation d'un protocole approprié pour la réalisation d'enquêtes spécifiques. Ces enquêtes peuvent permettre le recueil de données complémentaires concernant les modalités effectives de prise en charge et de suivi de la douleur, utiles pour l'analyse des améliorations à apporter, notamment dans le cadre du plan douleur, mais qui dépassent le cadre du suivi des objectifs d'impact traités dans le cadre du rapport annexé à la loi.

EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ASSOCIÉE AUX SOINS CHEZ LES ENFANTS	
Indicateur	Proportion des enfants qui déclarent une douleur inférieure ou égale à 3/10 ou dont le score d'hétéro évaluation est inférieur ou égal à 30% du score maximum au décours de la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement douloureux.
Objectif	31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enfants qui déclarent une douleur inférieure ou égale à 3/10 ou dont le score d'hétéro évaluation est inférieur ou égal à 30% du score maximum pendant ou après la réalisation d'un geste diagnostique ou thérapeutique (à définir selon les actes, e.g. douleur dans les heures suivant la réalisation d'une ponction lombaire)	
Dénominateur (D)	Enfants ayant subi un geste potentiellement douloureux	
Sous-groupes (strates)	Par âge : < 1 an, 1-2 ans, 3-5 ans, 6-15 ans ? Par type de service (Urgences / Hospitalisation) Selon les actes (typologie à définir)	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	A déterminer	
Périodicité de la mesure	A déterminer	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête auprès des patients, ou des soignants pour l'hétéro-évaluation	
Mode de collecte (ddb)	Enquête transversale ; Auto-questionnaire assisté par un enquêteur extérieur au service Hétéro évaluation pour les enfants de moins de 6 ans ($\pm$ échelles spécifiques pour les enfants de 3 à 6 ans) Plan de sondage à construire : tirage au sort de services de pédiatrie (probabilité proportionnelle au nombre d'admissions ?), stratification par type d'établissement ?, ...	
Organisme responsable de la collecte (ddb)		
Service responsable de la synthèse des données		
Fiabilité	A définir	
Mode de calcul	En fonction du plan de sondage	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A déterminer (Plan Douleur ; DGS / DHOS / DREES ?)

COMMENTAIRE

Nécessite la validation d'un protocole approprié pour la réalisation d'enquêtes spécifiques. Ces enquêtes peuvent permettre le recueil de données complémentaires concernant les modalités effectives de prise en charge et de suivi de la douleur, utiles pour l'analyse des améliorations à apporter, notamment dans le cadre du plan douleur, mais qui dépassent le cadre du suivi des objectifs d'impact traités dans le cadre du rapport annexé à la loi.

PRISE EN CHARGE ET SOULAGEMENT D'UNE DOULEUR INTENSE	
Indicateur	1) Personnes déclarant avoir souffert d'une douleur difficile physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois ; 2) Pourcentage déclarant que cette douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital) 3) Pourcentage satisfaites du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin
Objectif	31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1) Q229 : «A cours des douze derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ? » oui, qu'une fois/ oui plusieurs fois / non/ NSP. et Q230 « Avez-vous souffert d'une... douleur physique / douleur morale /NSP » 2) Q233 : « La douleur a-t-elle été prise en compte et soulagée par l'équipe soignante ? » Oui, rapidement ; oui, avec retard ; non ; NSP 3) Q237 : « Avez-vous été satisfait, plutôt satisfait , plutôt pas satisfait, pas du tout satisfait du traitement reçu ? »	
Dénominateur (D)	1) Personnes ayant répondu à ces deux questions 2), 3) Q229 : «A cours des douze derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ? » oui, qu'une fois/ oui plusieurs fois / non/ NSP. et Q230 « Avez-vous souffert d'une... douleur physique / douleur morale /NSP »	
Sous-groupes (strates)	Par classe d'âge, sexe	
Décompositions (N)	oui, une fois / oui plusieurs fois	
Niveau d'agrégation	Territoire national	
Périodicité de la mesure	2 ans	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INPES Baromètre Santé 2000
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole Baromètre Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INPES
Service responsable de la synthèse des données	INPES
Fiabilité	Voir protocole Baromètre Santé
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La question portant sur les délais de réponse est plus facilement interprétable que celle qui porte directement sur la « satisfaction » : celle-ci reflète également le niveau des attentes des personnes interrogées. L'interprétation de la notion de « retard » peut également être difficile sans plus d'information sur le contexte spécifique.
Modalités d'interprétation	Peut donner une estimation de la prévalence des douleurs en population générale et de l'efficacité de leur prise en charge, en différenciant sommairement les épisodes ponctuels des douleurs chroniques ou répétées, et en donnant une indication de la satisfaction des personnes interrogées vis-à-vis de la prise en charge de ces douleurs à l'hôpital et en ambulatoire.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES EN AMBULATOIRE	
Indicateur	Médicaments antalgiques prescrits et remboursés par l'Assurance Maladie (CNAMTS) Médicaments antalgiques vendus (IMS-Health, GERS)
Objectif	31 : Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Unités prescrites ou vendues	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Classe thérapeutique	
Niveau d'agrégation	National (y compris DOM/TOM)	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Demandes de remboursement adressées à l'assurance maladie Industriels du médicament	
Mode de collecte (ddb)	Medic'AM : télétransmission électronique ou saisie directe des trois informations suivantes contenues dans le code-barres de la vignette : l'identifiant du médicament (appelé code CIP), son prix unitaire et le taux de remboursement.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)		
Service responsable de la synthèse des données	Statistiques de l'Assurance Maladie (Medic'AM) ⁸⁹ : médicaments prescrits et remboursés par l'Assurance Maladie (CNAMTS) Médicaments vendus (IMS-Health, GERS)	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Ne préjuge pas de la pertinence des prescriptions (surprescriptions possibles chez sujets âgés ?)
Modalités d'interprétation	Indicateur indirect des modalités de prise en charge de la douleur, notamment en ambulatoire (données CNAMTS).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Voir Plan Douleur

COMMENTAIRE

Intérêt possible de suivre la consommation de produits spécifiquement utilisés pour l'analgésie des douleurs liées aux soins chez les enfants (MEOPA, ...)

⁸⁹ MEDIC'Assurance Maladie analyse les dépenses de remboursement du régime général (salariés) en France Métropolitaine hors les sections mutualistes (mutuelles du type MGEN), soit 10 milliards sur un total de 16 milliards

32. RÉDUIRE L'INTENSITÉ ET LA DURÉE DES ÉPISODES DOULOUREUX CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT DES DOULEURS CHRONIQUES REBELLES, CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET DANS LES SITUATIONS DE FIN DE VIE.

OBJECTIF PRÉALABLE : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE DE CES DOULEURS ; DÉVELOPPER DES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE APPROPRIÉES ET ÉVALUER LEUR EFFICACITÉ.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les douleurs concernées par cet objectif sont les douleurs chroniques et/ou rebelles aux traitements antalgiques simples et dont la prise en charge peut poser des problèmes difficiles. Au delà de l'intensité et de la durée spécifiées dans l'objectif, l'impact de ces douleurs sur la qualité de vie devrait également être considéré.

Cet objectif devrait également concerner les personnes dont les douleurs sont mal connues ou reconnues, voire banalisées (les personnes âgées, voire très âgées).

La situation de « fin de vie » évoquée dans l'objectif peut être difficile à caractériser de façon opérationnelle pour la construction d'indicateurs (en dehors des services spécialisés). Il paraît par ailleurs difficile et peu logique d'isoler la douleur sans s'intéresser aux autres symptômes majeurs (fatigue, symptômes digestifs, gêne à la mobilité...).

Les douleurs chroniques rebelles sont source d'incapacités et de handicaps, et d'altérations majeures de la qualité de vie^{90,91,92} ; elles induisent une consommation importante de soins ainsi que de nombreux arrêts de travail^{93,94}. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux qu'il est important de prendre en compte dans la prise en charge des patients concernés⁹⁵.

La prévalence des douleurs chroniques augmente avec l'âge. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est globalement estimée à environ 60%, dont un tiers a des douleurs sévères⁹⁶. La douleur est aussi le symptôme le plus fréquent en fin de vie⁹⁷ : 50 % des 988 patients en fin de vie interrogés dans six établissements sélectionnés de façon aléatoire aux Etats-Unis présentaient des douleurs sévères ou modérées (malgré une prise en charge antalgique) ; néanmoins seulement 30 % souhaitaient une intensification de leur traitement antalgique par crainte d'effets indésirables⁹⁸.

La prévalence et l'épidémiologie des différentes formes de douleur chronique rebelle sont mal connues (sauf pour la migraine qui est bien étudiée⁹⁹). Des travaux spécifiques pourraient porter sur l'identification des facteurs favorisant le développement d'un tableau de douleur chronique rebelle. Il serait par ailleurs utile d'analyser la part des facteurs psychologiques dans la survenue et la pérennisation de tableaux de douleur chronique pour en

⁹⁰ Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain* 2002;95(1-2): 75-82.

⁹¹ Scudds RJ, Ostbye T. Pain and pain-related interference with function in older Canadians: the Canadian Study of Health and Aging. *Disabil Rehabil* 2001;23(15): 654-664.

⁹² Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam.Pract* 2001;18: 292-299.

⁹³ Elliott AM, Smith BH, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354: 1248-52.

⁹⁴ Andersson HI, Ejertsson G, Leden I, Schersten B. Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53: 503-509.

⁹⁵ Justins, DM : Management strategies for chronic pain. *Ann Rheum Dis* 1996 55: 588-596

⁹⁶ ANAES Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale Octobre 2000

⁹⁷ ANAES Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs Décembre 2002.

⁹⁸ Weiss SC., Emanuel LL, Fairclough DL et Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* . 2001 ;357(9265): 1311-1315.

⁹⁹ ANAES Prise en charge diagnostic et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations. Octobre 2002.

améliorer la prise en charge¹⁰⁰. L'évaluation de la politique de santé publique dans ce domaine devrait d'abord porter sur la production des connaissances qui permettront de mieux définir l'objectif de santé.

Un appel d'offres a été lancé en 2005 par la DREES pour la réalisation d'enquêtes sur le thème de la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique des personnes âgées. Il s'agit à ce stade de mener des enquêtes exploratoires par entretien auprès de personnes prises en charge à domicile et des professionnels intervenant auprès d'elle : SSIAD, HAD ou secteur libéral pur (médecin, IDE..).

Principales sources de données identifiées

Dans l'immédiat, le baromètre santé (INPES), l'enquête santé et protection sociale du CREDES et l'enquête Santé INSEE 2002-2003 comportent des questions sur la douleur ressentie par les personnes interrogées.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent	Travaux nécessaires
Indicateur approché					
<i>Prévalence des personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques</i>	Enquête Santé 2002-2003 (INSEE)	Sexe, classes d'âge	5 ans		
<i>Prévalence de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes</i>	ESPS (IRDES)	Sexe, classes d'âge	2 ans		

Soit 2 fiches.

¹⁰⁰ Linton SJ, Skevington SM. Psychological factors. In Crombie IK et al (eds.), Epidemiology of pain. IASP Press, Seattle, 1999 : 25 – 42.

PRÉVALENCE DES DOULEURS PHYSIQUES D'INTENSITÉ MODÉRÉE À IMPORTANTE	
Indicateur	Prévalence des personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques
Objectif	32 : Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	INSEE - Enquête Santé 2002-2003 (questions du module « douleurs physiques » du SF36) Q7 « Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? » Nulle/ très faible/ faible/ moyenne/ grande/ très grande Et/ou Q8 « Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? » Pas du tout/ un petit peu / moyennement /beaucoup /énormément	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge, sexe	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personnes interrogées
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole Enquête santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	<u>La capacité de cette enquête à estimer la prévalence de la douleur chez les personnes âgées dépend des effectifs inclus dans l'échantillon, notamment pour les personnes très âgées.</u> Par ailleurs, la Q8 limite le retentissement au travail et aux activités domestiques ; ce serait probablement intéressant de préciser le retentissement sur la vie de tous les jours, loisirs, capacité à se prendre en charge, qualité de vie, ...
Modalités d'interprétation	Peut donner une estimation de la prévalence des douleurs en population générale. Les réponses à ces deux questions peuvent être intégrées au calcul du score de la dimension « douleur » du SF36, ou analysées directement pour estimer la prévalence de la douleur et son retentissement sur les activités courantes.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	INSEE

COMMENTAIRE

PRÉVALENCE DES DOULEURS PHYSIQUES CHRONIQUES D'INTENSITÉ MODÉRÉE À IMPORTANTE	
Indicateur	Prévalence des personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes
Objectif	32 : Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	CREDES ESPS 2000 « Souffrez-vous fréquemment de douleurs ? oui très importantes/ oui importantes/ oui peu importantes/ non/ Si oui, depuis combien d'années ?	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge, sexe	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	2 ans	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personnes interrogées
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole ESPS
Organisme responsable de la collecte (ddb)	IRDES
Service responsable de la synthèse des données	IRDES
Fiabilité	Voir protocole ESPS
Mode de calcul	Voir protocole ESPS

INTERPRETATION

Limites et biais connus	<u>La capacité de cette enquête à estimer la prévalence de la douleur chez les personnes âgées dépend des effectifs inclus dans l'échantillon, notamment pour les personnes très âgées.</u> Les questionnaires ne prennent pas en compte les non communicants, pour lesquels une hétéroévaluation est indispensable, alors qu'ils représentent une large partie de la population âgée et que ce sont ceux dont les douleurs sont le plus mal reconnues.
Modalités d'interprétation	Peut donner une estimation de la prévalence des douleurs chroniques en population générale. Alors que l'enquête INSEE donnait une estimation de la prévalence instantanée, celle-ci introduit une notion de douleur chronique (ou qui dure) ; ce sont celle qui a priori retiennent le plus sur la vie quotidienne ; il n'y a pas toutefois pas de question sur ce retentissement.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	IRDES

COMMENTAIRE

Possibilités d'harmoniser et de préciser les formulations ? D'une manière générale, les personnes âgées en institution (maisons de retraite et autres long séjour) qui représentent environ un quart de la population très âgée (chiffre exact à vérifier) pourraient faire l'objet d'enquêtes spécifiques.

33 – RÉDUIRE LES OBSTACLES FINANCIERS À L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES DONT LE NIVEAU DE REVENU EST UN PEU SUPÉRIEUR AU SEUIL OUVRANT DROIT À LA CMU.

OBJECTIF PRÉALABLE : ANALYSER LES CONSÉQUENCES D'UN EFFET "SEUIL" LIÉ AUX REVENUS SUR LE RECOURS AUX SOINS.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif ne porte pas sur l'amélioration d'un état de santé, mais sur l'un des déterminants accessibles à la politique de santé publique pour réduire les inégalités de santé : la réduction des barrières financières à l'accès aux soins.

Le terme de précarité (qui peut être sociale, économique, juridique) qualifie des effets structurels s'appliquant aux individus les plus vulnérables (désaffiliation sociale, fragilité de l'emploi, instabilité du statut). On parlera d'inégalités pour parler de ces mêmes effets structurels analysés cette fois au niveau de la société toute entière (écarts entre des catégories dont certaines sont plus ou moins précaires). Les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil.

L'accès aux soins n'est pas l'élément le plus déterminant des inégalités de santé, mais intervient cependant de plusieurs façons, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement, qui sont aussi les plus exposées à des pathologies graves. L'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) et le développement des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont permis à beaucoup de personnes en situation précaire de retrouver des conditions de soins et de sociabilité normale.

Toutefois, cet objectif repose sur l'hypothèse que des obstacles financiers peuvent persister pour la population dont le revenu est juste supérieur au seuil d'attribution de la CMU. L'objectif préalable indique qu'il semble nécessaire de vérifier cette hypothèse et de préciser la nature de cet effet « seuil » avant de proposer des indicateurs spécifiques. Il semble toutefois justifié d'envisager la persistance d'obstacles financiers entraînant un renoncement à des soins, notamment dans le domaine des soins optiques et des soins dentaires, indépendamment de l'attribution de la CMU.

Principales sources de données identifiées

Une étude avant - après des inégalités sociales de recours aux soins basée sur les données de l'appariement EPAS-ESPS¹⁰¹ des années 1998, 2000 et 2002 figure dans le programme 2004 de l'IRDES dans le but d'apporter un éclairage plus précis sur le rôle des dispositifs publics (AMG puis CMU). Cette étude doit notamment chercher à mettre en évidence les phénomènes en œuvre au sein des catégories de population les moins riches et privés d'assurance complémentaire.

L'enquête santé et protection sociale comporte une question portant sur le renoncement aux soins pour raisons financières, en précisant le type de soins concernés.

¹⁰¹ Echantillon permanent d'assurés sociaux – Enquête santé et protection sociale

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins dentaires ou optiques au cours des 12 derniers mois</i>	ESPS (IRDES)	Niveau de revenu Type de couverture sociale	2 ans	Non	

Soit 1 fiche.

RENONCEMENT À DES SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES	
Indicateur	Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins dentaires ou optiques au cours des 12 derniers mois
Objectif	33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Objectif préalable : analyser les conséquences d'un effet "seuil" lié aux revenus sur le recours aux soins.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	ESPS : Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? Oui : Pour quels soins (prothèses dentaires, autres soins dentaires, lunettes , consultations et soins de spécialistes, consultations, visites et soins de généralistes, radios et autres examens d'imagerie, pharmacie non remboursable, pharmacie remboursable, kinésithérapie, massages, analyses de laboratoire, cures thermales, autres..) ? Était-ce au cours des 12 derniers mois ?	
Dénominateur (D)	Personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Niveau de revenu Type de protection sociale (CMU / CMU complémentaire / complémentaire)	
Décompositions (N)	Type de soins	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	2 ans	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 11,2% (globalement)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Voir protocole ESPS
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole ESPS
Organisme responsable de la collecte (ddb)	IRDES
Service responsable de la synthèse des données	IRDES
Fiabilité	Voir protocole ESPS
Mode de calcul	Voir protocole ESPS

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données déclaratives À associer à des variables en relation avec le « besoin » de soins : âge pour les soins optiques, état dentaire pour les soins dentaires
Modalités d'interprétation	Indicateur des obstacles financiers à l'accès aux soins, y compris impact des mesures d'extension de la couverture sociale.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Donnée déjà disponible depuis ?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	IRDES

COMMENTAIRE

Voir possibilité de suivre l'évolution de cet indicateur dans le temps en fonction de l'évolution du questionnaire.
 À rapprocher des indicateurs sur les inégalités sociales de santé (indicateurs transversaux)

34. RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DEVANT LA MALADIE ET LA MORT PAR UNE AUGMENTATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE DES GROUPES CONFRONTÉS AUX SITUATIONS PRÉCAIRES : L'ÉCART D'ESPÉRANCE DE VIE À 35 ANS EST ACTUELLEMENT DE 9 ANS.

OBJECTIF PRÉALABLE : IDENTIFIER LES MEILLEURS INSTRUMENTS DE MESURE DES INÉGALITÉS ET DES DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ORIGINE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'écart d'espérance de vie auquel il est fait référence dans cet objectif serait celui qui sépare, à 35 ans, les cadres de la fonction publique (46 années) des ouvriers non qualifiés (35 années)¹⁰² ; cet écart de 9 ans entre les extrêmes semble stable depuis une première estimation réalisée dans les années soixante-dix.

D'autres indicateurs étaient évoqués dans la synthèse des travaux du HCSP réalisée pour le GTNDO en décembre 2002¹⁰³ :

- Le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (moyenne française 100).
- le taux de prématurité varie du simple au triple et la fréquence des petits poids à la naissance du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère,
- 32 % des Maghrébins et 54 % des Africains sub-sahariens résidant en France ignorent leur séropositivité au moment où ils tombent malade du sida, contre 21 % des personnes de nationalité française.

Les inégalités concernent non seulement la mortalité ou la morbidité de la population, mais aussi d'autres domaines comme le handicap et les dépendances, et leur prise en charge sociale et sanitaire. Par exemple, à handicap de gravité équivalente, la proportion d'enfants handicapés entrant en institution serait 3 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil : la probabilité de mourir entre 35 et 65 ans est, parmi les hommes, de 13 % pour les cadres et professions libérales, 17 % pour les professions intermédiaires, 18,5 % pour les artisans et commerçants, 23 % pour les employés et 26 % pour les ouvriers ; soit un rapport de 1 à 2 entre les extrêmes.

De plus, les chômeurs ont un risque de mourir qui est 3,1 fois supérieur aux actifs avec un emploi. Cet écart considérable s'explique par un double phénomène : d'une part, une morbidité accrue liée aux conséquences de la perte d'emploi ; d'autre part, la tendance croissante à mettre au chômage des personnes pour raisons de santé. Cette situation défavorable s'est encore dégradée au cours des deux dernières décennies puisque, dans les années quatre-vingt, l'écart était de 2,7, ce qui traduit l'aggravation des conditions de vie des chômeurs, notamment de longue durée.

¹⁰² Il s'agit des données indiquées dans la contribution de D. Fassin au GTNDO ; le rapport du HCSP sur les inégalités (1998) évoque un écart de 8 ans ; la synthèse préparée par le HCSP pour le GTNDO évoque un écart de 6,5 ans entre ouvriers et cadres. Les différences sont liés au choix des sous-catégories utilisées pour les comparaisons.

¹⁰³ Ces éléments sont repris du rapport 2002 du HCSP « La santé en France », p. 166

Au-delà du chômage, la précarité dans l'emploi constitue une source particulière d'inégalités qui vient s'ajouter à celles liées aux catégories professionnelles. D'une part, plus on descend dans la hiérarchie des métiers et plus on trouve de contrats précaires : la proportion de contrats à durée déterminée et d'intérim est de 3 % parmi les cadres et 19 % parmi les ouvriers non qualifiés. D'autre part, plus la précarité de l'emploi s'accroît et plus l'exposition aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles augmentent : la fréquence de cette exposition est respectivement 1,5 et 2,5 fois supérieure parmi les salariés en contrat à durée déterminée et les intérimaires que parmi les salariés permanents. Ce constat déborde les seules conséquences directes du travail et concerne également l'exposition aux autres risques. Par conséquent, *la précarité se combine et s'ajoute aux disparités socioprofessionnelles*.

Principales sources de données identifiées

La stratification par catégorie sociale est prévue pour bon nombre des indicateurs spécifiques étudiés jusqu'ici, mais le plus souvent en fonction des données disponibles, souvent en utilisant les catégories Insee ; les possibilités de décrire les inégalités de santé doivent également être étudiées pour la définition des indicateurs transversaux.

L'Insee suit par ailleurs les écarts de mortalité associés aux catégories socioprofessionnelles dans deux échantillons constitués respectivement en 1954 (hommes actifs de 30 à 69 ans) et en 1975 (population générale)

Dans son rapport *Santé en France 2002*, le Haut Comité recommandait que soit renforcé l'effort de recensement et de suivi de ces inégalités, et d'approfondir les efforts de recherche dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins pour comprendre, au-delà des catégories socioprofessionnelles et des ressources financières des personnes, ce qui détermine ces situations sanitaires, ces comportements de santé et ces recours aux soins.

Dans le rapport du GTNDO, les besoins de développement des connaissances identifiés étaient les suivants :

- Développer le *savoir épidémiologique* sur les inégalités et sur la précarité, notamment en matière d'état de santé, ces données étant très déficientes dans le système d'information français (approche quantitative)
- Développer la *compréhension socio-anthropologique* des relations entre santé et précarité par des études fines biographiques et monographiques, ces relations étant encore mal connues (approche qualitative)
- Conduire une *réflexion spécifique* afin d'identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine, domaine dans lequel la France accuse un retard important au niveau européen.

Des travaux spécifiques sont conduits par différentes équipes de recherche, ainsi qu'à l'INPES.

Dans l'immédiat, le choix des indicateurs retenus est discuté dans le chapitre « Indicateurs transversaux ».

35. RÉDUIRE LES RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ INDUITES PAR DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES (3.6% DES PERSONNES ÂGÉES DE 5 ANS ET PLUS EN POPULATION GÉNÉRALE SELON L'ENQUÊTE HID, PERSONNES AYANT RÉPONDU AU MODULE DE L'INDICATEUR DE KATZ).

OBJECTIF PRÉALABLE : CONSTRUIRE UN OUTIL SPÉCIFIQUE, SENSIBLE AU CHANGEMENT ET UTILISABLE EN ROUTINE POUR REPÉRER ET DÉCRIRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LES RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ QU'ELLES INDUISENT, EN POPULATION GÉNÉRALE COMME DANS LES POPULATIONS PARTICULIÈRES (RÉGIONS, PATHOLOGIES).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'un des buts essentiels de la politique de santé publique est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques, ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique. Plusieurs des objectifs inscrits dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique sont ainsi exprimés en termes d'amélioration de la qualité de vie ou de réduction des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité entraînées par des problèmes de santé. Les possibilités de suivre l'évolution de ces déficiences, limitations fonctionnelles et restrictions d'activité, afin d'évaluer l'impact de la politique de santé publique aux échéances prévues par la loi, sont conditionnées par la définition et par la production d'indicateurs appropriés.

Cette approche est cohérente avec les recommandations de l'OMS qui a adopté en 2001 la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé), en complément de la CIM (classification des maladies), pour décrire les domaines de la santé et les domaines qui y sont liés, pour décrire les interactions entre un problème de santé (maladie ou traumatisme), l'altération d'un organe ou d'une fonction (ex-déficience), la capacité de réaliser une action dans un environnement standard (non compensé), la personne dans son milieu habituel (réalisation effective d'une action) et le rôle de l'environnement proche et des dispositifs généraux.

Principales sources de données identifiées

Au niveau international, un groupe de travail, dit « groupe de Washington », a été mis en place en 2001 sous l'égide de la Division des Statistiques de l'Organisation des Nations Unies pour guider le développement d'un ensemble restreint d'indicateurs d'incapacités à inclure dans des enquêtes nationales pour apporter des informations utiles aux politiques d'intégration.

Au niveau Européen, le travail réalisé au sein du groupe Euro REVES a notamment porté sur le développement de modules d'enquête permettant d'identifier, sur une base déclarative, l'existence de limitations fonctionnelles, et de restrictions des activités de la vie quotidienne. En 2002-2003 sur la base des propositions faites dans sa précédente phase d'activités, Euro-REVES a proposé le module sur l'état de santé pour Eurostat (Robine et Jagger, 2003). Il est maintenant disponible dans cinq langues européennes comme module pilote pour l'enquête santé européenne. Ce module a été conçu pour être indépendant et concis, pour constituer la

composante centrale dans une enquête santé par interview ou pour être utilisé dans d'autres enquête, Enquêtes Emploi par exemple.

Le module a été principalement construit à partir des 10 instruments sélectionnés par les travaux d'Euro-REVES :

- une question générale sur la morbidité chronique,
- un ensemble de questions spécifiques sur la morbidité chronique,
- un ensemble de questions spécifiques sur les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles,
- un ensemble de questions spécifiques sur les limitations fonctionnelles cognitives,
- une question générale sur les restrictions d'activité,
- un ensemble de questions spécifiques sur les activités de soins personnels ,
- un ensemble de questions spécifiques sur les activités domestiques,
- un ensemble de questions spécifiques sur les autres activités de la vie quotidienne,
- une question générale sur la santé perçue,
- un ensemble de questions spécifiques sur la santé mentale.

Neuf indicateurs ont été finalement retenus : morbidité chronique (global et détaillé) ; restriction d'activité (global) ; santé perçue (global) ; limitations fonctionnelles physiques et sensorielles ; restrictions pour les activités de soins personnels ; restrictions pour les activités domestiques ; restrictions d'activités autres ; santé mentale. Un instrument capable de mesurer les limitations fonctionnelles cognitives n'a pas pu être construit et ce domaine doit être finalisé à partir des propositions du projet SHARE.

Les trois instruments globaux (morbidité chronique, santé perçue et limitations d'activité) définissent le Module Européen Minimal sur la Santé (MEHM). Des traductions non validées ont été utilisées dans des enquêtes nationales française, belge et danoise et dans l'Eurobaromètre 2002.

Enquête Santé française, 2002-2003

Q1G Comment est votre état de santé général ? Très bon / Bon / Moyen / Mauvais / Très mauvais

Q2G X a-t-il actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ? *Oui / Non*

Q6G X est-il limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? *Oui / Non*

Des questions analogues figurent dans le questionnaire de l'enquête SPS menée par l'IRDES :

Enquête sur la santé et la protection sociale, 2002

56 Comment est votre état de santé général ? Diriez-vous qu'il est...
très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais / sans opinion

57 Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? oui / non / ne sait pas

58 Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? oui / non / ne sait pas

Une version définitive de ces trois questions doit être élaborée prochainement par Eurostat ; cette version s'imposera aux États.

L'enquête santé 2002-2003 comprend également un questionnaire appliqué à l'ensemble de l'échantillon sur : les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles des personnes (sans et avec appareillage spécifique ou l'aide de quelqu'un) et des restrictions dans les activités de soins personnels et dans les activités « domestiques » (sans et avec l'aide de quelqu'un). Les instruments utilisés doivent faire l'objet d'un travail de validation portant notamment sur l'analyse des corrélations entre les problèmes fonctionnels déclarés et 1) la question générale sur les limitations d'activité ; 2) les restrictions d'activité pour les soins personnels et les tâches domestiques ; 3) la reconnaissance d'un handicap.

Par ailleurs, les enquêtes HID « Handicaps, Incapacités, Dépendance » ont recueilli en population générale des données construites autour des trois plans d'expérience de la CIH (déficiences – incapacités - désavantages), et comprenaient par ailleurs de multiples questions sur les conséquences sociales des déficiences et des

incapacités, en termes de scolarité, d'emploi, de déplacements, de loisirs, ainsi que sur les facteurs "environnementaux" d'accessibilité (transports, lieux publics...), d'aménagements du domicile, aides techniques, assistance... Ces éléments n'ont pas été repris dans les modules « santé ». L'adjonction d'une extension reprenant des éléments de l'enquête HID (adaptée à la CIF et intégrant des modules européens) dans une enquête nationale santé est envisagée à l'horizon 2007-2008.

Au total, les instruments intégrés dans le cadre de l'enquête nationale santé et de l'enquête santé et protection sociale semblent pouvoir permettre d'évaluer le retentissement des maladies chroniques et de leurs conséquences en population générale (les échantillons constitués pour ces enquêtes ne peuvent toutefois permettre de prendre en compte que les maladies les plus fréquentes). Le développement d'instruments et de protocoles validés doit être poursuivi pour capturer le retentissement de maladies ou de lésions invalidantes. La réflexion devra notamment porter sur les apports spécifiques et les complémentarités des cadres conceptuels et des instruments développés au cours des décennies écoulées, que l'on peut schématiquement regrouper selon qu'il privilégie le point de vue de l'évaluation clinique (limitations fonctionnelles), celui du retentissement sur la participation sociale des personnes touchées (retentissement sur l'activité et la participation), ou celui de l'évaluation économique (« préférences » des patients).

36. INFECTION VIH – SIDA : RÉDUIRE L'INCIDENCE DES CAS DE SIDA À 2,4 POUR 100 000 EN 2008 (ACTUELLEMENT 3,0 POUR 100 000)

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Incidence des cas de sida

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Dans le libellé de l'objectif, l'incidence « actuelle » des cas de sida se réfère à l'incidence estimée en 2001.

Depuis l'arrivée des puissantes associations thérapeutiques en 1996, l'incidence des cas de sida reflète plus les problèmes d'accès au dépistage et aux soins que la dynamique de l'épidémie, dont rend mieux compte l'évolution de l'incidence des infections à VIH. Un indicateur sur l'incidence de l'infection à VIH, indispensable à la définition et à l'évaluation des politiques de prévention de l'infection à VIH, devrait donc être suivi en complément de l'indicateur sur l'incidence du sida. La dynamique de l'infection à VIH peut maintenant être mieux appréhendée à partir de la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, mise en place au début de l'année 2003, même si cette déclaration reflète également le recours au dépistage.

Les principales stratégies d'action pour réduire l'incidence du VIH - Sida visent à : diminuer la fréquence des comportements à risque (chez les séropositifs afin de diminuer la transmission, chez les séronégatifs afin d'éviter la contamination) ; améliorer la connaissance du statut sérologique chez les personnes infectées (réduire la transmission et permettre l'accès aux soins) ; et augmenter la proportion de personnes ayant accès aux soins après un dépistage. Des indicateurs de résultats doivent être identifiés pour chacun de ces objectifs spécifiques (ainsi que des indicateurs d'activité pour les actions mises en œuvre) dans le cadre du développement d'un plan d'action, mais ces indicateurs se situent en amont du suivi de l'objectif inscrit dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

En aval, l'évolution de la mortalité associée au sida reflèterait l'impact des possibilités thérapeutiques.

Principales sources de données identifiées

Deux indicateurs principaux sont retenus dans le cadre du suivi de cet objectif : l'incidence annuelle des cas de sida (en relation directe avec l'objectif) et l'incidence annuelle du nombre de nouveaux diagnostics déclarés d'infections à VIH.

La répartition des nouveaux cas déclarés de sida pourra être analysée pour décrire les caractéristiques des personnes touchées : selon le sexe, les classes d'âge (15-19 ; 20-24 ; 25-29 ; 30-34 ; 35-39 ; 40-44 ; 45-49 ; 50 ans), la répartition régionale, la nationalité (France, Europe (hors France), pays d'Afrique sub-saharienne, pays d'Afrique du nord, autres et inconnu) et le mode de transmission. Une attention particulière pourrait de plus être portée aux départements français d'Amérique compte tenu de la dynamique particulière de l'infection et des difficultés de développement du dépistage dans cette région. L'analyse de l'origine géographique des personnes touchées pourrait également être plus détaillée pour prendre en compte la dynamique des épidémies dans différentes régions du monde et l'intensité des migrations : France, Union Européenne, Europe hors UE, Afrique sub-Saharienne, Maghreb, Asie, Autres régions.

Par ailleurs, la proportion de personnes dont la séropositivité n'était pas connue parmi celles qui sont diagnostiquées au stade sida est un indicateur d'accès au dépistage, et la proportion des sujets diagnostiqués au stade sida sans traitement préalable alors que la séropositivité était connue est un indicateur d'accès aux soins.

L'analyse des données provenant de la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (mise en place en 2003), couplée à celle des données de la surveillance volontaire des infections récentes (identification des infections datant de moins de 6 mois parmi les nouveaux diagnostics), permettra d'estimer l'incidence de l'infection à VIH.

La répartition des cas de nouveaux diagnostics déclarés d'infections à VIH pourra être analysée selon le sexe, les classes d'âge (cf. ci-dessus), la région de résidence, la nationalité (cf. ci-dessus) et le mode de transmission pour décrire les caractéristiques des personnes atteintes. De plus, la proportion d'infections récentes (inférieures

à 6 mois¹⁰⁴) parmi les nouveaux diagnostics d'infections à VIH, et, à l'opposé, celle des sujets dépistés au stade du sida constituent des indicateurs de l'accès au dépistage.

L'utilisation d'indicateurs issus d'enquêtes déclaratives interrogeant sur les habitudes de dépistage en population générale et en population à risque a été discutée. Ces informations permettent notamment de mieux interpréter les données de la notification obligatoire des nouveaux diagnostics de l'infection à VIH, en donnant des indications sur la couverture effective du dépistage, et surtout elles permettent d'orienter les actions.

Les données de l'assurance maladie peuvent également être analysées. Les données portant sur les mises en affections de longue durée (ALD) pour le VIH-Sida et/ou les personnes nouvellement mises sous traitements anti-rétroviraux pourront être utilisées par l'InVS pour estimer l'exhaustivité de la DO mais ne semblent pas devoir être suivies de façon indépendante dans le cadre de cet objectif.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Incidence cumulée des cas déclarés de sida</i>	InVS Déclaration obligatoire Sida	(répartition des cas seulement) Sexe Classes d'âge Nationalité Mode de transmission Région	Annuelle	Oui	
<i>Incidence des nouveaux diagnostics déclarés d'infection à VIH chez l'adulte</i>	InVS Déclaration obligatoire VIH	(répartition des cas seulement) Sexe Classes d'âge Nationalité Région Mode de transmission	Annuelle	Oui	
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non dépistées auparavant</i> <i>Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non traitées auparavant (séropositivité connue)</i>	InVS Déclaration obligatoire Sida	Sexe Classes d'âge Nationalité Mode de transmission Région	Annuelle	oui	
<i>Proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) parmi les infections à VIH</i>	InVS Déclaration obligatoire VIH Surveillance virologique	Sexe Classes d'âge Nationalité Mode de transmission Région	Annuelle	Oui	

Soit 4 fiches.

¹⁰⁴ La proportion d'infections récentes est estimée à partir de la surveillance virologique basée sur le volontariat, le consentement étant obtenu auprès du patient par le médecin déclarant au moment de la notification obligatoire. Cette surveillance permet de déterminer, parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, le type de virus (VIH-1 ou VIH-2), le groupe et le sous-type en cas d'infection VIH-1 et d'évaluer, parmi les diagnostics d'infection VIH-1, si la contamination est récente (≤ 6 mois) ou non, à l'aide d'un « test d'infection récente ».

INCIDENCE DES CAS DE SIDA

Indicateur	Incidence cumulée des cas déclarés de sida
Objectif	36. <u>Infection VIH - Sida</u> : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas déclarés de sida au cours de l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)	Sexe, classes d'âge, région, nationalité, groupe de transmission	
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS - HFA : incidence des cas de Sida diagnostiqués cliniquement (CIM10 : B20-B4) pour 100 000 habitants OCDE : incidence des cas de Sida pour 100 000 habitants UE : incidence/prévalence des cas de sida pour 100 000 habitants	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : ...

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Déclaration des cas de Sida diagnostiqués (exhaustivité)	
Mode de collecte (ddb)	Déclaration obligatoire depuis 1986 (article L. 3113-1 du Code de Santé Publique, décrets du 6 mai 1999 et du 16 mai 2001) Les fiches de déclaration Sida sont envoyées par les médecins déclarants à l'InVS via les DDASS	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Cliniciens, médecins des DDASS et InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité	Le contrôle de qualité est assuré à l'InVS avec les validations et relances auprès des médecins.	
Mode de calcul	Les cas sont notifiés avec un certain délai, dont on tient compte en corrigeant (ou « redressant ») les données des années récentes. Ceci est réalisé à l'aide d'un modèle mathématique qui utilise la distribution des délais de notification des cas déjà notifiés. Les redressements sont effectués sur les 4 derniers semestres de notification. L'estimation est moins fiable pour les semestres les plus récents et doit donc être interprétée avec prudence (de même pour les décès) ¹⁰⁵	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	On estime que 80 à 90 % des cas de sida sont notifiés ¹⁰⁶ , mais l'évolution du nombre de cas diagnostiqués sur les trois premiers trimestres de l'année 2003 peut laisser craindre une sous-déclaration plus importante qu'au cours des années précédentes, associée à l'introduction de la déclaration VIH.
Modalités d'interprétation	Reflète le passage au stade Sida des infections VIH non dépistées ou non prises en charge (ou dont le traitement n'a pas été efficace)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

¹⁰⁵ Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, Van Druten JAM, Downs AM: Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. Stat Med 1989, 8:963-976.

¹⁰⁶ Bernillon P, Lièvre L, Pillonel J, Laporte A, Costagliola D. Estimation de la sous déclaration des cas de Sida en France par la méthode de capture - recapture. BEH 1997, 5:19-21.

NOUVEAUX CAS DÉCLARÉS DE SIDA DONT LA SÉROPOSITIVITÉ ÉTAIT INCONNUE OU NON TRAITÉS	
Indicateur	Répartition du nombre de nouveaux cas déclarés de sida
Objectif	36. Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1. Nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année considérée qui ignoraient leur séropositivité 2. Nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année considérée dont la séropositivité était connue mais qui n'étaient pas traités	
Dénominateur (D)	Nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année considérée	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)	Sexe, classes d'âge, région, nationalité	
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 1 : 51% ; 2 : 22%

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Déclaration des cas de Sida diagnostiqués (exhaustif)	
Mode de collecte (ddb)	Déclaration obligatoire depuis 1986 (article L. 3113-1 du Code de Santé Publique, décrets du 6 mai 1999 et du 16 mai 2001) Les fiches de déclaration Sida sont envoyées par les médecins déclarants à l'InVS via les DDASS	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Cliniciens, médecins des DDASS et InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité	Le contrôle de qualité est assuré à l'InVS avec les validations et relances auprès des médecins.	
Mode de calcul	N/D	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflètent respectivement l'accès au dépistage et l'accès aux soins après dépistage.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Les difficultés d'accès au dépistage et aux soins doivent aussi être analysés en fonction de la date d'arrivée en France des patients étrangers.

INCIDENCE DES DIAGNOSTICS D'INFECTION À VIH	
Indicateur	Incidence des diagnostics d'infection à VIH notifiés au cours de l'année
Objectif	36. Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH notifiés au cours de l'année	
Dénominateur (D)	Population de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)	Selon le sexe, les classes d'âge, la nationalité, la région de domicile et le mode de transmission	
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : nouvelles infections à VIH pour 100 000 personnes UE : nouveaux diagnostics d'infection à VIH (source : EuroVIH/InVS)	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : estimée à 6000

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Déclaration des infections diagnostiquées : la déclaration obligatoire s'applique à tous les biologistes et médecins (public ou privé). Les biologistes doivent notifier toutes les nouvelles sérologies positives de leur laboratoire et transmettre la fiche de notification à la DDASS et au clinicien prescripteur du test. Les résultats des dépistages réalisés dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont exclus des déclarations mais l'activité des CDAG (nombre de test et nombre de tests positifs annuels) est recueillie par ailleurs	
Mode de collecte (ddb)	Les fiches de notification VIH sont adressées aux DDASS puis parviennent à l'InVS.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Biologistes et cliniciens, Médecin de DDASS et InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète les cas dépistés, indépendamment de l'ancienneté de la contamination, en fonction de l'accès au dépistage, et en excluant les résultats des CDAG.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Première publication en 2004
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La notification obligatoire ne mesure pas l'incidence de l'infection à VIH à proprement parler mais celle des « nouveaux diagnostics » d'infection à VIH (ce qui ne signifie pas des nouvelles contaminations). L'estimation de l'incidence de l'infection à VIH fait l'objet d'une recherche qui va débiter en 2004 à partir des données de la déclaration obligatoire du VIH, des résultats du test d'infection récente et d'autres paramètres (notamment la fréquence du dépistage...).	

PROPORTION D'INFECTIONS RÉCENTES PARMI LES INFECTIONS À VIH

Indicateur	Proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) parmi les infections à VIH
Objectif	36. Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'infections récentes (≤ 6 mois)	
Dénominateur (D)	Nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH notifiés au cours de l'année	
Sous-groupes (stratification)	Selon le sexe, les classes d'âge, la nationalité, la région de domicile et le mode de transmission	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 38,4 % [IC à 95 % : 35,0 - 41,8]. (sur 839 personnes (64 %) nouvellement diagnostiquées en 2003 pour le VIH-1)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Déclaration des infections diagnostiquées pour des patients infectés volontaires, consentement obtenu par le médecin déclarant au moment de la notification obligatoire.	
Mode de collecte (ddb)	Test d'infection récente effectué par le Centre national de référence du VIH (CNR), à partir d'un échantillon de sérum sur buvard, réalisé par les biologistes au moyen du « fond de tube » ayant permis de diagnostiquer l'infection VIH. Les résultats virologiques sont envoyés à l'InVS où ils sont couplés aux informations contenues sur la fiche de notification du VIH correspondante, grâce au code d'anonymat.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Biologistes, Médecins déclarants, Centre national de référence du VIH et InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité		
Mode de calcul	N/D	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète les données les plus proches de la dynamique de diffusion de l'infection, mais dépend des pratiques de dépistage.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Première publication en 2004
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Exhaustivité à améliorer parmi les nouveaux cas d'infection diagnostiqués.

COMMENTAIRE

Innovation dans le développement de la surveillance de l'infection VIH.

Référence : BEH N° 24-25/2004 : La notification obligatoire du VIH

37. HÉPATITES : RÉDUIRE DE 30 % LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE AUX HÉPATITES CHRONIQUES : PASSER DE 10-20 % À 7-14 % DES PATIENTS AYANT UNE HÉPATITE CHRONIQUE D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Mortalité attribuable aux hépatites chroniques (cirrhose et ses complications)

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'essentiel de la mortalité attribuable aux hépatites est lié à la cirrhose et à ses complications. Le choix de cet objectif repose sur une analyse selon laquelle la mortalité attribuable aux hépatites chroniques peut être réduite par l'amélioration du dépistage, en particulier dans les groupes les plus à risque : usagers de drogues, populations migrantes en provenance de zones d'endémie, milieu carcéral. En effet, la réduction de la consommation d'alcool et des syndromes dysmétaboliques (surpoids, diabète, hyperlipidémie) ainsi que le traitement des hépatopathies chroniques et de leurs complications devraient aboutir à la guérison de la moitié des cas d'hépatite chronique C et au contrôle de la multiplication virale du VHB dans un nombre croissant de cas.

L'objectif est toutefois mal précisé. Il faudrait plutôt évoquer la notion de « mortalité *associée* aux infections chroniques dues aux virus des hépatites B et C ». Mais l'impact des effets de l'amélioration de la prise en charge sur la mortalité associée aux hépatites chroniques sera probablement difficile à apprécier sur une durée de 5 ans. En effet, l'évolution de l'hépatite C chronique est relativement lente : le retard moyen au diagnostic est de 15 ans et le délai moyen d'apparition de la cirrhose varie de 2 à 30 ans voire plus, avec une médiane autour de 18 ans¹⁰⁷. Selon l'expertise collective de l'INSERM (2003), la prévalence semble encore peu affectée en raison de l'incidence cumulée des formes chroniques et la prévalence des patients infectés depuis plus de 20 ans, les plus à risque de complications, est encore susceptible d'augmenter dans les prochaines années.

Indicateurs

En l'état actuel des connaissances, on ne peut pas évaluer en routine la mortalité associée aux hépatites chroniques par les statistiques de mortalité. Le codage en CIM 10 à partir de l'année 2000 permettra dorénavant d'identifier les hépatites B et C, ce qui n'était pas le cas avec la CIM 9. Surtout, il est probable que les décès associés aux hépatites chroniques B et C soient sous évalués sur les bulletins de décès, notamment lorsque les hépatites sont compliquées d'hépatocarcinomes ou de cirrhoses ; une étude réalisée sous l'égide de l'ANRS par le CépIDc, l'InVS, l'AFEF et la fédération des pôles de référence des hépatites C devrait prochainement clarifier cette question : elle comprend une vérification auprès des médecins certificateurs pour un échantillon aléatoire de certificats de décès (2001) dont les causes spécifiées sont susceptibles d'être associées à des hépatites B ou C. Elle permettra de quantifier la mortalité associée aux hépatites B et C, d'en évaluer précisément le poids au sein de la mortalité générale et de rechercher le rôle des hépatites B et C dans le processus morbide ayant conduit au décès ; elle produira également des informations sur ces processus morbides. Cette étude, basée sur une investigation précises des certificats de décès de 2001, devrait permettre de définir les conditions de production d'un indicateur qui pourrait être produit en routine. Il faudra distinguer les hépatites chroniques B et C dans la mesure où l'impact, les modes de transmission, ainsi que les modalités thérapeutiques sont distincts.

Un indicateur complémentaire est proposé afin d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B et C prises en charge par le système de soin : le nombre de patients admis en ALD n° 6 pour hépatite virale B ou C. Cet indicateur, qui devra être expertisé comme indicateur indirect prédictif de la mortalité, peut être produit à l'échelon régional.

D'autres indicateurs complémentaires ont été discutés : activité du dépistage du VHC, nombre de patients nouvellement pris en charge pour hépatite C par les pôles de référence volontaire, nombre de patients atteint d'hépatite C ayant eu recours à l'hôpital, nombre de patients ayant eu une prescription d'interféron pégylé et de ribavirine. Mais ils n'ont pas été retenus, dans la mesure où ils ne permettent pas de suivre l'atteinte de l'objectif

¹⁰⁷ Source : expertise collective INSERM

en terme de réduction de la mortalité associée aux hépatites chroniques B et C. Ce sont plutôt des indicateurs de processus, les deux premiers n'ayant d'ailleurs pas de représentativité nationale.

La proportion de sujets positifs pour le VHC et porteurs chroniques de l'AgHBs est un indicateur intéressant pour l'évaluation de l'incitation au dépistage. Cet indicateur est produit dans l'enquête de prévalence des marqueurs des hépatites B et C réalisée par l'InVS et la CNAMTS sur un échantillon aléatoire d'assurés sociaux du régime général.

Par ailleurs, la vaccination contre l'hépatite B est étudiée dans le cadre de l'objectif 42 relatif à la couverture vaccinale et les taux de séropositivité dans la population des usagers de drogues font l'objet d'un objectif spécifique (objectif 56) .

Principales sources de données identifiées

Activité de dépistage du VHC (RENA-VHC InVS)

Données des pôles de référence volontaires (InVS)

Enquête de prévalence en population générale des marqueurs des hépatites C (1994 et 2004) et B (2004) (InVS)

Enquêtes sur les patients ayant recours à l'hôpital pour hépatite C (DREES, DHOS)

Statistiques des causes médicales de décès (INSERM CépiDc) et enquêtes complémentaires ANRS réalisées par le CépiDc, l'InVS, l'AFEF et l'ENPRRH

Admissions en ALD (Assurance maladie)

Prescriptions de l'association interféron-Pegylé-Ribavirine (Assurance maladie)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/ disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre de décès associés à une hépatite chronique par le VHC ou le VHB</i>	ANRS, INSERM CépiDc, InVS, AFEF, ENPRRH	Type d'hépatite, sexe, âge	Quinquennale	Non pertinent (prématuré)	Expertise des certificats de décès en cours
Indicateur complémentaire					
<i>Nombre de patients admis en ALD n° 6 pour hépatite chronique B ou C</i>	UNCAM ALD	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, disponible	

Soit 2 fiches.

Eléments de bibliographie

Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France 1994-1995, *BEH*, n°5, janvier 1996, InVS

Hépatites virales, Dépistage, prévention, traitement. Expertise collective INSERM, 1997.

Recommandations pour la pratique clinique, actualisation. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales, ANAES, février 2001.

Conférence de consensus Traitement de l'hépatite C, Mercredi 27 et jeudi 28 février 2002, ANAES.

Numéro thématique : Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux, *BEH*, n°16 et n°17, avril 2003, InVS

Hépatite C, Transmission nosocomiale, Etat de santé et devenir des personnes atteintes. Expertise collective INSERM, 2003.

MORTALITÉ PAR HÉPATITE VIRALE B OU C

Indicateur	Nombre de décès associés à une hépatite chronique par le VHC ou le VHB
Objectif	37. Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès associés aux hépatites virales chroniques B ou C (après expertise)	
Sous-groupes (strates)	Sexe Age : moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions	Type d'hépatite	
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	UE NEWCRONOS : mortalité par hépatites virales aiguës ou chroniques Liste européenne des 65 causes de mortalité : mortalité par hépatites virales aiguës ou chroniques	
Dernier résultat connu	Année :	Étude en cours sur les données 2001

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès : étude spécifique	
Mode de collecte (ddb)	Echantillon aléatoire à partir des certificats de décès	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	ANRS, INSERM CépiDc, InVS, AFEF, ENPRRH	
Service responsable de la synthèse des données	ANRS, INSERM CépiDc, InVS, AFEF, ENPRRH	
Méthodologie	Vérifications par enquête postale auprès des médecins certificateurs pour toutes les causes susceptibles d'être en lien avec une hépatite B ou C (échantillon stratifié selon les types de causes)	
Mode de calcul	Estimation de l'ensemble des décès associés aux hépatites C et B + calcul des taux bruts et standardisés sur la population européenne	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Actuellement, les statistiques des causes médicales de décès sous-estiment les décès associés aux hépatites virales chroniques
Modalités d'interprétation	La mortalité totale devrait encore augmenter dans les prochaines années

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Actuellement N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Cette étude doit préciser le nombre de décès associés aux hépatites chroniques et fournir des estimation des taux de survie

COMMENTAIRE

Il s'agit d'une <i>estimation</i> du nombre de décès associés aux hépatites virales B ou C, et non d'un décompte exhaustif. Actuellement les décès associés aux hépatites virales chroniques semblent sous-évalués, notamment au stade des complications (cirrhose, hépato-carcinome...) Cette enquête devrait permettre d'estimer le taux de décès et les conditions de production d'un indicateur en routine.	

PATIENTS ADMIS EN ALD POUR HÉPATITE CHRONIQUE B OU C

Indicateur	Nombre (et taux) de patients admis en ALD n° 6 pour hépatite chronique B ou C
Objectif	37. Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients nouvellement admis en ALD n° 6 (maladies chroniques actives du foie et cirrhose) pour hépatite virale chronique B ou C (CIM 10)	
Dénominateur (D)	Population couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)	Sexe, Age (moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus)	
Décompositions (N)	Type d'hépatite (B, C)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : nouvelles admissions en ALD
Mode de collecte (ddb)	Administratif, permanent (exhaustivité des admissions en ALD 6 pour la population couverte par l'un des trois grands régimes)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (tous régimes)
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Méthodologie	Agrégation des données des trois grands régimes, à terme SNIIRAM
Mode de calcul	Dénominateur obtenu à partir de la population INSEE corrigée du taux global de couverture par les 3 principaux régime)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Estimation supposant qu'il y ait demande d'ALD et acceptation par l'assurance maladie. Biais de couverture évoqué ci-dessus
Modalités d'interprétation	Estimateur qui évalue le fardeau des hépatites B et C sur le système de santé et qui pourrait approcher la prise en charge thérapeutique des hépatites chroniques. Il est aussi influencé, par la politique de dépistage, la disponibilité et le coût de nouveaux traitements, l'évolution des indications thérapeutiques.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Production de données agrégées des trois principaux régimes Evaluer la pertinence vis-vis de l'évaluation des tendances de la mortalité associée aux hépatites B et C.

COMMENTAIRE

Indicateur de contexte permettant d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B et C <i>prises en charge</i> par le système de soin

38. TUBERCULOSE : STABILISER L'INCIDENCE GLOBALE DE LA TUBERCULOSE EN RENFORÇANT LA STRATÉGIE DE LUTTE SUR LES GROUPES ET ZONES À RISQUE (10,8 POUR 100 000 ACTUELLEMENT) D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence annuelle nationale/régionale dans les groupes à risque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence nationale et régionale peuvent donc être estimée à partir des déclarations de nouveaux cas.

Cependant, l'incidence globale de la tuberculose est stable depuis 1997 avec environ 11 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an. Cette incidence globale est en fait la résultante de situations très diverses au sein de groupes et zones à risque clairement identifiés par la déclaration obligatoire¹⁰⁸. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif doit donc bien porter sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones à risque » et il est nécessaire dans tous les cas de suivre les indicateurs spécifiques correspondants.

L'exhaustivité des nouveaux cas déclarés de tuberculose est actuellement estimée à 65 %. Une partie de la discussion a porté sur la possibilité de produire une estimation redressée en fonction de l'exhaustivité. La question reste ouverte.

Les groupes à risque sont identifiés comme les populations vivant dans des conditions économiques difficiles ou précarisées et les populations vivant en collectivité. Les groupes de population les plus à risques ont été régulièrement identifiés par la surveillance épidémiologique : migrants en provenance de pays à forte prévalence et notamment les sujets jeunes d'Afrique subsaharienne, personnes sans domicile fixe, personnes en situation de précarité économique et sociale. Les aires géographiques regroupant le plus grand nombre de nouveaux cas de tuberculose sont bien définies et l'Île-de-France représente toujours la région de plus forte incidence.

Les estimations de l'incidence doivent donc être obtenues pour les sujets de nationalité française et les sujets de nationalité étrangère (ou les sujets nés en France et les sujets nés à l'étranger) pour lesquels les dynamiques épidémiologiques sont très différentes. Au sein de ces sous groupes, l'incidence pourra être étudiée selon les classes d'âge et le sexe. Une analyse selon la zone de résidence, en distinguant l'Île-de-France du reste de la France est par ailleurs nécessaire

Le nombre de patients admis en ALD n°29 pour tuberculose active a été intégré en tant qu'indicateur complémentaire afin d'aider à améliorer l'interprétation des données de la déclaration obligatoire.

La définition d'un deuxième indicateur complémentaire pourrait être envisagée à partir des données de l'assurance maladie : le nombre de patients ayant été remboursés pour le traitement d'une tuberculose active (un anti-tuberculeux donné à une posologie donnée pendant au moins une durée donnée).

La proportion (et nombre) de souches Multi-Drug Resistant (MDR) parmi les souches analysées au Centre National de référence est un indicateur de la prise en charge et du suivi des patients tuberculeux (dépistage, identification des cas secondaires, traitement des cas et des infections). Une diminution de l'incidence (population générale voire selon pays de naissance) associée à une augmentation des cas MDR dans certains sous groupes de population serait un indicateur alarmant.

Dans le cadre du suivi de cet objectif, les données de mortalité n'ont pas été retenues comme indicateur complémentaire, compte tenu du petit nombre de décès enregistrés (environ 700 décès en 1999 selon les données du CépiDC). Par ailleurs, les données issues des dépistages systématiques réalisés dans les foyers de migrants sont fournies par des enquêtes ponctuelles sur des zones précises : il semble difficile de les intégrer en tant qu'indicateur complémentaire pour le suivi de cet objectif.

¹⁰⁸ Bull Epidemiol Hebd, 2004 ; 4 :13-16.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Incidence cumulée des cas déclarés de tuberculose</i>	InVS DO	Nationalité/pays de naissance puis sexe, classes d'âge et lieu de résidence	Annuelle	Oui	
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre et incidence cumulée de patients nouvellement admis en ALD n°29 pour tuberculose active</i>	CNAMTS, CANAM et MSA	Sexe, classes d'âge, CMU	Annuelle	Oui	
<i>Nombre et incidence cumulée de patients ayant été remboursé pour traitement anti-tuberculeux pendant une durée minimale</i>	CNAMTS, CANAM et MSA	Sexe, classes d'âge, CMU	Annuelle	Oui	Définir le traitement à identifier en coopération avec la DGS, les experts et l'assurance maladie (en cours)

Soit 3 fiches.

INCIDENCE DES CAS DE TUBERCULOSE

Indicateur	Incidence cumulée des cas déclarés de tuberculose pour 100 000 habitants
Objectif	38. <u>Tuberculose</u> : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas déclarés de tuberculose au cours de l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (stratification)	Nationalité ou pays de naissance, sexe, classes d'âge (0-14 ; 15-24 ; 25-39 ; 40-59 ; >60), lieu de résidence	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS - HFA : Incidence des cas de tuberculose pour 100 000 habitants OCDE : - UE : ?	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : 10.2 cas pour 100 000 globalement, mais par exemple 24.8 pour 100 000 en Île-de-France ou 239.9 pour 100 000 chez les sujets de 25-39 ans nés en Afrique subsaharienne

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Groupe : patients ; responsable recueil : médecins, biologistes
Mode de collecte (ddb)	Déclaration obligatoire depuis 1964 (article L. 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de Santé Publique)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Cliniciens, biologistes, médecins des DDASS et InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Fiabilité	Le contrôle de qualité est assuré à l'InVS avec les validations et relances auprès des médecins.
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été estimée en 1992-1993 dans 15 départements. Elle était de 50 %, variant de 27 à 68 % selon les départements. Le Réseau Tuberculose Gironde a retrouvé une exhaustivité de 50 et 60 % en 1998 et 1999 dans le département. ¹⁰⁹ Sous-estimation vraisemblable des effectifs pour les personnes étrangères (situations irrégulières non recensées par l'INSEE) : surestimation de l'incidence dans ce groupe
Modalités d'interprétation	L'évolution des données d'incidence au sein de chaque groupe à risque permet de suivre l'impact des politiques de prévention mises en œuvre.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La valeur de référence citée dans l'objectif inscrit dans le rapport annexé est celle de 2002

¹⁰⁹ DECLUDT B, VAILLANT V, HUBERT B, *et al.* Évaluation de la qualité de la déclaration obligatoire de la tuberculose dans 16 départements français. BEH, 1995 ; (12) : 51-3.

ADMISSION ANNUELLE EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) POUR TUBERCULOSE	
Indicateur	Nombre et incidence cumulée des patients nouvellement admis chaque année en ALD pour tuberculose active (n°29)
Objectif	38. Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients nouvellement admis chaque année en ALD pour tuberculose active (n°29)	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée (INSEE) (ou nombre d'assurés sociaux)	
Sous-groupes (stratification)	Pour le taux : selon le sexe, les classes d'âge (0-14 ; 15-24 ; 25-39 ; 40-59 ; >60), les régions et les bénéficiaires de la CMU	
Décompositions (N)	Pour le nombre : selon le sexe, les classes d'âge (0-14 ; 15-24 ; 25-39 ; 40-59 ; >60), les régions et les bénéficiaires de la CMU	
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS, HFA-DB : - OCDE : - UE : -	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bénéficiaires des régimes CNAMTS, CANAM et MSA (Exhaustivité sur les bénéficiaires concernés)
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CPAM, CNAMTS, CANAM et MSA
Service responsable de la synthèse des données	DREES
Fiabilité	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A déterminer
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le nombre de patients admis en ALD n°29 pour tuberculose active a été intégré en tant qu'indicateur complémentaire afin d'aider à améliorer l'interprétation des données de la déclaration obligatoire.

BÉNÉFICIAIRES REMBOURSÉS POUR TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX (MOLÉCULE ET PÉRIODE)	
Indicateur	Nombre (et incidence cumulée) de bénéficiaires ayant été remboursés pour un traitement antituberculeux pendant une durée minimale au cours de l'année considérée
Objectif	38. <u>Tuberculose</u> : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de bénéficiaires ayant été remboursé pour tel traitement antituberculeux pendant telle période au cours de l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population de l'année considérée (INSEE) (ou nombre d'assurés sociaux)	
Sous-groupes (stratification)	Selon le sexe, les classes d'âges (0-14 ; 15-24 ; 25-39 ; 40-59 ; >60) et les régions	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bénéficiaires des régimes CNAMTS, CANAM et MSA (Exhaustivité sur les bénéficiaires concernés)	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CPAM, CNAMTS, CANAM et MSA	
Service responsable de la synthèse des données	URCAM (niveau régional) ; UNCAM (niveau national)	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Déterminer les traitements à retenir

COMMENTAIRE

A utiliser pour améliorer l'interprétation des données de la déclaration obligatoire

39. GRIPPE : ATTEINDRE UN TAUX DE COUVERTURE VACCINALE D'AU MOINS 75 % DANS TOUS LES GROUPES À RISQUE : PERSONNES SOUFFRANT D'UNE ALD (ACTUELLEMENT 50 %), PROFESSIONNELS DE SANTÉ (ACTUELLEMENT 21 %), PERSONNES AGÉES DE 65 ANS ET PLUS (ACTUELLEMENT 65 %) D'ICI À 2008.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Taux de couverture vaccinale dans les groupes à risque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'objectif est centré sur les populations à risque, ainsi que les professionnels à leur contact.

Selon le calendrier vaccinal 2003, la vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes suivantes :

Personnes âgées de 65 ans ou plus

Personnes atteintes des pathologies suivantes :

- affections broncho-pulmonaires chroniques (asthme, dysplasie broncho-pulmonaire, mucoviscidose),
 - cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves, valvulopathies graves,
 - néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs,
 - drépanocytoses homozygotes et doubles hétérozygotes SC, thalasso-drépanocytose,
 - diabètes insulino-dépendants ou non insulino-dépendants ne pouvant être équilibrés par le seul régime,
 - déficit immunitaire cellulaire (pour le VIH, l'indication doit être posée par l'équipe qui suit le patient),
 - personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou long séjour, quel que soit leur âge,
 - enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) dont l'état nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile)
- Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque

Toutes les ALD ne sont donc pas concernées par cette recommandation vaccinale. Il semble donc raisonnable de recadrer l'indicateur sur les indications des recommandations officielles, et même les 9 ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe (diabètes types 1 et 2, insuffisances cardiaques graves - troubles du rythme graves - cardiopathies valvulaires graves - cardiopathies congénitales graves, insuffisances respiratoires chroniques graves, accidents vasculaires cérébraux invalidants, formes graves des affections neurologiques et musculaires - épilepsies graves, déficits immunitaires primitifs graves nécessitant un traitement prolongé - infections par le virus de l'immunodéficience humaine, néphropathies chroniques et syndromes néphrotiques primitifs, hémoglobinopathies - hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères, mucoviscidose).

L'objectif paraît relativement optimiste pour les professionnels de santé, pour lesquels la couverture vaccinale contre la grippe est encore assez faible (21 %). Par ailleurs, non seulement les professionnels de santé mais aussi tous les professionnels au contact des personnes âgées dans les établissements médicaux ou médico-sociaux relèvent de cette recommandation.

Indicateurs

Les données de l'assurance maladie fournissent des données sur la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi que pour celles qui ont une des 9 ALD concernées (délivrance de vaccins contre la grippe pris en charge à 100 % par le fonds de prévention de l'assurance maladie).

Le taux de vaccination des 65-69 ans est actuellement plus faible que celui des 70 ans ou plus, pour lesquelles la prise en charge est plus ancienne.

Actuellement, la prise en charge de la vaccination contre la grippe passé 65 ans inclut les personnes âgées en ALD exonérante : les données relatives aux plus de 65 ans ne permettent pas de distinguer les taux de vaccination pour les bénéficiaires âgés qui ont une ALD exonérante. En conséquence, les données relatives à la couverture vaccinale des personnes en ALD exonérante ne concernent que les moins de 65 ans. Il n'est pas non plus possible actuellement de différencier les taux de vaccination par ALD.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de données indépendantes des groupes industriels pour le suivi annuel de la couverture vaccinale de l'ensemble des professions de santé. Ainsi, les Baromètres santé des médecins généralistes et pharmaciens ne couvrent qu'une partie des professionnels de santé. A l'inverse, l'enquête santé 2003 doit donner une estimation la couverture vaccinale pour l'ensemble des personnes travaillant dans le secteur médical (y compris les vétérinaires) ou social. Par ailleurs, les données des enquêtes GEIG-SOFRES sont recueillies auprès d'échantillons de la population générale dans lesquels les effectifs des professions de santé sont faibles.

Une expertise s'impose donc pour évaluer la capacité des enquêtes en population générale à produire des données spécifiques et suffisamment précises pour permettre le suivi de la couverture vaccinale des professionnels de santé (voire, selon les recommandations du calendrier vaccinal, de l'ensemble des professionnels « en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque »).

Principales sources de données identifiées

Données de l'Assurance maladie

Enquêtes déclaratives auprès de certains professionnels de santé : Baromètres santé des médecins généralistes et pharmaciens

Enquêtes déclaratives en population générale : enquête nationale santé (INSEE), enquêtes annuelles GEIG-SOFRES

Données des ventes en officine et en milieu hospitalier. Mais cet indicateur concerne l'ensemble de la population, et non les groupes ciblés (9 133 000 vaccins contre la grippe ont été vendus en officine en 2002, la population âgée d'au moins 65 ans étant de 9 631 000 au premier janvier de cette année).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus</i>	Assurance maladie (Remboursements)	Classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	/
<i>Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge à 100% de la vaccination</i>	Assurance maladie (Remboursements)	/	Annuelle	Pertinent, disponible	/
Indicateur complémentaire					
<i>Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe dans l'année</i>	Enquêtes déclaratives	Types de professionnels Lieu d'exercice			A expertiser : construction d'une enquête ad hoc indépendante ou introduction systématique dans les enquêtes en population générale

Soit 2 fiches

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE DES PERSONNES À RISQUE

Indicateur	- Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus - Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination
Objectif	39. Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %) et personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus

Numérateur (N)	Nombre d'assurés ou ayant droits âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe (c'est-à-dire : pour lesquels il y a eu délivrance d'un vaccin durant la période de campagne).	
Dénominateur (D)	Nombre total d'assurés ou ayant droits âgés de 65 ans ou plus.	
Sous-groupes (strates)	65-69 ans (pour lesquels la prise en charge de la vaccination est plus récente) 70 ans et plus	
Décompositions (N)	/	
Dernier résultat connu	Année : 2002/2003	Valeur : 65-69 ans : 48 % ≥ 70 ans : 76 %

Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge de la vaccination à 100 %

Numérateur (N)	Nombre total d'assurés ou ayant droits présentant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge du vaccin contre la grippe et âgés de moins de 65 ans, pour lesquels il y a eu délivrance du vaccin durant la période de campagne.	
Dénominateur (D)	Nombre total d'assurés ou ayant droits ayant une des 9 ALD exonérantes et âgés de moins de 65 ans.	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Dernier résultat connu	Année : 2002-2003	Valeur : 25 %

Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle (campagnes de vaccination)	
Indicateurs internationaux	OMS HFADB : / OCDE ECOSANTE : Personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre la grippe UE NEWCRONOS : / Projet ECHI-2 (en son état actuel) : Part de la population vaccinée contre la grippe	

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : données de liquidation durant la campagne de vaccination
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif pour les feuilles de soins adressées au remboursement par les bénéficiaires ou les pharmacies de ville
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Caisses primaires d'assurance maladie, caisses départementales ou pluri-départementales MSA...
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions) et InVS
Méthodologie	Données de l'ensemble des régimes
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Il s'agit du taux de délivrance du vaccin
Modalités d'interprétation	Les données sont produites pour chaque campagne de vaccination

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Données par ALD

COMMENTAIRE

L'objectif est déjà atteint pour les 70 ans ou plus

Eléments de bibliographie

- CNAMTS : Vaccination anti-grippale : Campagne d'information 2003 (Dossier de presse).
- GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A et al. *Baromètre santé 2000, méthode*, volume 1, CFES, Vanves, 2001, 142 p.
- GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A et al. *Baromètre santé 2000, résultats*, volume 2, CFES, Vanves, 2001, 473 p.

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE DES PROFESSIONNELS

Indicateur	Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe dans l'année
Objectif	39. Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %) et personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Enquête santé 2003

Numérateur (N)	Personnes actives occupées déclarant travailler dans le secteur sanitaire ou social et avoir été vaccinées contre la grippe au cours des douze derniers mois	
Dénominateur (D)	Actifs occupés déclarant travailler dans le secteur sanitaire ou social	
Sous-groupes (strates)	PCS, statut (libéral ou salarié)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropolitain (+ 5 extensions régionales)	
Périodicité de la mesure	Décennale (quinquennale envisagée)	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur : exploitation à faire

DESCRIPTION

Baromètre santé médecins généralistes et pharmaciens

Numérateur (N)	Nombre de médecins généralistes ou pharmaciens d'officine vaccinés contre la grippe au cours du dernier hiver	
Dénominateur (D)	Nombre de médecins généralistes ou pharmaciens d'officine interrogés	
Sous-groupes (strates)	Profession	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropolitain	
Périodicité de la mesure	(Question posée uniquement en 2002)	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 63,2 % des médecins généralistes

DESCRIPTION

Enquête GEIG-SOFRES

Numérateur (N)	Nombre de professionnels de santé déclarant avoir été vaccinés contre la grippe depuis le dernier automne	
Dénominateur (D)	Nombre de professionnels de santé interrogés	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropolitain	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Dernier résultat connu	Année : 2001/2002	Valeur : 21 %

COMMENTAIRE

Expertiser : la possibilité de différencier le secteur sanitaire et le secteur social dans l'enquête santé
la possibilité d'introduire cette question dans les enquêtes en population générale (versus construction d'une enquête indépendante)

40. MALADIES DIARRHÉIQUES : DIMINUER DE 20 % D'ICI 2008 LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE AUX MALADIES INFECTIEUSES INTESTINALES CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN (ACTUELLEMENT 3,4 POUR 100 000) ET CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS (ACTUELLEMENT 1,65 POUR 100 000 CHEZ LES 65-74 ANS, 6,8 ENTRE 75 ET 84 ANS, 25,1 ENTRE 85 ET 94 ANS, 102,9 AU DELÀ).

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classe d'âge

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Il s'agit des maladies infectieuses intestinales virales ou bactériennes.

Le taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant un an (24 décès en 1999).

Tous âges confondus, 678 décès ont été comptabilisés en 1999 (636 décès pour infections intestinales et 42 pour fièvres typhoïdes, paratyphoïdes et infections à salmonella), dont 591 chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Le taux de mortalité s'élevant aux grands âges, il est probable que le vieillissement de la population induise une augmentation du taux relatif aux personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le nombre annuel de décès par diarrhée est faible ; en conséquence, les données régionales devront être calculées sur des regroupement triennaux.

Principale source de données identifiée

Statistiques nationales des causes médicales de décès

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales</i>	INSERM-CépiDc	Classes d'âge	Annuelle	Pertinent sous réserve de regroupement triennaux Disponible	/

Soit 1 fiche.

MORTALITÉ PAR MALADIES INFECTIEUSES INTESTINALES

Indicateur	Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales
Objectif	40. Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au delà).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par infections intestinales bactériennes ou virales	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Taux pour : - Les moins d'un an, - Les 65 ans ou plus (dont 65-74 ans, 75-84ans, 85-94 ans, 95 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional (en regroupant les données sur trois années consécutives)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS HFA DB : mortalité par maladies diarrhéiques des enfants de moins de 5 ans	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : 678 décès tous âges (taux : 3,3 pour 100 000 avant un an, 1,7 pour 100 000 entre 65 et 74 ans, 5,7 pour 100 000 entre 75 et 84 ans, 24 pour 100 000 entre 85 et 94 ans et 70,4 pour 100 000 après 95 ans)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationales des causes médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif, à partir des certificats de décès
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE (état civil), INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM
Méthodologie	Logiciels de codage, vérifications possibles auprès des médecins certificateurs
Mode de calcul	Taux bruts et, pour les 65 ans ou plus, taux standardisé sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Le taux brut pour les 65 ans ou plus peut augmenter avec le vieillissement de la population (forte augmentation du taux après 95 ans)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Actuellement N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production des statistiques des causes médicales de décès

COMMENTAIRE

41. RÉDUIRE L'INCIDENCE DES GONOCOCCIES ET DE LA SYPHILIS DANS LES POPULATIONS À RISQUE, LA PRÉVALENCE DES CHLAMYDIOSSES ET DE L'INFECTION À HSV2.

OBJECTIF PREALABLE : MAINTIEN ET AMÉLIORATION DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES IST.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence des gonococcies chez les personnes à risque et en population générale

Incidence de la syphilis chez les personnes à risque et en population générale

Prévalence des infections à Chlamydia trachomatis en population générale et chez les femmes de moins de 25 ans

Prévalence des infections à HSV2 par sexe

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

▪ *Infection à gonocoque*

En l'état actuel, il n'existe pas de données disponibles en routine sur l'incidence des gonococcies ni chez les personnes à risque ni en population générale. La population à risque est à prédominance masculine, multipartenaires et vivant en zone urbaine.

Est proposé comme indicateur approché : le nombre annuel de diagnostics microbiologiques de gonococcie au sein du réseau de surveillance des laboratoires volontaires de RENAGO (InVS), dont il faut assurer la pérennité et améliorer la représentativité. La disponibilité au niveau régional est principalement : Ile-de-France versus autres régions.

La notification hebdomadaire des urétrites masculines (réseau sentinelles) pourrait fournir un indicateur mais celui-ci serait peu spécifique car il reflète plusieurs infections (gonocoques, CT et urétrites non spécifiques).

Les résultats d'enquêtes ponctuelles (nombre de gonococcies diagnostiquées par les dispensaires anti-vénériens) ne peuvent être retenus comme indicateur dans le cadre du suivi de cet objectif. Ce type d'enquête permet néanmoins d'obtenir une tendance générale et permet de confirmer les tendances épidémiologiques de RENAGO. Le nombre de cas déclarés de gonococcie dans des enquêtes périodiques réalisées dans la population homosexuelle (Enquête Presse gay et Baromètre Gay) peuvent également fournir des indications dans un groupe de population à risque.

▪ *Syphilis*

La population à risque est à prédominance masculine : partenaires multiples sans protection, homosexuels ou bisexuels, séropositifs et franciliens.

En l'état actuel des systèmes de surveillance, on ne dispose pas de données de routine sur l'incidence de la syphilis chez les personnes à risque et en population générale (plus de déclaration obligatoire depuis 2000 car peu déclaré). Fin novembre 2000, une résurgence de la syphilis a été documentée et a entraîné la mise en place d'un système de surveillance.

Le nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) est recueilli par l'InVS au sein d'un réseau de structures volontaires (dispensaires anti-vénériens, consultations hospitalières) mis en place en 2001 au niveau parisien et proposé depuis juillet 2002 aux vingt plus grandes villes Françaises : il faudra avant tout pérenniser et consolider le système avant d'en améliorer la représentativité. La distribution des cas diagnostiqués selon les orientations sexuelles, l'âge, le sexe et la séropositivité peut permettre de suivre les caractéristiques de la population touchée.

Il a été envisagé de retenir le nombre annuel de patients ayant été remboursés par l'Assurance Maladie pour l'achat d'une ampoule d'Extencilline (2,4 MU) (indicateur disponible en routine de façon pérenne et au niveau régional). Cependant, les données concernant les patients traités dans des dispensaires anti-vénériens ne sont pas disponibles sous cette forme. Seules les données de « ventes par boîtes » sont accessibles. Ce qui nous contraint à retenir l'indicateur approché suivant : nombre de boîtes d'Extencilline vendues.

Le nombre annuel de diagnostics microbiologiques de syphilis réalisés dans les laboratoires d'analyses et de biologie médicale avait été relevé ponctuellement dans le cadre de la campagne d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris en 2002 mais n'est pas disponible en routine.

- *Infection à chlamydiae trachomatis*

En l'état actuel, il n'existe pas de données recueillies en routine¹¹⁰ sur la prévalence des infections à chlamydiae trachomatis (CT) ni en population générale ni chez les femmes de moins de 25 ans qui constituent la principale population à risque.

Le nombre annuel de diagnostics microbiologiques d'infection à chlamydiae trachomatis au sein du réseau de laboratoires volontaires RENACHLA (InVS) peut fournir un indicateur approché. Le réseau RENACHLA est pérenne depuis 1989. La disponibilité au niveau régional est principalement : Ile-de-France versus autres régions.

Enfin, si le dépistage gratuit des femmes à risque d'infection à Chlamydia dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les CDAG est effectif à court terme (objectif 43), un indicateur pourra être basé sur le rapport (par sexe et classe d'âge) du nombre de dépistages positifs au nombre de dépistages réalisés dans les CDAG, où les données pourront être recueillies par l'InVS dans le cadre du système de surveillance déjà mis en place pour le VIH, le VHC et le VHB, et si possible dans les CPEF.

- *Herpès génital (infection à HSV1 et 2)*

Deux virus provoquent l'herpès : le virus HSV1 est traditionnellement responsable de l'herpès labial ; et le virus HSV2, responsable de l'infection sexuellement transmissible appelée herpès génital. Cependant, des études récentes ont montré que le virus HSV1 est de plus en plus souvent retrouvé au niveau de la sphère génitale. Pour tenir compte de cet élément, il est préférable de parler d'herpès génital.

Il n'existe actuellement pas de données recueillies en routine sur la prévalence des infections à HSV selon le sexe. L'étude Herpimax réalisée à partir de l'enquête SU.VI.MAX a estimé la prévalence de HSV-2 à 17,2% (17,9% chez les femmes et 13,7% chez les hommes)¹¹¹. Un outil de surveillance pour HSV devrait être défini par l'InVS dans les trois ans à venir.

La prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV2 est l'indicateur qui semble actuellement le plus pertinent, par sexe et par classe d'âge. La répartition des cas selon les phases de l'infection pourrait apporter des informations utiles vis-à-vis de l'évolution de l'épidémie, mais est difficile à faire en pratique clinique.

¹¹⁰ Une enquête sur la prévalence des infections à Chlamydia trachomatis en population générale (Inserm/InVS) va être couplée à l'enquête sur le contexte de la sexualité des français (CSF InSERm/Ined) en 2005 si la phase pilote sur 300 sujets en octobre 2004 montre la faisabilité de cette enquête Chlamydiae (la recherche de Chlamydiae trachomatis sera réalisé à partir d'auto prélèvement au domicile des sujets)

¹¹¹ Malkin JE et al.: « Seroprevalence of HSV-1 and HSV-2 infection in the general French population » Sex Transm Infect 2002; 78 : 201-203.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs approchés					
<i>Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif au sein du réseau de laboratoires volontaires RENAGO</i>	InVS RENAGO	Sexe, classes d'âge	Annuelle	IDF / autres régions	Pérenniser et consolider RENAGO
<i>Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires de référence</i>	InVS	Sexe, classes d'âge, statut VIH, homosexuels masculins	Annuelle (semestriel disponible)	-	
<i>Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues</i>	GERS (par l'intermédiaire de l'InVS)		Annuelle (mensuel disponible)	Oui	
<i>Nombre annuel de diagnostics microbiologiques d'infection à chlamydiae trachomatis au sein du réseau de laboratoires volontaires RENACHLA</i>	InVS RENACHLA	Sexe, classes d'âge	Annuelle	IDF / autres régions	Pérenniser et consolider RENACHLA
<i>Prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV 2</i>	A déterminer	Sexe, classes d'âge	Annuelle		Recueil à mettre en place

Soit 4 fiches.

INFECTIONS A GONOCOQUE

Indicateur	Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif au sein du réseau de laboratoires volontaires RENAGO
Objectif	41. Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 <u>Objectif préalable</u> : Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de souches de gonocoques isolées par les laboratoires participant à RENAGO ayant envoyé au moins 6 fiches mensuelles dans l'année	
Dénominateur (D)	Nombre de laboratoires ayant envoyé au moins 6 fiches mensuelles dans l'année	
Sous-groupes (strates)	-	
Décompositions (N)	Selon le sexe et les classes d'âge (<15, 15-19, ..., 40-44, ≥45)	
Niveau géographique	National : oui ; Régional : comparaison Ile-de-France vs autres régions (faible effectif)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 1,60 souches de gonocoque isolées par laboratoire actif (1,44 Ng/lab/an chez des hommes et 0,16 Ng/lab/an chez des femmes)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Les prélèvements microbiologiques sont effectués dans les laboratoires participant au réseau : 195 laboratoires actifs en 2002 (dont 80% de laboratoires privés), soit 4 % de l'ensemble des laboratoires d'analyse de biologie médicale situés en France métropolitaine, répartis dans toutes les régions à l'exception de la Corse..	
Mode de collecte (ddb)	Les biologistes privés et hospitaliers envoient chaque mois à l'InVS une fiche d'enquête où figurent le nombre de prélèvements génitaux et pour chaque cas détecté des informations épidémiologiques (l'âge et le sexe du patient, les signes cliniques observés, le pays de contamination, le site de prélèvement, la spécialité du médecin prescripteur, l'existence d'une autre MST associée et depuis janvier 2000, le nom du médecin prescripteur du prélèvement). Les biologistes envoient les souches de Neisseria gonorrhoeae (Ng) au Centre national de référence (CNR) des gonocoques (Institut Alfred Fournier) qui effectue une étude de sensibilité de la souche de gonocoque vis-à-vis des 6 antibiotiques suivants : ceftriaxone, ciprofloxacine, pénicilline, tétracycline, thiamphénicol, et spectinomycine	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La couverture effective de la population est impossible à déterminer : les gonococcies sont prise en charge essentiellement en ville mais chaque médecin voit un nombre très limité de gonococcies. La représentativité des données dépend d'une part de celles des laboratoires, d'autre part et surtout du recours aux soins et aux prélèvements microbiologiques par les personnes infectées : des infections peuvent ne pas être détectées dans des sous-groupes de populations particulières notamment si ces sous-groupes, pour des raisons socio-économiques, n'ont pas accès aux examens de laboratoire.
Modalités d'interprétation	Tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Les systèmes de surveillance basés sur des réseaux de microbiologistes sont des systèmes de surveillance simples qui transmettent des informations fiables. Ils ne peuvent toutefois fournir que des indications, et devraient être complétés par des enquêtes épidémiologiques ponctuelles

Référence : Herida, M. et coll. : Les infections à gonocoque en 2001 et 2002 : données du réseau national des gonocoques (Rénago). BEH N°15/2004 : 57-59

PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC DE SYPHILIS RÉCENTE

Indicateur	Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires de référence
Objectif	41. Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 <u>Objectif préalable</u> : Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Sexe, classes d'âge, statut VIH, homosexuels masculins.	
Niveau géographique	Surveillance basée sur un réseau de structures volontaires à Paris et dans 20 grandes villes du territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	Annuelle (semestriel disponible)	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 401 cas

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Diagnostics portés dans les centres participants : cliniciens (informations comportementales par auto-questionnaire anonyme : patients)	
Mode de collecte (ddb)	Informations cliniques et biologiques recueillies par le clinicien et informations comportementales recueillies sous forme d'un auto-questionnaire anonyme, proposé au patient (vingtaine d'items centrés sur les pratiques sexuelles et les comportements préventifs du patient, personne source probable de l'infection et sur les partenaires sexuels que le patient aurait pu contaminer lors de rapports non protégés dans les trois mois avant le diagnostic de syphilis).	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	En raison de la multiplicité des acteurs chargés des IST (état, région, département), un référent syphilis par département ou région a été choisi. Il est chargé de collecter les questionnaires complétés par les cliniciens, les auto-questionnaires des patients et de les envoyer à l'InVS. Dans certains cas, les questionnaires arrivent directement à l'InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité	Ensemble des cas diagnostiqués dans ces centres volontaires : dispensaires anti-vénériens (DAV), consultations hospitalières de dermato-vénérologie, maladies infectieuses ou médecine interne et un réseau parisien de médecins de ville, à Paris et dans les 20 plus grandes villes de France.	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Représentativité non établie	
Modalités d'interprétation	Le système de surveillance de la syphilis associant recueil de données cliniques et comportementales est pérenne, mais basé sur la participation de sites volontaires, donc fragile. Il doit s'étendre pour améliorer la représentativité. Le suivi d'indicateurs de comportements à risque est possible par la proposition de l'auto-questionnaire par les cliniciens à leurs patients. Des études qualitatives comportementales permettraient d'affiner les connaissances.	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison		
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur		

COMMENTAIRE

Réseau de surveillance de la syphilis à partir de centres participants volontaires : étude de l'évolution annuelle du nombre de personnes adultes ayant un diagnostic de syphilis récente (caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales)

Référence : Couturier, E et coll. : Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. BEH N°3/2004, pp. 9-12

NOMBRE DE BOÎTES D'EXTENCILLINE VENDUES	
Indicateur	Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues par année
Objectif	41. Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 <u>Objectif préalable</u> : Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues par année	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveau géographique	National : oui ; régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Industrie pharmaceutique : Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement économique de l'industrie pharmaceutique. Son rôle est de produire des statistiques détaillées sur ce secteur. Cette base recense pour chaque présentation le chiffre d'affaires hors taxe correspondant aux volumes des ventes des laboratoires aux pharmacies.	
Mode de collecte (ddb)	GERS : Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. La classe thérapeutique (code EPHMRA) ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité Sociale de la présentation sont également indiqués	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	GERS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Cet indicateur reflète la fréquence de prescriptions correspondant à la prise en charge des patients avec un diagnostic de syphilis par les médecins du secteur privé (ventes aux pharmacies).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur indirect de l'évolution de la fréquence des cas diagnostiqués.

DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE D'INFECTIONS À CHLAMYDIAE TRACHOMATIS (RENACHLA)	
Indicateur	Nombre annuel d'infections à chlamydiae trachomatis diagnostiquées par les laboratoires volontaires participant régulièrement au système de surveillance RENACHLA
Objectif	41. Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 Objectif préalable : Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'échantillons positifs à C Trachomatis détecté par l'une ou plusieurs des techniques suivantes : culture cellulaire, immunoenzymatique, immunofluorescence, biologie moléculaire (hybridation moléculaire ou amplification génique)	
Dénominateur (D)	-	
Sous-groupes (strates)	-	
Décompositions (N)	Sexe et classes d'âge	
Niveau géographique	National : oui ; Régional : comparaison Ile-de-France vs autres régions (faible effectif)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 1985 cas, dont 1343 chez des femmes et 642 chez des hommes

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Recherche de <i>C. trachomatis</i> sur prélèvement génito-urinaire	
Mode de collecte (ddb)	Les laboratoires participant réseau communiquent chaque mois à l'InVS le nombre de recherches de <i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct) par examen direct. Pour chaque cas détecté sont précisés : l'âge et le sexe du patient, les signes cliniques observés, les agents pathogènes associés, la qualité du prescripteur (généraliste, spécialiste) et les motifs de prescription (en cas d'absence de signes cliniques).	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Fiabilité	RENACHLA a été constitué à partir des laboratoires participant à un réseau de surveillance des gonocoques créé en 1986 (RENAGO), et de laboratoires correspondants de l'institut Alfred Fournier. En 1995, le réseau RENACHLA était composé de 65 laboratoires privés (2 % des 3 309 LABM privés effectuant la recherche en France) et 26 laboratoires hospitaliers (7 % des 356 LABM hospitaliers). Sont inclus dans l'analyse les données des laboratoires qui ont participé pendant au moins 6 mois : en 2002, 82 laboratoires d'analyses de biologie médicale (52 privés, 30 publics dont 28 hospitaliers) Toutes les régions sont représentées à l'exception de la Corse. Le pourcentage de laboratoires participant à RENACHLA ne varie pas significativement d'une région à l'autre.	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Représentativité non déterminée. En particulier, peut ne pas détecter les évolutions dans des sous-groupes de la population qui n'ont pas accès aux examens de laboratoire pour des raisons socio-économiques. L'évolution du nombre de diagnostics positifs peut être liée à une évolution de l'activité des laboratoires et/ou à un recours au test plus fréquent par les cliniciens.
Modalités d'interprétation	Tendance évolutive de la fréquence des infections.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Les systèmes de surveillance basés sur des réseaux de microbiologistes sont des systèmes de surveillance simples puisqu'ils s'appuient sur un nombre restreint de correspondants qui par la nature de leur activité centralisent un nombre important de patients. De plus les informations transmises, basées sur un diagnostic microbiologique spécifique, sont fiables.

42. MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE RELEVANT DE RECOMMANDATIONS DE VACCINATION EN POPULATION GÉNÉRALE : ATTEINDRE OU MAINTENIR (SELON LES MALADIES) UN TAUX DE COUVERTURE VACCINALE D'AU MOINS 95 % AUX AGES APPROPRIÉS EN 2008 (AUJOURD'HUI DE 83 À 98 %).

OBJECTIF PRÉALABLE : AMÉLIORER LE SUIVI DU TAUX DE COUVERTURE VACCINALE DANS LES POPULATIONS À RISQUE ET AUX ÂGES CLÉS

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Taux de couverture vaccinale pour les différentes valences en population générale et dans les principaux groupes à risque.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Le calendrier vaccinal a beaucoup évolué ces dernières années (exemple : rappel ROR entre 3 et six ans depuis 1998, arrêt du contrôle systématique de la revaccination par le BCG...) et pourrait encore être modifié dans les prochaines années. Le suivi de la couverture vaccinale devra donc tenir compte des évolutions des obligations et recommandations vaccinales (vaccins, nombre d'injections, fréquence des rappels...)

Indicateurs

Compte tenu de la formulation de cet objectif qui évoque implicitement les différents âges de la vie, il est nécessaire de produire un ensemble d'indicateurs couvrant les différentes vaccinations du calendrier vaccinal et ce, à différents âges. A cet égard, le groupe projet préconise l'organisation de remontées statistiques sur la couverture vaccinale qui sera observée lors des consultations de prévention.

Pour les enfants, le système d'information sur la couverture vaccinale se complète progressivement avec les remontées des services départementaux de PMI (certificats de santé à 24 mois, examens de santé à 3-4 ans) et les données du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire (grandes sections de maternelles, CM2, troisièmes).

Aux âges adultes, si l'on excepte la vaccination contre la grippe, qui fait l'objet d'une fiche spécifique, et les cas particuliers dus aux expositions professionnelles, aux séjours à l'étranger ou à l'appartenance à des groupes à risque particulier etc., les recommandations du calendrier vaccinal 2004 concernent la vaccination contre la rubéole des jeunes femmes non vaccinées ainsi que les rappels décennaux contre le tétanos et la poliomyélite. La première de ces vaccinations est envisagée pour l'enfance et l'adolescence, seuls les rappels tétanos et poliomyélite à l'âge adulte sont envisagés ici. Les indicateurs devront toutefois être adaptées aux évolutions futures du calendrier vaccinal et en particulier à l'ajout de recommandations de rappels anti-diphtériques.

La couverture vaccinale des adultes est encore mal connue. Quelques enquêtes ponctuelles ont été effectuées, mais sans suivi systématique des tendances. Quelques questions ont été dernièrement introduites dans l'enquête santé, le Baromètre santé et l'enquête SPS de 2002, mais seule cette dernière étudie spécifiquement (en 2002) la notion de rappel contre le tétanos et la poliomyélite au cours des dix derniers années.

Cette information pourrait facilement être obtenue, par l'introduction systématique de questions adaptées dans les enquêtes en population générale et, ultérieurement, à partir de remontées de données recueillies durant les consultations de prévention. De plus, des données régionales semblent nécessaires, compte tenu de la variabilité régionale (voire départementale) de la couverture vaccinale.

Par contre, vu le nombre important d'indicateurs que la formulation de l'objectif implique, il n'a pas été jugé opportun de surcharger cet ensemble par des indicateurs d'incidence des pathologies prévenues par ces vaccinations. Toutefois, un indicateur complémentaire sur les ventes de vaccins est ajouté pour suivre les effets de la promotion des vaccinations en terme de ventes des vaccins.

Principales sources de données identifiées

Certificats de santé à 9 et 24 mois et examens de santé des élèves de petite section de maternelle (PMI-DREES)

Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire (Ministères en charge de l'éducation nationale et de la santé, InVS)

Enquêtes déclaratives en population générale : enquête nationale santé (INSEE), Baromètre santé (INPES), Enquêtes SPS (IRDES)

Bases de données sur les ventes de médicaments et de vaccins (GERS)

Eléments de bibliographie

« Calendrier vaccinal 2004 Avis du conseil supérieur d'hygiène publique en France », InVS, *BEH* n°28-29/2004.

ANTONA D. & alii, « La couverture vaccinale en France en 2001 », InVS, *BEH* n° 36/2003.

AUVRAY L, DOUSSIN A & LE FUR P, « *santé, soins et protection sociale en 2002* », n° 1509, 2003, CREDES, 181 p.

BUSSIERE E. « Principaux indicateurs issus des certificats de santé », *Document de travail* n° 17/2000, DREES

DREES « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 », 2004, DREES, 345 p.

BONMARIN I, PARENT DU CHATELET I, LEVY-BRUHL D., « La rougeole en France, impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale », InVS, *BEH* n° 16/2004.

PARENT DU CHATELET I, LEVY-BRUHL D., « Surveillance de la rougeole en France - Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie », InVS, Novembre 2004.

MEFFRE C., LE STRAT Y., DELAROCQUE-ASTAGNEAU E., ANTONA D., DESENCLOS J.-C. « Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004 – Analyse descriptive », InVS, 2005.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
Couverture vaccinale des enfants					
▪ <i>Diphtérie tétanos poliomyélite</i>	Certificats de santé du 24 ^{ème} mois	- 3 premières injections - 3 premières injections et rappel	Annuelle	Pertinent, disponibilité à organiser	Organisation de la remontée nationale des données anonymisées des certificats, production de données régionales
▪ <i>Coqueluche</i>	idem	idem	idem	idem	idem
▪ <i>Hémophilus influenzae b</i>	idem	idem	idem	idem	idem
▪ <i>Hépatite B</i>	idem	(3 injections)	idem	idem	idem
▪ ROR	idem		idem	idem	idem
▪ <i>BCG à 5-6 ans</i>	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire		Triennale	Pertinent, disponible pour 1999/2000	Assurer des échantillons régionaux de taille suffisante
▪ <i>ROR à 5-6 ans</i>	idem	1 seule dose, 2 doses	Triennale	idem	idem
Couverture vaccinale des adolescents					
<i>Vaccination DT poliomyélite des élèves de troisième à jour (6 doses)</i>	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire		Triennale	Pertinent, non disponible	idem
<i>Vaccination coqueluche des élèves de troisième à jour (5 doses)</i>	idem		idem	idem	idem
<i>Vaccination ROR des élèves de troisième</i>	idem	2 doses	idem	idem	idem
<i>Vaccination hépatite B complète des élèves de troisième</i>	idem		idem	idem	idem
Couverture vaccinale déclarée par les adultes :					
<i>Rappel tétanos au cours des dix dernières années</i>	Enquêtes déclaratives en population générale	Sexes, classes d'âge	Biennale	Pertinent, Non disponible	Question à introduire dans les enquêtes en population générale
<i>Rappel poliomyélite au cours des dix dernières années</i>	idem	idem	idem	idem	idem
<i>Couverture vaccinale (polio et tétanos) des adultes examinés en consultation de prévention</i>		Sexes et classes d'âge		Pertinent	Remontées à organiser et expertiser
Indicateur complémentaire					
<i>Ventes des différents vaccins aux officines, dispensaires et hôpitaux</i>	Bases de données GERS et GERS « hôpital »		Annuelle	non	(Mise à disposition de la base GERS hôpital)

Soit 5 fiches.

COUVERTURE VACCINALE À DEUX ANS

Indicateurs	Proportions d'enfants de deux ans vaccinés contre les maladies suivantes : - Diphtérie tétanos poliomyélite - Coqueluche - Hémophilus influenzae b - Hépatite B - ROR
Objectif	42. Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	- Nombres d'enfants de 24 mois ayant eu les trois premières doses et le rappel de vaccins DT, Coq, Polio, Hémophilus influenzae, - Nombre d'enfants de 24 mois ayant eu les trois doses de vaccins contre l'hépatite virale B - Nombres d'enfants de 24 mois vaccinés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	
Dénominateurs (D)	Totaux des certificats de santé des 24 ^{ème} mois exploités par les départements pour chaque question.	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	Nombres respectifs d'enfants de 24 mois ayant eu les trois premières doses de vaccins DT, Coq, Polio, Hémophilus influenzae	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional (lorsque tous les départements ont répondu), départemental	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS HFADB à un an : BCG, 3 doses D,T, C, P, Hib, Hépatite B à 2 ans : ROR OCDE ECO SANTE à un an : 3 doses D,T,C, Rougeole (en pratique, les pays répondent plutôt avec les valeurs à 2 ans UE NEWCRONOS : / Le projet CHILD recommande de renseigner la proportion d'enfants âgés de 24 à 35 mois ayant une vaccination complète pour DTCP, Hémophilus influenzae b, Hépatite B, méningocoque C, ROR Projet de liste Echi-2 : des indicateurs sont prévus, mais la liste des vaccinations (et des âges) n'est pas encore arrêtée	
Dernier résultat connu	Année : 2003 (provisoire)	Valeurs à 24 mois DTP 97 % (3 doses) ; à jour : 89 % Coqueluche 97 % (3 doses) ; à jour : 89 % Hémophilus Influenzae b 86 % Hépatite B 27 % (3 doses) Rougeole 87 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats médicaux du 24 ^{ème} mois envoyés aux services départementaux de PMI
Mode de collecte (ddb)	Actuellement : remontées annuelles de données départementales agrégées sur un questionnaire départemental En test : remontées nationales de données individuelles anonymes
Organismes responsables de la collecte (ddb)	Services départementaux de PMI - DREES
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Pour le système de remontées agrégées, nombres de certificats pour lesquels la question correspondante du « questionnaire départemental » est renseignée : certains départements, par exemple, ne renseignent que certaines questions
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Couverture non exhaustive : 77 départements ont répondu pour 2002, pour ceux-ci, le taux de réception des CS 24 s'établit à près de 80 %.
Modalités d'interprétation	Pour les rappels, ainsi que pour la vaccination ROR des enfants, outre l'insuffisance de la couverture vaccinale, on observe un léger retard à la vaccination probablement lié aux infections intercurrentes, ainsi pour le ROR le taux de vaccination était de 86 % à 2 ans mais de 91 % à 3-4 ans en 2002. Ce rattrapage pourra être apprécié par les données recueillies à 5-6 ans.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Test en cours courant 2005 (remontées de données anonymes individuelles) Production de données régionales

COMMENTAIRE

Système en cours d'amélioration. Existence de variations régionales Pour les analyses départementales, l'INVS signale des problèmes de variabilité de la qualité des réponses au niveau départemental qui se compensent sur l'analyse nationale.

COUVERTURE VACCINALE À 5-6 ANS

Indicateurs	- Proportions d'élèves de grande section de maternelle vaccinés durant leur seconde année contre la rougeole, les oreillons et la rubéole - Proportions d'élèves de grande section de maternelle vaccinés contre le BCG
Objectif	42. Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	- Nombres d'élèves de 5-6 ans ayant reçu durant leur seconde année une injection contre : - la rougeole, - la rubéole, - les oreillons - Nombre d'élèves de 5-6 ans vaccinés contre le BCG	
Dénominateur (D)	Nombre d'élèves de 5-6 ans examinés et ayant présenté leur carnet de santé	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Nombres d'élèves de grande section de maternelle ayant reçu une deuxième dose de ROR entre 3 et 6 ans	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional (en 1999/2000)	
Périodicité de la mesure	Triennale	
Indicateurs internationaux	(Seule la couverture vaccinale des petits enfants fait l'objet d'un recueil dans les bases internationales)	
Dernier résultat connu	Année : 2002/2003	Valeurs (1 dose) : Rougeole : 95,5 % Rubéole : 95 % Oreillons : 94 % BCG : 99 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Cycles triennaux d'enquêtes en milieu scolaire
Mode de collecte (ddb)	Recueils sur le carnet de santé par les médecins et infirmières de l'éducation nationale (souvent en présence des parents à cet âge)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Ministères en charge de l'éducation nationale et de la santé
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Redressement du fichier à préciser ultérieurement
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enfants non vus ; carnets de santé non présentés (moins de 5 % des enfants)
Modalités d'interprétation	Permet une évaluation corrigée de la couverture vaccinale à 24 mois (mais ne renseigne pas sur la couverture des rappels suivants : DTP 2 ^{ème} rappel, ROR 2 ^{ème} dose entre 3 et 6 ans, compte tenu de la classe d'âge examinée)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Augmentation de la taille des échantillons régionaux

COMMENTAIRE

Il est recommandé d'assurer une représentativité régionale

COUVERTURE VACCINALE À L'ADOLESCENCE

Indicateurs	Proportions d'élèves de troisième à jour de leurs vaccinations (et rappels) contre : - la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite - la coqueluche - la rougeole, la rubéole, les oreillons - l'hépatite B
Objectif	42. Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombres d'élèves de troisième à jour de leurs vaccinations (et rappels) contre : - la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (3 injections + 3 rappels) - la coqueluche (3 injections + 2 rappels) - la rougeole, la rubéole, les oreillons (1 injection) - l'hépatite B (3 injections)	
Dénominateur (D)	Nombre d'élèves examinés ayant présenté leur carnet de santé	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	À terme pour le ROR : 2 ^{ème} injection (la recommandation de la 2 ^{ème} injection entre 3 et 6 ans date de 1998)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, Zeat	
Périodicité de la mesure	Triennale	
Indicateurs internationaux	(Seule la couverture vaccinale des petits enfants fait l'objet d'un recueil dans les bases internationales)	
Dernier résultat connu	Année : 2000/2001	Valeurs : diphtérie, tétanos, poliomyélite : 88 % coqueluche : 38 % rougeole : 87 % rubéole : 87 % oreillons : 85 % hépatite B : 73 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Cycles triennaux d'enquêtes en milieu scolaire
Mode de collecte (ddb)	Recueils sur le carnet de santé par les médecins et infirmières de l'éducation nationale
Organismes responsables de la collecte (ddb)	Ministères en charge de l'éducation nationale et de la santé
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Redressement du fichier sur les variables suivantes ZEP, ZEAT, Taille de l'unité urbaine, type de troisième
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enfants non vus ; carnets non présentés
Modalités d'interprétation	Pour le dernier rappel contre la coqueluche, l'introduction du dernier rappel était relativement récente pour cette génération d'élèves et devrait augmenter pour les générations suivantes Le taux de vaccination contre l'hépatite B est relativement élevé, en lien probablement avec les campagnes de vaccinations qui se sont déroulées en milieu scolaire au milieu des années 90 ; il pourrait diminuer pour les générations suivantes

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 3
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production de l'indicateur, Augmentation de la taille des échantillons régionaux envisagée

COMMENTAIRE

Le Conseil supérieur d'hygiène publique recommande un rattrapage ROR et hépatite B pour les enfants non vaccinés.
Indicateurs à adapter aux évolutions du calendrier vaccinal
Des disparités régionales étant observées, des indicateurs régionaux apparaissent nécessaires

COUVERTURE VACCINALE DES ADULTES

Indicateurs	Proportion d'adultes ayant eu un rappel de vaccination antitétanique au cours des dix dernières années Proportion d'adultes ayant eu un rappel de vaccination contre la poliomyélite au cours des dix dernières années
Objectif	42. Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	- Nombre d'adultes ayant déclaré avoir reçu un rappel antitétanique au cours des dix dernières années - Nombre d'adultes ayant déclaré avoir reçu un rappel contre la poliomyélite au cours des dix dernières années	
Dénominateur (D)	Nombre total d'adultes enquêtés	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âges : 18-24 ans, 25-64 ans (dont 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropole,	
Périodicité de la mesure	Enquête biennale (mais question non posée en 2004)	
Indicateurs internationaux	Pas de données sur la couverture vaccinale des adultes dans les bases internationales	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeurs : Tétanos 59 % Polio 31 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)
Mode de collecte (ddb)	Entretiens auprès d'un échantillon représentatif de la population
Organisme responsable de la collecte (ddb)	IRDES
Service responsable de la synthèse des données	IRDES, en collaboration avec l'InVS
Méthodologie	Redressement
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Ceux des enquêtes déclaratives : non répondants (mais échantillon redressé), oublis...
Modalités d'interprétation	La couverture diminue avec l'âge, d'où l'intérêt des taux standardisés pour suivre l'évolution indépendamment des effets dus au vieillissement de la population

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Pérennisation du recueil Adaptation aux évolutions du calendrier vaccinal

COMMENTAIRE

Recueil à pérenniser. Il serait en outre souhaitable de disposer d'informations sur la situation dans les DOM et les régions métropolitaines. Les indicateurs devront être adaptées aux évolutions du calendrier vaccinal et notamment à l'introduction prévue de rappels décennaux anti-diphthériques.

VENTES DE VACCINS

Indicateurs	Vente des différents vaccins aux officines, dispensaires et hôpitaux
Objectif	42. Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombres totaux de doses vendues aux particuliers, aux hôpitaux ou en dispensaire, pour chacun des vaccins suivants : - diphtérie, - tétanos - poliomyélite - coqueluche - hépatite B - hémophilus influenzae - rougeole - rubéole - oreillons - BCG	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine (la base hôpital ne fournit pas les données pour les DOM)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bases de données GERS et GERS hôpital sur les ventes de médicaments et vaccins aux officines et aux dispensaires et hôpitaux
Mode de collecte (ddb)	Données exhaustives basées sur les déclarations des laboratoires pharmaceutiques et grossistes répartiteurs
Organisme responsable de la collecte (ddb)	GERS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Sommations des doses de vaccins vendues en ville, en dispensaire et à l'hôpital
Mode de calcul	A expertiser en particulier pour la base hôpital où les conditionnements peuvent varier

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur complémentaire permettant de suivre l'évolution annuelle des ventes de vaccins.
Le niveau régional pourrait être produit.

43 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : OFFRIR UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES CHLAMYDIOSES À 100 % DES FEMMES À RISQUE D'ICI À 2008.

OBJECTIF PRÉALABLE : ÉVALUATION D'UN PROGRAMME PILOTE.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Selon les recommandations de l'ANAES (2003), un dépistage systématique opportuniste des infections uro-génitales à *C. trachomatis* est justifié dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les dispensaires antivénéériens (DAV) et les centres d'interruption volontaire de grossesse dans les populations à risque telles qu'elles ont été identifiées. Ces lieux de consultation offrent en 2003 la structuration optimale pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette IST.

Plusieurs scénarios de programmes de dépistage peuvent être envisagés en France :

- Un dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans si l'objectif premier est la diminution des taux de complications. Ce programme doit s'accompagner d'une incitation à traiter le ou les partenaires. Cette stratégie repose sur les données scientifiques les plus complètes.

- Un dépistage simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans devrait être proposé si l'objectif est la diminution du portage de *C. trachomatis* dans ces populations. D'après les données épidémiologiques récentes, la prévalence chez l'homme serait du même ordre que chez la femme et serait plus élevée entre 25 et 35 ans qu'entre 18 et 24 ans. Néanmoins, aucune donnée sur l'efficacité de cette stratégie n'est disponible.

- Enfin, le dépistage (préférentiel ou simultané) pourrait être élargi, au-delà des populations susmentionnées, aux sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant le dépistage quel que soit l'âge, comme cela a été proposé dans les recommandations canadiennes. De plus, le fait d'avoir plusieurs partenaires était le seul facteur de risque commun, avec l'âge, identifié dans toutes les études françaises. Cependant, la recherche documentaire n'a pas identifié d'études évaluant l'impact de ce dépistage élargi.

L'objectif inscrit dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique a pour préalable l'évaluation d'un programme pilote.

Les indicateurs qui pourront être envisagés comprennent :

- le pourcentage de femmes répondant aux critères de définition du risque (17-25 ans et sexuellement actives ou > 2 partenaires dans l'année) auxquelles on a proposé / qui ont eu un dépistage des chlamydia au cours d'une période donnée (en fonction de la fréquence souhaitable ?)

- le nombre de dépistages réalisés, par sexe et classes d'âge.

- le ratio : nombre de dépistages positifs / nombre de dépistages réalisés, par sexe et classes d'âge.

Si un programme est mis en place, il serait envisageable de recueillir dans un premier temps ces deux derniers indicateurs dans les CDAG à partir du système de surveillance déjà mis en place par l'InVS pour les infections à VIH, VHC et VHB .

Un indicateur d'impact devra également être envisagé sur l'évolution des conséquences à moyen et long terme de l'infection sur la santé des femmes (inflammation pelvienne, grossesses extra-utérines).

44. RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE AU NIVEAU DE LA MOYENNE DES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE : PASSER D'UN TAUX ACTUEL ESTIMÉ ENTRE 9 ET 13 POUR 100 000 À UN TAUX DE 5 POUR 100 000 EN 2008

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Taux de mortalité maternelle

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

En France, le taux de mortalité maternelle¹¹² est estimé entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit 75 à 80 femmes qui décèdent des suites de grossesse par an. L'analyse des dossiers par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle a mis en évidence qu'environ 50 % des cas de décès maternels sont considérés comme évitables (expertises des dossiers des années 1996 à 1999).

Le taux de décès maternels est l'indicateur principal de suivi de l'objectif. Il n'a pas été jugé utile d'ajouter un indicateur complémentaire sur les morts maternelles tardives, de fait très peu nombreuses. Le nombre de décès maternels étant relativement faible chaque année, le comité d'experts recommande d'être prudent quand à l'interprétation des fluctuations annuelles de ce taux, qui peuvent être assez marquées. Une même remarque s'impose pour les désagréments selon les caractéristiques démographiques. Il ne paraît pas non plus pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional, d'autant plus que l'objectif vise des dysfonctionnements suffisamment fréquents pour relever de mesures nationales. Il est important d'inclure les données de mortalité dans les DOM dans les statistiques nationales, comme pour toutes les données de niveau national.

Le nombre de décès maternels jugés évitables par le comité d'experts est un indicateur complémentaire retenu. On utilisera des taux cumulés sur 5 ans pour avoir des données plus robustes. Pour le même argument de petits effectifs, on ne prendra pas en compte le niveau régional. Les décès maternels survenus dans les DOM doivent être inclus dans les cas examinés par le comité d'experts sur la mortalité maternelle.

¹¹² D'après la Classification internationale des maladies élaborée par l'OMS (CIM 10), la mort maternelle est définie comme « le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

« décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail, suite de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ».

« décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ».

En outre, la CIM 10 ajoute deux définitions complémentaires :

La mort maternelle tardive définie comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

La mort maternelle liée à la grossesse qui se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle que soit la cause de la mort.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes</i>	CépiDc INSERM		Biennale Taux cumulés sur 2 ans	Non pertinent (effectifs trop faibles)	
Indicateur complémentaire					
<i>Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables</i>	Comité d'experts sur la mortalité maternelle	Par causes obstétricales	Quinquennale Taux cumulés sur 5 ans	Non pertinent (effectifs trop faibles)	

Soit 2 fiches.

MORTALITÉ MATERNELLE

Indicateur	Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes
Objectif	44. Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel de décès maternels (décès survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours inclus ¹¹³)
Dénominateur (D)	Nombre annuel de naissances vivantes ¹¹⁴
Sous-groupes (strates)	/
Décompositions (N)	/
Niveau géographique d'agrégation	National
Périodicité de la mesure	Biennale
Indicateurs internationaux	OMS HFA-DB : Morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes OCDE : Morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes UE Péristat : Péristat, ratio de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances totales : vivantes et mort-nés). Projet de liste ECHI-2 : la mortalité maternelle fait partie des indicateurs
Dernier résultat connu	Année : 1998-1999 Valeur : 8,8 pour 100 000 naissances vivantes

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc Statistiques médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et CépiDc INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM CépiDc
Méthodologie	Exhaustivité des données (U149-CépiDc) : croisement individuel des cas de décès avec les données de naissance de l'INSEE
Mode de calcul	Taux cumulé sur 2 ans

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Fluctuations annuelles ; sous estimation : une étude effectuée à partir des données des enquêtes confidentielles et des statistiques médicales de décès de l'année 1999 a permis d'évaluer à 20 % la sous estimation dans la source générale sur les décès. Toutefois la sous-estimation a fortement diminué en dix ans puisqu'elle était estimée à 50 % en 1989 ¹¹⁵ .
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production

COMMENTAIRE

Il s'agit en fait d'un ratio. Celui-ci augmentant fortement aux âges élevés, il pourra être utile de prendre en considération les évolutions démographiques.

¹¹³ Le groupe de travail se réfère à la définition du décès maternels (décès pendant la grossesse –y compris les GEU et les avortements- ou dans les 42 jours après sa terminaison). On ne prend pas en compte les décès maternels tardifs survenus de 42 jours à un an après la naissance. (Cette information est disponible sur les certificats de décès et utilisée par le comité d'experts sur la mortalité maternelle : 8 décès en 1999.)

¹¹⁴ Péristat recommande l'utilisation du nombre total des naissances. En pratique, les valeurs obtenues avec les naissances vivantes sont extrêmement proches.

¹¹⁵ Bouvier-Colle M.-H. et coll. : « Estimation de la mortalité maternelle en France : une nouvelle méthode » Journal de Gynécologie Obstétrique 2004 ; 33 : 421-9.

NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS JUGÉS ÉVITABLES

Indicateur	Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables par le comité d'experts
Objectif	44. Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de décès maternels classés évitables par le comité d'experts	
Dénominateur (D)	Pour la proportion : nombre total de décès maternels	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Par causes obstétricales	
Niveau géographique d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Années : 96-98	Valeur : 50 % (IC [0,43 – 0,57])

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc Statistiques médicales de décès, dossiers obstétricaux, données d'autopsie	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical, CépiDc INSERM, Unité INSERM U149	
Service responsable de la synthèse des données	Unité INSERM U149 et Comité d'experts sur la mortalité maternelle	
Méthodologie	Expertise de chaque dossier	
Mode de calcul	(certains dossiers ne sont pas interprétables faute de données de qualité suffisante)	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	(Les données 2000 sont disponibles)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Inclure les décès maternels survenus dans les DOM

COMMENTAIRE

45. RÉDUIRE LA MORTALITÉ PÉRINATALE DE 15 % (SOIT 5,5 POUR 1 000 AU LIEU DE 6,5) EN 2008.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé :

Taux de mortalité périnatale

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

C'est un objectif construit a priori sur l'indicateur « taux de mortalité périnatale ». Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre de décès fœtaux et néonataux précoces, à partir de 22 semaines d'aménorrhée jusqu'au septième jour, pour 1 000 naissances totales (vivants et mort-nés). Le taux de mortalité périnatale est un indicateur produit chaque année par l'INSEE. La valeur indiquée dans l'objectif concerne la France métropolitaine et se réfère à l'année 1999.

Tout abaissement des seuils d'enregistrement provoque une augmentation de ce taux. En France, l'enregistrement des mort-nés a été modifié¹¹⁶ fin 2001, les durées de gestation prises en compte étant dorénavant de 22 semaines d'aménorrhée, ou un poids de 500 g, contre 180 jours de gestation auparavant. En conséquence, le taux de mortalité périnatale a augmenté en 2002 et 2003, les taux provisoires s'élevant à 10,3 pour 1 000 naissances en 2002 et 11,1 en 2003 (France entière).

Indicateurs

L'indicateur « taux de mortalité périnatale » est présent dans les bases internationales (OCDE, OMS...) Toutefois, ce taux pose des problèmes importants de comparabilité du fait de la variabilité des pratiques en matière d'enregistrement des décès fœtaux¹¹⁷.

La mortalité périnatale n'a pas été retenue dans le projet européen Péristat qui a préféré recommander deux taux distincts : le taux de mortalité¹¹⁸ et celui de la mortalité néonatale¹¹⁹ ainsi que la mortalité infantile¹²⁰. En effet, l'indicateur de mortalité périnatale a été construit au départ pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période : pour avoir le même sens aujourd'hui, il faut prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile.

Pour comprendre les évolutions de ces taux et faire la part de l'évolution des pratiques (interruptions médicales de grossesse –IMG–, césariennes précoces, prise en charge de nouveau-nés d'âge gestationnel de plus en plus faible etc.), le projet Péristat recommande en outre que ces indicateurs considérés comme « essentiels » soient déclinés selon la pluralité, l'âge gestationnel et le poids de naissance, ou au moins pour les deux premiers. Mais le système de recueil de l'état civil en France ne permet qu'une désagrégation pour les naissances uniques ou multiples.

Pour être en mesure de construire des taux selon l'âge gestationnel, voire le poids de naissance, le groupe projet préconise d'introduire ces informations dans les données recueillies par l'état civil, ce qui suppose une révision concertée des bulletins, ou plutôt, compte tenu des problèmes de confidentialité, de réintroduire l'enregistrement des mort-nés dans le PMSI (ils en ont été récemment exclus), tout en

¹¹⁶ Circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL n°2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance

¹¹⁷ En Europe, l'enregistrement des décès périnataux varie de façon notable. Il ne commence pas partout à partir de 22 semaines d'aménorrhée, certains pays les enregistrant uniquement à partir de 28 semaines, d'autres ajoutant une limite inférieure de 500 g. Un projet européen a ainsi recalculé les taux nationaux en utilisant une définition commune et montré une réduction des variations entre pays, ainsi qu'une modification des classements.

¹¹⁸ Nombre de décès fœtaux pour 1 000 naissances totales.

¹¹⁹ Nombre de décès survenus avant le 28^{ème} jour pour 1 000 naissances vivantes.

¹²⁰ Nombre de décès survenus avant un an pour 1 000 naissances vivantes.

œuvrant à l'amélioration de la qualité des données sur les nouveau-nés dans cette base. Par ailleurs, le groupe projet préconise de conserver le lien entre les parturientes et leurs nouveau-nés (vivants ou mort-nés) dans la base nationale, pour y améliorer l'analyse des naissances car actuellement on a du mal à y repérer les naissances. Une mesure complémentaire serait d'établir un certificat de décès pour les mort-nés, sur le modèle du certificat néonatal, afin de connaître l'âge gestationnel et le poids de ces enfants.

Principales sources de données identifiées

Données de l'état-civil (INSEE)

Données de mortalité néonatale établies à partir des certificats de décès néonataux

Statistiques nationales des causes de décès (INSERM-CépiDC)

PMSI

Eléments de bibliographie

ZEITLIN Jennifer, WILDMAN Katherine, BREART Gérard, BLONDEL Béatrice, « Péristat : indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale » in *Actualités et dossiers en santé publique*, mars 2003, HCSP, pp 47-50.

LACK Nicholas, ZEITLIN Jennifer, KREBS Lone & alli, « methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe », *European Journal of Obstetrics & gynecology and Reproductive Biology*, 111, 2003, pp33-44.

INSEE, « Bilan démographique 2004 », *BMS*, n° 2, février 2005, INSEE.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Taux de mortalité périnatale</i>	INSEE Statistiques de l'état civil	France entière et France métropolitaine	Annuelle	Pertinent, disponible (en cumulant les données de trois années)	/
<i>Taux de mortinatalité</i>	- INSEE Statistiques de l'état civil - PMSI	France entière et France métropolitaine Pluralité Age gestationnel Poids	Annuelle	idem	Amélioration du système d'information sur les naissances (PMSI, certificat de mort-né.....)
<i>Taux de mortalité néonatale</i>	- INSEE Statistiques de l'état civil - INSERM (certificats de décès néonataux)	France entière et France métropolitaine Pluralité Age gestationnel Poids	Annuelle	idem	/
Indicateur complémentaire					
<i>Taux de mortalité infantile</i>	INSEE (Statistiques de l'état civil)	France entière et France métropolitaine	Annuelle	idem	/

Soit 4 fiches.

MORTALITÉ PÉRINATALE

Indicateur	Taux de mortalité périnatale
Objectif	45. Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel de décès fœtaux et néonataux (à partir de 22 semaines d'aménorrhée, ou poids d'au moins 500 g, et de la naissance à 6 jours).	
Dénominateur (D)	Nombre annuel de naissances totales (nouveau-nés vivants et mort-nés)	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France entière, France métropolitaine, régions	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Taux présent dans les bases internationales avec des définitions variables (à partir de 1 000 g pour HFA DB (OMS), 1 000 g ou 28 semaines pour ECOSANTE (OCDE) Indicateurs requis dans le projet ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 2002 2003	Valeurs : (données provisoires France entière) 10,3 pour 1 000 naissances totales (10,0 en France métropolitaine) 11,1 pour 1 000 naissances totales

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques de l'état civil
Mode de collecte (ddb)	Enregistrement obligatoire et exhaustif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE Etat civil
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Méthodologie	Taux exprimé pour 1 000 naissances totales.
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Forte augmentation de la mortalité périnatale en 2002 du fait de la modification fin 2001 de la réglementation relative à l'enregistrement des mort-nés

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur fortement lié aux seuils d'enregistrement des mort-nés (la France n'est pas en mesure de fournir à l'OMS et à l'OCDE les taux correspondant aux seuils choisis par ces institutions)

MORTINATALITÉ

Indicateur	Taux de mortinatalité
Objectif	45. Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel de décès fœtaux (à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou poids d'au moins 500 g).	
Dénominateur (D)	Nombre annuel de naissances totales (nouveau-nés vivants et mort-nés)	
Sous-groupes (strates)	Naissances uniques ou multiples Âge gestationnel (< 28 semaines, 28-30 semaines, 31-32 semaines, 33-34 semaines, 35-36 semaines, ≥ 37 semaines) Poids (< 1000 g, 1000 - 1499 g, 1500 -2499 g, ≥ 2500 g)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France entière, France métropolitaine, régions (départements)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur recueilli dans les bases OMS HFA DB et UE NEWCRONOS, et recommandé par les Projets Peristat (avec désagrégation selon la pluralité et l'âge gestationnel) et ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 2002 2003	Valeurs : (données provisoires, France entière) 8,3 pour 1 000 naissances 9,2 pour 1 000 naissances

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques de l'état civil
Mode de collecte (ddb)	Enregistrement obligatoire et exhaustif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE Etat civil
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Méthodologie	Taux pour 1 000 naissances totales.
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Indicateur lié au recueil des données concernant les mort-nés de faible âge gestationnel
Modalités d'interprétation	Augmentation en 2002 avec les modification de l'enregistrement des mort-nés. La comparabilité internationale et infra-nationale sera améliorée par les désagréations recommandées par le projet Peristat (mortinatalité pour les naissances uniques en fonction de l'âge gestationnel, mortinatalité pour les naissances multiples...) L'âge gestationnel n'étant pas recueilli par l'état civil, une amélioration du système d'information sur la périnatalité apparaît nécessaire à partir du PMSI (avec conservation du lien entre les mères et les nouveaux-nés dans la base nationale), du recueil d'information sur les IMG...

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	PMSI Expertiser la possibilité de création d'un certificat de santé sur les mort-nés sur le modèle du certificat de décès néonatal Expertiser les possibilité des remontées administratives relatives aux IMG

COMMENTAIRE

L'amélioration du système d'information sur la périnatalité (et en particulier la mortinatalité) à partir du PMSI et d'un certificat de mort-né est fortement recommandée.

MORTALITÉ NEONATALE

Indicateur	Taux de mortalité néonatale
Objectif	45. Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel d'enfants nés vivants et décédés avant 28 jours	
Dénominateur (D)	Nombre annuel de naissances vivantes	
Sous-groupes (strates)	Naissances uniques ou multiples Age gestationnel (< 28 semaines, 28-30 semaines, 31-32 semaines, 33-34 semaines, 35-36 semaines, ≥ 37 semaines) Poids (< 1000 g, 1000 - 1499 g, 1500 -2499 g, ≥ 2500 g)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France entière, France métropolitaine, régions (départements)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur recueilli dans les bases OMS HFA DB, OCDE ECOSANTE et UE NEWCRONOS, et recommandé par le Projet Peristat (avec désagrégation selon la pluralité et l'âge gestationnel)	
Dernier résultat connu	Année : 2002 2003	Valeurs : (données provisoires, France entière) 2,7 pour 1 000 naissances vivantes 2,8 pour 1 000 naissances vivantes

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques de l'état civil (INSEE bulletin de décès), Bulletin de décès néonatal (INSERM)
Mode de collecte (ddb)	Enregistrement obligatoire et exhaustif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE Etat civil, INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSEE (taux globaux), INSERM (taux désagrégés)
Méthodologie	Taux exprimé pour 1 000 naissances vivantes
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2 (état civil)
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La comparabilité internationale et infranationale sera améliorée par les niveaux de désagréations de l'indicateur, recommandés par Péristat : naissances uniques/multiples et âge gestationnel. Ces deux dernières variables figurent dans la partie médicale du certificat néonatal de décès, mais le calcul des taux désagrégés suppose de connaître la distribution de l'âge gestationnel sur toutes les naissances vivantes et donc une amélioration de la qualité des données du PMSI (enregistrement de toutes les naissances, conservation du lien mère enfant dans la base nationale car actuellement on a du mal à y repérer les naissances, expertise du codage de la prématurité en CIM 10...) (Dans l'intervalle, les données des enquêtes périnatales ou des remontées refondues et validées des CS8 pourraient être utilisées).

COMMENTAIRE

Indicateur recommandé par le projet Peristat. Il est plus pertinent pour juger de l'évolution de la qualité de la qualité des soins périnataux du fait des délais plus en phase avec les évolutions thérapeutiques. Il améliore la comparabilité internationale dans la mesure où il se réfère aux naissances vivantes et ne dépend pas des seuils de la définition des mort-nés ou du nombre d'IMG.

La production de taux désagrégés est recommandée.

MORTALITÉ INFANTILE

Indicateur	Taux de mortalité infantile
Objectif	45. Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel d'enfants nés vivants et décédés avant 1 an	
Dénominateur (D)	Nombre annuel de naissances vivantes	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	France entière, France métropolitaine, régions (départements)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur recueilli dans les bases OMS HFA DB, OCDE ECOSANTE et UE NEWCRONOS, et recommandé par les projets Peristat et ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 2003 2004	Valeurs : (données provisoires, France entière) 4,2 pour 1 000 naissances vivantes 4,1 pour 1 000 naissances vivantes

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques de l'état civil ,
Mode de collecte (ddb)	Enregistrement obligatoire et exhaustif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE Etat civil
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Méthodologie	Taux exprimé pour 1 000 naissances vivantes
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur déjà inclus dans la liste des indicateurs transversaux.

C'est un indicateur complémentaire pour le suivi de cet objectif centré sur la période périnatale. Il est recommandé par le projet Peristat dans la mesure où les décès ayant une origine périnatale surviennent de plus en plus tardivement.

La comparabilité internationale et infra-nationale serait améliorée par les niveaux de désaggrégations de l'indicateur recommandés par Peristat (naissances uniques/multiples, poids de naissance et âge gestationnel). Mais ceux-ci ne pourront pas être produits pour le taux de mortalité infantile puisqu'il n'existe pas d'enregistrement de ces variables pour les décès survenus après la période néonatale.

46. GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES : DIMINUER LE TAUX DES COMPLICATIONS DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES RESPONSABLES D'INFERTILITÉ.

OBJECTIF PRÉALABLE : MESURER LA FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS RESPONSABLES D'INFERTILITÉ SELON LES MODES DE PRISE EN CHARGE.

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Répartition des modes de prise en charge : chirurgie classique ou cœlioscopique, médicaments

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'objectif sur les grossesses extra-utérines (GEU) doit être précisé. Dans le rapport initial du GTNDO, les objectifs envisagés portaient sur la diminution de l'incidence des GEU, de leurs complications responsables d'infertilité, ainsi que de la mortalité liée aux complications directes ou aux traitements, celle-ci étant estimée à 1 ou 2 décès par an. Le rapport a souligné les besoins de recherche sur les conséquences respectives des GEU et des facteurs ayant favorisé leur survenue sur la fertilité.

A l'heure actuelle, il n'est pas évident que le traitement des GEU modifie la fertilité ultérieure : il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité.

On distingue deux types de GEU :

celles qui surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité,

celles qui se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif ») peuvent être consécutives à des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *chlamydiae*, et correspondent souvent à une fertilité dégradée.

Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002, du fait, selon les auteurs, de l'augmentation des infections à *chlamydiae trachomatis*¹²¹ (à cet égard voir l'objectif 41).

La réduction des GEU est un objectif souhaitable et il paraît utile de suivre l'évolution de leur nombre. Dans un premier temps, l'indicateur proposé est donc le taux d'incidence des GEU, qui sera complété par leur répartition selon les modes de prise en charge thérapeutique ainsi que les contextes de survenue.

Principales sources de données identifiées

PMSI MCO (Il est possible qu'il existe un sous enregistrement des GEU traitées médicalement)

Registre des GEU d'Auvergne (Unité INSERM 569), qui permet une approche complémentaire avec des données plus détaillée.

L'exhaustivité de chacune de ces sources est estimée entre 85 et 90%.

¹²¹ Coste J., Bouyer J., Ughetto S., Gerbaud L., Fernandez H., Pouly J.-L., Job-Spira N., « Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002) », *Human reproduction*, 19 (9) : 2014-2018, 2004.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines</i>	PMSI MCO et registre d'Auvergne	Classes d'âge, mode de prise en charge ; contraception	Annuelle	Pertinent Disponible (sous réserve d'expertise préalable)	Pérennisation du registre et expertise des données du PMSI

Soit 1 fiche.

INCIDENCE DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Indicateur	Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)
Objectif	46. Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de grossesses extra-utérines hospitalisées au cours d'une année	
Dénominateur (D)	Nombre de naissances vivantes survenues au cours de l'année	
Sous-groupes (strates)	Selon les classes d'âge	
Décompositions (N)	Modes de prise en charge (coelioscopie, laparotomie, médicamenteuse), notion de contraception ou non (à expertiser par le registre d'Auvergne)	
Niveau géographique	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle (bisannuelle pour les régions)	
Indicateurs internationaux	Indicateur non inclus dans les bases de données HFADB, ECOSANTE et NEWCRONOS UE : Ce n'est pas ou plus un indicateur retenu par le projet européen Reprostat ou le projet de liste ECHI-2 (les grossesses extra-utérines ne sont pas individualisées dans la liste HDP sur les données hospitalières).	
Dernier résultat connu	Année : PMSI 2001	Valeur : un peu moins de 14 000 GEU en 2001

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO et Registre d'Auvergne
Mode de collecte (ddb)	Enregistrements exhaustifs et continus
Organismes responsables de la collecte (ddb)	PMSI MCO : Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH
Services responsables de la synthèse des données	PMSI MCO DREES Registre d'Auvergne
Méthodologie	PMSI : Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés aux non-réponses partielles ou totales des établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistiques annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les deux sources ont une exhaustivité estimée entre 85 et 90 %
Modalités d'interprétation	L'élévation des GEU intervenant hors contexte contraceptif laisse craindre une augmentation des troubles ultérieurs de la fertilité.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La pérennisation du registre des GEU d'Auvergne, seul registre en la matière, est nécessaire pour comprendre les caractéristiques des GEU et particulièrement le contexte de survenue qui a une signification pronostique. Expertise des données du PMSI.

COMMENTAIRE

Les données du registre permettent un abord plus qualitatif et renseigneront sur le contexte de la GEU (« échec de contraception » versus « échec reproductif »)

47. SANTÉ PÉRINATALE : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DES SITUATIONS PÉRINATALES À L'ORIGINE DE HANDICAPS À LONG TERME

OBJECTIFS PRÉALABLES :

REPÉRAGE ET MESURE DE LA FRÉQUENCE DES SITUATIONS PÉRINATALES À L'ORIGINE DE HANDICAPS À LONG TERME

ENQUÊTE DE COHORTE SUR L'APPARITION ET L'ÉVOLUTION DU HANDICAP À LONG TERME CHEZ LES ENFANTS EXPOSÉS À UN RISQUE PÉRINATAL

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

Incidence et sévérité des handicaps à long terme d'origine périnatale

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Les "situations périnatales responsables de handicaps à long terme" constituent un ensemble diversifié de pathologies survenues entre 22 semaines de grossesse et huit jours (voire 28) après la naissance et plus ou moins accessibles à des mesures préventives. De même, la notion de handicap à long terme est vaste, avec, en premier lieu, des déficiences neuro-développementales graves telles que l'infirmité motrice cérébrales, les déficiences intellectuelles sévères, les déficiences sensorielles, visuelles ou auditives graves, ou encore les troubles psychiatriques comme l'autisme...

La prématurité et surtout la grande prématurité et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles...) en constitue une composante importante et est principalement visée par différents rapports. Trois facteurs expliquent l'augmentation du nombre de grands prématurés : l'augmentation des grossesses multiples (liée à l'élévation de l'âge maternel et au développement de la procréation médicalement assistée), les décisions médicales d'interrompre précocement la grossesse pour éviter une souffrance in utero au fœtus, et enfin l'augmentation des naissances.

Les autres situations périnatales à risque de handicap sont nombreuses : retard de croissance intra-utérin, infections néonatales, alcoolisme maternel, déficits nutritionnels importants, accidents neurologiques, asphyxie périnatale etc.

Indicateurs

Fréquence des situations à l'origine de handicap à long terme

En se basant sur les indicateurs « essentiels » ou « recommandés » promus par Peristat, les indicateurs retenus sont les distributions complètes des âges gestationnels, des poids de naissance (indicateurs « essentiels ») et la distribution du score d'Apgar à 5 mn (indicateur « recommandé »).

Toutefois, compte tenu du besoin d'indicateurs synthétiques, plus pertinents dans ce cadre pour suivre l'atteinte des objectifs, les distributions seront présentées sous forme d'indicateurs plus globaux. Les membres du groupe projets ont toutefois insisté sur la nécessité de recueillir -et conserver- les données sous la forme de distributions complètes, de manière à pouvoir répondre aux diverses demandes qui pourraient s'exprimer (comparaisons européennes en particulier...)

Les niveaux de désagréations recommandés par Péristat ont été retenus (statut vital, pluralité et âge gestationnel pour le poids de naissance, et les deux premiers pour l'âge gestationnel).

L'indicateur de prématurité est un indicateur fondamental qui sera produit par l'enquête périnatale pour l'année 2003. Ultérieurement, la refonte des remontées des certificats de santé à 8 jours, validés auprès des maternités, devrait fournir chaque année la distribution complète de la prématurité¹²² ; Ces remontées annuelles seront complétées périodiquement par des enquêtes nationales périnatales enrichies. Le taux de prématurité est aussi susceptible d'être produit par le PMSI chaîné sous une forme simplifiée, mais sous réserve de validation et d'amélioration de la qualité des données sur la prématurité (codage CIM 10 de la prématurité irrégulièrement renseigné et qui ne différencie que les très grands prématurés de l'ensemble des prématurés : 36-28 semaines, < 28 semaines).

La prévalence des petits poids de naissance est un indicateur approché du risque périnatal recueilli dans les bases internationales et utilisé pour les comparaisons internationales. Il sera produit par l'enquête périnatale et ultérieurement par les remontées validées des CS8. Il est également produit par le PMSI (avec une meilleure validité que pour l'âge gestationnel), mais ces données posent néanmoins les problèmes signalés au chapitre sur la mortalité périnatale (enregistrement de tous les nouveau-nés -vivants ou décédés-, conservation du lien mère enfant permettant l'identification certaine des naissances dans la base nationale du PMSI)

Le score d'Apgar à 5 mn (indicateur « recommandé » par Péristat) est retenu comme indicateur approché de l'ensemble des situations de souffrance périnatale.

Incidence et sévérité des handicaps à long terme d'origine périnatale

Quelques dispositifs existent actuellement :

L'étude Epipage a suivi une cohorte de grands prématurés dans neuf régions françaises. Cette étude, limitée aux grands prématurés de moins de 32 semaines nés en 1996 et 1997 dans 9 régions, a permis d'étudier la fréquence des séquelles neurologiques graves (IMOC), mais se heurte à des difficultés d'exhaustivité du suivi. Il s'agit d'une cohorte unique qui ne sera probablement pas renouvelée.

Actuellement, deux registres des handicaps recrutent les enfants lors d'une première demande en CDES, vers l'âge de huit ans, et complètent leur recrutement auprès des structures locales. Une enquête périodique auprès des CDES pourrait permettre de suivre l'impact du handicap périnatal en terme de prévalence des déficits neurologiques, sensoriels et cognitifs graves pour une génération donnée (année de naissance), sous réserve de validation des données.

Le groupe projet recommande de renforcer les registres des handicaps qui constituent à ce jour les seules sources permanentes et validées sur le handicap d'origine périnatal et d'en augmenter le nombre. Il préconise également d'expertiser les possibilités de productions de données nationales validées pour quelques pathologies traceuses (telles l'infirmité motrice cérébrale) à partir des CDES.

Principales sources de données identifiées

Enquêtes périnatales (1995, 1998, 2003)

Remontées agrégées des données des certificats de santé du huitième jour (en cours de refonte)

PMSI

Cohorte Epipage (cohorte unique de grands prématurés nés en 1996 et 1997 dans 9 régions françaises)

Registres départementaux des handicaps (à partir des demandes en CDES) : Isère et Haute-Garonne)

¹²² Actuellement, il existe une sous estimation de la prématurité et des petits poids de naissance par les CS 8.

Eléments de bibliographie

BLONDEL Béatrice, NORTON Joanna, du MAZAUBRUN Christiane, BRÉART Gérard, « Enquête nationale périnatale 1998 », Ministère de l'emploi et de la solidarité – Inserm – Services de PMI, Rapport d'étude

ZEITLIN Jennifer, WILDMAN Katherine, BREART Gérard, BLONDEL Béatrice, « Péristat : indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale » in *Actualités et dossiers en santé publique*, mars 2003, HCSP, pp 47-50.

LACK Nicholas, ZEITLIN Jennifer, KREBS Lone & alli, « methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe », *European Journal of Obstetrics & gynecology and Reproductive Biology*, 111, 2003, S33-44.

Expertise collective INSERM, « Déficiences et handicaps d'origine périnatale – Dépistage et prise en charge », Inserm, 2004, 395 pp.

BLONDEL Béatrice, SUPERNANT KARINE, du MAZAUBRUN Christiane, BRÉART Gérard, « Enquête nationale périnatale 2003 – Situation en 2003 et évolution depuis 1998 Tome 1 », Ministère de l'emploi et de la solidarité – Inserm – Services de PMI, Rapports d'étude, 2005

VILAIN Annick, de PERETTI Christine, HERBET Jean-Baptiste « Enquête nationale périnatale 2003 – Compléments de cadrage : Les disparités sociales et apports des autres sources -Tome 2 » Ministère de l'emploi et de la solidarité – Inserm – Services de PMI, Rapports d'étude, 2005

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Fréquence et distribution de la prématurité</i>	ENP 2003 CS8 PMSI	Statut vital Pluralité Terme (< 28 s, 28-30 s, 31-32 s, 33-34 s 35-36 s)	ENP : triennale, Autres : annuel	Pertinent, disponible selon régions pour ENP	- Renouvellement ENP - Amélioration de l'exhaustivité et refonte des remontées des CS8 - Amélioration des données dans le PMSI
<i>Fréquence et distribution des petits poids de naissance</i>	ENP 2003 CS8 PMSI	Statut vital Pluralité, Poids (<1 000 g, 1000-1 499 g, 1500-2499 g)	idem	Pertinent, disponible pour PMSI, selon régions pour ENP Idem	idem
Indicateurs complémentaires					
<i>Distribution des scores d'Apgar à 5 mn</i>	ENP 2003 CS8	Degré d'insuffisance (< 7, < 4)	ENP : triennale, CS8 : annuelle	Pertinent : oui Disponible pour CS8, selon régions pour ENP	- Renouvellement ENP - Amélioration de l'exhaustivité et refonte des remontées des CS8
<i>Prévalence à 8 ans des infirmités motrices d'origine cérébrale Prévalences des handicaps neurologiques, sensoriels et cognitifs d'origine périnatale</i>	Registres CDES				Indicateurs à créer après expertise préalable : augmentation du nombre de registres et organisation de remontées des CDES

Soit 3 fiches.

PRÉMATURITÉ

Indicateur	Fréquence et distribution de la prématurité
Objectif	47. Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de nouveau-nés prématurés (âge gestationnel inférieur à 37 semaines)	
Dénominateur (D)	Nombre total de naissances (vivants et mort-nés, âge gestationnel ≥ 22 semaines ou poids ≥ 500 g)	
Sous-groupes (strates)	Statut vital Naissances uniques ou multiples	
Décompositions (N)	Selon le terme 22-27 s., 28-30 s., 31-32 s., 33-34 s., 35-36 s.	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, métropolitain, DOM (autres régions selon taille de l'échantillon régional)	
Périodicité de la mesure	Triennale	
Indicateurs internationaux	Indicateur non pris en compte dans les bases internationales Indicateur essentiel selon le projet Peristat	
Dernier résultat connu	Année : 1998 2003	Valeur : 6,8 % (métropole) 7,2 % (métropole)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nationale périnatale
Mode de collecte (ddb)	Echantillon : Naissances une semaine donnée sur tout le territoire (recueil de données effectué par entretien auprès des femmes et consultation du dossier médical ; l'âge gestationnel est recueilli sur le dossier médical)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	PMI, DREES, INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM, DREES
Méthodologie	Taux de prématurité global et pour les naissances vivantes : pour ces deux niveaux , taux global et taux pour les naissances uniques et multiples ; décompositions selon le terme
Mode de calcul	Pourcentages

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Couverture quasi exhaustive
Modalités d'interprétation	La taux de prématurité est susceptible d'augmenter avec la gémellité et les accouchements provoqués par césarienne avant travail ou déclenchement en raison d'une souffrance foetale

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Renouvellement de l'enquête nationale Organisation de la refonte des remontées nationales des CS8 et validation Expertise et amélioration du système d'information périnatal à partir du PMSI, seul susceptible de fournir des indicateurs régionaux précis.

COMMENTAIRE

La distribution *complète* des âges gestationnels fait partie de la liste des indicateurs essentiels recommandés par le projet Péristat. C'est un indicateur qui peut être obtenu à partir des enquêtes nationales périnatales (1995, 1998, 2003). La refonte des remontées d'un échantillon national de CS8, avec validation auprès des maternités, devrait par la suite permettre de suivre cet indicateur chaque année, des données régionales pouvant alors être produites par agrégation des données de deux années consécutives. (Actuellement les CS8 sous-estiment l'incidence de la prématurité, valeur 1998 : 5,4 % versus 6,8 % dans ENP 1998)

Il pourrait éventuellement être obtenu à partir du PMSI chaîné, mais sous une forme limitée à deux niveaux (taux de prématurités entre 36 et 28 semaines et très grands prématurés de moins de 28 semaines). Toutefois une expertise et probablement l'amélioration de la qualité des données (codage CIM de la prématurité, lien mère enfant conservé dans la base nationale) sont nécessaires.

PETITS POIDS DE NAISSANCE

Indicateur	Fréquence et distribution des petits poids de naissance
Objectif	47. Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g	
Dénominateur (D)	Nombre total de naissances (vivants et mort-nés, âge gestationnel ≥ 22 semaines ou poids ≥ 500 g)	
Sous-groupes (strates)	Statut vital Naissances uniques ou multiples Âge gestationnel (prématurés, à terme)	
Décompositions (N)	Selon le poids : < 1000 g, 1000-1499 g, 1500-2499 g	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, métropolitain, DOM (autres régions selon taille de l'échantillon régional)	
Périodicité de la mesure	Triennale	
Indicateurs internationaux	OCDE ECO SANTE : % de nouveau-nés de poids < 2500g/ naissances vivantes OMS HFA DB : % de nouveau-nés de poids ≥ 2500 g / naissances vivantes Indicateur essentiel selon le projet Peristat, repris dans le projet de liste ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 1998 2003	Valeur : 7,2 % (métropole) 8,0 % (métropole)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nationale périnatale
Mode de collecte (ddb)	Echantillon : Naissances une semaine donnée sur tout le territoire (recueil de données effectué par entretien auprès des femmes et consultation du dossier médical : l'âge gestationnel est recueilli sur le dossier médical)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	PMI, DREES, INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM, DREES
Méthodologie	Proportions de petits poids de naissance globale et pour les naissances vivantes : pour ces deux niveaux, taux global et taux pour les naissances uniques et multiples dont pour les enfants prématurés et à terme ; décompositions selon le poids
Mode de calcul	Pourcentages

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Donnée recueillie sur le dossier médical Couverture quasi exhaustive
Modalités d'interprétation	La proportion de petits poids de naissance est susceptible d'augmenter avec la gémellité et les accouchements déclenchés en raison d'une souffrance foetale

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Renouvellement de l'enquête nationale Organisation de la refonte des remontées nationales des CS8 et validation Expertise et amélioration du système d'information périnatal à partir du PMSI, seul susceptible de fournir des indicateurs régionaux précis.

COMMENTAIRE

La distribution des poids de naissance fait partie de la liste des indicateurs essentiels recommandés par le projet Peristat.

C'est un indicateur qui peut être obtenu à partir de l'enquête nationale périnatale (1995, 1998, 2003).

La refonte des remontées d'un échantillon national de CS8, avec validation auprès des maternités, devrait par la suite permettre de suivre cet indicateur chaque année et permettra d'effectuer les croisements nécessaires. (Actuellement les CS8 sous-estiment les petits poids de naissance, 1998 : 6,3 % -données non redressées)

Il peut également être obtenu à partir du PMSI chaîné, ce qui permet d'avoir des données régionales avec plus de précision que pour les deux dispositifs précédents (amélioration du système d'information PMSI dans la base nationale à faire : conservation du lien mère enfant dans la base nationale pour améliorer l'identification des naissances, exhaustivité des RSA, y compris pour les mort-nés et les nouveau-nés sans problème particulier). Les valeurs obtenues par le PMSI en 2002 sont très proches de celles de l'enquête périnatale pour les naissances vivantes en 2003 (données ENP redressées sur les statistiques de gémellité fournie par l'INSEE ; GHM selon le poids par tranche de 500 g et l'état vital à la sortie.)

Comme pour l'âge gestationnel, il est nécessaire de conserver dans les bases la totalité des distributions, par tranches de 500 g, pour les regroupements qui s'avèreraient ultérieurement nécessaires.

APGAR

Indicateur	Distribution des scores d'Apgar à 5 mn
Objectif	47. Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveau-nés vivant ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 mn	
Dénominateur (D)	Naissances vivantes	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	Score inférieur à 4	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, DOM (autres régions selon taille de l'échantillon régional)	
Périodicité de la mesure	Triennale	
Indicateurs internationaux	Indicateur non pris en compte dans les bases internationales Indicateur (distribution complète) recommandé par le projet Peristat	
Dernier résultat connu	Année : 2003	Valeur (apgar $\leq$ 7 à 5 mn : 1,1 pour 100 naissances vivantes (métropole))

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nationale périnatale
Mode de collecte (ddb)	Echantillon : Naissances une semaine donnée sur tout le territoire (recueil de données effectué par entretien auprès des femmes et consultation du dossier médical : l'âge gestationnel est recueilli sur le dossier médical)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	PMI, DREES, INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM DREES
Méthodologie	
Mode de calcul	Pourcentage

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Donnée recueillie sur le dossier médical Couverture quasi exhaustive
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Renouvellement de l'enquête nationale périnatale Organisation de la refonte des remontées nationales des CS8 et validation

COMMENTAIRE

La distribution du score d'Apgar fait partie de la liste des indicateurs recommandés par le projet Peristat. Comme pour l'âge gestationnel et le poids de naissance, il est recommandé de conserver les distributions complètes dans les bases de données, afin de conserver toutes les possibilités de recombinaison qui pourraient s'avérer nécessaires.

C'est un indicateur qui peut être obtenu à partir des enquêtes nationales périnatales (1995, 1998, 2003). La refonte des remontées d'un échantillon national de CS8, avec validation auprès des maternités, devrait permettre de suivre cet indicateur chaque année pour chaque région.

48. CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : POURSUIVRE LA BAISSÉ DE L'INCIDENCE DE 2,5 % PAR AN, NOTAMMENT PAR L'ATTEINTE D'UN TAUX DE COUVERTURE DU DÉPISTAGE DE 80 % POUR LES FEMMES DE 25 À 69 ANS ET L'UTILISATION DU TEST HPV.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Incidence du cancer du col de l'utérus

Taux de couverture du dépistage

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif est en fait triple : poursuivre la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus, améliorer le taux de couverture du dépistage (80 %) et utiliser le test HPV.

Pour le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal (FCV), le programme de dépistage portera sur les femmes âgées de 25 à 65 ans (et non 69 ans comme indiqué dans l'objectif).

On souhaite connaître la proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant eu un dépistage dans les 3 années précédentes (selon la classe d'âge, bénéficiaires de la CMU, assurées à la MSA et par régions afin de pouvoir cibler les populations peu dépistées actuellement).

En ce qui concerne le test HPV, la connaissance des circonstances d'utilisation du test semble indispensable pour interpréter un indicateur portant sur le volume de tests prescrits. En l'état actuel, les indications de ce test sont : en complément d'un frottis cervico-vaginal douteux, éventuellement pour la mise en évidence systématique des infections chroniques à HPV. Par contre, la multiplication non maîtrisée de ces tests ne semble pas souhaitable compte tenu de la forte prévalence d'infections transitoires sans augmentation du risque de cancer du col. Des recommandations sont en cours d'élaboration par l'ANAES. Il serait intéressant d'envisager une enquête de suivi de bonnes pratiques (a posteriori).

Principales sources de données identifiées

On dispose actuellement du nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale et des données des enquêtes déclaratives en population générale.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Incidence du cancer du col de l'utérus</i>	Francim InVS	Age	Annuelle si possible	Oui/Proxy par ALD30 et PMSI ?	
<i>Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans</i>	UNCAM/URCAM	Age	Annuelle	Oui/oui	
<i>Taux de prescription du test HPV conformément aux bonnes pratiques</i>	Assurance maladie	Sans objet	A déterminer (tous les 5 ans ?)	Oui/oui	Recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES et à inclure dans les programmes de travail
Indicateurs approchés					
<i>Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans</i>	UNCAM /URCAM	Age, CMU, MSA	Annuelle	Oui/oui	
<i>Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes</i>	Enquêtes déclaratives en population générale	Age, CSP, CMU, MSA	Annuelle ou au moins quinquennale	Non disponible	

Soit 2 fiches et une page de synthèse.

INCIDENCE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Indicateur	Estimation du taux national d'incidence (standardisé) de cancers du col de l'utérus à partir des cas incidents recensés par les registres et des taux de décès
Objectif	48.Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus	
Dénominateur (D)	Population des femmes françaises (standardisation sur la population) européenne	
Sous-groupes (strates)	Estimations par groupes d'âge : <25 ans ; 25-44 ; 45-64 ; ≥65ans.	
Décompositions (N)	Lorsque la présentation de l'indicateur est accompagnée de l'analyse de la répartition des cas au numérateur selon différentes caractéristiques (ou fiche spécifique)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) ; Régional : fiabilité incertaine (proxy envisagés pour les comparaisons régionales par ADL 30 et PMSI mais de nombreuses lésions ne donnent pas lieu à les mises en ALD et les lésions peuvent être traitées en ambulatoire)	
Périodicité de la mesure	Tous les 5 ans actuellement mais annualisation envisageable	
Indicateurs internationaux	Données disponibles dans la base HFA(OMS) ; dans la base OCDE (col de l'utérus) ; dans New Chronos (attention erreur de libellé) (Eurostat, UE) ; Echi2	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Cas incidents : registres à partir des laboratoires d'anatomopathologie, médecins... Mortalité : Certificats de décès mais qui mélangent col et corps pour 60% des certificats
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Registres des cancers et Inserm-CépiDc
Service responsable de la synthèse des données	Service de biostatistiques des Hospices civils de Lyon et Département des maladies chroniques et traumatismes de l'InVS
Méthodologie	Les registres sont soumis à qualification par le CNR, renouvelable par tranche de 4 ans. Réflexion en cours au sein du CNR
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Question du stade au diagnostic : cancer invasif ou cancer in situ : Actuellement, les données des registres ne donnent pas les stades au diagnostic. Il est probable que l'incidence estimée ne concerne que les cancers invasifs. Avec la participation des anatomo-pathologistes, seront recensés également les cancers in situ. Il faudra en tenir compte dans les évolutions d'incidence observées ainsi que dans les comparaisons avec les données des ALD 30 et du PMSI.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Donnée déjà disponible
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Qualification des nouveaux registres (fin 2004). Négociation avec les partenaires pour la remontée d'information des anatomo-pathologistes, à partir de fiche-compte-rendu standardisé : 2004-2005

COMMENTAIRE

L'incidence en France est obtenue par une modélisation âge-cohorte à partir de la mortalité nationale et du ratio incidence/ mortalité issu des départements ayant un registre (ce sont les seules zones géographiques pour lesquelles l'incidence et la mortalité sont observées simultanément). Mauvaise précision régionale sur les cancers à faible mortalité (comme le cancer du col de l'utérus).

TAUX DE COUVERTURE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Indicateur	Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 69 ans
Objectif	48.Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu un frottis du col dans les 3 ans précédents (2 ans seulement pour la CNAMTS, en raison de la taille des fichiers, et la MSA)
Dénominateur (D)	Ensemble des femmes de la même classe d'âge (standardisation sur la population européenne)
Sous-groupes (strates)	Tranches d'âge (à définir)
Décompositions (N)	Bénéficiaires ou non de la CMU ; assurées à la MSA (et non ayant-droit d'assuré à la MSA) ou à d'autres caisses
Niveaux géographiques d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) ; Régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Newcronos(UE) : pourcentage de femmes qui ont eu un frottis cervical ; Echi2 : pourcentage de femmes ayant eu un dépistage du cancer du col dans les 3 années précédentes
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : UNCAM (niveau national) ; URCAM (niveau régional)
Mode de collecte (ddb)	Il s'agit d'un acte anatomo-pathologique donc il n'y a pas de codage biologique. On peut utiliser le codage CCAM (acte P55, qui est exclusif). Acte remboursé. Limite : ne prendra pas en compte les frottis réalisés à l'hôpital sauf si l'hôpital les cote. Cela représente sans doute peu d'actes.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie
Service responsable de la synthèse des données	Assurance maladie
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Pas de différenciation entre les frottis de dépistage ou à visée diagnostique. Ne prend pas en compte tous les frottis réalisés à l'hôpital.
Modalités d'interprétation	Si nécessaire, préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l'indicateur par rapport à l'objectif auquel il se rattache

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Non disponible actuellement
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Pas d'indication sur la CSP

PAGE DE SYNTHÈSE - DATE DÉCLARÉE DU DERNIER FROTTIS DU COL DE L'UTÉRUS POUR LES FEMMES DE 25 À 69 ANS

Constat

C'est une question posée dans plusieurs enquêtes déclaratives en population générale.

Définition et formulation de l'indicateur selon la source

Numérateur

Femmes âgées de 25 à 69 ans ayant déclaré avoir eu un frottis cervical au cours des trois dernières années (selon classes d'âge, CSP)

Dénominateur(s)

Nombre de femmes de 25 à 69 ans (répondants selon classes d'âge, CSP)

INPES Baromètre Santé 2000 – BS 95 – femme de 18 ans et plus

Q261 : « Quand (année) votre médecin (généraliste ou gynécologue) vous a-t-il fait ou prescrit pour la dernière fois un frottis du col de l'utérus ? »

(85 % des femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir fait (ou eu une prescription) un frottis au cours de leur vie, 75 % au cours des trois dernières années (de l'ordre de 85 % entre 25 et 50 ans puis diminution avec l'âge.)

INSEE – Enquête Santé 2002-2003 – visite 3, p. 67

PS01C : « De quand date votre dernier frottis gynécologique (vaginal ou cervico-utérin) ? Vous n'en avez jamais eu / de moins d'un an / de un à deux ans / de trois à cinq ans / de plus de cinq ans ».

INSEE – Enquête EPCV Mai 2001

CS10 : « Quand votre médecin (généraliste ou spécialiste) vous a-t-il fait pour la dernière fois un frottis ? 1. Il y a moins d'un an / de 1 à 2 ans / de 3 à 5 ans / il y a plus de 5 ans / jamais ».

(91 % des femmes âgées de 25 à 69 ans ont déclaré avoir déjà eu un frottis au cours de leur vie : 72 % il y a moins de trois ans, 11 % de 3 à cinq ans.)

[CREDES SPS 2002 – Questionnaire santé - femmes de 16 ans et plus

Q27 : « Avez-vous déjà eu un examen gynécologique ? Si oui, de quelle année date votre dernier examen gynécologique ? »]

Avis du groupe projet :

Harmoniser les formulations

Par exemple : « Avez-vous eu un frottis au cours des trois années précédentes ? »

cf eurochip « Quand (année) avez-vous eu votre dernier frottis (pap smear ?) ou dernière cytologie cervicale ? »

Le recueil doit être périodique et suffisamment fréquent (annuel ou tous les 5 ans).

Concernant le délai écoulé depuis le dernier frottis, il convient de rester pragmatique et de poser la question des trois ans sachant que les problèmes de mémoire vont jouer. L'important est de repérer les femmes ayant une démarche de contrôle régulier.

Il est important de continuer à recueillir ces données déclaratives en complément de celles de l'assurance maladie car c'est le seul moyen d'avoir des données sur la CSP. Par contre on n'aura pas de représentativité régionale.

49. TOUTES TUMEURS MALIGNES : CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE TUMEURS, NOTAMMENT EN ASSURANT UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ET COORDONNÉE POUR 100 % DES PATIENTS.

OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMATION DE LA FRÉQUENCE ACTUELLE DES PRISES EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRES ET COORDONNÉES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Taux de patients pris en charge de façon multidisciplinaire et coordonnée

Taux moyen de survie à 5 et à 10 ans par type de cancer

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif combine un objectif de santé (amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs) et un objectif d'action (assurer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée).

De plus, le taux de survie à 10 ans peut-être pertinent dans le cadre de cet objectif. Il reste à préciser sa disponibilité.

Le taux de survie globale devrait être déterminé pour chaque localisation. Le taux de survie selon le stade au diagnostic devrait être suivi pour les localisations accessibles au dépistage et pour les localisations les plus fréquentes. Pour pouvoir apprécier leur évolution dans le temps en France, les taux de survie devraient être au minimum standardisés sur la structure d'âge de la population française (pour les comparaisons internationales, sur la population de référence Européenne).

La notion de « prise en charge multidisciplinaire et coordonnée » est matérialisée dans le plan cancer par la signature d'un « programme personnalisé de soins » établi lors d'une concertation multidisciplinaire : il s'agira d'assurer l'enregistrement de ces « programmes personnalisés » et/ou celui de la tenue des réunions de concertation (Assurance Maladie ? Centres de coordination également prévus par le plan ? Futur système de surveillance nationale des cancers ?)

Principales sources de données identifiées

La survie, et surtout la survie relative à 5 ans, estimée dans le cadre du projet Eurocare est déclinée par localisations selon le sexe, l'âge voire le stade au diagnostic à partir des données issues, pour la France, de registres couvrant 3 % à 4 % de la population. Des estimations à partir de l'ensemble de la base des registres des cancers sont en cours pour produire à échéance de 18 mois des estimations de survie pour tous les cancers (mais sans les stades). Toutefois, ces registres ne couvrent actuellement qu'environ 15 % de la population générale. En 2002, le territoire français est couvert par 21 registres qualifiés par le Comité National des Registres :

- 10 registres généraux en métropole (Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique-Vendée, Manche, Somme, Tarn) correspondant à 13 % de la population, 3 registres généraux dans les DOM et les TOM (Martinique, Polynésie, Nouvelle Calédonie) ;

- 8 registres spécialisés (Cancers digestifs : Bourgogne, Calvados, Finistère ; Hémopathies malignes : Côte d'Or, Gironde; Cancers thyroïdiens : Marne Ardennes ; Leucémies et lymphomes : enfant, national ; Tumeurs solides : enfant, national).

Afin de rendre comparables les survies estimées dans chaque pays dans l'étude Eurocare, les résultats ont été standardisés sur l'âge, par standardisation directe utilisant comme référence pour chaque localisation la population de l'ensemble de l'étude, divisée en 5 groupes d'âge.

Les conditions d'accès aux certificats de décès doivent être précisées.

Références :

- BEH n° 41-42/2003, Surveillance du cancer
- Etudes et résultats n° 199/2002, incidence et traitement chirurgical des cancers.
- Giorgi R, Hédelin G et Schaffer P: Relative survival: comparison of regressive models and advice for the user. Journal of Epidemiology and Biostatistics 2001; 6(6): 455-462.
- Brenner, H : Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. Lancet 2002; 360: 1131–1135

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation multidisciplinaire</i>					A définir
<i>Survie relative à 5 ans (et à 10 ans) par type de cancer</i>	Enquête Eurocare FRANCIM	Stades disponibles pour les cancers du sein, côlon et prostate	5 ans	Oui / Non	Estimation nationale prévues dans 18 mois à 2 ans Données régionales à produire

Soit 1 fiche.

SURVIE RELATIVE À 5 ANS

Indicateur	Ratio du taux de survie observé pour chaque localisation dans le groupe de personnes atteintes (période de diagnostic et zone géographique données) et le taux de survie estimé dans la population correspondante de même âge et de même sexe que le groupe de personnes atteintes.
Objectif	49 : Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Taux de survie observé chez les personnes atteintes (période de diagnostic et zone géographique données)
Dénominateur (D)	Taux de survie observé dans la population correspondante de même âge et de même sexe que le groupe de personnes atteintes
Sous-groupes (strates)	Localisations
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	National (population couverte par les registres du réseau FRANCIM)
Périodicité de la mesure	A déterminer
Indicateurs internationaux	Projet Eurocare
Dernier résultat connu	Année : 1990-1994 (suivis au moins jusqu'à fin 1998) Valeur : selon localisations, voir publication

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Réseau français des registres du cancer (FRANCIM). État civil / CépiDc pour les décès.
Mode de collecte (ddb)	Chaque registre vise au recensement exhaustif des cas de cancer qui touchent la population résidant dans un département, soit pour tous les cancers (registres généraux), soit pour certaines localisations (registres spécifiques).
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Registres
Service responsable de la synthèse des données	Réseau FRANCIM et Hospices civils de Lyon
Fiabilité	Critères d'évaluation des registres déterminés par le Comité National des Registres, arrêté du 6 novembre 1995
Mode de calcul	Les calculs de survie sont produits en utilisant des modèles de régression. Le type de modèle utilisé pour estimer la survie doit être précisé (une publication récente suggère l'intérêt d'un modèle de période par rapport aux modèles de cohorte actuellement utilisés ; le modèle utilisé en France diffère du modèle utilisé dans le projet Eurocare par la prise en compte de certains paramètres au niveau individuel plutôt qu'au niveau de groupes homogènes).

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les taux de survie à 5 ans peuvent être influencés par le stade du cancer au diagnostic, donc évoluer favorablement en fonction de l'amélioration de la précocité de ce diagnostic, indépendamment de la qualité de la prise en charge. Cet élément devra être pris en compte dans l'avenir.
Modalités d'interprétation	Ce ratio reflète la « surmortalité » associée au cancer, en fonction notamment de l'efficacité de sa prise en charge.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Estimation nationale prévue d'ici 2006
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les conditions d'accès aux certificats de décès doivent être précisées Estimation selon les stades au diagnostic prévues pour sein, colon, prostate et poumon

COMMENTAIRE

Il sera souhaitable pour des comparaisons internationales de standardiser les taux de survie par âge en utilisant la référence de la population européenne utilisée par Eurostat, conformément à la recommandation retenue pour l'ensemble des indicateurs correspondant aux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique.

50. CANCER DU SEIN : RÉDUIRE LE POURCENTAGE DE CANCERS À UN STADE AVANCÉ PARMI LES CANCERS DÉPISTES CHEZ LES FEMMES, NOTAMMENT PAR L'ATTEINTE D'UN TAUX DE COUVERTURE DU DÉPISTAGE DE 80% POUR LES FEMMES DE 50 À 74 ANS.

OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMATION EN COURS DU POURCENTAGE DE CANCERS DÉPISTÉS À UN STADE AVANCÉ

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

stades au diagnostic,
taux de couverture du dépistage.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif comporte en fait deux objectifs, le premier étant un objectif de santé et le second un objectif intermédiaire :

Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers diagnostiqués ;

Améliorer le taux de couverture du dépistage du cancer du sein (80%) parmi les femmes de 50 à 74 ans.

Concernant l'indicateur stades au diagnostic, il faut définir très précisément les seuils utiles, dans la perspective non seulement de l'objectif tel qu'il est annoncé (stades avancés) mais plus globalement de la finalité du dépistage du cancer du sein (stades précoces).

La question préalable des seuils définissant précisément les stades (ou regroupements) pour laquelle une information est requise reste posée à l'INCA.

Les structures départementales de gestion du dépistage organisé fournissent les taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé ainsi que le taux de cancers détectés et les tailles des tumeurs qui sont diagnostiquées pour les femmes qui participent aux programmes.

Le recueil de données à partir des comptes-rendus standardisés des anatomocytopathologistes (ACP) pourrait donner dans l'avenir les stades au diagnostic pour l'ensemble des cancers dont ceux du sein (échéance non déterminée).

Le PMSI et les registres ne donnent pas le stade au diagnostic.

Concernant l'indicateur sur le taux de couverture du dépistage, on considère que cet indicateur recouvre le dépistage organisé et le dépistage spontané (prescription individuelle par le gynécologue traitant).

Nous disposons de deux types d'informations : le taux déclaré de participation à des dépistages organisés (pour les 90 départements où ceux-ci sont opérationnels), et les données de l'assurance maladie (acte ZM41 pour lequel on peut individualiser les mammographies de dépistage organisé mais pas celles de dépistage spontané ou de diagnostic ou de suivi).

L'assurance maladie doit nous confirmer que nous pouvons bien avoir les données par femme (et non par acte) avec le nombre de mammographies de ce type passées depuis 2 ans, avec une périodicité annuelle, décliné par âge, par région, par caisse.

De façon complémentaire, les données déclaratives des enquêtes en population générale (qui concernent tant le dépistage spontané que le dépistage organisé), peuvent être utiles, notamment pour obtenir des informations par CSP.

La question de l'ancienneté de la dernière mammographie doit être prise en compte dans la définition de l'indicateur et a été précisée : deux ans ; De même que les tranches d'âge concernées : 50-74 ans.

Certains sous-groupes spécifiques peuvent être étudiés : âge (Eurochip recommande d'examiner la diffusion des dépistages dans les trois tranches d'âge suivantes : 40-49 ans, 50-69 ans et 70-74 ans), les CSP (enquête déclarative), bénéficiaires de la CMU et bénéficiaires de la MSA.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Stades au diagnostic pour le dépistage organisé</i>	Dépistage organisé Francim/InVS	Age	Annuelle	Oui/disponible au niveau départemental	Définir les stades
<i>Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein</i>	Code ZM41 sans avance de frais Assurance maladie	Age, CMU, MSA, région	Annuelle	Oui/Oui	
Indicateurs complémentaires					
<i>Taux de participation au programme de dépistage organisé</i>	Évaluation de la participation InVS	Age	Annuelle	Oui/Oui si possible	
<i>Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané)</i>	Enquêtes déclaratives en population générale	Age, CSP , CMU, MSA	Annuelle	Oui/ Si possible	

Soit 2 fiches et une page de synthèse

STADES AU DIAGNOSTIC POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Indicateur	Stades au diagnostic des cancers du sein découverts au cours du dépistage organisé
Objectif	50.Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de cancers du sein découverts au cours du dépistage organisé, dans chaque stade
Dénominateur (D)	Nombre total de cancers du sein découverts au cours du dépistage organisé dans l'année
Sous-groupes (strates)	Par âge (Eurochip recommande d'examiner la diffusion des dépistages dans les trois tranches d'âge suivantes : 40-49 ans, 50-69 ans et 70-74 ans)
Décompositions (N)	(On ne dispose pas de la CSP)
Niveaux géographiques d'agrégation	National pour le dépistage mais non pour FRANCIM
Périodicité de la mesure	Annuelle pour le dépistage, tous les 5 ans pour étude FRANCIM
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : Taux de mortalité par cancer du sein ; Eco Santé (OCDE) : nombre de cas et incidence tous stades confondus ; Echi2 : Incidence du cancer du sein tous stades confondus, pourcentage de femmes entre 52 et 69 ans qui ont eu une mammographie bilatérale dans l'année précédente
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Structures de dépistage des cancers pour le dépistage organisé, registres pour l'étude FRANCIM
Mode de collecte (ddb)	Mode d'obtention des données de base servant au calcul : Données administratives Enquêtes (préciser les modalités : type d'échantillon, modalités de recueil, ...)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Structures de dépistage, registres
Service responsable de la synthèse des données	InVS, FRANCIM
Méthodologie	Contrôles de qualité effectués : registre (QS), dépistage (InVS), FNCLCC (en cours) ; Précision des estimations suffisante pour mettre en évidence l'évolution attendue
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2000 pour dépistage, pas encore pour FRANCIM
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Définition des stades précoces et avancés pour lesquels on souhaite une information (INCA) ; Intégrer les données d'anatomocytopathologie de façon systématique aux données des registres

COMMENTAIRE

Définir les stades précoces et avancés

TAUX DE COUVERTURE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Indicateur	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans
Objectif	50. Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes venues faire une mammographie dans le cadre du dépistage organisé ou spontanément	
Dénominateur (D)	Population de femmes âgées de 50 à 74 ans pour l'année considérée estimée par l'INSEE (selon classe d'âge) : stratification sur la population européenne	
Sous-groupes (strates)	Selon classes d'âge	
Décompositions (N)	Dans le programme de dépistage organisé, il y a la CMU et la MSA mais pas la CSP. Des études spécifiques sont nécessaires (en cours à partir des enquêtes généralistes)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) / Territoire métropolitain / Régional / Départemental	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	La liste Echi inclut de façon classique des indicateurs sur le dépistage du cancer du sein, ainsi que le projet Eurochip. Echi2 : Pourcentage de femmes entre 52 et 69 ans qui ont eu une mammographie bilatérale dans l'année précédente ; Newcronos(UE) : pourcentage des femmes par âge qui ont eu une mammographie	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Structures de gestion des dépistages pour le dépistage organisé , Assurance maladie pour le dépistage spontané : UNCAM (niveau national) ; URCAM (niveau régional)
Mode de collecte (ddb)	Assurance maladie : décomptes de ZM41 et possibilité de différencier mammographie prescrite à but diagnostic, de suivi ou de dépistage individuel et dépistage sans avance de frais (organisé). L'assurance maladie doit nous confirmer que nous pouvons bien avoir les données par femme (et non par acte) avec le nombre de mammographies de ce type passées depuis 2 ans, avec une périodicité annuelle, décliné par âge, par région, par caisse.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Structures de gestion des dépistages pour le dépistage organisé , Assurance maladie pour le dépistage spontané
Service responsable de la synthèse des données	InVS, Assurance maladie
Méthodologie	
Mode de calcul	Recueil exhaustif ; exploitation conjointe des deux sources

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Pour le dépistage organisé : les chiffres des années 2001 et 2002 sont disponibles en juin 2004 Pour le dépistage spontané : question à l'assurance maladie
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La couverture du dépistage organisé du cancer du sein (début 2004) concerne 90 départements. Le taux de participation par campagne constitue un indicateur approché du taux de couverture du dépistage organisé du cancer du sein. Le dépistage spontané doit être pris en compte également dans cet indicateur

Page de synthèse - Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie

Constat

C'est une question posée dans plusieurs enquêtes déclaratives en population générale mais avec des formulations différentes.

Définition et formulation de l'indicateur selon la source

Numérateur

Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir déjà passé une mammographie au cours des deux dernières années ? depuis moins de trois ans ? (selon classe d'âge, CSP)

Dénominateur(s)

Nombre de femmes de 50 à 74 ans (répondants, selon classe d'âge, CSP)

INPES Baromètre Santé 2000 – BS 95 – femmes de plus de 18 ans ;
Q257 : « Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie des seins) ? oui / non / NSP » ;
Q258 : « La dernière fois c'était en quelle année ? » ;
Q259 : « Vous aviez passé cet examen... 1. Parce que vous aviez reçu un courrier de la sécurité sociale dans le cadre d'un programme de dépistage / 2. Parce que vous l'aviez demandé à votre médecin / 3. Parce que votre médecin vous avait dit qu'il était nécessaire de la faire / 4. Autre (préciser) / 5. NSP ».

INSEE - Enquête santé 2002-2003 : visite 3 ; p. 68 ; femmes à partir de 40 ans ;
PS03C « De quand date votre dernière mammographie ? 1. Vous n'en avez jamais eu / 2. De moins d'un an / 3. De un à deux ans / 4. de trois à cinq ans / 5. De plus de cinq ans. »
PS04C : « Vous avez passé cette mammographie : 1. Parce que vous avez reçu un courrier de la sécurité sociale dans le cadre d'un programme de dépistage / 2. Parce qu'en dehors de tout signe, symptômes ou maladies concernant vos seins, le médecin a pensé qu'il était souhaitable ou nécessaire de le faire / 3. Parce que vous aviez des signes, symptômes ou maladies concernant vos seins / 4. A votre demande ».

INSEE - EPCV Mai 2001 – p. 29

CS8 : « Avez-vous déjà passé une mammographie ? oui / non ».

CS9 : « Quand avez-vous passé pour la dernière fois une mammographie ? 1. Il y a moins d'un an / 2. De un à trois ans / 3. Il y a plus de trois ans ».

IRDES SPS 2002 – Questionnaire santé -femmes de plus de 16 ans

Q28 : « Avez-vous déjà eu une mammographie ? (une mammographie est un examen radiologiques des seins) oui/non.

Si oui, de quelle année date votre dernière mammographie ?

Si oui, votre dernière mammographie vous a été prescrite : alors que vous aviez déjà eu un cancer du sein / car vous aviez des problèmes (nodule...), des symptômes concernant vos seins / pour une simple surveillance (vous n'avez pas de problèmes concernant vos seins et jamais eu de cancer du sein) ».

Conclusions du groupe projet

1. Harmoniser la formulation de la question sur la mammographie et notamment de celle concernant l'ancienneté de la dernière mammographie ou le temps écoulé en années depuis la dernière mammographie
2. Sous groupes pour lesquels l'information semble utile.
 - Age (Eurochip recommande d'examiner la diffusion des dépistages dans les trois tranches d'âge suivantes : 40-49 ans, 50-69 ans et 70-74 ans.),
 - CSP,
 - Bénéficiaires de la CMU
 - Assurées à la MSA
 - Origine géographique : urbaine ou rurale

3. Notion de dépistage, organisé ou spontané : il faut compléter cet indicateur par une question portant sur les circonstances de la mammographie.

Nous disposons de deux sources régulières, celles de l'INPES et celle de l'IRDES

51. CANCER DE LA PEAU, MÉLANOME : AMÉLIORER LES CONDITIONS DE DÉTECTION PRÉCOCE DU MÉLANOME

OBJECTIF PREALABLE : CONNAISSANCE DE LA SITUATION ACTUELLE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Stades au diagnostic des mélanomes

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'indicateur direct proposé dans le rapport annexé est la distribution des « stades au diagnostic ». Le projet Eurochip recommande de relever la proportion de cas catégorisés comme « localisés » selon la classification TNM condensée de l' « European network of cancer registries » : épaisseur ≤ 4 mm/N0 M0.

L'indice de Breslow (épaisseur mesurée en mm du haut de la couche granuleuse à la partie la plus profonde de la prolifération tumorale) est proposé en France (seuil à déterminer : 0,75 mm ; 1mm) (JJ. Voigt, président de la société française de pathologie).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (Indice de Breslow)</i>	InVS	Sexe, classes d'âge	Quinquennale	Oui / Non	Choix du seuil et enquête à développer avec les ACP (InVS)

Soit 1 fiche.

STADE AU DIAGNOSTIC DES MÉLANOMES

Indicateur	Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce
Objectif	51 Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de mélanomes diagnostiqués à un stade précoce : indice de Breslow (épaisseur tumorale), seuil à déterminer	
Dénominateur (D)	Ensemble des mélanomes diagnostiqués	
Sous-groupes (strates)	Non	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation géographique	A définir	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Anatomo-cyto-pathologistes
Mode de collecte (ddb)	A définir
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Fiabilité	A définir
Mode de calcul	A définir

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2004-2005 ?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Nécessite accord avec les ACP pour la remontée à l'InVS d'une fiche standardisée Seuil retenu de l'indice de Breslow à définir

COMMENTAIRE

52. CANCER DE LA THYROÏDE : RENFORCER LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE NATIONALE DES CANCERS THYROÏDIENS

OBJECTIF PRÉALABLE : FOURNIR UN ÉTAT DE RÉFÉRENCE NATIONAL DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS THYROÏDIENS ET TESTER UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE (AVANT GÉNÉRALISATION À D'AUTRES CANCERS)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence et prévalence du cancer thyroïdien en population générale

Évolution de la taille des tumeurs

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'objectif spécifié n'est pas un objectif de santé, mais porte sur la mise en place et la validation d'un système national de surveillance des cancers thyroïdiens incidents. Au delà de la surveillance des cancers thyroïdiens, la mise en place de ce système peut préfigurer ce qui pourrait être mis en place pour d'autres types de cancers.

La commission multidisciplinaire sur la « surveillance épidémiologique des cancers thyroïdiens », coordonnée par l'InVS, a proposé un système de surveillance à deux niveaux : le premier niveau consiste en une surveillance en routine des cas incidents basée dans un premier temps sur les données hospitalières (PMSI) et les données des affections de longue durée (ALD 30), puis, dans un second temps, sur la structuration centralisée d'une collecte standardisée des comptes-rendus anatomo-cyto-pathologiques.

En cas d'alerte, il y aura collecte et analyse détaillées des données des différentes sources mobilisables dans une aire géographique localisée.

Actuellement, l'incidence des cancers thyroïdiens peut être estimée à partir des données nationales de mortalité et des données d'incidences dans les zones couvertes par des registres. Lorsque le système ci-dessus sera validé et mis en place au niveau national, il devrait fournir des données nationales et régionales d'incidence, de prévalence ainsi qu'une surveillance de l'évolution de la taille des tumeurs.

On pourra proposer un indicateur de montée en charge : nombre de départements couverts par le système de surveillance ou le pourcentage de population générale couverte par le système de surveillance.

53. CANCER COLO-RECTAL : DÉFINIR D'ICI QUATRE ANS UNE STRATÉGIE NATIONALE DE DÉPISTAGE

OBJECTIF PRÉALABLE : POURSUIVRE LES EXPÉRIMENTATIONS DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLO-RECTAL DANS VINGT DÉPARTEMENTS ET LES ÉVALUER

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'objectif concerne la définition d'une stratégie nationale de dépistage du cancer colo-rectal.

L'expérimentation du dépistage organisé a été engagée en 2004 dans 22 départements pilotes : Haut-Rhin, Côte d'Or, Saône-et-Loire, Ille et Vilaine, Indre-et-Loire, Hérault, Nord, Charente, Bouches-du-Rhône, Isère, Essonne, Finistère, Allier, Ardennes, Marne, Seine-Saint-Denis, Pyrénées-Orientales, Moselle, Calvados, Orne, Mayenne et Puy-de-Dôme. Le département des Alpes-Maritimes va rejoindre l'expérimentation en septembre 2005. L'évaluation du dispositif débutera fin 2005 afin de définir une stratégie nationale d'ici à 2007. Les indicateurs de suivi ne peuvent donc pas être fixés actuellement.

On pourrait envisager comme indicateurs de résultat pour la population :

le taux de couverture du dépistage dans les départements où ce dépistage est organisé ;

la proportion de cas où la détection de sang occulte dans les selles est suivie d'une coloscopie, e nombre de coloscopies déclenchées après la détection et le nombre de cancers dépistés après coloscopie ;

le stade au diagnostic.

Des sous-groupes spécifiques pourraient également être définis en fonction de la population visée par le dépistage, mais aussi des difficultés d'accès liées à la catégorie sociale, au lieu de résidence (urbain / rural)...

Référence :

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer : rapport annuel 2004-2005

54. DIABÈTE : ASSURER UNE SURVEILLANCE CONFORME AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE ÉMISES PAR L'ALFEDIAM, L'AFSSAPS ET L'ANAES POUR 80 % DES DIABÉTIQUES EN 2008 (ACTUELLEMENT 16 À 72 % SELON LE TYPE D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion de diabétiques suivis selon les recommandations de bonnes pratiques

Taux et intervalles de réalisation des examens complémentaires et des consultations spécialisées de suivi

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Cet objectif vise l'amélioration de la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques afin de réduire la fréquence des complications, celles-ci étant envisagées dans l'objectif 55. Il s'agit donc d'un objectif de prise en charge.

Les recommandations de l'ANAES (2000) relatives à la surveillance du diabète de type 2, non compliqué et stable, précisent les modalités du suivi médical requis en termes d'interrogatoire, d'examens cliniques et paracliniques et de consultations spécialisées. Les examens complémentaires ou spécialisés recommandés sont le dosage de l'hémoglobine glyquée tous les 3 à 4 mois (pour un patient équilibré) et, sur une base annuelle, un examen ophtalmologique, un électrocardiogramme de repos, un bilan lipidique à jeun, le dosage de la créatininémie (et calcul de la clearance), la recherche de protéinurie, d'hématurie et d'infection urinaire et, en l'absence de protéinurie, la recherche de microalbuminurie. Ces recommandations sont également valables pour le diabète de type I non compliqué.

Les valeurs évoquées dans l'objectif se réfèrent à l'étude ENTRED (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) mais ne concernent que les patients traités par antidiabétiques oraux en 2001. Les fréquences des examens et consultations spécialisées remboursés à l'ensemble des patients traités par antidiabétiques oraux ou insuline la même année sont sensiblement identiques : dosage d'albuminurie dans l'année : 17,7 % ; ECG dans l'année (ou consultation de cardiologie) : 29,8 % ; consultation d'ophtalmologie dans l'année : 43,0 % ; 3 dosages d'hémoglobine glyquée : 29,9 % ; dosage des triglycérides (ou bilan lipidique) dans l'année : 61,9 % ; dosage de cholestérol (ou bilan lipidique) dans l'année : 62,2 % ; dosage de la créatininémie : 71,4 %.

Notons aussi que ces taux concernent les assurés et ayant droit de la CNAMTS, et qu'ils ne prennent pas en compte les examens non remboursés ou ceux qui ont pu être faits, le cas échéant, au cours d'une hospitalisation dans les établissements soumis au budget global. A cet égard, d'autres estimations ont été effectuées dans Entred en supposant que toutes les personnes hospitalisées en 2001 (ou en médecine pour certains actes) ont bénéficié d'actes conseillés pour le bilan du diabète. On obtiendrait alors les estimations suivantes : dosage d'albuminurie dans l'année : 31,8 % ; ECG dans l'année (ou consultation de cardiologie) : 44,9 % ; consultation d'ophtalmologie dans l'année : 52,5 % ; 3 dosages d'hémoglobine glyquée : 36,2 % ; un dosage des triglycérides (ou bilan lipidique) dans l'année : 69,2 % ; un dosage de cholestérol (ou bilan lipidique) dans l'année : 69,4 % ; un dosage de la créatininémie : 77,6 %.

Indicateurs

Cet objectif concerne les personnes présentant un diabète de type I ou II ; toutes les tranches d'âge sont concernées.

Le premier indicateur « souhaitable » cité dans le rapport annexé se réfère à la notion globale de suivi médical conforme aux recommandations. Il pourrait être créé à partir du taux de personnes ayant eu l'ensemble des examens de surveillance préconisés dans l'année. Toutefois, il ne paraît pas souhaitable de conserver un tel indicateur qui serait probablement trop limitant ; en outre, les examens n'ont pas tous la même importance et certains peuvent être adaptés à l'état de santé ; par ailleurs certains actes de surveillance ne sont pas codés (monofilaments) et certaines pratiques pourraient évoluer prochainement (il est en effet envisagé d'impliquer les orthoptistes pour la surveillance ophtalmologique par rétinographe non mydriatique).

Il est donc proposé une série d'indicateurs pour chacun des examens cités ci-dessus, avec, en premier lieu un indicateur sur les dosages de l'hémoglobine glyquée (au moins trois dans l'année) qui sera modulé par la proportion de personnes ayant eu au moins 2 dosages dans l'année. Cet indicateur sera complété par les taux de réalisation annuelle des autres examens complémentaires ou spécialisés préconisés (ECG, consultation d'ophtalmologie ou rétinographie, triglycémie, cholestérolémie, microalbuminurie et créatininémie). Du fait du nombre élevé des hospitalisations (plus du quart des diabétiques en 2001 dans l'étude ENTRED), les résultats seront fournis sous forme de fourchettes de valeurs, prenant ou non en compte la notion d'hospitalisation dans l'année.

Ces données pourront être complétées par des indicateurs de contrôle des facteurs de risque fournis par ENTRED : niveaux d'HbA1C, de LDL cholestérol et de pression artérielle

La prévalence du diabète est un indicateur de contexte estimé nécessaire du fait de la prévalence élevée du diabète et de ses évolutions à la hausse.

Des données régionales sont nécessaires, surtout pour les DOM où la fréquence du diabète est particulièrement élevée.

Principales sources de données identifiées

Les données de l'assurance maladie (SNIIRAM)

Etude ENTRED (InVS, AFD, ANCREC, CNAMTS)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année - au moins trois remboursements de dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) - au moins deux remboursements</i>	SNIIRAM	Age	Annuelle ou biannuelle	Pertinent, disponible dans le SNIIRAM	A systématiser avec les trois principaux régimes
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique)</i>	idem	idem	idem	idem	idem
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie</i>	idem	idem	idem	idem	idem
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie)</i>	idem	idem	idem	idem	idem
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique)</i>	idem	idem	idem	idem	idem
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour recherche de microalbuminurie</i>	idem	Age	idem	oui	idem
<i>Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie)</i>	idem	idem	idem	idem	idem
Indicateur de contexte					
<i>Prévalence du diabète</i>	idem	Sexe, âge	idem	idem	idem

Soit 2 fiches.

SURVEILLANCE DES PERSONNES DIABÉTIQUES

Indicateurs	Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année : - au moins trois remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée (et au moins 2) - au moins un remboursement pour dosage du cholestérol (ou bilan lipidique) - au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie - au moins un remboursement pour dosage de microalbuminurie - au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie) - au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique) - au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie)
Objectif	54. Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins trois remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins deux remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique)	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour recherche de microalbuminurie	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour ECG de repos (ou consultation de cardiologie)	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique)	
	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour consultation d'ophtalmologie ou rétinographie	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétique oral ou insuline	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge : moins de 25 ans, 25-64 ans (25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	/ surveillance : projet Eudip : proportions de diabétiques ayant eu dans les 12 derniers mois : un dosage de HbA1c, d'albuminurie, de créatininémie, du profil lipidique, une mesure de la TA, un fond d'oeil	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeurs (sources étude ENTRED métropole, hors hospitalisations) Au moins 3 dosages d'hémoglobine HbA1c : 36,9 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie (SNIIRAM ou à défaut trois principaux régimes) : données de remboursement pour les personnes diabétiques (identifiées par leurs traitements : antidiabétiques oraux ou insuline)
Mode de collecte (ddb)	administratif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions) - InVS
Méthodologie	Exhaustif pour la population qui consomme des soins
Mode de calcul	Données hors hospitalisation (et avec hypothèses pour les hospitalisations)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les personnes diabétiques traitées uniquement par régime ne sont pas prises en compte, ni les examens effectués lors d'hospitalisations
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Indicateur à systématiser, estimations complémentaires prenant en compte les hospitalisations

COMMENTAIRE

Dans l'étude ENTRED, des estimations complémentaires ont été faites en prenant en compte les hospitalisations avec les hypothèses suivantes : toute hospitalisation de personnes atteintes de diabète est supposée induire un ECG et un dosage de la créatinine, avec en plus pour les hospitalisation en médecine, un bilan lipidique, un fond d'oeil et un dosage d'HbA1c.
Des données régionales sont nécessaires, particulièrement dans les DOM.

Références bibliographiques

« Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications - Texte des recommandations », ANAES, mars 2000.

« Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000 », CNAMTS, février 2002.

FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii, « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. ENTRED 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°49-50, décembre 2003, InVS

FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii ENTRED - Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques - Résultats de l'enquête par questionnaire postal auprès des personnes diabétiques, InVS-CNAMTS-AFD-ANCRED, à paraître (InVS).

PRÉVALENCE DU DIABÈTE

Indicateur	Prévalence du diabète traité par insuline ou antidiabétiques oraux
Objectif	54. <u>Diabète</u> : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes traitées par insuline ou antidiabétiques oraux	
Dénominateur (D)	Population couverte	
Sous-groupes (strates)	Sexe, âge : moins de 25 ans, 25-64 ans (dont 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur requis dans la base EcoSanté (OCDE) et dans les projets ECHI 2 et EUDIP	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 3 % (France métropolitaine, régime général)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie (à partir des remboursements de traitements antidiabétiques)
Mode de collecte (ddb)	Administratif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Méthodologie	Exhaustif
Mode de calcul	Taux brut et taux standardisés

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les diabétiques traités seulement par régime ne sont pas pris en compte
Modalités d'interprétation	Différents facteurs contribuent à l'augmentation de la prévalence : le vieillissement de la population, l'augmentation de la surcharge pondérale, une détection plus précoce

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Indicateur à systématiser

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage ; la prévalence du diabète est particulièrement élevée dans les DOM

Références bibliographiques

SIMON D. : « Données épidémiologiques sur le diabète de type II », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002, InVS.

RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., FENDER P., ALLEMAND H. : « L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine », *Diabètes et Métabolisme*, 26 : 11-24, septembre 2000, 26 : 11-24.

PAPOZ L. : « Le diabète de type II dans les DOM-TOM : un effet pervers de la modernité », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002, InVS, pp. 89-90.

RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., GUILHOT J., FENDER P., ALLEMAND H. : « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? » *Revue médicale de l'Assurance maladie*, n° 4, octobre-décembre 2002, CNAMTS.

55. DIABÈTE : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE ET NOTAMMENT LES COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence et évolution de chaque complication du diabète dans la population des diabétiques

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Il s'agit d'un objectif d'état de santé visant la réduction de la fréquence et de la gravité des complications du diabète, avec un objectif préalable d'amélioration du système d'information sur le diabète et ses complications.

La liste des complications du diabète étant relativement large, le champ en sera limité aux complications les plus graves et les plus invalidantes.

Indicateurs

Les complications graves du diabète qui doivent être suivies prioritairement sont les suivantes :

infarctus du myocarde,

cécité,

amputation,

insuffisance rénale chronique terminale,

mal perforant plantaire.

L'étude ENTRED produit des données sur la prévalence et l'incidence des complications les plus graves, à partir de l'échantillon des personnes diabétiques ayant répondu à un questionnaire postal ; mais le suivi de ces indicateurs supposera le renouvellement périodique de cette étude sur un même mode¹²³.

La mortalité du fait du diabète (cause initiale) ou de ses complications (cause associée) est un indicateur complémentaire pour lequel une expertise s'avère nécessaire, dans la mesure où le codage du diabète ne semble pas systématique pour les décès par complications du diabète (infarctus du myocarde...)

L'analyse de mortalité dans l'étude Entred pourrait fournir un facteur correcteur susceptible d'être appliqué aux données issues des statistiques médicales des causes de décès (CépiDc) dans la mesure où cette étude permettra d'estimer les décès par infarctus du myocarde pour lesquels le diabète n'est pas systématiquement mentionné sur le certificats de décès.

D'autres sources de données pourraient également fournir en routine des indicateurs pour certaines complications du diabète, sous réserve d'expertise préalable :

Assurance maladie : traitement ophtalmologique par laser (indicateur de pathologie rétinienne)

¹²³ Par ailleurs un suivi des complications pour cette première « cohorte » pourrait être effectué dans les prochaines années : à cet égard, une étude de faisabilité sera effectuée fin 2005 (projet « CENTRED »).

PMSI MCO : amputations chez des personnes diabétiques
hospitalisations de personnes diabétiques pour plaies du pied
hospitalisations de personnes diabétiques pour infarctus du myocarde
PMSI, registre Rein : patients diabétiques dialysés ou transplantés

Principales sources de données identifiées

Etude ENTRED
Assurance maladie
Registres du diabète de type 1 ; Registres cardio-vasculaires ; Registre Rein
PMSI MCO
Statistiques médicales des causes de décès (INSERM CépiDc)
(Enquête nationale santé 2002/2003 INSEE ; ESPS 2002 - IRDES)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Prévalence et incidence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète :</i> - cécité - infarctus du myocarde - amputation - insuffisance rénale chronique terminale - mal perforant plantaire	INVS-CNAMTS-AFD ANCRED Etude ENTRED	Age	Triennale ou quinquennale	Pertinent, Partiellement disponible (pour les régions suffisamment représentées dans ENTRED)	Renouvellement de l'étude
<i>Hospitalisations de personnes diabétiques :</i> - pour amputation - infarctus du myocarde - plaie du pied	PMSI MCO	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, et disponible	Expertiser la faisabilité
Nombre de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale	REIN ou PMSI ou assurance maladie	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, et disponible	Cf. objectif 80
Indicateur complémentaire					
Nombres de décès ayant pour cause un diabète et âge moyen au décès	INSERM CépiD InVS-ENTRED	Sexe, âge Causes initiales, Causes initiales ou associées	Annuelle	Pertinent, et disponible	<i>Expertiser le codage et les redressements nécessaires</i>
Traitement laser ophtalmologique	Assurance maladie	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, et disponible	Expertiser

Soit 3 fiches.

PRÉVALENCES ET INCIDENCE DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE

Indicateur	Prévalence et incidence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : - cécité - infarctus du myocarde - amputation - insuffisance rénale chronique terminale - mal perforant plantaire
Objectif	<u>Diabète</u> : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED ayant une cécité (survenue dans l'année pour l'incidence)	
	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED ayant déjà fait un infarctus du myocarde (survenue dans l'année pour l'incidence)	
	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED ayant subi une amputation des membres inférieurs (dans l'année pour l'incidence)	
	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED en insuffisance rénale terminale (sous dialyse ou transplantées) (survenue dans l'année pour l'incidence)	
	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED ayant déjà eu un mal perforant plantaire (dans l'année pour l'incidence)	
Dénominateur (D)	Personnes diabétiques de l'étude ENTRED ayant répondu au questionnaire	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âge : < 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus (65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	Métropolitain, disponibles pour certaines régions qui ont des effectifs suffisants Réunion puis autres DOM	
Périodicité de la mesure	Echantillon suivi annuellement jusqu'en 2005 L'enquête devra être renouvelé ultérieurement	
Indicateurs internationaux	Projet EUDIP : prévalence et incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, ratio cécité chez des personnes diabétiques/nombre totales de personnes ayant une cécité, incidence de la rétinopathie proliférante, incidence des amputations au dessus de la cheville, des accidents vasculaires cérébraux	
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeurs : Prévalence (autodéclaration) antécédent d'angor ou d'infarctus du myocarde : 17,4 % antécédent de mal perforant plantaire : 6,0 % perte de la vue d'un œil : 3,4 % antécédent d'amputation : 1,4 % IRCT : 0,5 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Etude ENTRED
Mode de collecte (ddb)	Questionnaires envoyés par voie postale
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS-ANCRED-AFD- CNAMTS
Service responsable de la synthèse des données	InVS-ANCRED-AFD- CNAMTS
Méthodologie	Echantillon de 10 000 patients présentant un diabète de type I ou II (traités par antidiabétiques oraux ou insuline) tirés au sort à partir du fichier de remboursement de la CNAMTS
Mode de calcul	Redressement des non réponses

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'enquête devra être renouvelée
Modalités d'interprétation	Evolutions à interpréter en fonction de l'âge

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Seule étude nationale permettant d'appréhender la prévalence de l'ensemble des complications du diabète. Une étude a été réalisée à la Réunion, d'autres doivent l'être dans les autres DOM. Elles devront être renouvelées pour continuer à produire des indicateurs.

Références bibliographiques

FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii, « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. ENTRED 2001 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), InVS, n°49-50, décembre 2003,

FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii ENTRED - Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques - Résultats de l'enquête par questionnaire postal auprès des personnes diabétiques, InVS-CNAMTS-AFD-ANCRED, rapport non publié, à paraître (InVS).

ROMON I., FOSSE S., WEILL A., VARROUD-VIAL M., FAGOT-CAMPAGNA A., « Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude Entred 2001, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), InVS, n°12-13, mars 2005.

DIABÈTE : HOSPITALISATIONS POUR AMPUTATION, INFARCTUS, PLAIE DU PIED

Indicateur	Hospitalisations de personnes diabétiques : - pour amputation - infarctus du myocarde - plaie du pied
Objectif	<u>Diabète</u> : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires

DESCRIPTION

Numérateur (N1)	Nombre total de personnes diabétiques hospitalisées dans l'année pour amputation
Décompositions (N1)	Amputation au dessus de la cheville
Numérateur (N2)	Nombre total de personnes diabétiques hospitalisées dans l'année pour infarctus du myocarde
Numérateur (N3)	Nombre total de personnes diabétiques hospitalisées dans l'année pour plaie du pied
Dénominateurs (D)	Population totale moyenne de l'année considérée (INSEE), Estimation du nombre de diabétiques
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	Projet EUDIP : prévalence et incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, ratio cécité chez des personnes diabétiques/nombre total de personnes ayant une cécité, incidence de la rétinopathie proliférante, incidence des amputations au dessus de la cheville, des accidents vasculaires cérébraux
Dernier résultat connu	Année : / Valeur : /

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO Dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH
Service responsable de la synthèse des données	DREES-InVS
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %. Chainage
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (pour 100 000)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les infarctus non hospitalisés (notamment en cas de décès précoce) ne sont pas pris en compte. Biais moindre pour les amputations qui, par définition, se font en établissement de soin.
Modalités d'interprétation	Taux à interpréter en fonction de l'évolution de la prévalence du diabète

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Expertise préalable du chainage et de la qualité de ces données nécessaires

COMMENTAIRE

Indicateurs approchés de l'incidence de ces complications.

DÉCÈS LIÉS AU DIABÈTE : NOMBRES, TAUX ET ÂGE MOYEN AU DÉCÈS

Indicateur	Nombres et taux de décès ayant pour cause un diabète Âge moyen au décès
Objectif	<u>Diabète</u> : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de décès ayant le diabète pour cause initiale Nombre de décès ayant le diabète pour cause initiale ou associée	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Sexe, âge : moins de 65 ans (dont 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou + (65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National et régional (tous âges, moins de 65 ans, plus de 65 ans)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Mortalité par diabète (cause initiale) présent dans les 3 bases de données internationales, Indicateur également inclus dans la liste européenne des 65 principales causes de mortalité. Dans le projet EUDIP, l'indicateur de mortalité inclut la responsabilité du diabète en cause initiale ou associée.	
Dernier résultat connu	Années : 1999 , 2000	Valeurs : 9 779 décès en cause initiale en 1999, 26 732 en incluant les causes associées ; 2000 : 10 816 décès en cause initiale

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Statistiques nationale des causes de décès établie à partir des certificats de décès
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE (état civil) - INSERM
Service responsable de la synthèse des données	INSERM CépiDc
Méthodologie	Recueil exhaustif, codage automatisé par logiciel, vérifications éventuelles auprès des médecins,
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés (< 65 ans et tous âges) sur la population européenne , + âge moyen au décès (causes initiale ou associée)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Codage parfois insuffisant du diabète lorsque le décès est dû à une complication
Modalités d'interprétation	Prévalence du diabète en augmentation ; c'est plutôt l'âge moyen au décès des personnes atteintes de diabète qui pourrait témoigner de la qualité de la prise en charge

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 4
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration du délai de mise à disposition des données La qualité du codage du diabète en cause associée devra être expertisée en lien avec l'InVS au regard des données d'ENTRED et si besoin être redressée

COMMENTAIRE

Les décès et particulièrement les décès prématurés constituent la conséquence la plus grave du diabète. Les comparaisons internationales nécessitent des précautions sur la nature et la qualité de l'indicateur effectivement utilisé (causes initiales, ou causes initiales et associées). Dans ce dernier cas, la comparabilité est fortement liée au degré d'évocation du diabète en présence de complications.

La qualité du codage du diabète en cause initiale et en cause associée devra être expertisée en lien avec l'InVS.

Références bibliographiques

PÉQUIGNOT F., JOUGLA E., LE TOULLEC A. : « Mortalité attribuée au diabète en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002, InVS.

EUDIP group, « Establishment of indicators monitoring diabetes mellitus and its morbidity », European commission, 2002.

**56. TOXICOMANIE : DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ET POLYTOXICOMANIES :
MAINTENIR L'INCIDENCE DES SÉROCONVERSIONS VIH À LA BAISSSE CHEZ LES
USAGERS DE DROGUE ET AMORCER UNE BAISSSE DE L'INCIDENCE DU VHC.**

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence du VIH à partir des déclarations obligatoires de séropositivité mises en place à partir de 2003

Prévalence biologique du VHC dans les enquêtes sur les populations d'usagers de drogue : première enquête Coquelicot en 2004

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Pour le VIH : la baisse continue de l'incidence du sida chez des personnes contaminées par usage de drogues injectables est patente depuis plusieurs années (ce groupe représentait 24 % des nouveaux diagnostics de sida en 1996, contre 11 % environ en 2003). Les premières données de la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics d'infections à VIH à l'InVS confirment largement ce constat, la part des usagers de drogues étant de 2,8 % au 30/09/2003 (données provisoires) et le taux d'infection récente, particulièrement faible dans ce groupe.

Concernant le VHC, le risque d'infection, chez les usagers de drogue, est principalement lié au partage ou à la réutilisation du matériel d'injection et de préparation de l'injection (coton en particulier). La transmission est possible en cas de partage de la paille chez les usagers utilisant des drogues par voie nasale, toutefois la majorité des personnes contaminées par le VHC qui rapportent cette pratique signalent également des antécédents d'usage de drogue par voie veineuse.

La transmission du VHC demeure à un niveau élevé chez les UDIV, alors que pour le VIH elle a diminué. 2 raisons principales expliquent cette différence : 1) le risque de transmission pour une exposition à du sang contaminé est en moyenne 10 fois supérieure pour le VHC que pour le VIH ; 2) la prévalence du VHC chez les UDIV étant beaucoup plus élevée (73 % de sérologies positives dans l'enquête préliminaire Coquelicot en 2001/2002) que celle du VIH, l'opportunité d'un contact avec le VHC lors d'un partage de matériel d'injection ou de matériel de préparation est donc beaucoup plus important pour le VHC que pour le VIH. Enfin, le fait que le VHC soit théoriquement plus résistant que le VIH dans le milieu extérieur pourrait aussi y contribuer. Pour ces raisons, la politique de réduction des risques est mise en échec pour le VHC, alors qu'elle est efficace pour le VIH.

Notons également que le plan 2004-2008 de la MILDT comporte un objectif d'amélioration de la connaissance pour les usagers de drogues de leur statut sérologique VHC, ainsi qu'un objectif de réduction de la prévalence biologique VHC pour les usagers de drogues (opiacés, stimulants) âgés de moins de 25 ans (indicateur pressenti : prévalence biologique ; dans l'étude préliminaire Coquelicot, 44 % des usagers de moins de 30 ans étaient déjà contaminés par le VHC)

Indicateurs

Pour le VIH, les données de la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, associées aux tests d'infection récente (moins de 6 mois), permettent de suivre l'évolution de l'incidence dans la population des usagers de drogues utilisant (ou ayant utilisé) la voie intraveineuse : estimation du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH imputés à l'usage de drogues par voie intraveineuse et parmi ceux-ci, proportion d'infections de moins de 6 mois. Dans la mesure où le nombre de cas observé est particulièrement faible (56 durant les 10 premiers mois de recueil), il a été jugé inutile de procéder à une désagrégation des données selon l'âge.

L'ajout d'un indicateur de prévalence du VIH dans la population des usagers de drogue, comme variable contextuelle, a été discuté mais jugé inutile pour suivre la baisse de l'incidence du VIH dans cette population.

Pour le VHC, il n'existe pas de dispositif de recueils de *l'incidence*, mais plusieurs recueils de données de *prévalence*, qui présentent chacun des avantages et des inconvénients (mode de recueil, population enquêtée, couverture territoriale...)

Le champ couvert par l'objectif comprend principalement les usagers injecteurs de drogue qui sont les plus exposés au risque. Les consommateurs par voie nasale sont également concernés par le risque d'infection à VHC, mais à un degré bien moindre. Par ailleurs, pour tenter d'approcher l'incidence, il est apparu utile de limiter le champ d'investigation aux usagers de moins de 25 ans, ce qui permettra également d'utiliser le même indicateur « VHC » que pour le suivi du plan de la MILDT.

Compte tenu des écarts importants entre les données obtenues par déclaration et les résultats des examens biologiques, il est important de pouvoir disposer de données biologiques à échéance régulière (une périodicité de trois ans semble adaptée et a été retenue pour l'enquête ANRS-Coquelicot). Toutefois, la phase de faisabilité de l'étude Coquelicot et son extension à 5 villes en 2004 témoignent des limites de l'utilisation de ces tests biologiques dans les études épidémiologiques. Ces tests sont plus facilement réalisables auprès de populations reçues dans les dispositifs haut-seuil (centres de soins) et en médecine de ville mais les conditions de faisabilité sont généralement difficiles à obtenir dans les dispositifs bas-seuil (équipes de rue, PES), en raison de l'état « psychique » des personnes rencontrées et de l'absence des garanties de confidentialité pour la réalisation du test. De plus, les résultats de ces tests ne pouvant être utilisés qu'à des fins épidémiologiques, l'utilisateur ne peut donc pas bénéficier de la restitution du résultat. Pour des raisons éthiques, les études utilisant les tests biologiques ne devront pas être multipliées plus que nécessaire.

En raison des limites de représentativité de chaque source, il est apparu préférable de suivre l'évolution de cet objectif à l'aide d'un tableau récapitulant l'évolution des données VHC dans les différentes sources.

Principales sources de données identifiées

Sources générales sur le VIH et le VHC

VIH : Déclaration obligatoire des cas de sida, des nouveaux diagnostics d'infection à VIH et du test d'infection récente (InVS)

VHC : Enquêtes une semaine donnée auprès des patients adultes atteints d'hépatite C chronique hospitalisés ou ayant consulté en services de médecine (maladies infectieuses, hépato-gastro-entérologie, médecine interne générale ou polyvalente) pour hépatite C (DREES-DHOS, enquête annuelle de 1997 à 2000, 2003)

Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires (InVS).

Enquêtes spécifiques aux usagers de drogues (VIH, VHC)

L'étude ANRS-Coquelicot conduite par l'InVS est citée dans les indicateurs souhaitables pour le VHC. Elle comporte un prélèvement sanguin et illustre l'écart entre les données déclarées par les usagers et les données biologiques recueillies au moment de l'enquête. L'étude réalisée en 2004 concerne 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et a inclus environ 1500 personnes. Une des spécificités de cette étude est de porter sur l'ensemble du dispositif spécialisé fréquenté par les usagers de drogues (CSST, médecins généralistes, hébergement, boutiques, PES, équipes de rue, etc.) Le plan d'échantillonnage a été réalisé afin que l'échantillon soit le plus proche possible de la population des usagers de drogues. Cette étude devrait devenir un dispositif pérenne au sein de l'InVS, avec une périodicité de trois ans.

Des dosages biologiques seront introduits en 2005 dans les études effectuées tous les deux ans auprès des usagers fréquentant les structures à bas seuil du dispositif TREND (OFDT).

Les études effectuées en novembre auprès des structures de soins, des hôpitaux et des centres sociaux reposent sur les déclarations faites par ces structures. Mais l'ancienneté des sérologies n'étant pas renseignée et les données sont produites à partir des résultats connus du centre spécialisé (soit les $\frac{3}{4}$ des cas environ). Toutefois si la sérologie est ancienne (quelques mois), il peut s'être produit une séroconversion dans l'intervalle de temps. De plus, il existe une incertitude pour les nouveaux consultants, sans compter l'absence de représentation des usagers qui ne fréquentent pas les centres (mais sont susceptibles de fréquenter les structures à bas seuil).

Enfin, le dispositif RECAP (OFDT), actuellement en test, concerne la totalité des consultants des CSST et présente l'avantage de constituer un dispositif permanent.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur VIH					
<i>Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI)</i>	InVS Déclaration obligatoire et surveillance virologique	Proportion d'infection récente (< 6 mois)	Annuelle	Non pertinent (effectifs faibles)	Evaluation de l'exhaustivité de la DO
Indicateurs VHC					
<i>Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ayant recours aux différentes structures de prise en charge (tableau)</i>	OFDT TREND	Injecteurs, sniff	Biannuelle	Non pertinent	Expertise des différentes données
	InVS enquête ANRS-Coquelicot		2002, 2004 triennal ?	Non pertinent	
	OFDT RECAP		annuelle	Pertinent	
	DREES Enquête prise en charge des toxicomanes		Annuelle de 1987 à 1999, 2003	Non pertinent (effectifs insuffisants)	

Soit 2 fiches.

NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION À VIH CHEZ LES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES

Indicateur	Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI)
Objectif	56. Dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC

DESCRIPTION

Nombre	Nombre de nouveaux diagnostics d'infections à VIH notifiés pour lesquels le mode de contamination imputé est l'usage de drogues injectables	
Proportion		
Numérateur (N)	Nombre de nouveaux diagnostics d'infections à VIH notifiés pour lesquels le mode de contamination imputé est l'usage de drogues injectables	
Dénominateur (D)	Nombre total pour l'année considérée des nouveaux diagnostics d'infections à VIH notifiés	
Sous-groupes (strates)	/	
Décompositions (N)	Proportion d'infections récentes (< 6 mois)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (effectifs trop faibles pour justifier des données régionales)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	UE base NewCronos : nombre de cas par groupes de transmission Euro HIV : incidence du sida et des infections nouvellement diagnostiquées, nombres de cas par groupe de transmission Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : -prévalence du VIH chez les UDI	
Dernier résultat connu	Année : 2003 (mars à décembre)	Valeur : 56 (53 UDI + 3 UDI et homo ou bisexuels) soit 2,4 % des nouveaux diagnostics

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Déclaration obligatoire Patients pour qui une infection à VIH est découverte (nouveaux diagnostics), notifications initiées par les biologistes et complétées par les médecins cliniciens
Mode de collecte (ddb)	Notifications adressées en DDASS aux médecins inspecteurs de santé publique : couplage des volets biologistes et cliniciens et envoi à l'InVS
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Médecins inspecteurs de santé publique et InVS
Organisme responsable de la synthèse des données	InVS (département des maladies infectieuses)
Méthodologie	Exhaustivité : la déclaration obligatoire s'applique à tous les biologistes et médecins (public ou privé). Les biologistes doivent notifier toutes les nouvelles sérologies positives de leur laboratoire et transmettre la fiche de notification à la DDASS et au clinicien prescripteur du test. (Les résultats des dépistages réalisés dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont exclus des déclarations)
Mode de calcul	Détection des doublons (à partir des codes d'anonymat)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	2003 : Première année de déclaration obligatoire pour les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, montée en charge progressive du système, un recul est nécessaire pour évaluer l'exhaustivité
Modalités d'interprétation	Reflète les cas nouvellement dépistés, et non les nouvelles contaminations (qui peuvent toutefois être appréhendées pour le VIH-1 par un test complémentaire « d'infection récente » effectué par le centre national de référence)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Mode de contamination inconnu pour environ 20 % des cas

Bibliographie

- InVS, CNR pour le VIH, « Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 24-25, 2004, pp 102-110.
- « Diagnostics d'infection par le VIH en France, cas notifiés entre mars et décembre 2003 », InVS

TABLEAU DE PRÉVALENCES DU VHC PARMIS LES USAGERS DE DROGUES DE MOINS DE 25 ANS

Indicateur	Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans
Objectif	56. Dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC
Indicateurs internationaux	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : -prévalence du VHC chez les UDI, globalement et dans différents sous-groupes - prévalence du VHC chez les UDI de moins de 25 ans, chez les nouveaux usagers par injection

DESCRIPTION

OFDT - Enquête auprès des usagers des structures de première ligne

Numérateur (N)	Usagers enquêtés dans les structures de première ligne ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne et âgés de moins de 25 ans présentant une sérologie positive au VHC	
Dénominateur (D)	Usagers enquêtés dans les structures à bas seuil ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne et âgés de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie VHC a été effectuée	
Sous-groupes (strates)	Injecteurs vie, usagers jamais injecteurs	
Indicateurs contextuel	Taux d'usagers enquêtés dans les structures à bas seuils ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne et âgés de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie VHC a été effectuée	
Niveaux géographiques d'agrégation	Global (pour l'ensemble des sites participant au réseau TREND)	
Périodicité de la mesure	annuelle de 2001 à 2003, puis bisannuelle	
Dernier résultat connu	Année : 2003 (déclaration)	Valeur : 17 % des 15-24 ans enquêtés ayant déjà eu un dépistage
Origine (données de base)	Usagers des structures de première ligne du réseau TREND (échantillon total de 1082 personnes en 2003)	
Mode de collecte (ddb)	Résultats initialement basés sur les déclarations des usagers, dosages biologiques à partir de l'enquête 2005	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Réseau TREND	
Service responsable de la synthèse des données	OFDT	

DESCRIPTION

InVS - Enquête Coquelicot

Numérateur (N)	Usagers de drogues enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois, âgés de moins de 25 ans et présentant une sérologie positive au VHC	
Dénominateur (D)	Usagers de drogues enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois, âgés de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie VHC a été effectuée	
Sous-groupes (strates)	Injecteurs, usagers de cocaïne non injecteurs, usagers de crack	
Indicateur contextuel	Taux d'usagers injecteurs de drogues enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois, âgés de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie VHC a été effectuée	
Niveaux géographiques d'agrégation	Global, pour l'ensemble des cinq sites enquêtés	
Périodicité de la mesure	Préenquête en 2001-2002, première enquête en 2004, nouvelle enquête envisagée en 2007	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2001/2002 (N= 166)	Valeur : (tous âges, dosage biologique) 73 %
Origine (données de base)	Usagers ayant injecté ou sniffé des drogues au moins une fois dans leur vie, fréquentant l'un ou l'autre des différents dispositifs de soins aux toxicomanes (CSST, structures à bas seuil, médecins généralistes)	
Mode de collecte (ddb)	Enquêteurs professionnels formés et extérieurs aux structures investiguées (collaboration INED) Mesure biologique VIH, VHC, VHB au moment de l'enquête (et comparaison avec les données déclarées par les usagers)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	

Méthodologie	2003/2004 : étude transversale multicentrique (Bordeaux, Lille, Paris, Marseille, Strasbourg), Une centaine de structures enquêtées (structures de prévention, soins ou hébergements + 40 médecins de ville) N= 1500 en 2004 Cette étude est complétée d'un volet socio-anthropologique auprès de jeunes de moins de 25 ans moins bien captés par l'étude épidémiologique, de femmes, consommateur de cracks, « teufers ».

DESCRIPTION

DREES - Enquête novembre

Numérateur (N)	Nombre d'usagers de drogues de moins de 25 ans ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne consultant dans les structures spécialisées de soin pendant la période d'enquête pour lesquels une sérologie VHC positive est déclarée par le CSST	
Dénominateur (D)	Nombre d'usagers de drogues de moins de 25 ans ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne consultant dans les structures spécialisées de soin pendant la période d'enquête pour lesquels la sérologie VHC est connue par le CSST	
Sous-groupes (strates)	Utilisateurs de la voie intraveineuse, usagers non injecteurs	
Indicateur contextuel	Taux d'usagers de drogues de moins de 25 ans ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne consultant dans les structures spécialisées de soin pendant la période d'enquête pour lesquels la sérologie VHC est connue par le CSST	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (effectifs des usagers moins de 25 ans insuffisants pour des estimations régionales)	
Périodicité de la mesure	1987 à 1997, 1999, 2003, devrait être remplacé par le système RECAP	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : utilisateurs de la voie intra veineuse : 63 % de ceux dont le statut sérologique est connu (consultants CSST, tous âges)
Origine (données de base)	Patients consultant en CSST pendant le mois d'enquête	
Mode de collecte (ddb)	Questionnaire patient remplis par les structures de soins	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DRASS, DREES	
Service responsable de la synthèse des données	DREES	
Méthodologie	Enquête exhaustive se déroulant pendant un mois sur tout le territoire (y compris les DOM), dans les services spécialisés (toute la population prise en charge est alors concernée par l'enquête), mais aussi l'ensemble des services hospitaliers (population en hospitalisation complète ou partielle prise en charge pour toxicomanie ou pour un autre motif médical mais avec une consommation régulière et prolongée des produits illicites (ou licites détournés de leur usage normal). (Les services de l'AP-HP ne sont enquêtés qu'une semaine et leurs données sont pondérées)	

DESCRIPTION

OFDT - RECAP

Numérateur (N)	Consultants en CSST âgés de moins de 25 ans et ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne présentant une sérologie positive au VHC	
Dénominateur (D)	Consultants en CSST âgés de moins de 25 ans et ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne pour lesquels la sérologie VHC est connue	
Sous-groupes (strates)	Utilisateurs de la voie intraveineuse, usagers jamais injecteurs	
Indicateur contextuel	Taux de consultants en CSST âgés de moins de 25 ans et ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne pour lesquels la sérologie VHC est connue	
Niveaux géographiques d'agrégation	Global pour les centres volontaires dans un premier temps, régional dès que la couverture territoriale de RECAP le permettra	
Périodicité de la mesure	Enregistrement continu à partir de 2005	
Dernier résultat connu	Année : /	Valeur :
Origine (données de base)	Consultants auprès des CSST	
Mode de collecte (ddb)	Système anonyme d'enregistrement permanent pour les consultants en CSST	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CSST, OFDT	
Service responsable de la synthèse des données	OFDT	
Méthodologie	Système de recueil permanent en cours de construction avec les CSST .	

Éléments chiffrés : prévalence du VHC déclaré dans différentes enquêtes (tous âges)

		1993	1994	1996	1997	1998	1999	2001	2002	2003
IREP	BS + CSST			47 %						
CESES	Postcure	43 %		60 %	58 %					
DRESS	CSST		51 %	57 %	62 %		63 %			
InVS/INSERM	Echange seringue.					58 %				
AIDES	CCST + MG								53 %	
OFDT [7, 28]	BS							49 %	49 %	43 %
ANRS-Coquelicot	Rue + CCST + PES + MG +									
InVS *	boutiques + hébergement								73%	

BS = bas seuil, * dosage biologique

Éléments de bibliographie

- TELLIER Sergine, « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales », Drees, série statistiques, Document de travail n° 19, février 2001.
- EMMANUELLI Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, BARIN Francis, « Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2003, n° 16-17, pp. 97-99.
- EMMANUELLI Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Etude multicentrique multisite sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot) – Phase de faisabilité », Rapport InVS-ANRS, 2003.
- PALLE Christophe et alii, « CSST 1998-2001 » Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001 », OFDT, Focus-Consommateurs et conséquences, octobre 2003.
- « Comportements à risque des usagers de drogues et épidémiologie du VIH-VHC : le projet Coquelicot et sa phase pilote », in « Rapport annuel 2002 », InVS, 2003.
- « Rapport d'activité 2003 – Programme 2004 », Fiches projets, InVS, 2003.

57. PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES : DIMINUER DE 10% LE NOMBRE DE PSYCHOTIQUES CHRONIQUES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.

OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMER LE NOMBRE DE PSYCHOTIQUES CHRONIQUES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Il n'existe pas de source donnant cette information en routine.

Une première étape consiste à définir précisément les « cas » : c'est à dire les personnes psychotiques et les personnes en situation de précarité.

Pour la précarité, des définitions opérationnelles existent :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » Conseil économique et social, rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » cité dans le rapport 2000 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Par contre, il n'existe pas à proprement parler d'indicateurs de précarité¹²⁴.

Il a été proposé de se limiter aux personnes sans domicile fixe en retenant la référence de l'INED.

Pour les psychotiques chroniques : l'identification des « cas » pour les schizophrénies et psychoses délirantes non schizophréniques pourrait être réalisée de façon simple mais les modalités de cette définition restent à préciser. Il faut également déterminer la part de ces deux diagnostics dans l'ensemble des psychoses chroniques et discuter la légitimité de ne retenir que ces deux diagnostics « traceurs ».

Principales sources de données identifiées

Différentes enquêtes ou bases de données qui pourraient permettre de renseigner des indicateurs en rapport avec cet objectif ont été envisagées :

Les données descriptives issues de l'enquête HID ne concernent que les personnes faisant l'objet d'un suivi psychiatrique : nombre et proportion de « personnes ayant déclaré avoir consulté pour troubles psychiques ou mentaux au cours des trois derniers mois » (distingué en suivi régulier et suivi ponctuel).

¹²⁴ Extrait du rapport 2000 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, La Documentation française, Paris, 2000, p.47.

« Il n'existe pas à proprement parler d'indicateurs de précarité. C'est que la notion de précarité est plus difficile à définir [que celle de pauvreté]. La pauvreté, c'est l'insuffisance de ressources, la précarité, c'est l'instabilité, la fragilité des situations. Elle constitue un ensemble de risques qui peuvent conduire à une situation de pauvreté. La notion de précarité englobe celle de pauvreté... Mais ces risques peuvent ne pas se produire... La précarité ne peut donc être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations, et ce au regard de multiples dimensions... Une analyse de ces situations ne peut s'appuyer que sur des trajectoires individuelles. Or, ces enquêtes, menées à grande échelle, sont coûteuses et encore peu développées dans notre pays, hormis des travaux sociologiques et anthropologiques concernant des échantillons assez limités. Il n'existe donc pas encore de mesure globale de la précarité, en dehors de données partielles relatives au marché du travail (chômage, emplois précaires), à la situation familiale (familles monoparentales), ou encore aux conditions de logement. »

Ces informations peuvent être désagrégées selon le milieu social et la catégorie socioprofessionnelle. Mais l'étude ne prend pas en compte la nature précise et la gravité des pathologies mentales. Ce n'est pas l'objet principal de l'enquête HID (centrée sur la description des incapacités et des désavantages). De plus, pour des raisons diverses tenant à la fois à la complexité du diagnostic en santé mentale, à la difficulté de son énoncé, mais aussi à une certaine forme de tabou, quatre personnes régulièrement suivies pour troubles psychiques ou mentaux sur dix ne peuvent indiquer la nature précise de leurs troubles.

Cette source n'a pas été retenue.

Enquête déclarative sur la santé de l'INSEE : l'échantillon de l'enquête qui permet de croiser situation sociale de l'individu et pathologies qui l'affectent est trop faible pour être utilisé ici.

Les rapports de secteur ne donnent aucune indication sur les pathologies et la situation sociale des personnes suivies

Une enquête sur les populations suivies en établissement de psychiatrie comportant des données sur le diagnostic et sur la situation sociale est en cours d'exploitation mais des problèmes techniques font que son exploitation n'est pas assurée. A terme le PMSI psychiatrie devrait pouvoir constituer une source de données pour un indicateur approché. En tout état de cause, il s'agit là de données limitées aux personnes suivies dans le système de soin.

Utilisation de l'ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité) :

Prévalence : cela nécessite une enquête spécifique assez lourde que la CNAMTS n'envisage pas de faire à échéance régulière¹²⁵.

Incidence : les données de l'admission en ALD sont disponibles par sexe, classes d'âge, régions, CSP, CMU et types de pathologies. Il est toutefois difficile de poser à l'admission un diagnostic de psychose chronique.

Sur la question de la définition d'un médicament traceur (de type neuroleptique) et une durée de traitement de référence permettant d'estimer une prévalence de personnes traitées les avis du groupe ont été partagés (traitements pas toujours spécifiques, prescription importante de neuroleptiques chez les personnes âgées, définition de la dose et de la durée de traitement...), d'autant que les médicaments délivrés par les hôpitaux ne seraient pas comptabilisés pour la construction de cet indicateur. Finalement cette source de donnée n'a pas été retenue.

Il ne semble pas que des données utiles pour construire cet indicateur puissent être recueillies à partir des fichiers des Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP), du moins dans l'immédiat.

Finalement le groupe a été partagé sur la question suivante : Faut-il mener une enquête *ad hoc* et de la répéter à intervalle régulier ?

Il est convenu de distinguer les malades psychotiques suivis dans le système de soins pour lesquels on pourra avoir des données globales [pour les psychotiques en situation de précarité, il faudrait au préalable définir de manière concrète quels éléments de mesure devront être élaborés et collectés de manière complémentaire pour identifier la précarité] et ceux qui ne sont pas suivis pour lesquels la seule possibilité est de mener une enquête. Ce type d'enquête a déjà été réalisé parmi les sans abri sur des zones géographiques limitées¹²⁶¹²⁷ mais la difficulté méthodologique de telles enquêtes a été soulignée. Le groupe après discussion considère que si cette option est retenue, le champ d'une enquête de même nature doit être élargi à tout le territoire.

Cette option suppose à tout le moins une phase de préparation et de test assez lourde.

¹²⁵ Borges da Silva G, Fender P, Brunel M, Allemand H. Prévalence des affections psychiatriques des affiliés du régime général par région. Ann Méd Psychol., 1999, 157, n°10.

¹²⁶ Kovess V., Mangin-Lazarus C. *The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris*. Soc Psychiatry Epidemiol (1999) 34 : 580-587

¹²⁷ Guesdon I., Roelandt J.-L. : Enquête lilloise sur la santé des personnes sans domicile fixe, L'information psychiatrique, n°4, avril 1998.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux (en discussion)					
<i>Nombre de malades psychotiques en situation de précarité suivis dans le système de soin</i>	PMSI psychiatrique	Sexe, classes d'âge, CSP	Annuelle	Oui/oui	Définir et intégrer les éléments de mesure la précarité
<i>Nombre de malades psychotiques en situation de précarité non suivis dans le système de soin</i>	Enquête spécifique	Sexe, classes d'âge, CSP	A définir	Oui/oui ?	A construire
Indicateur complémentaire					
<i>Taux d'admission en ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité)</i>	UNCAM /URCAM	Sexe, classes d'âge, CSP	Annuelle	Oui/oui	

Soit 1 fiche

Taux d'admission en ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité)

Indicateur	Taux annuel d'admission en ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité)
Objectif	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité. Objectif préalable : Estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité) nouvellement accordées	
Dénominateur (D)	Assurés sociaux du régime général (+ CANAM et MSA ?)	
Sous-groupes (strates)	Par sexe, par classe d'âge (<25 ans ; 25-44 ; 45-64 ; 65-84 ; 85 et plus), par CSP (sous réserve de disponibilité)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : nombre de nouveaux cas de troubles mentaux ; Eco Santé (OCDE) : non ; Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie : UNCAM (niveau national) ,URCAM (niveau régional)	
Mode de collecte (ddb)	Données des fichiers de la CNAMTS (+ CANAM et MSA ?)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CNAMTS (+ CANAM et MSA ?)	
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM/URCAM	
Méthodologie	A préciser	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les déclarations d'admission en ALD sont liées à l'activité des services
Modalités d'interprétation	Donne une indication de l'incidence de cette pathologie et/ou de sa prise en charge par l'assurance maladie

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Données déjà publiées pour la CNAMTS ; voir CANAM et MSA
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur approché en l'absence de source de données disponibles En 2002 : 125 528 personnes en ALD 23 pour la CNAMTS y compris diagnostic d'arriération mentale ; numérateur inconnu

58. TOXICOMANIE : DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ET POLYTOXICOMANIES : POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DÉPENDANTS DES OPIACÉS ET DES POLYCONSOMMATEURS

**OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMER LE TAUX DE RÉTENTION EN
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION**

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Taux de rétention en traitement de substitution

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Une première difficulté réside en la difficulté de connaître précisément le nombre de personnes concernées. L'OFDT évalue entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et/ou de cocaïne. A cet égard, l'OFDT effectuera en 2005 une estimation nationale (avec une méthodologie capture-recapture à partir de 6 sites) dont les résultats devraient être disponibles en 2006, mais qui ne pourra pas donner lieu à des estimations régionales.

La seconde difficulté tient à la dimension qualitative de cet objectif de prise en charge. Les traitements de substitution aux opiacés constituent une des options thérapeutiques et de soutien offertes aux personnes dépendantes aux opiacés. Deux produits sont utilisés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les CSST et les établissements de soins, et la Buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée sous le nom de Subutex®, qui peut être prescrite d'emblée par tout médecin. Le rapport d'exploitation des rapports d'activité des CSST (1998-2001) relève des pratiques diversifiées en matière de substitution, certains centres n'en prescrivant pas du tout : ainsi en 2001, 38 CSST sur 148 n'ont pas prescrit de Méthadone ni de Subutex®, ou n'ont pas renseigné la question sur ces prescriptions.

Par ailleurs, l'OFDT distingue plusieurs populations parmi les consommateurs de BHD : les patients inscrits dans une démarche de traitement dans le cadre d'un suivi médical, les patients recevant des prescriptions de manière irrégulière et enfin les consommateurs hors prescription, difficilement dénombrables, dont les usages ne relèvent pas toujours de la substitution. 21 à 25% des quantités actuellement remboursées pourraient alimenter le marché parallèle.

Selon l'OFDT, la tendance est actuellement à la stagnation du nombre de patients recevant de la BHD (qui représenteraient plus de 8 bénéficiaires de traitement de substitution sur dix), et même à la décroissance dans les zones où cette pratique est importante et ancienne. L'InVS estime à environ 100 000 le nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) en 2003, dont 85 000 sous Subutex®, et 15 000 sous Méthadone.

La récente conférence de consensus de juin 2004 sur les « stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution » recommande de « poursuivre le développement des TSO, qui ont fait la preuve de leur efficacité, de toucher une plus grande part de la population cible et de faciliter le choix des molécules, tout en renforçant la sécurité. »

Dans cette perspective, le plan gouvernemental 2004-2008 « de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool » comprend un axe visant à améliorer la réponse du système de soins à l'usage nocif et à la dépendance. Celui-ci décrit des aspects relatifs à l'offre de soins, aux dispositifs et aux réponses, et fixe 4 objectifs quantifiés :

Renforcer la médicalisation du dispositif spécialisé ambulatoire (indicateur : existence de temps médical dans chaque CSST)

Améliorer la couverture des équipes de liaison en milieu hospitalier (indicateur : existence d'une équipe de liaison spécialisée pour les substances psychoactives dans les établissements de santé comportant des urgences ou l'ensemble des disciplines hospitalières de base)

Réduire les détournements de Subutex® (indicateurs : proportion de patients qui se sont fait prescrire du Subutex® par un ou plusieurs médecins et qui ont reçu au total une posologie supérieure aux doses maximales recommandées, proportion de patients qui se sont fait prescrire du Subutex® par cinq médecins ou plus dans le semestre).

Améliorer l'accessibilité des traitements de substitution par Méthadone (indicateurs : couverture départementale des CSST proposant un traitement de substitution par la Méthadone, proportion d'établissements publics de santé dans lesquels le traitement substitutif par Méthadone est accessible, part des patients sous Méthadone suivis en médecine de ville, proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles)

Compte tenu de ces éléments et de la dimension qualitative de l'objectif, il ne paraît pas pertinent de se limiter au seul indicateur souhaitable énoncé dans le rapport annexé. Plusieurs dimensions semblent nécessaires pour éclairer la prise en charge par traitement de substitution. A cet effet, l'indicateur quantitatif sur la diffusion des traitements de substitution devra être désagrégé pour préciser la diffusion des traitements par Méthadone et ce, particulièrement, pour les patients suivis en médecine de ville. Il sera complété par un indicateur sur l'accessibilité du traitement par la Méthadone en milieu pénitentiaire. L'ajout d'un indicateur sur les détournements du Subutex® a été discuté, mais non retenu pour le suivi de cet objectif, dans la mesure où ce n'est pas précisément un indicateur de prise en charge médicale.

Principales sources de données identifiées

- Assurance maladie (données de remboursement du Subutex® et de la Méthadone achetées en ville)
- CSST rapports d'activité (recueil de données normalisées)

InVS : système d'information SIAMOIS sur l'accessibilité des seringues et des traitements de substitution

DREES : enquêtes sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales (enquêtes novembre, annuelle de 1987 à 1997, 1999, 2003)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous Méthadone</i>	InVS SIAMOIS OFDT et Assurance maladie	Nombre et proportion de patients sous Méthadone suivis en médecine de ville	Annuelle	Pertinent, disponible	Convention OFDT- Assurance maladie
Indicateur complémentaire					

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
<i>Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles</i>	DGS-DHOS	Maison d'arrêt, établissement pour peine	Biennale à partir de 2004	Non pertinent	

Soit 2 fiches.

ESTIMATIONS DU NOMBRE D'USAGERS DE DROGUES SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Indicateur	Estimations du nombre de patients sous traitement de substitution aux opiacés et proportion de patients sous Méthadone
Objectif	58. Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs

DESCRIPTION	InVS SIAMOIS : estimation du nombre d'usagers sous TSO à partir des données de ventes	
Numérateur (N)	Nombre total de doses TSO vendues	
Dénominateur (D)	(Nombre de jours pour la période correspondante) X (posologie moyenne quotidienne)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Subutex®, Méthadone	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional (seulement pour le Subutex®)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Dernier résultat connu	2003	Valeur : 85 000 patients sous Subutex®, 15 000 sous Méthadone
Origine (données de base)	Bases de données GERS ville et hôpital	
Mode de collecte (ddb)	Exhaustivité des ventes	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	GERS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Méthodologie	Estimation du nombre d'usagers à partir des données de vente	
Mode de calcul	Données de ventes ambulatoires mensuelles complétées pour la Méthadone par les données nationales vendues aux hôpitaux et divisées par la posologie théorique moyenne quotidienne (8 mg pour le Subutex® et 60 mg pour la Méthadone depuis 1996)	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Réévaluer les posologies moyennes quotidiennes à 10 mg pour le Subutex® et à 80 mg pour la Méthadone	

DESCRIPTION	Assurance maladie - OFDT : Données de remboursement de TSO	
Numérateur (N)	Nombre total de patients ayant fait l'objet d'un remboursement pour au moins un traitement de substitution par Subutex® ou Méthadone au cours de l'année	
Dénominateur (D)	/	
Sous-groupes (strates)	Patients en traitement continu	
Décompositions (N)	- Nombre de patients sous Méthadone/ Nombre total de patients ayant fait l'objet d'un remboursement pour traitement de substitution - Nombre de patients sous Méthadone prescrite en ville / Nombre total de patients ayant fait l'objet d'un remboursement pour traitement de substitution	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Dernier résultat connu	Année : 2002/2003	Valeur : 79 000 personnes ont fait l'objet d'un remboursement pour prescription de Subutex® au dernier trimestre 2002 En 2003, 44 % des patients sous Méthadone étaient suivis en ville
Origine (données de base)	Demandes de remboursement adressées à l'assurance maladie	
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif ou échantillon (convention en cours)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM)	
Service responsable de la synthèse des données	Assurance maladie et OFDT	
Limites et biais connus	Les données de remboursement n'intègrent pas les personnes pour qui <i>tous</i> les traitements de substitution ont été directement délivrés durant la période de référence (Méthadone délivrée dans les CSST)	

Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration de la représentativité nationale (par rapport aux études effectuées jusqu'à présent)

Indicateurs internationaux	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : nombre de personnes recevant un traitement de substitution, noms des médicaments de substitution utilisés dans chaque pays

COMMENTAIRE

Les estimations produites par ces deux sources devront être comparées. Elles permettent de constituer des intervalles pour les nombres de patients sous Subutex® et Methadone : les bornes hautes sont constituées à partir de la dose quotidienne moyenne théorique, utilisée par SIAMOIS et les bornes basses, à partir la dose quotidienne moyenne observée dans les données de l'assurance maladie.

Pour les données de remboursement, une convention entre l'OFDT et l'assurance maladie est en cours de discussion. En fonction des effectifs correspondant aux données qui seront mises à disposition de l'OFDT, les données régionalisées pourront ou non être produites.

Ces estimations devront également être mises en relation avec la population des usagers d'opiacés qui sera estimée par l'OFDT en 2005.

Eléments de bibliographie

- EMMANUELLI Julien, « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques –SIAMOIS- Description, analyse et mise en perspective des ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 », InVS, novembre 2000.
- TELLIER Sergine, « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales – novembre 1999 », Drees, *Document de travail*, n° 19, février 2001.
- « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.
- CLAROUX-BELLOCQ D., de BAILLIENCOURT S., et al. « Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2003, 34 (2), pp 93-102.
- CADET-TAÏROU Agnès, CHOLLEY Dominique, « Approche régionale de la substitution aux opiacés – 1999-2002 –pratiques et disparités à travers 13 sites français», OFDT, juin 2004.
- « Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », OFDT, *Tendances*, n° 37, juin 2004.
- « Conférence de consensus – Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », 23 et 24 juin 2004, ANAES, FFA.
- « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool – 2004-2005-2006-2007-2008 », MILDT 2004.

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Indicateur	Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles
Objectif	58. Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont prescrits	
Dénominateur (D)	Nombre total d'établissements pénitentiaires	
Sous-groupes (strates)	Maison d'arrêt, établissements pour peine	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	1998, 1999, 2001, biennale à partir de 2004	
Indicateurs internationaux	Indicateur utilisé par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)	
Dernier résultat connu	Année : 2004	Valeur : 74 %

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête un jour donné (durant une semaine définie) dans les établissements pénitentiaires
Mode de collecte (ddb)	Enquête exhaustive
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Responsable UCSA (Unité de consultation de soins ambulatoires)
Service responsable de la synthèse des données	DGS/DHOS
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Taux d'exhaustivité en 2001 : 98,2 % (165/168 établissements)
Modalités d'interprétation	Accessibilité des traitements de substitution pour les détenus

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

59. TROUBLES BIPOLAIRES, DÉPRESSIFS ET NEVROTQUES : DIMINUER DE 20% LE NOMBRE DE PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES BIPOLAIRES, DÉPRESSIFS OU NEVROTQUES NON RECONNUS.

OBJECTIF PRÉALABLE : DÉVELOPPER ET VALIDER DES INSTRUMENTS DE DÉPISTAGE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Nombre de personnes présentant des troubles dépressifs ou névrotiques non reconnus

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Viviane Kovess rappelle que des instruments de dépistage existent au niveau européen pour les troubles dépressifs ou névrotiques.

Frédéric Rouillon nous informe qu'un instrument de diagnostic clinique des troubles bipolaires est en cours de traduction (Hirschfeld, the Mood Disorder Questionnaire, traduction F. Rouillon et A. Lovell)

Le groupe considère donc que l'objectif préalable sera atteint sous peu.

D'après le rapport du GTNDO, en France, on estime qu'il y aurait environ 500 000 patients souffrant de troubles bipolaires, 4 millions de personnes concernées par les troubles névrotiques et anxieux. Le nombre de personnes dépressives reste difficile à estimer. Concernant les prévalences vie entière, elles sont estimées entre 0,2 et 1,6% pour les troubles bipolaires, 9% pour les troubles dépressifs, et d'au moins 10% pour les troubles névrotiques et anxieux. Ces données sont essentiellement tirées de données de la littérature internationale et supposées semblables pour la France.

La question de la reconnaissance se situe à un double niveau :

Par les professionnels (médecins généralistes, psychiatres ...)

Par le patient : sentiment ou non d'être malade qui est un déterminant important du recours au soin en amont du diagnostic.

Principales sources de données

La construction d'un indicateur rapportant le nombre de personnes présentant des troubles dépressifs ou névrotiques non reconnus au nombre total de personnes présentant des troubles dépressifs ou névrotiques doit partir de données d'enquêtes en population générale.

L'enquête déclarative sur la santé de l'INSEE pourrait permettre la construction d'un indicateur pour les troubles dépressifs et les troubles anxieux en croisant ces données avec l'absence de recours aux soins (à expertiser).

Par contre la prévalence des troubles bipolaires apparaît trop faible pour que cette enquête puisse être utilisée (voir commentaire sur cette enquête dans l'objectif 57).

Sa périodicité actuelle est par ailleurs insuffisante pour notre objectif.

L'enquête « santé mentale en population générale : images et réalités » (SMPG) permet d'apporter des éléments à la construction de cet indicateur. Réalisée sur 36.000 personnes en France métropolitaine et dans les 3 DOM, elle utilise le MINI pour évaluer la prévalence des troubles dépressifs (dont bipolaires) et anxieux. Pour chaque trouble identifié, une exploration systématique des éventuels recours aux soins (médecin généraliste, spécialiste, psychothérapie, hospitalisation) et des aides (entourage, religieux, médecines alternatives) est réalisée. Le recueil des données a été fait par des enquêteurs formés, en entretien face à face, selon la méthode des quotas, dans cinquante sites représentatifs au niveau national.

Cette enquête permet de calculer la proportion de personnes traitées parmi celles qui sont identifiées comme ayant un trouble dépressif, bipolaires ou anxieux, ainsi que les modalités thérapeutiques utilisées et la satisfaction des personnes par rapport à ces modalités.

L'enquête « Santé mentale en population générale (SMPG) » n'a pas vocation à être reproduite régulièrement et de ce fait nous ne pourrions pas disposer de données d'évolution absolument comparables.

Des éléments peuvent être apportés par l'enquête ESEMeD (European Study on Epidemiology of Mental Disorders) réalisée dans 6 pays d'Europe dont la France (en 2001-2002). Cette enquête a utilisé le CIDI pour évaluer la prévalence des troubles mentaux présents et passés et le SF 12, qui est une échelle de qualité de vie, pour mesurer la détresse psychologique. Des données socio-démographiques et sur le recours au soin étaient également relevées. Le recueil de données en France a été fait soit par téléphone (pour les personnes sélectionnées sur liste téléphonique) soit par un enquêteur en face à face (pour les personnes sur liste rouge) sur un échantillon de 2894 adultes de plus de 18 ans vivant en ménage ordinaire, avec un taux de réponse de 45,9%¹²⁸.

L'exploitation de cette enquête pourrait donner des éléments sur la proportion de personnes traitées en fonction du trouble psychiatrique identifié pour les troubles à prévalence élevée (troubles de l'humeur, troubles anxieux) mais pas pour les troubles bipolaires.

L'enquête sera-t-elle répétée (dans ce cas pourrait-on envisager d'élargir l'échantillon) ? Si oui à quelle périodicité ?

Enfin, l'Inpes a introduit dans le baromètre santé de 2004 une interrogation spécifique sur la dépression (instrument de mesure : CIDI), qui pourra permettre de construire un indicateur partiel. A-t-elle vocation à être reproduite régulièrement ? Si oui, à quelle périodicité ?

Se pose la question d'enquêtes périodiques en population générale plus spécifiquement centrées sur la santé mentale que les enquêtes « généralistes » actuelles.

Le groupe est partagé sur leur rapport coût/utilité.

La création attendue d'un GIS en santé mentale rassemblant tous les producteurs de données dans ce champ constituera un lieu de discussion sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre éventuelle de telles enquêtes.

¹²⁸ The WHO World mental Health Survey Consortium : « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Survey » JAMA, june, 2, 2004_Volume 291, N°21 (Reprinted)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours au soin/personnes ayant des troubles dépressifs</i>	Enquête décennale santé Insee	Sexe, classes d'âge, CSP	Quinquennale	Non disponible	A expertiser
	Enquête Santé mentale en population générale/cc-OMS	Sexe, classes d'âge, CSP	Unique	A expertiser	A expertiser
	ESEMeD	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Non disponible	A expertiser
	Baromètre santé Inpes	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Non disponible (sauf extensions régionales ?)	A expertiser
	Enquête en population générale à créer ?	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Souhaitable	Expertiser la faisabilité
<i>Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours au soin/personnes ayant des troubles anxieux</i>	Enquête décennale santé Insee	Sexe, classes d'âge, CSP	Quinquennale	Non disponible	A expertiser
	Enquête Santé mentale en population générale/cc-OMS	Sexe, classes d'âge, CSP	Unique	A expertiser	A expertiser
	ESEMeD	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Non disponible	A expertiser
	Enquête en population générale à créer ?	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Souhaitable	Expertiser la faisabilité
<i>Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin/personnes ayant des troubles bipolaires</i>	Enquête Santé mentale en population générale/cc-OMS	Sexe, classes d'âge, CSP	Unique	A expertiser	A expertiser
	Enquête en population générale à créer ?	Sexe, classes d'âge, CSP	?	Souhaitable	Expertiser la faisabilité

Soit 3 fiches

PROPORTION DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES DÉPRESSIFS SANS RECOURS AU SOIN/PERSONNES AYANT DES TROUBLES DÉPRESSIFS

Indicateur	Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours au soin/personnes ayant des troubles dépressifs
Objectif	59 . Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Personnes ayant des troubles dépressifs sans recours au soin	
Dénominateur (D)	Personnes ayant des troubles dépressifs	
Sous-groupes (strates)	Par sexe, par classe d'âge (<25 ans ; 25-44 ; 45-64 ; 65-84 ; 85 et plus), par CSP	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	SMPG : National (y compris DOM/TOM) mais sites volontaires / Baromètre santé et ESEMeD : Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	SMPG : unique (entre 2001 et 2004); enquête santé Insee (5 ans) ; ESEMeD (2001-2002) reconduction ? périodicité ? ; Baromètre santé 2004 Inpes (reconductible en 2008)	
Indicateurs internationaux	ESEMeD est une enquête européenne dans 6 pays	
Dernier résultat connu	Année : attente exploitation	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SMPG du cc-OMS ; enquête santé Insee ; ESEMeD (UE) ; Baromètre santé Inpes	
Mode de collecte (ddb)	SMPG : enquête par quotas, passation du questionnaire (MINI) par enquêteurs formés dans lieux publics, supervision psychiatres ; Enquête santé Insee (voir fiche méthodo grandes enquêtes) ; ESEMed : échantillon représentatif de 2894 personnes enquêtées à domicile (CIDI) ; baromètre santé : 15 000 personnes enquêtées par téléphone (CIDI-SF)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	SMPG : centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale ; enquête santé : Insee ; ESEMeD : Commission européenne ; baromètre santé : Inpes	
Service responsable de la synthèse des données	SMPG : Drees/Inpes ; Enquête santé : Drees ; ESEMeD (MGEM ?) ; baromètre santé : Inpes	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Difficultés méthodologiques des mesures de prévalences des troubles de santé mentale en population générale (intervalles de confiance très larges) ; biais de recrutement : lieux publics pour SMPG, domicile pour ESEMeD ; non réponse élevée dans ESEMeD, téléphonique pour baromètre santé
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	SMPG : 2005 ; Enquête santé Insee : 2005 ; ESEMeD : base disponible ; baromètre santé : mai 2005
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

PROPORTION DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES ANXIEUX SANS RECOURS AU SOIN / PERSONNES AYANT DES TROUBLES ANXIEUX

Indicateur	Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours au soin / personnes ayant des troubles anxieux
Objectif	59 . Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Personnes ayant des troubles anxieux sans recours au soin	
Dénominateur (D)	Personnes ayant des troubles anxieux	
Sous-groupes (strates)	Par sexe, par classe d'âge (<25 ans ; 25-44 ; 45-64 ; 65-84 ; 85 et plus), par CSP	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	SMPG : National (y compris DOM/TOM) mais sites volontaires / ESEMeD : Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	SMPG : unique (entre 2001 et 2004); enquête santé Insee (5 ans) ; ESEMeD (2001-2002) reconduction ? périodicité ?	
Indicateurs internationaux	ESEMeD est une enquête européenne dans 6 pays	
Dernier résultat connu	Année : attente exploitation	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SMPG du cc-OMS ; enquête santé Insee ; ESEMeD (UE)	
Mode de collecte (ddb)	SMPG : enquête par quotas, passation du questionnaire (MINI) par enquêteurs formés dans lieux publics, supervision psychiatres ; Enquête santé Insee (voir fiche méthodo grandes enquêtes) ; ESEMeD : échantillon représentatif de 2894 personnes enquêtées à domicile (CIDI)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	SMPG : centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale ; enquête santé : Insee; ESEMeD : Commission européenne	
Service responsable de la synthèse des données	SMPG : Drees ; Enquête santé : Drees ; ESEMeD (MGEN ?)	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Difficultés méthodologiques des mesures de prévalences des troubles de santé mentale en population générale (intervalles de confiance très larges) ; biais de recrutement : lieux publics pour SMPG, domicile pour ESEMeD ; fort taux de non-réponse pour ESEMeD
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	SMPG : 2005 ; Enquête santé Insee : 2005 ; ESEMeD : ?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

PROPORTION DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES BIPOLAIRES SANS RECOURS AU SOIN/PERSONNES AYANT DES TROUBLES BIPOLAIRES

Indicateur	Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin/personnes ayant des troubles bipolaires
Objectif	59 . Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin	
Dénominateur (D)	Personnes ayant des troubles bipolaires	
Sous-groupes (strates)	Par sexe, par classe d'âge (<25 ans ; 25-44 ; 45-64 ; 65-84 ; 85 et plus), par CSP	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) mais sites volontaires seulement	
Périodicité de la mesure	unique	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SMPG du cc-OMS	
Mode de collecte (ddb)	Enquête par quotas, passation du questionnaire par enquêteurs formés, supervision psychiatres	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	SMPG : centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale	
Service responsable de la synthèse des données	Drees	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Difficultés méthodologiques des mesures de prévalences des troubles de santé mentale en population générale (intervalles de confiance très larges)
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2005
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

60. TROUBLES BIPOLAIRES, DÉPRESSIFS ET NEVROTQUES : AUGMENTER DE 20% LE NOMBRE DE PERSONNES SOUFFRANT DES TROUBLES BIPOLAIRES, DÉPRESSIFS OU NEVROTQUES ET ANXIEUX QUI SONT TRAITÉES CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE.

OBJECTIF PRÉALABLE : DÉVELOPPER ET VALIDER DES INSTRUMENTS DE DÉPISTAGE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'existence d'instruments de dépistage au niveau européen pour les troubles dépressifs ou névrotiques et la traduction en cours d'un instrument de diagnostic clinique des troubles bipolaires (Hirschfeld, the Mood Disorder Questionnaire, traduction F. Rouillon et A. Lovell) ont été rappelés.

Le groupe considère donc que l'objectif préalable sera atteint sous peu.

Cet objectif porte sur la qualité des traitements : des guides de bonne pratique ont été élaborés par l'ANAES.

Principales sources de données :

Les données permettant de savoir quelle proportion de ces malades sont traités conformément aux recommandations de bonne pratique clinique ne sont pas disponibles dans le système d'information actuellement.

La mesure de cet indicateur supposerait une enquête spécifique.

L'enquête « santé mentale en population générale : images et réalités » (SMPG) permet d'apporter des éléments à la construction de cet indicateur. Réalisée sur 36.000 personnes en France métropolitaine et dans les 3 DOM, elle utilise le MINI pour évaluer la prévalence des troubles dépressifs (dont bipolaires) et anxieux. Pour chaque trouble positif, une exploration systématique des recours aux soins (médecin généraliste, spécialiste, psychothérapie, hospitalisation) et des aides (entourage, religieux, médecines alternatives) est réalisée. Le recueil des données a été fait par des enquêteurs formés, en entretien face à face, selon la méthode des quotas, dans cinquante sites représentatifs au niveau national.

Des éléments peuvent être aussi apportés par l'enquête ESEMeD (European Study on Epidemiology of Mental Disorders) réalisée dans 6 pays d'Europe dont la France (en 2001-2002). Cette enquête a utilisé le CIDI pour évaluer la prévalence des troubles mentaux présents et passés et le SF 12 pour mesurer la détresse psychologique. Des données socio-démographiques et sur le recours au soin étaient également relevées. Le recueil de données en France a été fait soit par téléphone (pour les personnes sélectionnées sur liste téléphonique) soit par un enquêteur en face à face (pour les personnes sur liste rouge) sur un

échantillon de 2894 adultes de plus de 18 ans vivant en ménage ordinaire, avec un taux de réponse de 45,9%¹²⁹.

L'exploitation de cette enquête pourrait nous donner des éléments sur le taux de personnes traitées en fonction du trouble psychiatrique identifié pour les troubles à prévalence élevée (troubles de l'humeur, troubles anxieux). Les conditions d'accès aux données recueillies et les modalités de publication des résultats de cette enquête restent à préciser de même que les perspectives et la périodicité éventuelle de renouvellement de cette enquête.

La CNAMTS considère qu'il s'agit d'un domaine important mais qui n'est pas facile et qui n'a pas encore été beaucoup investi par les médecins-conseils. Les audits cliniques de bonnes pratiques sont en théorie possibles quand existent des référentiels reconnus par les professionnels. En pratique, sur ce thème, cela sera sans doute difficile et coûteux et la CNAMTS ne peut s'engager pour le moment à la production de cet indicateur.

¹²⁹ The WHO World mental Health Survey Consortium : « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Survey » JAMA, june, 2, 2004_Volume 291, N°21 (Reprinted)

61. PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES, TROUBLES BIPOLAIRES, TROUBLES DÉPRESSIFS, TROUBLES NEVROTIQUES ET ANXIEUX : REDUIRE LA MARGINALISATION SOCIALE ET STIGMATISATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES QUI SONT EN ELLES-MÊMES DES FACTEURS D'AGRAVATION.

OBJECTIF PRÉALABLE : CONSTRUIRE UN DISPOSITIF ET DES OUTILS DE MESURE DE L'EXCLUSION SOCIALE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Echelles d'exclusion sociale

L'indicateur pourrait porter sur l'avancement de la réflexion concernant les dispositifs et les outils de mesure de l'exclusion sociale puis les modalités de leur application (sur quelles populations ? par quels professionnels ?).

Des réflexions sont en cours sur ce sujet (voir PNAI et/ ou DGAS)

Le projet européen Echi 2 avait prévu un indicateur d'exclusion sociale en 2004 mais il disparu de la version 2005 : on ne dispose que d'un indicateur de support social ce qui n'est pas la même chose.

- Discussion :

Stigmatisation :

L'enquête « Santé mentale en population générale (SMPG) » du Centre collaborateur OMS comporte un volet sur les représentations des problèmes de santé mentale en population générale. Elle pourra nous donner des indications, sur la stigmatisation perçue, par rapport à certains troubles (ex : dépression)..

Il n'est pas prévu de renouveler cette enquête. Toutefois, certaines des questions posées pourraient être intégrées dans une future enquête périodique sur la santé mentale en population générale.

Marginalisation sociale et stigmatisation :

Il peut être envisagé d'intégrer des questions explorant la marginalisation sociale dans un module d'une des enquêtes déclaratives périodiques existantes en population générale (proposition aux producteurs). Il existe en effet des outils de mesure de l'exclusion sociale au niveau européen [à vérifier : Drees : Michèle Lelièvre].

Pour ces enquêtes, ne pourront être concernés que les troubles ayant une prévalence suffisante (troubles dépressifs et anxieux) qui sont par ailleurs les moins stigmatisés.

Ici encore [voir fiche objectif 59] se pose la question d'enquêtes périodiques en population générale plus spécifiquement centrées sur la santé mentale que les enquêtes « généralistes » actuelles.

Le groupe est partagé sur leur rapport coût/utilité.

62. EPILEPSIE : PRÉVENIR LES LIMITATIONS COGNITIVES ET LEURS CONSÉQUENCES CHEZ LES ENFANTS SOUFFRANT D'UNE ÉPILEPSIE.

OBJECTIF PRÉALABLE : ÉTUDE QUANTIFIANT L'IMPACT GLOBAL DE LA MALADIE SUR LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF CHEZ L'ENFANT.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs¹³⁰

L'épilepsie est une maladie très fréquente.

En France, l'incidence en fonction de l'âge forme une courbe en U : de l'ordre de 100 à 120 pour 100 000 dans les premiers mois de la vie, l'incidence décroît pendant l'enfance puis plus lentement de la pré-adolescence jusqu'à l'âge de 50 ans, et augmente ensuite régulièrement pour atteindre après 70 ans des taux dépassant 100 pour 100 000. On estime qu'il y a en France 20 000 nouveaux cas par an.

La prévalence est estimée entre 9 et 10,4 pour mille c'est à dire que la maladie concerne entre 300 000 et 600 000 personnes.

En 1999, 1 164 décès ont été attribués à l'épilepsie. Près de la moitié (534) sont survenus avant 65 ans.

On ne dispose d'aucune donnée valide sur la proportion de personnes ayant une épilepsie active qui n'ont pas de suivi - et donc pas de traitement - régulier.

Si les études ne permettent pas une quantification précise des conséquences de l'épilepsie dans la population, elles indiquent que l'épilepsie augmente le risque d'échec scolaire, de difficultés professionnelles et de chômage.

En dehors des facteurs génétiques et des pathologies associées (tumeur cérébrale, pathologie vasculaire cérébrale), il y a peu de déterminants de la survenue d'une épilepsie dont le rôle ait été démontré avec certitude. Par ailleurs, les possibilités d'intervention sur ces déterminants sont limitées, conduisant à privilégier les interventions susceptibles de réduire la gravité et l'impact de cette maladie.

En l'état actuel des connaissances, seules des interventions visant à augmenter la proportion de patients correctement suivis et traités, et notamment parmi ceux n'ayant pas recours à des centres spécialisés, sont susceptibles de réduire la gravité et la fréquence des épilepsies graves.

En ce qui concerne l'enfant, l'épilepsie est au premier rang des maladies neurologiques pour lesquelles il serait important **d'envisager des interventions permettant à des enfants présentant un déficit cognitif un développement optimal de leurs capacités intellectuelles**, ce qui, selon la plupart des intervenants actuels, est loin d'être le cas.

Des interventions pluridisciplinaires (neuropsychologues, éducateurs, enseignants, neuropédiatres, pédopsychiatres) dont les objectifs à court et moyen terme pourraient être quantifiés (niveau atteint, intégration scolaire, socialisation, etc.) devraient être encouragées. Des interventions qui auraient un impact sur le développement cognitif de ces enfants seraient susceptibles aussi d'effets à plus long terme.

Des interventions spécifiques permettant le développement optimal des capacités intellectuelles des enfants épileptiques doivent être proposées.

Principales sources de données identifiées

Ministère de l'Éducation nationale :

¹³⁰ Issu de la contribution de A. Alpérovitch, INSERM U360 : Epilepsie au GTNDO (17/01/2003) et contribution de P. Gilbert (DREES)

Les médecins scolaires suivent les PAI (projet d'accueil individualisé) qui permettent à un enfant ayant un problème de santé chronique de bénéficier des aménagements liés à ses soins à l'école.

Pour des pathologies plus "handicapantes" (besoin de rééducations sur le temps scolaire et/ou d'un suivi concerté entre les instituteurs et les services médico-sociaux qui suivent les enfants), un projet d'intégration scolaire est formalisé.

Les recueils d'informations concernant ces dispositifs existent :

médecins scolaires pour les PAI,

enquêtes sur l'intégration scolaire auprès des directeurs d'école (qui ne comportent sans doute que peu d'indications sur les pathologies).

Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES)

Actuellement il existe une enquête annuelle des CDES mais elle comporte peu de données concernant la population des enfants suivis, c'est plutôt un outil de suivi de l'activité des commissions. Depuis 1998 l'outil informatique des CDES comporte une fiche médicale mais elle est très inégalement utilisée localement, soit parce que l'informatisation ne fonctionne pas du tout (20 CDES sur 100 environ) soit parce qu'il n'y a pas de temps médical pour ce travail. Deux ou trois départements codent cependant aujourd'hui de façon exhaustive cette fiche et d'autres l'utilisent de façon ciblée pour des besoins ponctuels (connaissance de la population dans le cadre de l'élaboration de schémas médico-sociaux par exemple).

La refonte du système informatique des CDES est en cours d'achèvement (la phase de déploiement de l'application OPALES est en cours). L'application deviendra obligatoire, mais cela ne résout pas actuellement le problème des moyens médicaux de ces commissions, insuffisants actuellement pour permettre un recueil de données médicales correct.

La fiche médicale des CDES a été intégralement reprise en l'état dans OPALES. Il sera beaucoup plus facile d'obtenir des extractions localement et une remontée nationale annuelle est prévue. Le cahier des charges de l'ensemble de cette fonction "pilote" est en cours, il serait donc possible d'y intégrer une remontée spécifique annuelle concernant l'indicateur recherché, en ciblant les diagnostics et les origines requis pour la population des enfants ayant eu 7 ans dans l'année par exemple (7 ans est un âge où les enfants ayant des atteintes un peu conséquentes sont arrivés à la CDES).

Pour connaître mieux l'ensemble de la population des enfants épileptiques, il serait nécessaire de tendre vers une exhaustivité du codage médical, ce qui est peut-être un peu trop ambitieux dans un premier temps.

Concrètement on pourrait faire coder par les CDES de façon ciblée les fiches médicales d'une année de naissance donnée (les enfants ayant 7 ans dans l'année par exemple) et regarder l'évolution dans le temps sur cette classe d'âge (codes concernant l'épilepsie dans les diagnostics mais aussi dans les déficiences).

On pourrait apprécier le nombre d'enfants épileptiques qui disposent de prises en charge spécifiques déclenchées par la CDES et s'intéresser à la sous population n'ayant pas d'autres handicaps lourds pour apprécier les évolutions quantitatives et qualitatives des prises en charge déclenchées par les CDES et qui soutiennent les apprentissages même en cas de troubles neuropsychologiques : ce serait une approche incomplète (une seule année de naissance, et on ne voit pas les enfants non connus de la CDES) mais intéressante cependant pour un suivi sur plusieurs années.

De plus cela ne nécessite pas de travail supplémentaire de la part des CDES si les données médicales sont saisies de façon exhaustive pour cette classe d'âge.

Données de l'Assurance maladie :

ALD et remboursements de traitements.

Enquête HID :

Cette enquête ne permet toutefois pas de connaître le diagnostic et de plus cet indicateur ne s'intéresse qu'aux enfants et les effectifs concernés risquent d'être trop faibles pour une exploitation.

Propositions du groupe projet :

L'objectif préalable inscrit dans le rapport annexé :

« Mettre en œuvre des études quantifiant l'impact global de l'épilepsie sur le développement cognitif chez l'enfant, scolarité, vie familiale, activité professionnelle et insertion sociale » doit être atteint .

Le groupe préconise de confier cette étude à la Société Française de Pédiatrie ou à l'Inserm

Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir un indicateur permettant d'approcher l'ampleur du problème : incidence ou mieux prévalence

Les ALD permettront de construire un indicateur d'incidence pour les formes graves mais ne pourront pas renseigner sur la prévalence.

Le groupe propose d'interroger la Société Française de Pédiatrie pour savoir s'il existe des traitements suffisamment spécifiques de cette pathologie, si oui lesquels, à quelle posologie, pour quelle durée de traitement et quelles classes d'âge.

La source de données potentielle que constituent les dossiers de CDES devra faire l'objet de préconisations d'amélioration du recueil, mais dans l'immédiat, elles apparaissent très liées à l'offre de soin et la qualité est encore très hétérogène.

Enfin, l'Éducation nationale devra être contactée et l'enquête HID expertisée.

Réponse du Professeur Jacques Motte, neuropédiatre au CHU Reims, membre de la Société française de pédiatrie reçue le 23 février 2005 :

-Tout d'abord les épilepsies se rencontrent à tous les âges du développement, mais plus l'enfant est jeune au moment où l'épilepsie est active, plus le risque d'un retentissement sur le développement cognitif est grand. Il faut donc s'intéresser à toutes les classes d'âge et si cela pose problème il faut au moins regarder les enfants jusqu'à 10- 11 ans (mais certains enfants (rares) ont un développement cognitif normal jusque là et sont ensuite dans l'impossibilité d'apprendre en raison d'une épilepsie apparue à la pré adolescence)

-Un enfant est traité par un antiépileptique lors de la deuxième crise d'épilepsie. En effet c'est la répétition des crises qui caractérise la maladie épileptique. Une crise isolée étant dite "crise occasionnelle". de même les crises convulsives dues à la fièvre ne sont pas considérées comme faisant partie de la maladie épileptique et ne sont pas traitées (le plus souvent) par des antiépileptiques.

-Les médicaments antiépileptiques utilisés sont les mêmes quelque soit l'âge de l'enfant, même si certains d'entre eux n'ont l'AMM qu'à partir d'un certain âge (essentiellement en raison du déficit d'études cliniques chez le petit enfant).

-Ces médicaments sont la Dépakine, le Tegretol, le Dihydan, le Sabril, le Zarontin, le Gardenal, certaines benzodiazépines (et surtout Urbanyl, Rivotril et Valium), Le Trileptal (AMM à partir de 6 ans), le Neurontin (AMM à 3ans en bi thérapie), le Lamictal (2 ans en bi thérapie), le Keppra (16 ans en bi thérapie), l'Epitomax (2 ans en bi thérapie). Si l'on veut repérer tous les enfants épileptiques il faut "marquer" tous ces médicaments sauf les benzodiazépines qui sont aussi prescrites dans d'autres affections et qui dans les épilepsies sont dans l'immense majorité des cas prescrites en association avec un des autres médicaments cités.

-Dans certaines épilepsies avec retentissement important sur le développement (encéphalopathie épileptique) on peut aussi prescrire de l'Hydrocortisone ou de l'ACTH.

-Enfin un certain nombre d'épilepsies peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical

Réponse du Docteur Lydia Valdès, DGS SD5D (maladies chroniques des enfants et vieillissement)

reçue le 24 février 2005 :

Le PAI ne semble pas une source pertinente; en effet, beaucoup de familles refusent (surtout pour des épilepsies ayant des conséquences pas trop visibles) de révéler la pathologie encore très stigmatisée; on risque donc une sous évaluation, principalement des épilepsies ayant le moins de retentissement visible mais qui peut très bien être à l'origine d'un retard ou de difficultés scolaires.

La CDES ne permet d'identifier que les enfants avec handicap dont la cause peut être plurielle et donc pour lesquels les difficultés ne sont pas toujours imputables à l'épilepsie (ou à l'épilepsie seulement).

Les données issues de l'assurance maladie, sous réserve de celles indiquées par le Pr Motte me semblent les plus pertinentes.

Il semble pertinent de "tracer" les médicaments de l'épilepsie pour remonter au malade. Les médicaments " traceurs " me semblent adaptés pour l'objectif, sauf l'ACTH et la cortisone qui peuvent avoir d'autres indications.

Les données de l'ALD me semblent moins pertinentes car il existe des problèmes de codage, de modifications des noms de enfants en cours de soins...

Par ailleurs de nombreux parents refusent l'ALD (surtout quand ils ont une mutuelle) afin de ne pas faire apparaître la pathologie de l'enfant vécue comme stigmatisante.

Sur le choix de l'âge d'observation:

Il n'est pas logique d'arrêter l'observation à l'âge de 11 ans même si les épilepsies apparaissent plus souvent avant cet âge. En effet, la question est d'observer, d'après l'objectif, les épilepsies de l'enfant ; il faut, selon moi, proposer un suivi jusqu'à 18 ans qui est plus logique

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs de cadrage					
<i>Incidence des épilepsies graves de l'enfant</i>	SNIIRAM/ALD	Sexe ; âge (jusqu'à 18 ans inclus)	annuelle	Oui/oui	
<i>Prévalence des enfants traités pour troubles épileptiques</i>	SNIIRAM/ données de remboursement	Sexe ; âge (jusqu'à 18 ans inclus)	annuelle	Oui /Oui	

Soit 2 fiches

INCIDENCE DE L'ÉPILEPSIE DE L'ENFANT (ADMISSIONS ANNUELLES EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE)

Indicateur	Incidence de l'épilepsie grave de l'enfant approchée par le taux de patients nouvellement admis chaque année en ALD pour épilepsie
Objectif	62. Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants jusqu'à 18 ans inclus nouvellement admis en ALD dans l'année pour épilepsie	
Dénominateur (D)	Population du même âge couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Eco Santé (OCDE) : non ; HFAdB (OMS) : non ; Newcronos (UE) : non ; Projet européen ECHI-2 : non	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (CNAMTS)	

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Admissions en ALD ; Assurance maladie : UNCAM (niveau national) URCAM (niveau régional)	
Mode de collecte (ddb)	Administratif : exhaustif et permanent	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (régimes CNAMTS, CANAM, MSA)	
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)	
Méthodologie	Exhaustivité des admissions pour les populations couvertes par ces trois régimes, soit environ 95 % de la population	
Mode de calcul	Agrégation des données des trois grands régimes d'assurance maladie	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Biais de couverture évoqué ci-dessus.
Modalités d'interprétation	Estimateur approchant l'incidence des formes graves

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage

PRÉVALENCE DES ENFANTS TRAITÉS POUR TROUBLES ÉPILEPTIQUES

Indicateur	Prévalence de l'épilepsie de l'enfant approchée par le taux de patients ayant bénéficié de remboursements de traitement(s) spécifique(s) de l'épilepsie
Objectif	62. Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants jusqu'à 18 ans inclus ayant bénéficié de remboursements de traitement(s) spécifique(s) de l'épilepsie dans l'année (Dépakine, Tegretol, Dihydán, Sabril, Zarontin, Gardenal, Trileptal (AMM à partir de 6 ans), Neurontin (AMM à partir de 3ans en bi thérapie), Lamictal (à partir de 2 ans en bi thérapie), Keppra (à partir de 16 ans en bi thérapie), Epitomax (à partir de 2 ans en bi thérapie).	
Dénominateur (D)	Population du même âge couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Eco Santé (OCDE) : non ; HFAdB (OMS) : non ; Newcronos (UE) : non ; Projet européen ECHI-2 : non	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (CNAMTS)	

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Remboursements assurance maladie	
Mode de collecte (ddb)	Administratif et permanent. Exhaustivité des admissions pour les populations couvertes par les trois régimes de l'Assurance maladie (environ 95% de la population)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (régimes CNAMTS, CANAM, MSA)	
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)	
Méthodologie	A déterminer	
Mode de calcul	Agrégation des données des trois grands régimes d'assurance maladie	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Biais de couverture évoqué ci-dessus.
Modalités d'interprétation	Estimateur approchant la prévalence de l'épilepsie de l'enfant

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage ; Les traitements traceurs ont été proposés par la Société Française de Pédiatrie

63. MALADIE D'ALZHEIMER : LIMITER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES MALADES ET SON RETENTISSEMENT SUR LES PROCHES DES PATIENTS.

OBJECTIF PRÉALABLE : MESURER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES MALADES ET SON RETENTISSEMENT SUR LES MALADES ET LEURS PROCHES..

- Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

On estime qu'il y aurait **110 000 à 150 000 nouveaux cas par an dont les deux tiers sont âgés de plus de 80 ans**. L'incidence augmente avec l'âge (environ 1% par an) avec un taux moins élevé chez les hommes.

Les méta-analyses menées dans les pays européens ont estimé la prévalence de la maladie d'Alzheimer à **1,5% à 65 ans**, doublant tous les 4 ans pour atteindre **30% à 80 ans**.

Les chiffres les plus récents de l'étude PAQUID (estimations 2002) évaluent à 600 000 cas le nombre de personnes de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le « plan « Alzheimer » du Ministère de la santé avance les chiffres de **800 000 personnes, soit 18% des personnes de plus de 75 ans**, en 2004.

Cette augmentation peut s'expliquer par deux facteurs : un diagnostic plus précoce et/ou une augmentation de l'espérance de vie des sujets malades en raison d'une meilleure prise en charge.

Les données françaises sont superposables aux données européennes disponibles dans l'étude EUROMED (Hollande, Angleterre, Danemark).

Si une augmentation des cas prévalents de la maladie est prévisible, une meilleure prise en charge liée à un diagnostic plus précoce, à la mise sous anticholinestérasiques et surtout l'instauration d'un plan d'aide pour chaque patient devraient à terme diminuer les consommations en soins, notamment en soins hospitaliers et retarder les entrées en institution.

En effet, la maladie d'Alzheimer est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en institution. C'est aussi une cause majeure de décès en raison des complications de décubitus liées à l'état grabataire et au défaut de prise en charge des pathologies associées.

Elle a également un retentissement majeur sur les proches, conjoint ou enfants en particulier, en raison de son caractère particulièrement éprouvant, de la gêne liée aux troubles du comportement et de sa durée d'évolution. Ce retentissement sur l'aidant est autant physique que psychologique et financier.

La maladie d'Alzheimer est associée à une perte progressive de l'autonomie. Environ 40% des cas de maladie d'Alzheimer vivent en institution. Au stade le plus sévère de la maladie d'Alzheimer (0,2% des cas pour les hommes et 3,3% pour les femmes), 74% se trouvent en institution. L'incapacité peut se manifester dans les deux ans précédant le diagnostic. A ce stade les personnes à risque ne manifestent que des déficits cognitifs légers (MCI)¹³¹. Le soutien du proche aidant est indispensable au maintien à domicile. Le soutien aux aidants peut être apporté par des prises en charge temporaires.

La maladie d'Alzheimer expose à une **inégalité d'accès aux soins**. Cette inégalité est liée aux revenus du sujet ainsi qu'au milieu socioculturel. Enfin, il existe une inégalité liée à l'éloignement des centres experts et à l'intérêt variable des soignants pour la maladie et sa prise en charge, que le développement du programme Clic (Centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées) vise à réduire. La gravité de la maladie est principalement déterminée par l'âge du sujet (les sujets jeunes connaissant souvent une perte plus rapide d'indépendance), la mise en place à un stade précoce des traitements symptomatiques, la présence de co-morbidités (surtout une dépression) ou des troubles comportementaux, et l'exposition aux médicaments avec un effet sur le système cholinergique (par

¹³¹ Etude Eugéria ; suivi longitudinal d'une cohorte de 397 personnes âgées recrutées en médecine générale ; diagnostic des cas par neurologue ; Int J Geriatr Psychiatry 2001.

exemple certains anesthésiques et anti-dépresseurs).

L'importance des troubles psychiatriques associés à la maladie d'Alzheimer (dépression, anxiété, euphorie, changement de personnalité, agitation, apathie, irritabilité, hallucinations, délires) qui sont présents dans environ 90% des cas (ils sont la plus grande cause du stress chez les soignants et de l'institutionnalisation) est maintenant bien reconnue. La dépression est la plus fréquente : environ 40-50% des cas. **Le traitement de ces troubles (souvent négligés par le médecin traitant) pourrait avoir un impact significatif sur l'évolution de la maladie et la diminution du stress des proches.**

En France, comme ailleurs dans le monde, un sujet sur deux n'est pas diagnostiqué (rapport JF Girard 2000). Toute situation de crise (survenue d'un épisode de déshydratation, d'une infection, d'un trouble du comportement, mais aussi changement dans l'environnement social,...) conduit souvent les sujets ayant une maladie d'Alzheimer à être hospitalisés en urgence, dans des structures hospitalières souvent inadaptées. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer évoluée est encore fait trop souvent lors d'une hospitalisation en court séjour. Ce diagnostic tardif contribue à une moindre qualité de prise en charge pour les malades, donc à une moindre qualité de vie. Il conduit aussi à un épuisement des aidants en raison de l'absence de mise en place d'aides au domicile.

Cependant, le diagnostic de maladie d'Alzheimer peut se faire de plus en plus tôt dans les consultations mémoire de proximité ou chez le spécialiste libéral, ce qui va augmenter le nombre de cas prévalents de la maladie. Mais l'accès à ce diagnostic dépend en partie de la répartition au niveau du territoire national des consultations mémoire et des neurologues libéraux (N = 1200). L'accessibilité du diagnostic n'est donc pas la même aujourd'hui dans les différentes régions de France.

Au total, la maladie d'Alzheimer est une **maladie encore trop ignorée et sous-médicalisée** ce qui est regrettable si on prend en compte l'efficacité indiscutable de l'information et du soutien aux aidants, particulièrement au stade précoce.

Proposition du groupe projet

La mesure de l'atteinte de cet objectif nécessite donc la réalisation de **l'objectif préalable** inscrit dans le rapport annexé :

Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches.

Il faut préciser que l'on s'intéresse à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées et que la perte d'autonomie s'entend par rapport à une autonomie totale et non relativement à l'état antérieur du sujet.

Deux types d'indicateurs seraient donc à définir :

Indicateurs de mesure de la perte d'autonomie :

Sources de données :

Aucune source de données nationale existante pertinente n'a été identifiée.

(Jean-François Dartigues suggère d'expertiser l'APA)

Des mesures de la perte d'autonomie occasionnée par la démence sont actuellement réalisées par des études de recherche (cohorte PAQUID) mais elles ne permettent pas de construire un indicateur national (représentativité non assurée).

Dans HID il a été proposé de sélectionner les personnes de plus de 65 ans ayant déclaré une perte des acquis intellectuels. Nous aurions ainsi des données en institution et à domicile. La limite connue de cette source est bien sûr l'absence de diagnostic précis.

Il faudrait ensuite faire un choix sur le score d'autonomie à retenir dans ce cas particulier de handicap mental.

Les deux scores disponibles dans HID (Katz et EHPA) ne semblent pas satisfaisants pour mesurer cet indicateur.

En effet, « le retentissement se fait d'abord sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), en particulier 4 activités sont atteintes de façon précoce : l'utilisation du téléphone, des moyens de

transport, la gestion de la prise de médicaments et du budget. Un score de 0 à 4 AIVQ atteintes a été validé, permettant le dépistage de troubles cognitifs débutants. Puis les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont atteintes progressivement : toilette, habillage puis transfert et alimentation. L'enquête HID est très mal adaptée à la mise en évidence de la perte d'autonomie d'origine cognitive car les 4 AIVQ pertinentes n'y sont pas présentes et les questions portant sur les déficiences cognitives n'ont aucune fiabilité, en raison de la fréquente anosognosie ou du déni des troubles par les personnes concernées »¹³².

Il faudra donc expertiser ce que l'on peut retirer d'HID dans l'immédiat, et, pour l'avenir, préconiser une enquête généraliste sur toutes les maladies chroniques avec retentissement fonctionnel et/ou sur la qualité de vie [type HID mais avec les pathologies] et intégrant le score des 4 AIVQ proposé et les indicateurs de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité à définir.

La possibilité d'une enquête spécifique [à partir des bases de l'assurance maladie (ALD Alzheimer) ou à partir des consultations spécialisées] est évoquée comme alternative à cette enquête généraliste. Un cadre commun à l'ensemble des enquêtes sur le retentissement des maladies chroniques est souhaité.

«La représentativité nationale n'est pas nécessaire pour mettre au point un indicateur de perte d'autonomie dans la MA. Il vaudrait mieux :

- 1) faire une revue correcte de la littérature sur le sujet
- 2) travailler sur la grille AGGIR qui est recueillie en routine pour l'APA, en particulier analyser sa validité dans la MA par exemple à partir d'enquête existante disposant de données de morbidité fiables (PHRC comme REAL.FR, PAQUID, 3C, etc.)
- 3) travailler avec la Sécurité Sociale pour évaluer la validité de l'ALD Alzheimer (mêmes enquêtes) »¹³³
- 4)

Indicateurs de mesure de la qualité de vie des proches :

Il existe dans HID des questions sur les aidants et sur les répercussions qui devront être expertisées.

Des questions sur les aidants plus ciblées sur la construction de cet indicateur pourraient être introduites dans une enquête généraliste sur les maladies chroniques (voir ci-dessus).

Un annuaire des structures d'aide aux aidants est en cours de constitution par la FNORS et pourrait servir de base d'échantillonnage pour des enquêtes sur les aidants.

Europe : des projets portant sur la qualité de vie des proches dans la maladie d'Alzheimer seraient en cours de financement.

Déclinaison régionale de l'indicateur :

Il y a de plus en plus de demandes d'information sur cette maladie au niveau régional (prévalence, prises en charge, dépendance) mais HID ne permet pas de décliner les indicateurs à ce niveau. Il est préconisé de faire des estimations à partir des taux nationaux mais il est pertinent de se poser la question de la production de données régionales.

¹³² Contribution écrite de P. Barberger-Gateau, Isped Bordeaux, PAQUID, du 15 novembre 2004

¹³³ Proposition du Professeur Jean-François Dartigues, Isped, université Bordeaux reçue le 3 janvier 2005

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer</i>	Enquête handicap/maladies chroniques en population générale et en institution ou enquête spécifique (à créer ?)	Classes d'âge	quinquennale	Non disponible. Pertinence à étudier	A créer ?
<i>Score de qualité de vie chez les proches de patients atteints de maladie d'Alzheimer</i>	HID (à expertiser) puis Enquête handicap/maladies chroniques en population générale et en institution ou enquête spécifique (à créer ?)			Non disponible. Pertinence à étudier	Expertise sur HID des échelles. A créer ?

64. MALADIE DE PARKINSON : RETARDER LA SURVENUE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET DES RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ SÉVÈRES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES.

OBJECTIF PRÉALABLE : DÉFINITION DES CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs ¹³⁴

Issu de la contribution de A. Alépérovitch, INSERM U360 pour le GTNDO : Maladie de Parkinson. 17/01/2003

Il faut rappeler que la maladie de Parkinson ne représente qu'une partie (70% à 80%) des syndromes parkinsoniens qui constituent un ensemble hétérogène incluant les complications de certains traitements médicamenteux (neuroleptiques en particulier), les syndromes parkinsoniens d'origine vasculaire, la paralysie supra-nucléaire progressive et l'atrophie multi-systèmes, ces derniers syndromes parkinsoniens étant plus sévères que la maladie de Parkinson idiopathique.

Les données valides sur la prévalence de la maladie de Parkinson proviennent d'études en population récentes françaises comme PAQUID (données publiées), 3C (données non encore publiées) et étrangères. Pour l'incidence, on doit essentiellement s'appuyer sur les études réalisées dans des populations comparables au plan épidémiologique (Pays-Bas, Italie, population caucasienne des Etats-Unis). Les conséquences socio-économiques de la maladie ont aussi fait l'objet de quelques études, dont des études françaises.

On dénombre environ 10 000 nouveaux cas de maladie de Parkinson par an en France, soit au total 100 000 personnes malades dont 70% ont entre 60 et 80 ans. 10% à 20% des cas de maladie de Parkinson ne sont pas diagnostiqués. Si la maladie de Parkinson n'est pas une cause de mortalité prématurée (moins de 2% des 3 500 décès annuels surviennent avant 65 ans) elle retentit fortement sur la qualité de vie.

La gravité de la maladie de Parkinson est liée aux nombreux symptômes invalidants, dus à la maladie ou au traitement, qui apparaissent au cours de son évolution. En l'absence d'autre déterminant modifiable, **une utilisation optimale des traitements médicamenteux et non médicamenteux, et plus largement des soins disponibles, est le seul élément permettant de limiter la gravité de la maladie.**

Les traitements médicamenteux sont habituellement efficaces pendant quelques années (3 à 5 ans). Les **complications du traitement** (fluctuations, dyskinésies) peuvent atteindre un niveau de sévérité justifiant d'envisager d'autres thérapeutiques, notamment la **stimulation cérébrale profonde**. Comme pour d'autres maladies neurologiques chroniques invalidantes, les soins auxiliaires, notamment **la rééducation, peuvent contribuer à limiter la sévérité ou retarder l'apparition des incapacités dues à la maladie .**

La maladie de Parkinson retentit fortement sur la qualité de vie. Les troubles moteurs limitent les déplacements de plus de 50% des malades et 10% à 20% d'entre eux sont confinés à leur domicile. Les **troubles de la marche** et de l'équilibre sont des facteurs de risque de chute. Les personnes atteintes de maladie de Parkinson ont significativement plus de **difficultés dans les activités quotidiennes** (échelles Activities of daily living ADL [ou activités de la vie quotidienne : AVQ], Instrumental activities of daily living IADL [ou AIVQ]) que les autres personnes de leur âge. Enfin, dans environ **20% des cas**, la maladie de Parkinson est associée à des **troubles cognitifs sévères**.

On manque d'informations valides sur :

- La prévalence des formes graves en population générale,
- La prise en charge (suivi médical, rééducation) des personnes malades en population générale,

¹³⁴ Issu de la contribution de A. Alépérovitch, INSERM U360 pour le GTNDO : Maladie de Parkinson. 17/01/2003

- La pratique générale des techniques de rééducation (qualité, adéquation aux besoins potentiels, inégalités d'accès).

Proposition du groupe projet

Il s'agit de mesurer le délai de survenue des restrictions d'activité sévères chez les personnes ayant une symptomatologie parkinsonienne

1- La mesure de l'atteinte de cet objectif nécessite donc la réalisation de **l'objectif préalable** inscrit dans le rapport annexé :

Définir préalablement les restrictions d'activité sévères (à partir de scores de dépendance)

2 - Les sources de données nationales actuellement disponibles ne permettent pas de répondre à la question qui suppose de connaître le début de la maladie. De plus la qualité de l'information obtenue par des enquêtes déclaratives sur la date de début des troubles est sujette à caution.

3- Indicateurs approchés envisagés :

*Taux de limitations fonctionnelles sévères chez les malades parkinsoniens

*Prévalence de la maladie de Parkinson

Il n'a pas été identifié de sources existantes :

L'enquête HID (qui comporte des scores de dépendance) ne permet pas d'identifier la pathologie.

Dans la mesure où la prévalence n'est pas très élevée, il ne sera pas possible d'utiliser les modules sur les limitations d'activité de l'enquête SPS (Irdes) et de l'enquête santé (Insee).

Pour l'avenir, il est préconisé une enquête généraliste sur toutes les maladies chroniques avec retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie [type HID mais avec les pathologies] et les indicateurs de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité définis à partir de l'appel d'offre de la DGS.

La possibilité d'une enquête spécifique [à partir des bases de l'assurance maladie (ALD Parkinson) ou à partir des consultations spécialisées] est évoquée comme alternative à cette enquête généraliste. Dans ce cas un cadre commun à l'ensemble des enquêtes sur les maladies chroniques est souhaité.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie de Parkinson</i>	Enquête handicap/maladies chroniques en population générale et en institution ou enquête spécifique(à créer ?)	Classes d'âge	quinquennale	Non	A créer ?

65. SCLÉROSE EN PLAQUES : PALLIER LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES INDUITES PAR LA MALADIE.

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ASSOCIÉES.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs¹³⁵

Il y aurait 1 200 nouveaux cas de sclérose en plaque par an en France soit au total environ 40 000 personnes malades (prévalence de l'ordre de 0,6/1000).

Cette maladie entraîne 2 pour mille de l'ensemble des décès prématurés car plus de la moitié des décès (500 en 1999) surviennent avant 65 ans. Sa gravité tient aussi aux incapacités qu'elle entraîne, à leur retentissement sur la qualité de vie et leur impact socio-économique. Mais on ne sait pas actuellement agir sur la fréquence de survenue de la maladie et aucun des médicaments actuellement disponibles (traitements des épisodes aigus et traitements de fond) ne semble avoir d'effet à long terme majeur sur l'évolution de la maladie.

La gravité de la maladie tient aux **incapacités** qu'elle entraîne, à leur retentissement sur la qualité de vie et leur impact socio-économique. Une enquête réalisée en 1988 (INSERM U360) pour l'Association pour la Recherche sur la Sclérose en Plaques auprès d'un échantillon (non représentatif) de 1 100 malades de moins de 65 ans donnait notamment les informations suivantes :

- Fréquence de l'utilisation d'un fauteuil roulant : 20% après 10 ans d'évolution, 50% après 20 ans
- Fréquence d'une incontinence urinaire sévère : 20%, après une durée moyenne d'évolution de 20 ans
- Activité professionnelle : 30% seulement des personnes (d'âge moyen 50 ans) avaient encore une activité professionnelle. Le délai moyen entre début de la maladie et l'arrêt d'activité est de 10 ans.

Les données PMSI analysées par la DREES indiquent que le nombre de séjours hospitaliers pour SEP a été de 18 278 en 2000. Même si un même malade peut avoir été hospitalisé plusieurs fois, les données PMSI suggèrent qu'une proportion importante des malades est hospitalisée chaque année, alors que dans l'enquête effectuée en 1988, 75% des malades disaient ne pas avoir été hospitalisés dans les 12 mois précédents. Une raison possible de cette apparente discordance pourrait être que les malades de l'enquête de 1988 n'avaient pas tenu compte des hospitalisations de moins de 24 heures pour examen ou traitement.

Les données sur les déterminants de sa fréquence et de sa gravité ne permettent pas de proposer des interventions spécifiques. Les interventions envisageables concernent plus largement l'ensemble des personnes ayant un handicap moteur et sont essentiellement d'ordre environnemental et social (accès aux transports, au lieu de travail, aides à l'utilisation des nouvelles technologies de communication pour faciliter la vie professionnelle et sociale, etc.).

Des interventions susceptibles d'améliorer la situation en matière de rééducation doivent également être discutées dans un cadre plus large.

¹³⁵ Issu de la contribution de A. Alperovitch, INSERM U360 pour le GTNDO : Sclérose en plaque au GTNDO 17/01/2003

Besoins d'information ou de surveillance non couverts, connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique

On manque d'informations valides sur :

- l'accès des personnes malades aux prises en charge dont l'efficacité a été démontrée,
- le bénéfice (fonctionnel, mais aussi psychologique) de la rééducation,
- la pratique générale des techniques de rééducation (qualité, adéquation aux besoins potentiels, inégalités d'accès).

Le développement de nouvelles molécules est également une nécessité.

Proposition du groupe de travail

La mesure de l'atteinte de cet objectif nécessite donc la réalisation de **l'objectif préalable** inscrit dans le rapport annexé :

Mettre en place un dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.

L'appel d'offre lancé par la DGS a pour objet la sélection d'indicateurs de santé fonctionnelle et de perte d'autonomie utilisables pour les divers objectifs de santé fonctionnelle relatifs à des maladies chroniques. Le projet sélectionné devra prendre en compte les aspects d'harmonisation internationale et en particulier les recommandations européennes relatives à l'étude de la santé fonctionnelle dans les enquêtes déclaratives et intégrer aussi celles qui concernent les troubles musculo-squelettiques (« Indicators for monitoring musculoskeletal problems and conditions, DG SANCO, October 2003).

Concernant la qualité de vie, le groupe projet s'est prononcé pour l'utilisation couplée d'instrument généraliste (tel que le SF 36 ou le WHOQOL[sous réserve de sa validation en langue française]) et d'instrument spécifique du champ disciplinaire concerné, qui devront être sélectionnés pour l'enquête globale sur les maladies chroniques (voir ci-dessous).

La discussion a porté sur les outils de mesure existants et en particulier sur l'échelle MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle), échelle spécifique d'observation en rééducation fonctionnelle, mais conçue à l'usage de professionnels cliniciens et non pour des enquêtes en population.

La pertinence de disposer d'indicateurs complémentaires (incidence, prévalence) a été affirmée. Les sources de données nationales existantes ne permettent toutefois pas de les construire :

La prévalence de la maladie fait qu'il ne sera pas possible d'utiliser les modules sur les limitations d'activité de l'enquête SPS (Irdes) et de l'enquête santé (Insee).

Les ALD ne pourront être utilisées pour approcher l'incidence de la SEP du fait de la sous-déclaration de la maladie. En effet le traitement coûteux par l'interféron est le plus souvent à l'origine de la déclaration mais il n'existe pas de lien entre lourdeur du handicap dû à la SEP et traitement par interféron.

Faut-il envisager une enquête ad hoc ?

soit une enquête généraliste sur toutes les maladies chroniques avec retentissement fonctionnel et/ou sur la qualité de vie [de type HID mais avec le diagnostic];

soit une enquête spécifique [à partir des consultations spécialisées]?

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de sclérose en plaque</i>					à créer

66. DÉPISTER ET TRAITER CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR 80% DES AFFECTIONS SYSTÉMIQUES INDUISANT DES COMPLICATIONS OPHTALMOLOGIQUES.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion des personnes souffrant d'affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques dépistées et traitées conformément aux recommandations en vigueur.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les affections systémiques visées dans l'objectif comprennent d'abord le diabète, mais aussi possiblement l'hypertension artérielle

La cataracte est une complication fréquente du diabète insulino-dépendant et, chez un sujet jeune, il est de règle de rechercher un diabète lors de la découverte d'une cataracte. Chez le sujet plus âgé, le diabète favorise la précocité de la cataracte. Le rôle du tabagisme a été également évoqué.

Les atteintes rétinienues maculaires regroupent les rétinopathies liées au diabète et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Selon le type d'atteinte, le pronostic est bien différent, dépendant du suivi et des thérapeutiques.

La rétinopathie diabétique survient après une longue période silencieuse de la maladie diabétique (8 à 12 ans) et conduit inéluctablement à la cécité en l'absence de traitement. La rétinopathie diabétique touche globalement 35% des patients diabétiques (deux millions de personnes en France). Elle est souvent citée comme la troisième ou quatrième cause de malvoyance chez les sujets âgés. La rétinopathie liée au diabète constitue la première cause de cécité légale avant 50 ans. La rétinopathie survient après une longue période silencieuse de la maladie diabétique (8 à 12 ans) et conduit à la cécité légale en l'absence de traitement (voir le chapitre concerné).

Des facteurs de risque systémiques ou plutôt des facteurs d'aggravation ont été largement étudiés pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en retenant seulement le rôle certain de l'hypertension artérielle et probable du tabac. Les vascularites systémiques peuvent être à l'origine de rétinopathies : lupus érythémateux disséminé, maladie de Behcet, syndrome antiphospholipides. L'apparition subite d'une amputation totale ou partielle du champ visuel peut également être une complication de l'artérite temporale (maladie de Horton). Les anémies sévères ou la drépanocytose sont également des causes connues. La survenue ou l'aggravation de la rétinopathie peuvent être considérés comme des marqueurs de gravité ou d'évolutivité.

Principales sources de données identifiées

Les possibilités de définir des indicateurs de suivi du respect des recommandations de suivi des diabétiques (y compris examen ophtalmologique) ont été examinées lors de l'analyse de l'objectif 54 (Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008).

Il pourrait être possible d'étudier la faisabilité d'un indicateur de suivi ophtalmologique des patients en ALD 21 (PAN, Lupus, Sclérodémie) à partir des données de l'Assurance Maladie.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur approché					
<i>Proportion de personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline ayant fait dans l'année une demande de remboursement pour consultation ophtalmologique</i>	Voir objectif 54				
<i>Proportion de personnes en ALD 21 ayant fait dans l'année une demande de remboursement pour consultation ophtalmologique</i>	Assurance Maladie	Non	A déterminer	Non	A expertiser

67. ATTEINTES SENSORIELLES CHEZ L'ENFANT : ASSURER UN DÉPISTAGE ET UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCES DE L'ENSEMBLE DES ATTEINTES SENSORIELLES DE L'ENFANT, (NOTAMMENT DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA SURDITÉ CONGÉNITALE EN MATERNITÉ OU AU PLUS TARD AVANT L'ÂGE DE UN AN, DÉPISTAGE DES TROUBLES DE LA VUE ENTRE 9 ET 12 MOIS, ET DÉPISTAGE DE L'ENSEMBLE DES DÉFICITS VISUELS ET DE L'AUDITION AVANT L'ÂGE DE 4 ANS)

OBJECTIFS PRÉALABLES :

COMPLÉTER LA CONNAISSANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ATTEINTES SENSORIELLES DE L'ENFANT, DES MODALITÉS ET RÉSULTATS DES DÉPISTAGES EXISTANTS.

DÉFINIR OU RÉACTUALISER DES RECOMMANDATIONS POUR LES DÉPISTAGES SENSORIELS (ÂGES DES DÉPISTAGES, CONTENU DE L'EXAMEN) AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE L'ENFANT, Y COMPRIS POUR LES ENFANTS NON SCOLARISÉS EN PETITE SECTION DE MATERNELLE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Indicateurs d'évaluation et de suivi des dépistages : taux de couverture, pourcentage de faux positifs, taux de suivi...

Prévalence des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées à des troubles sensoriels aux différents âges de la vie.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les conséquences des atteintes sensorielles de l'enfant sont importantes sur les capacités d'apprentissage, la vie quotidienne, la scolarisation, le choix d'une profession, voire pour les plus graves (rétinoblastome) sur le pronostic vital. Un dépistage et une prise en charge adaptée précoces sont indispensables pour corriger certaines anomalies visuelles, et pour limiter ou pallier les conséquences des déficits sensoriels.

➤ *Les troubles visuels*

Les anomalies de réfraction ou amétropies - hypermétropie, myopie, astigmatisme, anisométrie - sont les déficits les plus fréquents. Elles sont évolutives. Elles sont parfois difficiles à déceler chez le nourrisson et le jeune enfant et constituent chez l'enfant une cause majeure de strabisme et d'amblyopie.

Les strabismes, déviation de l'axe visuel d'un œil par rapport à l'autre, sont en majorité idiopathiques. Ils sont la cause de troubles sensoriels en tout ou partie curables pour peu qu'un traitement soit instauré rapidement. Dans le cas contraire, ils peuvent se compliquer d'une amblyopie et de perturbations de la vision binoculaire.

L'amblyopie est une insuffisance uni - ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles. Elle se traduit cliniquement par une acuité visuelle inférieure à 4/10^e. Il s'agit d'une qualification fonctionnelle indépendante de la pathologie.

Les atteintes des milieux transparents (pathologies de la cornée, cataracte et glaucomes) et les pathologies rétinienne sont plus rares. Les atteintes de la cornée sont fréquemment d'origine traumatique.

La prévalence des facteurs amblyogènes dans la population des enfants de moins de 6 ans vivant dans les pays développés varie, selon les études, de 3 à 8,7 % pour le strabisme, de 4 à 6 % pour la myopie, de 7,3 à 19,8 % pour l'hypermétropie, de 1,4 à 9 % pour l'anisométrie (source ANAES).

La prévalence de l'amblyopie en France est mal connue. Selon des études épidémiologiques de qualité méthodologique discutable, elle varierait de 0,48 pour 1000 pour les amblyopies définies par une acuité visuelle inférieure ou égale à 4/10^e à 155 pour 1000 pour les amblyopies définies par toute diminution de l'acuité visuelle (source ANAES). Selon une estimation retenue par l'expertise collective Inserm réalisée en 2002, environ 15 % des enfants seraient concernés par un déficit visuel à l'âge de 5 ans ; environ 550 000 enfants âgés de 0 à 5 ans présenteraient un déficit visuel dont :

130 000 présenteraient des amétropies amblyogènes ou strabogènes ou déjà des signes d'amblyopie ou de strabisme (1 % d'amblyopes et 2% de strabiques dans une classe d'âge),

environ 350 000 enfants seraient amétropes mais ne développeraient pas d'amblyopie fonctionnelle,

70 000 enfants auraient des lésions organiques.

➤ **Les surdités**

Elles peuvent être classées en fonction du niveau de l'atteinte--surdités de perception ou de transmission, aux mécanismes et traitement différents--ou en fonction de la gravité de l'atteinte.

Une autre classification pertinente est en fonction de l'âge d'apparition par rapport à l'acquisition du langage : surdités prélinguales, périlinguales et post linguales. Parmi les surdités prélinguales, les surdités permanentes néonatales sont constituées de toutes les surdités congénitales (héréditaires d'origine génétique ou acquises pendant la grossesse), et les surdités acquises pendant la période néonatale. Seule la prévalence de la surdité permanente néonatale a été estimée (3 pour 1 000). Elle atteindrait 1 sur 200 nourrissons dans les maternités de type III (en fonction de la plus grande fréquence de facteurs de risque : réanimation néonatale d'au moins 48 heures, poids de naissance inférieur à 2000 grammes et ou âge gestationnel inférieur à 34 semaines, rubéole, asphyxie néonatale sévère, pathologie respiratoire néonatale sévère...)¹³⁶

Le dépistage ciblé sur des sous-populations à risque ne permet d'identifier que 50 % de la population atteinte.

Principales sources de données identifiées

Les certificats de santé de 9 mois et de 24 mois sont en cours de refonte. Les données actuellement retournées à la DREES chaque année (questionnaire départemental sur la santé de la mère et de l'enfant) comprennent :

à partir des certificats de santé du 9^{ème} et du 24^{ème} mois : le nombre d'enfants présentant des troubles sensoriels visuels et le nombre d'enfants présentant des troubles auditifs

données issues des bilans de santé en école maternelle : nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage auditif / d'un dépistage visuel en école maternelle (y compris lors d'un bilan) ; et nombre d'enfants chez lesquels est conseillé, à l'issue de ce bilan, un bilan auditif spécialisé / un bilan

¹³⁶ rapport de l'ANAES sur l'évaluation clinique et économique du dépistage néonatal de la surdité permanente par les oto-émissions acoustiques –juin 1999

ophtalmologique spécialisé. (Les données recueillies pour 2003 à partir des données transmises par 77 départements pour la France métropolitaine indiquent que 444 962 enfants ont subi un dépistage auditif et 516 960 un dépistage visuel.)

Les besoins de connaissances identifiés dans le rapport du GTNDO comprenaient les éléments suivants :

Déterminer la prévalence des déficits visuels, des déficits visuels sévères et estimer la fréquence des amblyopies "évitables".

Estimer les risques attribuables aux différentes causes d'amblyopie.

Déterminer la fréquence des surdités permanente néonatales et à des âges-clés déterminés (1 an et 3 ans par exemple).

Valider des outils et des stratégies de dépistage des anomalies visuelles particulièrement chez le petit enfant.

Mesurer les risques attribuables aux causes de surdité.

Évaluer des stratégies de dépistage et de diagnostic, en particulier de type coût/efficacité.

Évaluer l'efficacité et le coût des modes de prise en charge des déficits visuels et auditifs sévères et légers.

Évaluer l'impact des actions de sensibilisation du public, et de diffusion des recommandations.

Réaliser une expertise collective sur le dépistage et la prise en charge précoce des surdités de l'enfant.

La Haute Autorité en santé devrait publier en 2005 de nouvelles recommandations d'une part sur les dépistages à réaliser entre 0 et 6 ans, d'autre part sur le dépistage et la prise en charge des surdités chez l'enfant de 0 à 2 ans.

Enfin, l'étude d'une cohorte d'enfants suivis depuis la période néonatale (voire prénatale) est en cours d'élaboration par, notamment, l'Ined et l'Inserm dans le cadre de l'Institut Virtuel de Recherche en Santé Publique. Cette étude pourra apporter des informations sur la fréquence et la distribution des troubles sensoriels touchant les enfants, et sur les modalités de leur prise en charge.

68. ATTEINTES SENSORIELLES CHEZ L'ADULTE : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DES TROUBLES DE LA VISION ET DES PATHOLOGIES AUDITIVES MÉCONNUS, ASSURER UN DÉPISTAGE ET UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE ET PRÉVENIR LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ASSOCIÉES ET LEURS CONSÉQUENCES.

OBJECTIFS PRÉALABLES : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES CIRCONSTANCES D'EXPOSITION À DES TRAUMATISMES SONORES AIGUS ET RÉPÉTÉS ; DÉFINIR DES PROTOCOLES ET DISPOSITIFS DE DÉPISTAGE RAPIDE EN MÉDECINE DU TRAVAIL ET DE VILLE ; DRESSER UN ÉTAT DES CONSÉQUENCES DES ATTEINTES SENSORIELLES SUR LA VIE QUOTIDIENNE ; DÉFINIR LES STRATÉGIES DE COMPENSATION DES PATHOLOGIES AUDITIVES DANS LES DIFFÉRENTES SITUATIONS DE COMMUNICATION (PRIVÉE, SOCIALE, PROFESSIONNELLE) À TOUS LES ÂGES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Indicateurs d'évaluation et de suivi des dépistages : taux de couverture, pourcentage de faux positifs, taux de suivi...

Prévalence des troubles de la vision et de l'audition par âge et par sexe

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées aux troubles selon les âges

Proportion et niveau de perte auditive des personnes appareillées.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

Chez les adultes, la prévention primaire des surdités acquises, qui touchent une large fraction de la population après 50 ans, repose sur la réduction des expositions aux traumatismes sonores dans l'environnement général et en milieu professionnel (Objectifs 16 et 24). L'importance du risque associé aux conditions effectives d'utilisation des médicaments potentiellement ototoxiques devrait être précisée.

En France, comme, globalement, dans les autres pays industrialisés, on estime que les 2/3 des adultes de plus de 50 ans estiment ne pas entendre correctement et 45 % rencontrent de réelles difficultés de compréhension dans les conversations et doivent faire souvent répéter. Même s'il est difficile de chiffrer avec exactitude la répercussion du vieillissement de l'audition, une altération des facultés d'audition (presbycousie) apparaît à partir de la cinquième décennie et évolue progressivement. La presbycousie est la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans.

L'unique possibilité actuelle d'améliorer le presbycousique reste *l'appareillage prothétique*. Toutefois, on estime que seulement 40% des presbycousiques sont appareillés. Cette proportion pourrait être augmentée en précisant la responsabilité relative des obstacles évoqués pour expliquer cette situation :

manque d'information, réticences psychologiques, mauvaise image de l'appareillage auditif, coût élevé (et conditions de prise en charge financière), accès au dépistage et qualité des pratiques des professionnels de santé concernés.

La cataracte est la première cause de baisse de la vision en France. La rétinopathie liée au diabète constitue la première cause de cécité légale avant 50 ans. La dégénérescence maculaire liée à l'âge concerne environ 7% des personnes de plus de 60 ans, avec près de 3% d'atteinte sévère de la vision, soit près de 200 000 mal voyants en France, du fait de cette maladie qui entraîne un trouble irréversible de la vision de près et de la vision de loin, avec plus de 3000 nouveaux cas de cécité légale par an. Le glaucome, dans sa forme terminale, est la première cause de cécité «totale».

Selon les premiers résultats de l'enquête HID concernant les personnes vivant à domicile (données de morbidité déclarée), la prévalence de la cécité était estimée à 1 pour 1 000, celle de la malvoyance à 2,6%. Une analyse approfondie de l'ensemble des données, réalisée en 2005 par l'ORS des Pays de la Loire apporte des éléments complémentaires qui peuvent orienter l'élaboration des politiques publiques, et guider la définition d'indicateurs :

12 % des personnes identifiées comme déficients visuels dans HID seraient aveugles ou malvoyants profonds, c'est à dire aveugles ou ayant une vision résiduelle limitée à la distinction de silhouettes ; 55 % seraient malvoyants moyens, avec une incapacité visuelle sévère en vision de loin (beaucoup de difficultés ou incapacité totale à reconnaître un visage à quatre mètres) ou en vision de près (beaucoup de difficultés ou incapacité totale à lire, écrire ou dessiner)

La prévalence de la déficience visuelle augmente fortement avec l'âge. Relativement stable avant l'âge de 50 ans (moins de 2 % de la population, tous degrés de sévérité confondus), elle augmente progressivement à partir de 60 ans et plus encore à partir de 80 ans : 20 % environ des personnes âgées de 85 à 89 ans et 38% des personnes âgées de 90 ans et plus auraient une déficience visuelle. La prévalence de la déficience visuelle est également plus élevée en institution qu'en domicile ordinaire (127 pour 1 000 *vs* 28 pour 1 000), mais la très grande majorité des déficients visuels (90 % environ) vivent en domicile ordinaire.

La fréquence des déficiences associées augmente avec l'âge, en particulier pour les déficiences motrices, viscérales ou métaboliques, ou encore auditives. Les déficients visuels déclarent par ailleurs fréquemment des incapacités sévères (c'est à dire beaucoup de difficultés ou incapacité totale à réaliser une activité), dont la fréquence augmente avec le degré de sévérité de la déficience visuelle et le cumul des déficiences. Ces incapacités affectent de nombreux domaines de la vie quotidienne et concernent particulièrement la mobilité et les déplacements, les tâches ménagères et la gestion (effectuer les tâches ménagères courantes, remplir des formulaires...), ainsi que les activités de souplesse et de manipulation (se couper les ongles des orteils, se pencher et ramasser un objet sur le sol...).

Les aides techniques pour la compensation du handicap visuel sont peu utilisées et les besoins dans ce domaine sont largement insatisfaits. Les déficients visuels ont en revanche plus fréquemment recours aux aides techniques non visuelles : 40 % environ en utilisent au moins une. Chez les déficients visuels vivant en domicile ordinaire, le recours aux aides humaines est aussi fréquent que le recours aux aides techniques.

Enfin, la déficience visuelle entraîne des restrictions de participation à la vie sociale : plus d'un déficient visuel adulte sur deux âgé de 20 ans ou plus déclare des difficultés pour se déplacer à l'extérieur (plus de 90 % des aveugles et malvoyants profonds et un peu plus de la moitié des malvoyants moyens) ; 30 % environ des déficients visuels (54 % des aveugles et malvoyants profonds, 36 % des malvoyants moyens) ne conduisent pas et ont des problèmes pour accéder aux transports en commun ; la proportion de déficients visuels âgés de 20 à 59 ans occupant un emploi est plus faible que dans l'ensemble de la population (56 % *vs* 73 %) et la proportion d'inactifs est plus importante (15 % *vs* 3 %). Un déficient visuel sur cinq seulement bénéficie d'une reconnaissance officielle de son handicap.

L'impact des affections visuelles sur la mortalité reste faible en nombre mais ces affections méritent donc d'être prises en considération par leur retentissement sur l'activité et la qualité de la vie, et par leur caractère potentiellement évitable : 500 000 à 700 000 personnes atteintes de glaucome l'ignorent ou le négligent ; le suivi ophtalmologique est insuffisant pour 800 000 diabétiques de type II (voir objectif 67) ; les sujets très âgés atteints de cataractes sont souvent non opérés malgré l'indication. Les thérapeutiques actuelles de la dégénérescence maculaire (800.000 à 1 million de personnes) permettent de stopper

l'évolution de la maladie pour laquelle les possibilités d'appareillage et de réhabilitation sont très limitées : un diagnostic précoce apparaît être de très loin, la méthode la plus efficace pour limiter les conséquences de cette affection.

Principales sources de données identifiées :

Le module « déficiences-incapacités » de l'enquête santé INSEE comprend trois séries de questions portant sur la vision de près, de loin, et sur l'audition avec et sans appareillage. Une des modalités de réponse permet d'indiquer l'absence de lunettes ou de lentilles de contact pour la vision, l'absence d'appareillage pour l'audition.

Un programme « Bruit et Santé » est en cours de développement à l'InVS et devrait permettre de produire de façon standardisée des indicateurs sur la prévalence des déficits auditifs mesurés, des acouphènes, et des traumatismes sonores.

Enfin, il faudra préciser les possibilités de recueil d'informations épidémiologiques à l'occasion de la mise en place des consultations de prévention.

Les objectifs préalables définissent les connaissances à réunir :

- Améliorer la connaissance des circonstances d'exposition à des traumatismes sonores aigus et répétés ;
- Définir des protocoles et dispositifs de dépistage rapide en médecine du travail et de ville ;
- Dresser un état des conséquences des atteintes sensorielles sur la vie quotidienne ;
- Définir les stratégies de compensation des pathologies auditives dans les différentes situations de communication (privée, sociale, professionnelle) à tous les âges

Le rapport du GTNDO identifiait par ailleurs les besoins de connaissance suivants :

Des études épidémiologiques d'incidence et de prévalence des différents troubles de la vision notamment chez les personnes âgées (vivant à domicile et en institution). La réalisation envisagée à l'horizon 2007-2008 d'une enquête santé intégrant des éléments de l'enquête HID devrait permettre d'apporter de nouvelles informations sur ce point.

- De même, des mesures à intervalles réguliers de l'évolution des baisses de vision ou de la malvoyance pourraient être organisées au moins pour certains groupes de populations.
- Il serait également utile de mieux connaître les pratiques de dépistage et de prise en charge (proportion de cataractes non opérées et qui pourraient l'être) et d'apprécier la part des personnes malvoyantes hébergées en institution non prises en charge.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Prévalence des difficultés de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Prévalence des difficultés de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique déclarées</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition</i>	Enquête Santé (INSEE)	Par classe d'âge, CSP	5 ans	?	
<i>Prévalence des déficits auditifs (mesurés)</i>	Programme Bruit et Santé InVS	Par classe d'âge, sexe et CSP	5 ans		Définition du protocole et standardisation des indicateurs et méthodes diagnostiques
<i>Prévalence des acouphènes</i>	Programme Bruit et Santé InVS	Par classe d'âge, sexe et CSP	5 ans		Définition du protocole et standardisation des indicateurs et méthodes diagnostiques
<i>Incidence des traumatismes sonores</i>	Programme Bruit et Santé InVS	Par classe d'âge, sexe et CSP	5 ans		Définition du protocole et standardisation des indicateurs et méthodes diagnostiques

Soit 9 fiches.

DIFFICULTÉS DE VISION DE PRÈS SANS APPAREILLAGE SPÉCIFIQUE	
Indicateur	Prévalence des difficultés de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Réponse 2 (j'ai des difficultés) ou 3 (je ne peux pas du tout) à la question D01F1 : X voit-il bien de près sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés)	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes pour qui l'information est recueillie	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession et Catégorie Sociale	
Décompositions (N)	Niveau de sévérité	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne interrogée
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole Enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole Enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous déclaration de certains troubles visuels
Modalités d'interprétation	Évolution de la prévalence des troubles de la vision de près déclarés pour chaque classe d'âge. Une évolution de la prévalence des troubles sévères, en particulier pour les personnes âgées, pourrait refléter l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des affections qui entraînent des troubles de la vision (DMLA, suivi du diabète, ...).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

APPAREILLAGE DES PERSONNES PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS DE VISION DE PRÈS	
Indicateur	Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé : Réponse 1 (Oui sans difficulté) à la question D02FI : Et avec des lunettes, des lentilles de contact ou autre appareillage spécifique, X voit-il bien de près.	
Dénominateur (D)	Réponse 2 (j'ai des difficultés) à la question D01FI : X voit-il bien de près sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés)	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession et Catégorie Sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne interrogée
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	?
Modalités d'interprétation	Accès à une compensation efficace du trouble visuel. Les différences entre classes sociales peuvent refléter des différences dans l'accessibilité ?

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Il est envisagé d'inclure des éléments de l'enquête HID dans un renouvellement de l'enquête santé en 2007-2008

COMMENTAIRE

<i>A discuter : prendre en compte les 2 types de réponses négatives : 2. Non, j'ai toujours des difficultés (appareillage inefficace) et 3. Je n'ai pas de lunettes ni de lentilles de contact (accessibilité de l'appareillage)</i> Par ailleurs, les personnes qui répondent qu'elles ne peuvent pas du tout voir à la question précédente (sans appareillage) devraient être incluses s'il est possible d'exclure parmi elles les personnes dont les troubles de la vision ne peuvent pas être compensés par un appareillage.	

DIFFICULTÉS DE VISION DE LOIN

Indicateur	Prévalence des difficultés de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé : Réponse 2 (j'ai des difficultés) ou 3 (je ne peux pas du tout) à la question D03FI : X reconnaît-il le visage de quelqu'un à 4 mètres, sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes pour qui l'information est recueillie	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : Premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne concernée ?
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration de certains troubles visuels ?
Modalités d'interprétation	Évolution de la prévalence des troubles de la vision de loin déclarés pour chaque classe d'âge. Une évolution de la prévalence des troubles sévères, en particulier pour les personnes âgées, pourrait refléter l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des affections qui entraînent des troubles de la vision (DMLA, suivi du diabète, ...).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	INSEE

COMMENTAIRE

COMPENSATION DES DIFFICULTÉS DE VISION DE LOIN	
Indicateur	Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé : Réponse 1 (Oui sans difficulté) à la question D04FI : Et avec des lunettes, des lentilles de contact ou autre appareillage spécifique, X reconnaît-il le visage de quelqu'un à 4 mètres ?	
Dénominateur (D)	Réponse 2 (j'ai des difficultés) à la question D03FI : X reconnaît-il le visage de quelqu'un à 4 mètres, sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : Premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne concernée ?
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration de certains troubles visuels ?
Modalités d'interprétation	Accès à une compensation efficace du trouble visuel. Les différences entre classes sociales peuvent refléter des différences dans l'accessibilité ?

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	INSEE

COMMENTAIRE

A discuter : prendre en compte les 2 types de réponses négatives : 2. Non, j'ai toujours des difficultés (appareillage inefficace) et 3. Je n'ai pas de lunettes ni de lentilles de contact (accessibilité de l'appareillage)

Par ailleurs, les personnes qui répondent qu'elles ne peuvent pas du tout voir à la question précédente (sans appareillage) devraient être incluses s'il est possible d'exclure parmi elles les personnes dont les troubles de la vision ne peuvent pas être compensés par un appareillage.

DIFFICULTÉS D'AUDITION

Indicateur	Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique déclarées
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé : Réponse 2 (j'ai des difficultés) ou 3 (je ne peux pas du tout) à la question D05FI : X entend-il ce qui se dit dans une conversation, sans l'aide d'un appareillage spécifique	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes pour qui l'information est recueillie	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : Premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne concernée ?
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration de certains troubles auditifs ?
Modalités d'interprétation	Évolution de la prévalence des troubles de l'audition déclarés pour chaque classe d'âge. L'évolution (à moyen / long terme) de cette prévalence pourrait refléter l'impact de mesures de prévention ? Les différences entre classes sociales peuvent refléter des différences dans le retentissement sur les activités habituelles ?

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	INSEE

COMMENTAIRE

APPAREILLAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION	
Indicateur	Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Enquête santé : Réponse 1 (Oui sans difficulté) à la question D06FI : Et avec un appareillage spécifique, X peut-il entendre distinctement ?	
Dénominateur (D)	Réponse 2 (j'ai des difficultés) à la question D05FI : X entend-il ce qui se dit dans une conversation, sans l'aide d'un appareillage spécifique	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge (< 25, 25-44 ans 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus) ; Profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	Module Européen	
Dernier résultat connu	Année : Premier recueil en 2002-2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personne concernée ?
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Voir protocole enquête Santé
Mode de calcul	Voir protocole enquête Santé

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration de certains troubles auditifs ?
Modalités d'interprétation	Accès à une compensation efficace du trouble auditif. Les différences entre classes sociales peuvent refléter des différences dans l'accessibilité ?

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	?
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	INSEE

COMMENTAIRE

A discuter : prendre en compte les 2 types de réponses négatives : 2. Non, j'ai toujours des difficultés (appareillage inefficace) et 3. Je n'ai pas d'appareillage spécifique (accessibilité de l'appareillage)
 Les personnes qui répondent qu'elles n'entendent pas du tout à la question précédente (sans appareillage) devraient également être incluses s'il est possible d'exclure parmi elles celles dont les troubles ne peuvent pas être compensés

PRÉVALENCE DES DÉFICITS AUDITIFS

Indicateur	Prévalence des déficits auditifs mesurés
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personne présentant un déficit auditif d'une oreille supérieur à X dB en fonction des bandes de fréquence ?	
Dénominateur (D)	Effectif de l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Classe d'âge, sexe, profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : A. Job 2000	Valeur : Déficit auditif 0.5-2 kHz $\geq$ 15dB = 9% D.A. 4-8 kHz $\geq$ 15dB = 15%

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personnes examinées
Mode de collecte (ddb)	Échantillon de la population française (à définir) Audiogramme et questionnaire
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Fiabilité	Standardisation des méthodes diagnostiques, de l'indicateur de déficit auditif.
Mode de calcul	N/D

INTERPRETATION

Limites et biais connus	?
Modalités d'interprétation	Marqueur objectif des déficits auditifs

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A inscrire dans le COM 2 , résultats attendus pour 2006/2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Standardisation dans de le cadre d'un groupe de travail d'experts

COMMENTAIRE

Programme de surveillance « Bruit et Santé » en cours d'élaboration à l'InVS, nécessitera dans le protocole de définir l'indicateur (déficit auditif), la méthode diagnostique et les sous- populations d'intérêt

PRÉVALENCE DES ACOUPHÈNES

Indicateur	Prévalence des acouphènes
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personne présentant un acouphène ?	
Dénominateur (D)	Effectif de l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Classe d'âge, sexe, profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Sévérité ?	
Niveau d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : A. Job 2000	Valeur : Prévalence = 8%

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personnes examinées
Mode de collecte (ddb)	Échantillon de la population française (à définir) Audiogramme et questionnaire
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Fiabilité	Standardisation des méthodes diagnostiques, de la définition de l'acouphène
Mode de calcul	N/D

INTERPRETATION

Limites et biais connus	?
Modalités d'interprétation	Recueil standardisé de symptômes d'atteinte de l'audition

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A inscrire dans le COM 2 , résultats attendus pour 2006/2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Standardisation dans de le cadre d'un groupe de travail d'experts

COMMENTAIRE

Programme de surveillance « Bruit et Santé » en cours d'élaboration à l'InVS, nécessitera dans le protocole de préciser la définition de l'indicateur, la méthode diagnostique et les sous- populations d'intérêt

PRÉVALENCE ET INCIDENCE DES TRAUMATISMES SONORES

Indicateur	Prévalence et taux d'incidence des traumatismes sonores
Objectif	68. Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personne présentant un traumatisme sonore ? Nombre de nouveaux cas au cours d'une année	
Dénominateur (D)	Effectif de l'échantillon	
Sous-groupes (strates)	Classe d'âge, sexe, profession catégorie sociale	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	5 ans ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : A. Job 2000, Labarère 2000	Valeur : Prévalence = 6% Tx d'incidence (militaires) = 156/100 000/an

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Personnes examinées
Mode de collecte (ddb)	Échantillon de la population française (à définir) Audiogramme et questionnaire
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Fiabilité	Standardisation des méthodes diagnostiques, de l'indicateur de traumatisme sonore
Mode de calcul	N/D

INTERPRETATION

Limites et biais connus	?
Modalités d'interprétation	Recueil standardisé d'un facteur de risque majeur des troubles de l'audition

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A inscrire dans le COM 2 , résultats attendus pour 2006/2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Standardisation dans le cadre d'un groupe de travail d'experts

COMMENTAIRE

Programme de surveillance « Bruit et Santé » en cours d'élaboration à l'InVS, nécessitera dans le protocole de préciser la définition de l'indicateur, la méthode diagnostique et les sous- populations d'intérêt

69. OBTENIR UNE RÉDUCTION DE 13 % DE LA MORTALITÉ ASSOCIÉE AUX MALADIES CARDIO-VASCULAIRES :

- CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES : DE 13 % CHEZ LES HOMMES ET DE 10 % CHEZ LES FEMMES D'ICI À 2008 ;**
- THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES : DE 15 % D'ICI À 2008.**

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence et létalité des cardiopathies ischémiques et des embolies pulmonaires

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Clarification de l'objectif

L'objectif porte sur la réduction de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires et, en premier lieu, les décès par cardiopathies ischémiques. Lors de la deuxième lecture du projet de loi à l'Assemblée Nationale, un objectif supplémentaire sur la réduction de la mortalité par thromboses veineuses profondes (TVP) a été ajouté et inséré à l'objectif global de réduction de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires.

*

Cardiopathies ischémiques

En France, malgré une situation plutôt favorable, comparativement aux autres pays européens, les pathologies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité tous âges (30,5 % de la mortalité totale en 2000) et la troisième cause de mortalité prématurée (après les tumeurs malignes et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements ; elles représentent 14,2 % de la mortalité prématurée en 2000). Selon les statistiques nationales des causes médicales de décès, plus du quart des décès d'origine cardiovasculaire sont dus à des cardiopathies ischémiques (soit 45 328 en 2000 en cause initiale), et même plus du tiers pour les décès prématurés (5 802 décès en 2000).

La réduction de la mortalité par cardiopathie ischémique reflète l'impact des interventions de prévention ainsi que l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Les facteurs de risque cardiovasculaire qualifiés de majeurs sont : la consommation de tabac, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète, l'obésité et la sédentarité. La prévention des maladies cardiovasculaires est d'abord liée à la prévention primaire de ces principaux facteurs de risque dans la population générale (voir les objectifs correspondants)¹³⁷. Pour les personnes présentant un ou plusieurs de ces facteurs de risque, des progrès peuvent être obtenus par l'amélioration du dépistage et de la prise en charge multifactorielle

¹³⁷ Depuis la fin des années 90, les stratégies de prévention des cardiopathies ischémiques sont fondées sur l'adaptation du traitement et des cibles thérapeutiques à la probabilité individuelle de survenue des accidents coronariens. Dans les recommandations européennes de la société de cardiologie, le risque est évalué à partir des équations de risque Framingham. Toutefois, l'équation américaine, établie dans les années 70-80 n'est pas totalement adaptée à la population française. Après que l'Étude Prospective Parisienne I ait montré (Lancet 1980;i:1346-9) que l'équation de "Framingham" prédisait correctement l'incidence de la maladie coronaire dans sa population d'hommes d'âge moyen à condition de la "calibrer" différemment, Laurier et coll. (J Clin Epidemiol 1994;47:1353-64) ont proposé d'effectuer le même calibrage pour les femmes et pour les tranches d'âge non représentées dans la cohorte de l'EPP. Grâce à cette extrapolation des données de l'EPP, on dispose d'équations de risque "applicables" en France. Depuis d'autres travaux ont été publiés soit à partir des données de l'EPP dans un cadre européen (Europ Heart J 2003;24:987-1003) ou à partir des données d'une autre cohorte à participation française : PRIME (Europ Heart J 2003;24:1903-11). Ces divers travaux ont ainsi permis de valider une adaptation française (équation de Laurier) qui prédit plus correctement le nombre d'événements dans la population française. Ainsi, il serait possible avec cette équation d'anticiper les effets des modifications des principaux facteurs de risque sur le nombre d'événements à venir.

des patients, compte tenu du risque cardiovasculaire global de chaque individu. Enfin, la létalité des événements coronariens aigus doit être analysée à deux niveaux : la létalité hospitalière et la létalité globale en population.

Indicateurs

Le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques est un indicateur principal à intégrer pour le suivi de cet objectif. Les données sont disponibles annuellement, au niveau national et régional, et sont utiles pour les comparaisons internationales. Toutefois, il existe des différences notables entre les données des registres et celles issues des statistiques nationales des causes de décès qui doivent être expertisées. Citons à cet égard des travaux en cours sur les causes de mort subites. En complément, la létalité à 28 jours sera produite pour les zones couvertes les registres (en population, à l'hôpital).

L'incidence des cardiopathies ischémiques est un indicateur complémentaire conservé pour le suivi de cet objectif. L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) développe un programme de surveillance des maladies cardio-vasculaires en lien avec les registres qui vise à estimer l'incidence de la pathologie coronarienne au niveau national. Ce programme de surveillance repose actuellement sur les données des 3 registres des cardiopathies ischémiques dont l'apport, essentiel, permet d'estimer l'incidence annuelle des cardiopathies ischémiques (population couverte : deux sexes, 35-74 ans).

Afin d'approcher l'incidence des événements coronariens graves, les données du PMSI (infarctus du myocarde...) sont également introduites en tant qu'indicateur complémentaire. Le nombre (et le taux) d'hospitalisations est un indicateur disponible de façon annuelle, au niveau national et au niveau régional. Ces données doivent cependant être solidement expertisées et confrontées à celles des registres (expertise des données dans les régions couvertes par les registres, étude de la qualité du chaînage et identification des transferts, données de létalité...) Cette comparaison dans les zones couvertes par des registres permettra de calculer un taux de correction qui pourra être applicable dans les autres régions. (expertise des données dans les régions couvertes par les registres, étude de la qualité du chaînage et identification des transferts, données de létalité...)

Selon le projet international MONICA, le taux de létalité des cardiopathies ischémiques est définie par le rapport du nombre d'épisodes fatals au nombre total d'épisodes aigus enregistrés. La létalité des événements coronariens doit être analysée à deux niveaux : la létalité hospitalière et la létalité globale en population. Dans le programme de surveillance des maladies cardiovasculaires de l'InVS, reposant actuellement sur les données des registres et sur les certificats de décès (France entière), on dispose du taux de létalité hospitalière.

*

Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires

La problématique est très différente pour la prévention des thromboses veineuses profondes (TVP) et des embolies pulmonaires (EP) qui relève plus spécifiquement des processus de qualité dans les établissements de soins, et notamment autour des interventions chirurgicales. Cet aspect devrait plutôt être associé à la problématique des vigilances et rapproché des objectifs sur la iatrogénie (voir objectifs 26, 27 et 28). Un indicateur complémentaire sur les embolies pourrait devenir incontournable si les recueils de qualité des soins évoluent en ce sens.

La mortalité associée à une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire représente 3,4 % de la mortalité par maladie de l'appareil cardiovasculaire. Le nombre total de décès attribués à une embolie pulmonaire ou à une phlébite était de 5 663 en 1999 pour un total de 164 919 décès par maladie de l'appareil cardiovasculaire la même année.

Indicateur

Le taux de mortalité par thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires est un indicateur à intégrer pour suivre l'évolution de cet objectif. Cependant, ces données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où des études basées sur des autopsies mettent en évidence des erreurs de diagnostics en défaut ou en excès.

L'estimation de l'incidence de l'embolie pulmonaire n'est pas un indicateur retenu à ce stade par le groupe projet¹³⁸ mais il pourrait l'être ultérieurement en fonction de l'évolution des indicateurs de vigilance et de qualité des soins.

Il n'a pas non plus été jugé pertinent d'introduire un indicateur complémentaire sur la prophylaxie pour le suivi de cet objectif¹³⁹.

Principales sources de données nationales

Registres des cardiopathies ischémiques (Bas-Rhin, Haute-Garonne, Lille)

Statistiques des causes de mortalité (INSERM CepiDc)

PMSI MCO

ALD 13 (Assurance maladie)

(Enquêtes déclaratives en population générale)

¹³⁸ L'incidence de l'embolie pulmonaire est estimée à 60-70 pour 100 000 (moitié chez des patients hospitalisés et autre moitié sans facteur de risque), mais le diagnostic reste encore difficile. La mortalité hospitalière de ces patients reste élevée dans les trois mois suivant le diagnostic, en particulier pour les embolies symptomatiques importantes et pour les malades présentant une insuffisance cardiaque ou un cancer, ou des antécédents de TVP. L'incidence annuelle d'une première manifestation clinique de la maladie thromboembolique (MTE) a été estimée à environ 100 pour 100 000 aux États-Unis, augmentant de façon exponentielle avec l'âge (moins de 5 pour 100 000 avant 15 ans à environ 500 pour 100 000 à 80 ans). Au total, entre le quart et la moitié de ces patients ne présentent aucun facteur de risque identifiable.

¹³⁹ En termes de prophylaxie, les indications et les modalités de la prophylaxie des thromboses veineuses postopératoires sont assez bien codifiées, les données applicables en milieu médical restent peu précises, en dehors de situations cliniques spécifiques comme l'infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires ischémiques¹³⁹. L'American College of Chest Physicians publie depuis 1986 des recommandations de pratique clinique basées sur l'analyse critique des données scientifiques disponibles et remises à jour régulièrement¹³⁹. Le développement de recommandations consensuelles raisonnées a également fait l'objet d'efforts spécifiques en Europe¹³⁹. Une étude multicentrique randomisée chez des patients hospitalisés en médecine et présentant des facteurs de risque de maladie thromboembolique a par ailleurs mis en évidence une réduction du risque de survenue d'une TVP détectable par phlébographie ou ultrasonographie pour les patients qui recevaient un traitement anticoagulant préventif à dose efficace. Toutefois, le protocole de cette étude ne permettait pas de détecter un effet du traitement préventif sur la fréquence de survenue de TVP symptomatiques, ni de déterminer la valeur prédictive spécifique de chacun des facteurs de risque correspondant aux critères d'inclusion des patients. En France, ces résultats ont été pris en compte à la fin de l'année 1999 pour faire apparaître la première mention d'une indication de prévention des TVP en situation d'hospitalisation médicale dans l'autorisation de mise sur le marché d'une héparine de bas poids moléculaire. Une étude réalisée en 1999 et en 2001 dans des services de médecine interne montrait que les prescriptions d'anticoagulants préventifs dépassaient le cadre d'indications jugées appropriées par un consensus local dans 22% (en 1999) à 26% (en 2001) des cas en l'absence d'intervention spécifique pour améliorer la pertinence de ces prescriptions (Vinceneux Ph, Fiessinger J.N., Bergmann J.F., Dhote R., Cohen P., Fontaine A. pour la Collégiale de Médecine Interne de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. : Aide à la prescription des anticoagulants préventifs en médecine interne : un essai randomisé dans 30 services. Congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne, Saint Malo, 2001)¹³⁹.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Cardiopathies ischémiques					
Indicateur principal					
<i>Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause une cardiopathie ischémique</i>	INSERM CépiDc Registres	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser
Indicateurs complémentaires					
<i>Taux d'incidence national annuel (estimé) des cardiopathies ischémiques</i>	InVS, registres, PMSI	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, disponibilité à expertiser	A construire et expertiser (possibilité d'établir un taux de correction des séjours MCO à partir des zones couvertes par les registres)
<i>Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour cardiopathie ischémique</i>	PMSI	Sexe, âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser (codage, chaînage, létalité...)
Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires					
Indicateur principal					
<i>Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause (diagnostic initial ou associé) une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire</i>	INSERM CépiDc	Sexe, âge	Annuelle	Non pertinent	A expertiser

Soit 4 fiches.

MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique dont :
Objectif	69. Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : <u>cardiopathies ischémiques</u> , de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008, <u>thromboses veineuses profondes</u> : de 15% d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombres de décès par cardiopathie ischémique l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour les taux : population totale moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National, régional (taux bruts et standardisés)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS, <u>HFA-DB</u> : taux standardisé de mortalité ayant pour cause une cardiopathie ischémique (tous âges, 0-64 ans) <u>OCDE Ecosanté</u> : taux standardisé de mortalité ayant pour cause une cardiopathie ischémique (tous âges, 0-64 ans) <u>UE</u> : Projet de liste ECHI-2 : le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique fait partie de la liste européenne de 65 causes de mortalité requises ; cet indicateur fait également partie des indicateurs recommandés par le projet EUROCISS	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 45 328 décès en 2000 (taux brut 77 pour 100 000), 5802 avant 65 ans

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc Statistiques médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et CépiDc INSERM
Service responsable de la synthèse des données	CépiDc
Méthodologie	Exhaustivité
Mode de calcul	Taux brut et taux standardisé sur la population européenne (Eurostat) : tous âges, moins de 65 ans, 65 ans ou plus

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous estimation des événements (notamment les morts subites)
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de livraison, Standardisation

COMMENTAIRE

A expertiser : le degré de sous estimation sera évalué dans les régions couvertes par les registres

INCIDENCE ESTIMÉE DES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Indicateur	Taux d'incidence national annuel (estimé) des cardiopathies ischémiques pour 100 000 habitants
Objectif	69. Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : <u>cardiopathies ischémiques</u> , de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008, <u>thromboses veineuses profondes</u> : de 15% d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas de cardiopathies ischémiques estimés pendant l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveau géographique d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS HFA-DB : Incidence des cardiopathies ischémiques pour 100 000 habitants (non renseigné pour la France) (NEWCRONOS : séjours hospitaliers pour cardiopathies ischémiques, infarctus du myocarde) UE - projet de liste ECHI 2 : l'incidence des infarctus du myocarde fait partie des indicateurs recommandé par le projet EUROCIS et inclus dans la deuxième section de la liste ECHI-2 (indicateurs partiellement disponibles, ou posant des problèmes de comparabilité, dont l'inclusion doit être examinée).	
Dernier résultat connu	Année : /	Valeur : /

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI et registres MONICA
Modes de collecte (ddb)	PMSI : dossiers médicaux Registres : recueil actif à partir de différentes sources
Organismes responsables de la collecte (ddb)	PMSI : Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH Registres des cardiopathies ischémiques de Lille, du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne
Service responsable de la synthèse des données	Institut de veille sanitaire (DMCT) en liaison avec les registres
Méthodologie	Données nationales quasi exhaustives pour le PMSI Données exhaustives pour les zones couvertes par les registre
Mode de calcul	Calculs de taux de correction à partir des zones couvertes par les registres MONICA à appliquer aux données du PMSI ; taux pour 100 000 habitants

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	La réduction de l'incidence reflète à terme l'impact des actions de prévention visant la réduction des déterminants de la survenue des maladies cardiovasculaires ainsi que l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients présentant des facteurs de risque. L'objectif porte sur la réduction de la mortalité, bien sûr en partie liée à la réduction de l'incidence, mais aussi, à plus court terme à la réduction de la létalité, notamment extrahospitalière.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Indicateur à construire et expertiser

COMMENTAIRE

A expertiser

SÉJOURS HOSPITALIERS ANNUELS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

Indicateur	Nombre et taux de séjours hospitaliers en MCO pour cardiopathie ischémique :
Objectif	69. Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : <u>cardiopathies ischémiques</u> , de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008, <u>thromboses veineuses profondes</u> : de 15% d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de séjours hospitaliers en MCO pour cardiopathie ischémique l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour le taux : population totale moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges : moins de 65 ans (dont moins de 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National, régional (taux standardisés sur la population européenne)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	HFA-DB (OMS) et NEWCRONOS (UE) : séjours hospitaliers pour cardiopathies ischémiques UE - projet de liste ECHI 2 : indicateur du projet « Hospital data project » repris dans EUROCISS et le projet de liste ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 304 000 séjours

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO : dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés aux non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne (taux pour 100 000 habitants)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'amélioration du chaînage devrait permettre de connaître le nombre de personnes concernées

COMMENTAIRE

Expertise préalable nécessaire dans les zones couvertes par les registres des cardiopathies ischémiques (qualité du codage, chaînage...) : une réflexion sur les possibilités d'étalonnage des données du PMSI à partir des zones couvertes par les registres est actuellement en cours à l'InVS.

L'insuffisance coronaire est une cause majeure d'insuffisance cardiaque. Le suivi de l'incidence de la pathologie coronaire devrait permettre d'expliquer les évolutions de l'incidence et de la mortalité de l'insuffisance cardiaque.

MORTALITÉ PAR THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE ET EMBOLIE PULMONAIRE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire
Objectif	69. Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : <u>cardiopathies ischémiques</u> , de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008, <u>thromboses veineuses profondes</u> : de 15% d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (diagnostic initial ou associé) l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour les taux : population totale moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	Diagnostic initial, diagnostic associé	
Niveau géographique d'agrégation	National (régional : non, vcompte tenu des biais)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données : OMS, HFA-DB : / ; OCDE ECOSANTE : / ; UE NEWCRONOS: / Projet de liste ECHI2 / (Ces décès ne sont pas répertoriés sur la liste européenne de 65 causes) ;	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : 5 663 décès (DI)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc : Statistiques médicales de décès	
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et CépiDc INSERM	
Service responsable de la synthèse des données	CépiDc	
Méthodologie	Exhaustivité	
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat).	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Différentes études ont montré que le diagnostic d'embolie pulmonaire porté à l'autopsie avait été méconnu pour une fraction importante de patients dont c'était la cause de décès ¹⁴⁰ , mais aussi que le diagnostic d'embolie pulmonaire pouvait ne pas être confirmé par l'autopsie dans un nombre de cas non négligeable ¹⁴¹ .
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des délais de production

COMMENTAIRE

L'évolution des techniques diagnostiques pourrait améliorer les taux diagnostiqués.

¹⁴⁰ Stein PD et Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. Chest, 1995;108:978-981

¹⁴¹ British Thoracic Society. Suspected acute pulmonary embolism: a practical approach. Thorax 1997;52(Suppl 4):S1-24

70. HYPERCHOLESTÉROLÉMIE : RÉDUIRE DE 5 % LA CHOLESTÉROLÉMIE MOYENNE (LDL-CHOLESTÉROL) DANS LA POPULATION ADULTE DANS LE CADRE D'UNE PRÉVENTION GLOBALE DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE D'ICI À 2008 : ACTUELLEMENT 1,53 g/L POUR LE LDL-CHOLESTÉROL CHEZ LES HOMMES DE 35 À 64 ANS (OBJECTIF PNNS).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Taux moyen de la LDL-cholestérolémie dans la population adulte

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Les hypercholestérolémies ont un rôle primordial dans la constitution des maladies cardio-vasculaires, en participant à la genèse de l'athérosclérose. La responsabilité de l'élévation des taux sanguins de LDL-cholestérol et de la baisse du HDL-cholestérol sur l'évolution de la maladie coronaire est actuellement démontrée. L'hypercholestérolémie (essentiellement la fraction LDL) fait partie des principaux facteurs de risque cardiovasculaire avec le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, la sédentarité et l'obésité.

La réduction de 5 % de la cholestérolémie moyenne en population adulte est un objectif nutritionnel prioritaire du Programme national nutrition santé (PNNS).

La valeur citée dans l'objectif concerne uniquement la population masculine âgée de 35 à 64 ans et a été obtenue à partir des données des enquêtes du projet MONICA¹⁴² : c'est la moyenne arithmétique simple des données obtenues à partir des trois enquêtes (Lille : 1,49 ; Strasbourg : 1,56 ; Toulouse : 1,55 g /l), la variabilité entre sites étant relativement faible.

Indicateur

Le taux moyen de LDL-cholestérol dans la population adulte n'est pas une information disponible en routine. Elle sera fournie par la prochaine enquête Monica, pour les régions couvertes par ces registres.

L'enquête Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2) / Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) fournira quant à elle, un indicateur approché : le taux sanguin moyen de cholestérol total pour la population adulte qui bénéficiera d'un examen de santé. Les résultats devront en être comparés aux données issues des centres d'examen de santé de l'assurance maladie et la variabilité géographique de la cholestérolémie moyenne, expertisée.

Comme pour l'hypertension artérielle, et compte-tenu des évolutions des recommandations thérapeutiques, il apparaît nécessaire d'ajouter un indicateur complémentaire sur la prévalence de l'hypercholestérolémie (incluant les hypercholestérolémies traitées et équilibrées). Il faudra aussi désagréger cet indicateur en distinguant les hypercholestérolémies traitées, équilibrées et non-équilibrées, et les hypercholestérolémies non traitées.

¹⁴² Multinational MONItoring of trends and determinants in CARdiovascular disease. En France, trois registres recueillent et analysent les données de mortalité et de morbidité coronaires depuis 1985, dans les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne, et la Communauté urbaine de Lille. Ils ont réalisé parallèlement des enquêtes transversales sur des échantillons représentatifs des populations couvertes par les registres dans le cadre du projet MONICA (étude internationale planifiée et coordonnée par l'Organisation Mondiale de la Santé ayant pour objectif de mesurer les tendances et les déterminants de la mortalité et de la morbidité par maladies cardio-vasculaires et d'étudier les facteurs de risque de ces maladies. 39 centres répartis dans 27 pays à travers le monde ont participé à l'enquête de 1985 à 1995, dont trois en France. Les enquêtes de population ont été réalisées entre 1995 et 1997 parallèlement dans les trois registres français de Lille, Strasbourg et Toulouse. Les sujets sélectionnés constituent un échantillon de la population, tiré au sort sur les listes électorales. Chacun des trois échantillons comprend environ 1200 hommes et femmes âgés de 35 à 64 ans, également répartis en trois tranches d'âge de 10 ans.

Un indicateur complémentaire sur la fréquence des traitement hypocholestérolémiants devra également être produit à partir des données de l'assurance maladie (SNIIRAM), à titre d'indicateur de contexte. Par contre, il n'a pas été jugé utile de retenir un indicateur complémentaire sur la prévalence des hypercholestérolémie déclarées (enquêtes ESPS, ENS), dans la mesure où celles-ci peuvent être méconnues.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux sanguin moyen de LDL cholestérol en population adulte</i>	MONICA	Sexe		/	Enquête en cours de préparation
Indicateur approché					
<i>Taux sanguin moyen de cholestérol total en population adulte</i>	InVS ENNS	Sexe Classes d'âge	Quinquennale	Pertinence à évaluer (selon l'existence de variabilité géographique), non disponible	Enquête en cours de préparation Expertise des variations géographiques Détermination du LDL cholestérol ?
Indicateurs complémentaires					
<i>Hypercholestérolémies (LDL) (dont traitées et équilibrées)</i>	MONICA	Sexe Traitées (équilibrées, non équilibrées) Non traitées		/	Enquête en cours de préparation Seuils à déterminer
<i>Proportion d'adultes ayant eu une prescription d'hypolipémiant dans l'année</i>	Assurance Maladie SNIIRAM	Sexe, classes d'âge, classes thérapeutiques	Annuel	oui	A créer

Soit 3 fiches.

TAUX SANGUIN MOYEN DU LDL -CHOLESTÉROL

Indicateurs	1. Taux sanguin moyen du LDL - cholestérol en population adulte 2. Proportion d'adultes ayant une hypercholestérolémie
Objectif	70. <u>Hypercholestérolémie</u> : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)

DESCRIPTION 1

Description		
Numérateur (N)	Somme des taux sanguin de LDL cholestérol	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes ayant eu un dosage du LDL cholestérol	
Sous-groupes (stratification)	Taux moyens par sexe	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	Zones couvertes par les registres de Lille, du Bas-Rhin et de Haute-Garonne	
Périodicité de la mesure	Décennale	
Indicateurs internationaux	Cet indicateur n'existe pas dans les bases internationales. Indicateur non évoqué dans le projet de liste ECHI-2	
Dernier résultat connu	Année : 1995-1997	Valeur Hommes 35-64 ans : 1,53 g/l

DESCRIPTION 2

Numérateur (N)	Nombre d'adultes enquêtés traités par hypolipémiants ou pour lesquels le LDL-cholestérol est élevé, compte tenu de la pathologie et des facteurs de risque cardio-vasculaire
Dénominateur (D)	Nombre de personnes ayant eu un dosage du LDL cholestérol
Sous-groupes (strates)	Proportions par sexe
Décompositions (N)	Traités et équilibrés, traités non équilibrés, non traités
Niveau géographique d'agrégation	Zones couvertes par les registres de Lille, du Bas-Rhin et de Haute-Garonne
Périodicité de la mesure	Décennale
Indicateurs internationaux	Cet indicateur n'existe pas dans les bases internationales. Indicateur non évoqué dans le projet de liste ECHI-2

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête MONICA
Mode de collecte (ddb)	Echantillons représentatifs
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Registres « MONICA »
Service responsable de la synthèse des données	INSERM
Méthodologie	Enquête en population générale ; mesures effectuées dans un laboratoire unique.
Mode de calcul	Indicateur 1 : moyenne des valeurs moyenne de chaque registre

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Couverture géographique limitée Nécessité de réaliser les mesures de LDL cholestérol dans un laboratoire centralisé Enquête décennale, mais l'expérience du registre Monica semble montrer qu'une évaluation décennale apporte une information sensiblement identique à une évaluation quinquennale.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	- Variabilité géographique de la cholestérolémie totale à expertiser avec les enquêtes INCA2-ENNS et les données des centres d'examen de santé. - Calcul des proportions d'adultes ayant une hypercholestérolémies (LDL), compte tenu des pathologies et facteurs de risque, désagrégation selon les notions de traitement et de contrôle de la cholestérolémie.

COMMENTAIRE

Enquête en cours de préparation.

Faisabilité à déterminer et expertise des besoins de données nationales.

Nécessité de réaliser des mesures standardisées du LDL-cholestérol .

TAUX MOYEN DE LA CHOLESTÉROLEMIE TOTALE

Indicateur	Taux sanguin moyen du cholestérol-total en population adulte
Objectif	70. <u>Hypercholestérolémie</u> : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Somme des taux sanguin du cholestérol total
Dénominateur (D)	Nombre de personnes ayant eu un dosage du cholestérol total
Sous-groupes (strates)	Taux moyens par sexe
Décompositions (N)	
Niveau géographique d'agrégation	National (régional : non disponible)
Périodicité de la mesure	Quinquennale
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	Valeur

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête ENNS
Mode de collecte (ddb)	Examen de santé (et rappel alimentaire des 24 heures)
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Échantillon en population générale métropolitaine adulte (4000 prévue initialement)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Détermination du taux de LDL cholestérol ?

COMMENTAIRE

Enquête en cours de préparation.
Une comparaison des résultats avec les données des centres d'exams de santé de l'assurance maladie paraît souhaitable.

PRESCRIPTIONS D'HYPOLIPÉMIANT EN POPULATION ADULTE

Indicateur	Proportion d'adultes ayant eu une prescription d'hypolipémiant dans l'année
Objectif	70. <u>Hypercholestérolémie</u> : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes adultes ayant eu un remboursement dans l'année pour prescription d'hypolipémiant
Dénominateur (D)	Nombre de bénéficiaires adultes couverts par l'assurance maladie
Sous-groupes (strates)	Sexe, Classes d'âge
Décompositions (N)	Classes thérapeutiques
Niveau géographique d'agrégation	National, régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	
Dernier résultat connu	

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SNIIRAM
Mode de collecte (ddb)	Données de remboursement
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Caisses d'assurance maladie
Service responsable de la synthèse des données	ONCAM (URCAM dans les régions)
Méthodologie	
Mode de calcul	Proportion

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Indicateur de contexte. Les prescriptions de statines sont actuellement élevées. Elles pourraient diminuer avec l'action de l'assurance maladie pour une meilleure application des recommandations (mesures hygiéno-diététiques, régime...)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Montée en puissance du SNIIRAM

COMMENTAIRE

Indicateur de contexte.

71. HYPERTENSION ARTÉRIELLE : RÉDUIRE DE 2 À 3 MM Hg LA MOYENNE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE D'ICI À 2008.

OBJECTIF PRÉALABLE : DÉFINIR LES CONDITIONS D'ÉCHANTILLONNAGE ET DE MESURE PERMETTANT D'ESTIMER LA DISTRIBUTION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE DE FAÇON FIABLE ET REPRODUCTIBLE

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Valeur moyenne de la pression systolique par tranche d'âge et par sexe, avec la prise en compte des pourcentages d'hypertendus ($\geq 140/90$ mm Hg) dépistés traités et contrôlés

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'hypertension artérielle constitue l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires qui représentent elles-mêmes la première cause de mortalité. Toutefois, la pression artérielle est une variable dont la distribution est continue dans la population. De nombreuses études en population ont montré la relation positive et continue entre l'élévation de la pression artérielle et la survenue de maladies cardio-vasculaires. La définition de l'hypertension (actuellement définie par une élévation permanente de la pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou de la pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg) suppose plusieurs mesures. Ces seuils reflètent une appréciation raisonnée, à un moment donné, des niveaux pour lesquels une prise en charge individuelle spécifique est jugée souhaitable, en fonction également de l'évaluation du risque cardiovasculaire global des patients concernés.

L'objectif inscrit dans le rapport annexé correspond aux résultats qui peuvent être attendus de la mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques dans la population générale (avec un effet d'autant plus important que la pression artérielle est élevée) et en particulier de l'exercice physique, de la réduction de la prévalence de la surcharge pondérale et de la réduction des apports sodés (auxquels se rapporte l'objectif 11), indépendamment du dépistage et de la prise en charge médicale des patients hypertendus et/ou de ceux dont le risque cardiovasculaire est élevé.

Indicateurs

La valeur de la pression artérielle systolique moyenne en population générale adulte doit être complétée par celle de la pression diastolique moyenne.

Les mesures de la pression artérielle sont soumises à de nombreuses sources de variation liées aux circonstances et aux techniques de mesure, à la qualité du matériel, au nombre de mesures prises en compte... L'objectif préalable porte sur la définition des paramètres qui doivent être contrôlés pour les enquêtes en population générale (appareil électronique validé avec un brassard adapté, patient étant depuis plusieurs minutes en position assise ou couchée) Les enquêtes Monica ont utilisé la moyenne de deux mesures effectuées à quelques minutes d'intervalle).

Les valeurs de la pression artérielle moyenne en population générale ne sont pas connues à l'heure actuelle. Les seules données disponibles sont celles des enquêtes réalisées dans le cadre du projet « Monica » par les trois registres cardio-vasculaires français. Leur couverture est toutefois limitée du point de vue géographique (communauté urbaine de Lille et départements du Bas-Rhin et de Haute-Garonne) et

des âges couverts (25-65 ans) ; la dernière enquête date du milieu des années quatre vingt-dix, mais une nouvelle enquête est en cours de préparation. Par ailleurs, ces enquêtes ont confronté les mesures aux déclarations des personnes enquêtées et observé une méconnaissance relativement fréquente de l'hypertension artérielle.

Compte tenu de la fréquence élevée de ce facteur de risque cardiovasculaire, il apparaît en outre nécessaire de compléter les valeurs moyennes de pression artérielle par l'estimation de la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population, en distinguant les hypertendus équilibrés, des personnes traitées, d'une part, et non traitées, d'autre part, dont la pression artérielle est élevée. La définition de l'hypertension artérielle supposant une élévation *permanente* de la pression artérielle, il est toutefois difficile de l'objectiver dans le cadre d'enquête avec une seule mesure, qui tendent à surestimer la proportion d'hypertendus. Pour cette raison, certaines enquêtes qui ne peuvent effectuer des mesures en plusieurs occasions choisissent des seuils de pression artérielle un peu plus élevés (160/95) pour éviter une trop grande distorsion avec la réalité.

Ces données pourraient être produites par les enquêtes citées ci-dessous. Le dispositif d'enquête avec mesure de la pression artérielle moyenne en population doit être renforcé pour suivre l'atteinte de cet objectif. A cet égard, deux enquêtes sont actuellement en cours de préparation :

L'enquête ENNS

Le renouvellement de l'enquête « Monica », en prolongement des précédentes : une nouvelle enquête transversale doit être effectuée fin 2005.

Il semble actuellement difficile, en l'état, d'utiliser les données des centres d'examens de santé (650 000 examens annuels avec mesure de la tension artérielle) compte tenu de la grande variabilité (temporelle et géographique) du recrutement des personnes examinées. Il faudrait également s'assurer de la standardisation des conditions de mesure dans les différents centres. Mais il sera certainement utile d'expertiser les apports de cette source de données en les confrontant, si besoin après redressement, aux résultats des enquêtes citées ci-dessus. C'est aussi le cas pour les données des examens de santé effectués dans le cadre de l'enquête nationale santé de l'INSEE dans 5 régions (Nord-Pas-de-Calais, PACA, Ile de France, Picardie, champagne-Ardenne)

Principales sources de données nationales identifiées

Avec mesure de la pression artérielle

ENNS (CNAM - InVS) : la mesure de la pression artérielle est prévue dans le cadre de l'examen de santé

Enquêtes Monica (Registres Monica, INSERM) : Communauté urbaine de Lille, départements de Haute-Garonne et du Bas-Rhin

Enquête ESCAL (Martinique, 2004)

Centres d'examens de santé (Assurance maladie)

Enquêtes déclaratives avec recueil de la notion d'HTA

Enquête nationale santé (ENS) 2002-2003 de l'INSEE (dont les 5 extensions régionales offraient la possibilité d'examens de santé sur la base du volontariat)

Enquêtes biennales santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Pression artérielle systolique et diastolique moyenne mesurée en population adulte</i>	ENNS MONICA ESCAL	Sexe, âge (18-25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans ou plus)	Quinquennale	Pertinent au minimum dans les DOM, non disponible	Enquêtes avec mesure de la pression artérielle (en préparation)
Indicateur complémentaire					
<i>Prévalence de l'hypertension artérielle</i>	Idem	Sexe, âge, non traités/ traités (équilibrés/non équilibrés)	Idem	Idem	Enquêtes avec mesure de la pression artérielle Seuils à définir

72. ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC) : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE ET LA SÉVÉRITÉ DES SÉQUELLES FONCTIONNELLES ASSOCIÉES AUX AVC

OBJECTIF PRÉALABLE : LA QUANTIFICATION DES OBJECTIFS POUR LES AVC ET LES INSUFFISANCES CARDIAQUES SUPPOSE UNE EXPLORATION PRÉALABLE DES DONNÉES DISPONIBLES (HID, PMSI)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence et létalité des AVC

Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités associées dans les suites des AVC

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) se répartissent en 2 types : 80 % sont ischémiques et 20 %, hémorragiques. Les données épidémiologiques françaises sur les AVC proviennent du seul registre existant dans notre pays (Dijon).

Les AVC sont relativement fréquents. L'incidence globale, estimée à 100,4 pour 100 000 habitants pour le registre de Dijon, a par ailleurs été estimée à 160 pour 100 000 chez les hommes âgés de 50 à 59 ans de l'étude Prime développée dans le cadre des registres de morbidité des cardiopathies ischémiques. Les taux d'incidence augmentent fortement avec l'âge ; ainsi l'AVC est d'abord une affection du sujet âgé : 75% des patients ont plus de 65 ans.

Leur létalité est élevée : selon des estimations standardisées sur l'âge, le sexe et l'étiologie, un peu plus de 12 % des patients décèderaient au cours du mois suivant la survenue de l'AVC, 5 % supplémentaires avant la fin du 3^{ème} mois, et 8% supplémentaires entre 3 mois et un an. La mortalité liée aux AVC diminue progressivement. Les données recueillies dans le cadre du registre des AVC de Dijon montrent une baisse de l'incidence des AVC lacunaires chez les hommes de moins de 75 ans entre 1985 et 1994, celle-ci restant stable chez les femmes. Ces variations ont été attribuées à un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle qui constitue un facteur de risque important des AVC qu'ils soient thrombo-ischémiques ou hémorragiques.

Les séquelles des AVC sont fréquents ; ils représentent la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte. Indépendamment de la réduction de la fréquence des AVC, il devrait être possible d'obtenir une réduction de la fréquence et de la sévérité de leurs séquelles fonctionnelles en améliorant la précocité du traitement initial spécialisé.

Indicateurs

Afin d'approcher l'incidence, le nombre et le taux d'hospitalisations pour maladies cérébrovasculaires (codé en diagnostic principal) sont disponibles dans le PMSI, aux niveaux national et régional. Ces données doivent cependant être expertisées dans la mesure où le PMSI ne comptabilise pas les AVC avec décès survenu à domicile, ni les AVC peu graves non hospitalisés.

A cet égard, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) développe un programme de surveillance des maladies cardiovasculaires en lien avec les registres (3 registres « Monica » et, pour les AVC, le registre local de Dijon en voie de "départementalisation"). Il prévoit d'étendre l'enregistrement des AVC dans les 3 registres MONICA (en 2005 et 2006 ?). Le PMSI sera expertisé au regard des données produites par les registres et les possibilités de produire des estimations nationales et régionales d'incidence et de létalité à

un mois seront examinées. Il pourrait aussi être envisagé d'organiser des recueils d'information dans certaines régions sur la base des examens d'imagerie cérébrale, qui sont actuellement nécessaires pour la prise en charge des malades présentant des accidents vasculaires ischémiques confirmés ou transitoires.

Le taux de mortalité par AVC est un indicateur de sévérité à intégrer. Il est disponible annuellement au niveau national et régional et sera utile pour les comparaisons internationales.

Les données de l'assurance maladie sur les personnes bénéficiant d'une mise en ALD pour AVC invalidant (ALD n°1) n'ont pas été retenues à ce stade pour le suivi de cet objectif en raison d'un risque de sous-estimation (en particulier s'il existe déjà une ALD pour un autre motif).

En ce qui concerne la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un AVC, il sera nécessaire d'expertiser les données issues des enquêtes HID (qui ne comprend pas de notion de diagnostic), de l'enquête santé nationale de l'INSEE et d'ESPS (IRDES), voire du PMSI SSR, en lien avec les données des registres. Il faudra déterminer s'il est nécessaire de réaliser une enquête spécifique pour les AVC. Par ailleurs, cet objectif doit également être intégré, autant que possible, à la réflexion sur le cadre commun d'indicateurs de suivi des limitations induites par les pathologies chroniques à fort retentissement fonctionnel.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Estimation du taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC)</i>	InVS, registres, PMSI	Sexe, classes d'âges	Annuelle	-	A créer
<i>Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accidents vasculaires cérébraux</i>	PMSI	Sexe, classes d'âges	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par maladies cérébro-vasculaires</i>	INSERM CépiDc	AVC, sexe, classes d'âges	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser
<i>Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un AVC</i>	Enquêtes déclaratives (HID, enquête santé INSEE, ESPS de l'IRDES)	-	-	-	A expertiser puis créer

Soit 2 fiches.

SÉJOURS HOSPITALIERS POUR AVC

Indicateur	Nombre et taux de séjours hospitaliers en MCO pour accidents vasculaires cérébraux
Objectif	72. <u>Accidents vasculaires cérébraux</u> : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de séjours hospitaliers en MCO pour accidents vasculaires cérébraux l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour le taux : population moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe et les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National, régional (taux brut et taux standardisé sur la population européenne)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données ECOSANTE (OCDE), HFA-DB (OMS) et NEWCRONOS (UE) : taux de séjours pour <i>maladies</i> cérébrovasculaires. EUROCISS : le taux de séjour pour <i>accidents</i> vasculaires cérébraux est un indicateur recommandé par ce groupe de travail, de même que le taux de mortalité, la létalité, l'incidence (ou taux d'attaque) et la prévalence. Des études de suivi à un an sont en outre recommandées pour évaluer l'état fonctionnel et la qualité de vie. Le projet « Hospital Data Project » enregistre pour sa part l'ensemble des hospitalisations pour maladies cérébro-vasculaires, indicateur qui devrait être repris dans le projet de liste Echi-2.	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 129 000 séjours pour <i>maladies</i> cérébro-vasculaires

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO : dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistiques annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne (taux pour 100 000 habitants)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Ne concerne que les AVC hospitalisés.
Modalités d'interprétation	Indicateur approchant l'incidence

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Expertise pour les zones géographiques couvertes par un registre : une réflexion sur les possibilités d'étalonnage du PMSI à partir des données des registres est actuellement en cours à l'InVS

COMMENTAIRE

A expertiser

MORTALITÉ PAR MALADIES CÉRÉBRO-VASCULAIRES

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par maladies cérébro-vasculaires
Objectif	72. <u>Accidents vasculaires cérébraux</u> : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par maladie cérébro-vasculaires l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour les taux : population totale de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe et les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	Accidents vasculaires cérébraux	
Niveau géographique d'agrégation	National, régional (taux brut et taux standardisés sur la population européenne)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	HFA-DB (OMS), ECOSANTE (OCDE), NEWCRONOS (EU): taux standardisé de mortalité par maladie cérébro-vasculaire UE : le taux de mortalité par <i>maladie</i> cérébro-vasculaire est un indicateur disponible en routine dans la plupart des pays européens et fait partie de la liste européenne des 65 causes qui devrait être repris dans la liste ECHI-2.	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 38 404 décès (taux brut = 65,2 pour 100 000), 3099 avant 65 ans

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc Statistiques médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et CépiDc INSERM
Service responsable de la synthèse des données	CépiDc
Méthodologie	Exhaustivité
Mode de calcul	Taux brut et taux standardisé sur la population européenne (Eurostat).

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Nécessité de valider les données recueillies. Amélioration des délais de livraison.

COMMENTAIRE

Le degré de sous déclaration ainsi que la qualité du codage devront être expertisés dans les zones couvertes par le (les) registre(s).

73. INSUFFISANCE CARDIAQUE : DIMINUER LA MORTALITÉ ET LA FRÉQUENCE DES DÉCOMPENSATIONS AIGÜES DES PERSONNES ATTEINTES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

OBJECTIF PRÉALABLE : LA QUANTIFICATION DES OBJECTIFS POUR LES AVC ET LES INSUFFISANCES CARDIAQUES SUPPOSE UNE EXPLORATION PRÉALABLE DES DONNÉES DISPONIBLES (HID, PMSI)

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Fréquence des réhospitalisations par décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Selon le rapport du GTNDO, nous ne disposons pas d'étude épidémiologique sur l'insuffisance cardiaque à l'échelle de la population. Ceci s'explique en partie par la nature des signes cliniques et les difficultés diagnostiques, notamment dans la phase précoce de la maladie, chez des sujets âgés qui présentent souvent d'autres pathologies. Sur le plan épidémiologique, l'insuffisance cardiaque est donc souvent enregistrée à un stade avancé de l'évolution de la maladie, expliquant certainement la gravité du pronostic vital.

D'après les études réalisées dans des pays anglo-saxons, l'incidence moyenne varie entre 1 et 5 nouveaux cas pour mille par an, avec une augmentation nette avec l'âge (27 pour mille chez l'homme de plus de 80 ans) ; la prévalence varie de 3 à 20 pour 1 000 habitants et de 30 à 130 pour 1 000 chez les patients âgés de plus de 65 ans. On peut considérer que la prévalence moyenne est de 10 pour mille habitants et qu'elle atteint 10 % après 80 ans. Les deux tiers des sujets atteints ont plus de 75 ans.

En France, une seule étude, EPICAL, réalisée en Lorraine, a répertorié tous les nouveaux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère. Elle indique une incidence de 225 cas par million d'habitants et par an pour ces formes graves (935 par million d'habitants par an après 70 ans).

L'évolution de l'insuffisance cardiaque s'effectue en dents de scie par une succession de décompensations et de rémissions. La survenue de ces complications retentit fortement sur la qualité de vie et aboutit très fréquemment à des hospitalisations itératives.

L'augmentation de l'espérance de vie, la meilleure prise en charge des cardiopathies ischémiques délabrantes et la réduction de la létalité post-infarctus devraient amener une élévation significative de la prévalence de l'insuffisance cardiaque dans les dix prochaines années. Toutefois, plusieurs études ont montré que les sujets âgés ne bénéficient pas toujours d'un traitement optimal. Différentes études étrangères ont montré qu'une part importante des re-hospitalisations pour décompensation cardiaque pouvait être évitée par un système de prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie.

Indicateurs

La fiabilité du codage de l'insuffisance cardiaque dans les bases de données (PMSI, certificats de décès) est interrogée, surtout lorsque celle-ci survient chez des personnes âgées porteuses de nombreuses pathologies. Pour, les certificats de décès, il peut y avoir confusion entre la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque, les causes de décompensation et l'insuffisance cardiaque elle-même, le codage de la pathologie initiale étant tributaire de l'information dont le médecin certificateur dispose. De même, les données du PMSI ne sont pas toujours correctement codées pour les décompensations aiguës

d'insuffisance cardiaque, dans la mesure où souvent, ce sont plutôt leurs causes (ex arythmie...) qui sont codées. Une expertise et une réflexion sur les consignes de codage sont nécessaires pour améliorer cet aspect.

Le nombre et le taux d'hospitalisations en MCO pour insuffisance cardiaque sont intégrées comme indicateur approché des hospitalisations pour insuffisance cardiaque : c'est un indicateur disponible de façon annuelle, au niveau national et au niveau régional. Ces données posant questions quant à l'harmonisation du codage, elles doivent auparavant faire l'objet d'une expertise rigoureuse, éventuellement dans les régions déjà couvertes par les registres Monica...

Le taux de mortalité par insuffisance cardiaque est un indicateur à intégrer pour le suivi de cet objectif. Les données sont disponibles annuellement, au niveau national et régional, et sont utilisées pour les comparaisons internationales (taux standardisés).

Les données de l'assurance maladie concernant les personnes bénéficiant d'une mise en ALD pour insuffisance cardiaque grave (ALD n°5) n'ont pas été retenues pour le suivi de cet objectif, en raison des recouvrements qui peuvent exister entre les différentes composantes de ce regroupement (exemple cardiopathies valvulaires graves et insuffisance cardiaque).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Nombre et taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque</i>	PMSI MCO	Sexe, classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser
<i>Nombre et taux de décès ayant pour cause une insuffisance cardiaque</i>	INSERM CépiDc	Sexe, classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible (sous réserve d'expertise)	A expertiser

Soit 2 fiches.

SÉJOURS HOSPITALIERS ANNUELS POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE

Indicateur	Nombre et taux de séjours hospitaliers en court séjour pour insuffisance cardiaque
Objectif	73. <u>Insuffisance cardiaque</u> : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de séjours hospitaliers en MCO pour insuffisance cardiaque l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour le taux : population totale moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, et les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National, régional (taux standardisés)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur non utilisé dans les bases internationales ni proposé dans le projet ECHI-2 (EUROCISS recommande des études spécifiques et l'adoption de critères standardisés. L'utilisation éventuelle d'un indicateur basé sur les hospitalisations devra être validé, l'insuffisance cardiaque pouvant être enregistrée sous d'autres diagnostics)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO : dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH, ATIH
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne (pour 100 000)

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'insuffisance cardiaque peut être enregistrée sous d'autres diagnostics
Modalités d'interprétation	L'insuffisance coronaire étant une cause majeure d'insuffisance cardiaque, l'évolution de l'incidence de l'insuffisance cardiaque devra être mise en perspective avec l'évolution de l'insuffisance coronaire.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Indicateur nécessitant une expertise préalable : couverture, chaînage, consignes de codage...

COMMENTAIRE

Expertise nécessaire.
Réflexion en cours à l'InVS (expertise des données du PMSI prévue pour l'horizon 2006).

MORTALITÉ POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE

Indicateur	Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque
Objectif	73. <u>Insuffisance cardiaque</u> : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par insuffisance cardiaque l'année considérée	
Dénominateur (D)	Pour les taux : population moyenne de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe et les classes d'âges : moins de 65 ans (dont < 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	/	
Niveau géographique d'agrégation	National, (régional à expertiser)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS HFA-DB : / OCDE ECOSANTE : / UE NEWCRONOS : / Cet indicateur ne fait pas partie de la liste européenne de 65 causes de mortalité et n'est donc pas inclus dans le projet de liste ECHI-2 <u>UE EUROCISS</u> : indicateur disponible en routine dans la plupart des pays européens : le taux standardisé de mortalité ayant pour cause une insuffisance cardiaque est un indicateur recommandé qui nécessitera toutefois des études de validation.	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	INSERM CépiDc Statistiques médicales de décès
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès remplis par le corps médical
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et CépiDc INSERM
Service responsable de la synthèse des données	CépiDc
Méthodologie	Exhaustivité
Mode de calcul	Taux brut et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat).

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Confusion entre la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance cardiaque elle-même, le codage de la pathologie initiale étant tributaire de l'information dont le médecin certificateur dispose.
Modalités d'interprétation	L'évolution de la mortalité par insuffisance cardiaque devra être mise en relation avec les tendances observées pour l'insuffisance coronaire.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Amélioration des délais de livraison
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Validation des données recueillies, Expertiser le codage et les fluctuations de sa distribution en causes initiales ou associées au niveau national. Cette expertise pourrait également être nécessaire au niveau régional avant d'envisager toute déclinaison régionale de cet indicateur.

COMMENTAIRE

A expertiser .

74. ASTHME : RÉDUIRE DE 20% LA FRÉQUENCE DES CRISES D'ASTHME NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION D'ICI À 2008 (ACTUELLEMENT 63 000 HOSPITALISATIONS COMPLÈTES OU PARTIELLES PAR AN).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Incidence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation complète ou partielle

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'interprétation des données d'évolution de cet indicateur portant sur les hospitalisations devra tenir compte du contexte d'évolution de la prévalence de l'asthme et de sa sévérité, ainsi que des modifications des pratiques médicales.

Six constats :

1. La prévalence de l'asthme est importante

Trois sources principales sont disponibles pour estimer la prévalence de l'asthme en France : les données des études internationales qui ont été réalisées au début des années 90 dans plusieurs centres français et ont porté sur des échantillons représentatifs d'adultes jeunes (ECRHS European Community Respiratory Health Survey) ou d'enfants et d'adolescents (ISAAC International Study of Asthma and Allergies in Childhood) et l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, en particulier l'enquête 1998 qui a permis d'estimer la prévalence de l'asthme en France selon les stades de sévérité.

On dispose ainsi d'une image globale de la prévalence de l'asthme, de l'enfance à l'âge adulte, avec la mise en évidence de variations géographiques¹⁴³ et d'une prévalence plus élevée dans les tranches d'âge les plus jeunes.

La prévalence de l'asthme, en France comme dans les autres pays industrialisés, a fortement augmenté dans les 20-30 dernières années. Elle était de 2 à 3 % il y a 15 ans, contre 5 à 7 % actuellement. Pour donner une idée de l'importance de cette augmentation, on dispose des résultats de trois études épidémiologiques successives utilisant des méthodes standardisées et réalisées à Paris, chez des étudiants âgés en moyenne de 21 ans. La prévalence cumulative de l'asthme est passée de 3,3% en 1968 à 5,4% en 1982 et à près de 14% en 1992.

2. La France occupe une position moyenne pour la prévalence de l'asthme parmi les pays européens

En Europe, la prévalence de l'asthme actuel (au moins une crise dans les 12 derniers mois) variait de 1,3% à 9,7% selon les centres, avec une médiane à 3,1%. Les prévalences sont particulièrement élevées dans les pays anglophones (Grande Bretagne, Etats-Unis, Australie, Nouvelle Zélande). Par ailleurs, le niveau de prévalence décroît selon un gradient nord-sud et surtout ouest-est, ce qui permet de faire un certain nombre d'hypothèses sur les facteurs liés à l'augmentation de prévalence.

3. La France enregistre un taux élevé de mortalité par asthme par rapport aux pays anglo-saxons

Le nombre de décès en France, attribuables à l'asthme est environ de 2000 en moyenne par an sur la période de 1980-1999¹⁴⁴, ce qui correspond à un taux de mortalité de 3,6 /100 000 qui reste élevé par rapport au taux observé dans les pays anglo-saxons, voisin de 2,7/100 000¹⁴⁵.

¹⁴³ Voir aussi : Guignon N., Niel X. : « L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire » Etudes et Résultats n° 250, DREES, juillet 2003.

¹⁴⁴ Delmas M.C., Zeghnoun A., Jouglé E. : « Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999) BEH, n°47/2004, novembre 2004, InVS.

¹⁴⁵ Cooreman J, Ségala C, Neukirch F. Trends in asthma-induced mortality in France from 1970-1990. Tubercle and Lung Disease 1994; 75: 182-187

Ce taux reste stable au cours du temps (un pic a cependant été observé dans la deuxième moitié des années 80).

Les taux de décès sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes à tout âge.

Chez les sujets de moins de 45 ans, le nombre annuel de décès entre 1980 et 1999 fluctue entre 110 (1980) et 235 (1986).

La plupart de ces décès seraient évitables car les exacerbations sévères, qui imposent un recours aux urgences ou une hospitalisation, sont souvent attribuables à une prise en charge insuffisante et contribuent à la sévérité de la maladie. Bien plus, ces recours aux urgences et admissions représentent la plus grande part des coûts directs liés à la morbidité et ils surviennent alors que l'on dispose de traitements efficaces et de recommandations internationales pour la prise en charge à long terme de cette maladie chronique pour laquelle il est parfois difficile d'obtenir un 'contrôle' satisfaisant.

4. L'application des recommandations de prise en charge des patients asthmatiques est insuffisante

L'enquête multicentrique prospective ASUR¹⁴⁶ a montré que les crises d'asthme vues aux urgences étaient le plus souvent graves. La prise en charge de ces patients aux urgences était souvent inadaptée et les indications d'hospitalisation mal posées par rapport aux recommandations internationales.

L'étude de l'Assurance maladie sur la prise en charge de l'asthme a montré une insuffisance d'évaluation et de réévaluation des patients. Un patient sur trois n'a jamais fait d'épreuves fonctionnelles respiratoires. Pour une partie des malades, le traitement n'est pas conforme aux recommandations existantes. Selon les régions, jusqu'à 28% des asthmatiques présentant un asthme persistant modéré et 17% de ceux atteints d'un asthme persistant sévère ne bénéficiaient pas d'une corticothérapie inhalée, base du traitement de fond selon les consensus internationaux¹⁴⁷.

Un audit mené en 1995 auprès des médecins généralistes toulousains montrait que la gravité de l'asthme était sous-évaluée chez 12% des individus¹⁴⁸.

Selon l'Irdes, en 1998, un asthmatique sur 6 semblait insuffisamment traité au regard de ses signes cliniques.

5. Les asthmatiques méconnaissent leur maladie et ont des difficultés d'observance du traitement

Une enquête téléphonique récente réalisée en Europe auprès de patients asthmatiques met en évidence un écart important entre la perception par le patient du contrôle de son asthme et la réalité décrite à travers ses symptômes¹⁴⁹. Ainsi, 50% des patients ayant des symptômes persistants graves considèrent que leur maladie est bien contrôlée. Pour ces patients, un interrogatoire détaillé sur les symptômes est indispensable pour permettre au praticien d'adapter le traitement. En ce qui concerne les traitements, des écarts sont constatés avec les recommandations sans que l'on puisse en discerner la cause : prescription inadaptée ou mauvaise observance.

Une étude de programme hospitalier de recherche clinique de la région Languedoc Roussillon¹⁵⁰ montre que 60 % des malades atteints d'asthme " difficile " ont une mauvaise observance du traitement de fond. Or un traitement de fond adapté et régulièrement suivi permet d'éviter la survenue de crises aiguës ou tout au moins, d'en amoindrir la gravité. Les modalités d'inobservance sont variées : défaut de compréhension, corticophobie, mauvaise maîtrise des techniques d'inhalation.

¹⁴⁶ Salmeron S, Liard R, Elkharrat D, Muir R, Neukirch F, Ellrodt A. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France : a prospective study. *Lancet* 2001; 358:629-35.

¹⁴⁷ « L'asthme en France, une maladie à prendre au sérieux » in « Faits marquants Assurance maladie – des soins de qualité pour tous », édition 2001, CNAMTS 2001.

¹⁴⁸ Ormières J.J., Schwarz C., Didier A. : « Surveillance des asthmatiques par les médecins généralistes toulousains – Des patients insuffisamment éduqués », *La Revue du Praticien Médecine générale*, n° 340, mai 1996.

¹⁴⁹ Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999 : the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000; 16: 802-7.

¹⁵⁰ Citée dans : Programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005.

Indicateurs

L'objectif porte sur une meilleure prise en charge de l'asthme évitant les hospitalisations pour crise d'asthme. C'est l'un des axes du programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005¹⁵¹ (Améliorer le suivi des patients asthmatiques).

L'indicateur principal proposé (nombre et taux d'hospitalisation pour asthme) pourra donc indirectement mesurer l'efficacité de mesures prises dans le cadre de ce plan avec la limite mentionnée ci-dessus de non-respect des indications d'hospitalisation en cas de crise d'asthme sous évaluée dans sa gravité et sous réserve que le ratio hospitalisations non programmées pour asthme / hospitalisations programmées pour asthme reste constant au cours du temps..

Le PMSI devrait permettre de construire cet indicateur (le chiffre cité de 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an pour 2000 est issu de cette base de données en retenant les codes CIM10 J45 et J46. Il prend en compte l'hospitalisation de jour et ne prend pas en compte les consultations).

L'objectif mentionne bien les hospitalisations et non les patients mais il serait certainement intéressant de disposer à titre de complément des hospitalisations répétées et donc du nombre de patients concernés. Voir si le chaînage est possible dans la base 2002.

Choix des codes CIM10 (voir fiche détaillée sur cet indicateur)

La discussion a porté sur les diagnostics (principaux et associés) à retenir (voir travail en cours de l'InVS) comme indicateur d'hospitalisation pour crise d'asthme.

Une enquête de validation du choix des diagnostics principaux (DP) et associés (DA) pourrait être effectuée afin de vérifier, par un retour aux dossiers médicaux hospitaliers, que les codes choisis correspondent bien à des hospitalisations pour crise d'asthme. La réalisation de ce travail dépendra des financements.

La cohérence dans le temps et interrégionale des données n'a pas été évaluée. Le passage à la T2A sera probablement à l'origine de modifications dans le codage.

La désagrégation par tranches d'âge est apparue comme incontournable pour cet indicateur. Proposition après synthèse des réponses : de 2 à 4 ans ; 5 à 11 ans ; 12 à 17 ans ; 18 à 44 ans ; 45-64 ans, 65 ans et plus. Il est en effet important de tenir compte des spécificités du recours aux soins des enfants de moins de 5 ans (utilisation de chambre d'inhalation) et des adolescents.

L'interprétation des données d'évolution de cet indicateur des hospitalisations devra tenir compte du contexte de l'évolution de la prévalence de l'asthme, de sa sévérité et des modifications des pratiques médicales. La série de quatre années disponible n'est pas suffisante pour conclure à une décroissance régulière du volume d'hospitalisation, d'autant plus que 2000 présente en fait une remontée.

A été également soulignée l'utilité de l'étude de la relation entre hospitalisation et intensité de la pollution atmosphérique et l'intérêt éventuel d'un suivi infra annuel mettant en évidence des pics conjoncturels (saisonniers par exemple). Ce dernier permettrait de prendre en compte des facteurs d'exacerbation de l'asthme comme les viroses. Concernant les relations avec la pollution atmosphérique, la faisabilité de la construction de cet indicateur n'a pas été discutée en séance. En tout état de cause, il ne pourra être construit pour l'ensemble d'une région : on ne dispose de données de pollution que pour les grandes villes et, de plus, les modèles sont complexes et doivent faire intervenir les taxons polliniques qui sont peut-être différents selon les départements.

Compte tenu des liens entre recours aux soins pour asthme et niveau social, avait été proposé un indicateur complémentaire sur l'hospitalisation dans les douze derniers mois décliné selon le sexe, l'âge et la CSP, variable disponible dans certaines enquêtes en population générale.

- Enquête santé de l'INSEE : les effectifs concernés dans l'enquête santé sont clairement insuffisants pour que cette piste soit poursuivie (environ 40 personnes attendues pour l'hospitalisation dans l'année).

- Le même problème se pose avec l'enquête SPS de l'Irdes

¹⁵¹ <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/asthme/asthme.pdf>

Par contre, compte tenu du fait que la mortalité par asthme est pour l'essentiel évitable, dans l'esprit de l'objectif (meilleure prise en charge), est retenu à titre d'indicateur complémentaire le suivi de la mortalité prématurée. La mortalité prématurée doit ici être définie comme survenant avant 45 ans. Après 45 ans, le diagnostic d'asthme n'est plus fiable compte tenu des polyopathologies respiratoires (BPCO...). Ce qui est particulièrement anormal est la mortalité par asthme chez l'enfant (seuil proposé en séance : 17 ans). Les discussions ultérieures d'harmonisation des données de décès conduisent à proposer de décliner plutôt cette mortalité selon les classes suivantes : 0-24 (dont 0-14 et 15-24); 25- 44 ; 45-64 ; 65 et plus (A expertiser en fonction des chiffres de mortalité).

La notion de décès à domicile ou dans les premiers temps de l'arrivée aux urgences serait également intéressante à documenter mais vu les faibles effectifs attendus, cette information ne sera pas retenue en tant que déclinaison de cet indicateur. Pour E. Jouglu, il s'agit en effet davantage d'une étude spécifique à mettre en place, mais il considère que, si c'est intéressant, on peut envisager un indicateur "simple au niveau national" de l'évolution du nombre de décès par asthme à domicile (par grandes classes d'âge).

TABEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Nombre et taux d'hospitalisations en MCO pour asthme</i>	PMSI	Par âge : de 2 à 4 ans ; 5 à 11 ans ; 12 à 17 ans ; 18 à 44 ans ; 45-64 ans, 65 ans et plus, par sexe	Annuelle	Oui /oui	A expertiser
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de patients hospitalisés plusieurs fois pour asthme parmi les personnes hospitalisées dans l'année pour asthme</i>	PMSI		Annuelle	Oui /oui	Expertiser le chaînage dans le PMSI à partir de 2002
<i>Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2, de troisième</i>	Enquête triennale santé scolaire Ministère de l'Éducation nationale/Dre es/InVS		Tous les trois ans pour chaque niveau (Maternelle, CM2 et 3 ^{ème})	Pertinence : oui/ Disponibilité : non pour les enquêtes précédentes ; possible pour les maternelles en 2006	Sous réserve d'avis de l'Éducation nationale (voir commentaires sur la fiche)
<i>Mortalité par asthme</i>	Inserm-Cépi-Dc	Par âge : 0-24 (dont 0-14 et 15-24); 25- 44 ; 45-64 ; 65 et plus , par sexe	Annuelle	Probablement non parlant pour cause d'effectifs insuffisants	A expertiser : notamment effectifs par classes d'âge suffisants ?

Soit 3 fiches.

TAUX D'HOSPITALISATIONS POUR ASTHME

Indicateur	Taux d'hospitalisations annuelles en MCO pour asthme
Objectif	74. Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitent une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'hospitalisations annuelles en MCO pour asthme (et non nombre de patients)
Dénominateur (D)	Population totale : Estimations localisées de populations (ELP) de l'année considérée (INSEE) (la population des asthmatiques est trop difficile à définir avec une précision suffisante pour construire ce dénominateur)
Sous-groupes (strates)	Sexe ; Age : de 2 à 4 ans ; 5 à 11 ans ; 12 à 17 ans ; 18 à 44 ans ; 45-64 ans, 65 ans et plus
Décompositions (N)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National / Régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Newcronos (UE) : non ; ECHI2 : Prévalence de l'asthme
Dernier résultat connu	Valeur : Base PMSI 2000 ; asthme (J45 ou J46) en DP ; séjours deux sexes : 62 905 ; hommes : 31 161 ; femmes : 31 744. Leur nombre s'élevait à 66 000 en 1998, 60 400 en 1999, 63 000 en 2000 et 55 400 en 2001, (il est donc difficile de donner une tendance sur ces 4 années) dont la moitié concernent des enfants âgés de moins de 15 ans.

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de santé, ARH et ATIH.
Service responsable de la synthèse des données	DREES/InVS
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %. Les contrôles ne vérifient pas la qualité épidémiologique des données mais plutôt les erreurs ayant un impact en termes économiques.
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	- Problème de validité qui nécessiterait un retour au dossier médical pour vérifier qu'un séjour codé asthme en DP correspond bien à une hospitalisation pour asthme. On peut quand même penser que c'est le cas sur les critères suivants : séjours courts (médiane de 3 jours), retour à domicile pour plus de 95% des cas, séjours mono-unités pour 87 % des cas. 45% des séjours sont identifiés par un diagnostic d'asthme isolé et 26% ont un seul DA correspondant le plus souvent à une pathologie respiratoire. Idem pour les séjours codés insuffisance respiratoire aiguë en DP et asthme en DA Problème, dans les deux cas ci-dessus, lorsque figure parmi les DA un diagnostic de BPCO (l'hospitalisation est-elle due à un asthme ou à une BPCO ?). - Impossibilité de distinguer les hospitalisations non programmées (pour crise d'asthme) des hospitalisations programmées (pour bilan)
Modalités d'interprétation	Des données sur le contexte (pollution atmosphérique et incidence des viroses respiratoires) seraient importantes à prendre en compte. Pour les premières se pose la question de la disponibilité et de la pertinence d'une déclinaison géographique (données localisées non généralisables à un département et encore moins à une région ou à la France entière). La faisabilité pour les secondes devrait être étudiée.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Il existe un délai lié à la transmission des données par les DIM et à la centralisation des données au niveau national : année N+2 ?

Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Niveau de pollution : Faisabilité ? Quels polluants, quelles périodes, quelles zones ?

COMMENTAIRE

L'InVS a étudié 3 types d'indicateurs combinant des codes de pathologies respiratoires en diagnostic principal (DP) et un code d'asthme en diagnostic associé (DA)

- Séjours avec un code d'insuffisance respiratoire aiguë en DP et un code d'asthme en DA car des médecins de réanimation infantile ont rapporté l'utilisation de ce codage pour les asthmes graves. Pour les enfants et les adultes jeunes, l'asthme semble être la cause de cette insuffisance respiratoire aiguë, on retrouve peu de diagnostics associés autres si ce n'est des pathologies infectieuses type bronchite, bronchiolite ou pneumopathies. Par contre pour les adultes de plus de 65 ans, les diagnostics d'asthme et de bronchite chronique sont souvent intriqués ce qui rend difficile l'attribution de l'insuffisance respiratoire à une décompensation de la maladie asthmatique.
- Séjours avec pathologies respiratoires infectieuses en DP et asthme en DA. Il n'est pas impossible qu'une pathologie infectieuse décompense un asthme et provoque une crise d'asthme mais rien dans les données du PMSI ne permet de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse. Il faut cependant noter l'association fréquente asthme et bronchiolite chez les nourrissons.
- Séjours avec toux ou dyspnée en DP et asthme en DA, ils ne sont pas très spécifiques et semblent plutôt correspondre à des hospitalisations pour exploration

L'InVS a décidé

- de retenir **deux indicateurs** :

- . asthme en DP (J45 ou J46)
- . insuffisance respiratoire aiguë en DP (J960) et asthme en DA (J45 ou J46)

- présentés sous forme de nombre et de taux (bruts et redressés), complétés par le nombre et la proportion de cas pour lesquels un code de BPCO/bronchite chronique (J41+J42+J43+J44) figure en DA.

MORTALITÉ PAR ASTHME

Indicateur	Mortalité par asthme chez les enfants, les adultes et les sujets âgés
Objectif	74. Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de décès par asthme pour l'année considérée	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Sexe ; Age : 0-24 (dont 0-14 et 15-24); 25- 44 ; 45-64 ; 65 et plus. A expertiser en fonction des chiffres de mortalité.	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National / Régional (à expertiser)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	HFAdB (OMS) : Taux de mortalité par bronchite-emphysème-asthme ; Eco Santé (OCDE) : nombre et taux de décès par bronchite-asthme-emphysème ; Newcronos(UE) : nombre de décès par asthme ; Echi2 : taux de mortalité standardisé sur la population européenne	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : ...

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats de décès ; Corps médical et Inserm-CépiDc	
Mode de collecte (ddb)	Certificats de décès	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et Inserm-CépiDc	
Service responsable de la synthèse des données	Inserm-CépiDc / InVS	
Méthodologie	A préciser	
Mode de calcul	Standardisation sur la population européenne	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La mortalité des personnes de moins de 45 ans devra faire l'objet d'une attention particulière lors du commentaire des chiffres de cet indicateur..

La construction d'un taux de létalité (décès parmi les malades) n'est pas possible compte tenu de l'impossibilité d'identifier la population des asthmatiques.

HOSPITALISATION POUR ASTHME DANS LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS CHEZ LES ENFANTS ASTHMATIQUES SCOLARISÉS

Indicateur	Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2, de troisième
Objectif	74. Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitent une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).

DESCRIPTION

	Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle.
Numérateur (N)	Nombre d'enfants asthmatiques de grande section de maternelle examinés ayant été hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédant l'examen
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants asthmatiques de grande section de maternelle examinés
	Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de CM2.
Numérateur (N)	Nombre d'enfants asthmatiques de CM2 examinés ayant été hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédant l'examen
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants asthmatiques de CM2 examinés
	Proportion d'enfants asthmatiques hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de troisième
Numérateur (N)	Nombre d'adolescents asthmatiques scolarisés en troisième examinés ayant été hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédant l'examen
Dénominateur (D)	Nombre d'adolescents asthmatiques scolarisés en troisième examinés
Sous-groupes (strates)	Sexe
Décompositions (N)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (DOM compris), (ZEAT ou régional pourrait être possible uniquement pour les maternelles sous réserve de vérification des effectifs)
Périodicité de la mesure	Triennale pour chaque niveau-classe (2004 : 3èmes ; 2005 : CM2 ; 2006 : maternelles)
Indicateurs internationaux	HFA dB (OMS) : non ; Eco Santé (OCDE) : non ; Echi2 : non ; Projet européen Child : ?
Dernier résultat connu	

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves : effectuée par les médecins et infirmières de l'Education nationale
Mode de collecte (ddb)	Échantillon de 30 000 élèves pour les maternelles en 2006 (sous réserve de validation par le comité de pilotage le 23 mars 2005) ; 8500 pour les CM2 en 2005 ; 6000 pour les 3èmes en 2004
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Ministère de l'Education nationale/DREES
Service responsable de la synthèse des données	DREES/InVS
Méthodologie	
Mode de calcul	Données redressées sur la population scolaire de la classe considérée pour l'année de l'enquête

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Sous réserve d'effectifs suffisants (Question posée à la DREES). Sous réserve d'avis de l'Éducation nationale : ajout ou maintien de la question dans l'enquête et, pour les CM2, modification du protocole de l'enquête (auto questionnaire détaillé sur l'asthme rempli à domicile, car les enfants de CM2 sont trop jeunes pour le renseigner)

75. BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO) :
RÉDUIRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LES RESTRICTIONS
D'ACTIVITÉ LIÉES À LA BPCO ET SES CONSÉQUENCES SUR LA QUALITÉ
DE VIE.

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DES LIMITATIONS
FONCTIONNELLES, DES RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ET DES
CONSÉQUENCES SUR LA QUALITÉ DE LA VIE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Proportion de patients présentant une hypoxémie chronique bénéficiant d'une oxygénothérapie à long terme.

Proportion de patients qui ont bénéficié d'un test de réversibilité pharmacologique.

Limitations fonctionnelles, restrictions d'activité et qualité de vie.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

L'objectif porte sur la qualité de vie liée à la qualité de prise en charge. La part des BPCO attribuable au tabagisme serait de 80 à 90% (rapport Healthy People 2010), mais ce facteur de risque est traité par ailleurs (indicateurs sur le tabac). Un suivi de la prévalence ou de la mortalité ne sont pas pertinents dans le cadre d'une évaluation à cinq ans du fait du délai entre l'exposition à l'agent causal et les symptômes. Il paraît cependant important de mettre en place ces indicateurs dans le cadre d'un état des lieux et dans l'optique d'une surveillance à long terme.

Parmi les indicateurs proposés, les deux premiers constituent une mesure de processus : bonne pratique thérapeutique (et accès aux soins) pour le premier, bonne pratique diagnostique pour le second. La BPCO est en effet une pathologie sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge. Le troisième porte directement sur la qualité de vie : c'est donc un indicateur d'état de santé qui nous intéresse davantage *a priori*.

Données disponibles

Les données épidémiologiques sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont peu nombreuses. Par ailleurs, il faut distinguer la bronchite chronique (BC) (dont le diagnostic est clinique) et la BPCO (qui correspond à un trouble ventilatoire obstructif non réversible mis en évidence par l'exploration fonctionnelle respiratoire). Les deux pathologies sont étroitement liées du fait de facteurs de risque communs. Les symptômes de bronchite chronique précèdent en général l'apparition du trouble ventilatoire obstructif, mais la bronchite chronique n'est pas obligatoirement un stade précoce de BPCO. Un tiers environ des sujets ayant une bronchite chronique présente un syndrome ventilatoire obstructif, dont 20% environ a une hypoxémie de repos.

Une estimation précise de la prévalence de la BPCO et de la bronchite chronique à partir d'échantillons représentatifs de la population générale devrait comporter une mesure de la fonction pulmonaire de base suivie d'un test de broncho-dilatation et le recueil de données sur les symptômes respiratoires chroniques à partir de questionnaires standardisés. Les études de prévalence déclaratives

sous-estiment le poids total de la BPCO car habituellement la maladie n'est pas diagnostiquée avant un stade avancé.

Prévalence :

D'après une étude française effectuée auprès d'un échantillon de sujets âgés d'au moins 25 ans, le taux de prévalence de la bronchite chronique rapporté à la population française âgée d'au moins 25 ans est de 4,1%, soit 1,7 million de personnes (Huchon, Eur Respir J 2002).

La prévalence des bronchopneumopathies chroniques obstructives est estimée en France à 2 500 000 personnes : ce chiffre correspond, en l'absence de données épidémiologiques fiables, à une estimation à partir de la prévalence du tabagisme (Stang, Chest 2000). Une étude internationale en population générale a estimé la prévalence de la BPCO en France à 3,2% des personnes de plus de 45 ans ayant fumé plus de 10 paquets-années (Piperno. Respir Med. 2003)

Population à risque :

La population à risque regroupe tous les sujets fumeurs, avec peut-être une susceptibilité au tabac plus importante chez les femmes. Néanmoins BC et BPCO touchent également les non-fumeurs, et le sous-diagnostic est probablement important dans cette population. Parmi les autres facteurs de risque, l'exposition professionnelle joue un rôle important.

La prévalence de la bronchite chronique et de la BPCO augmente avec l'âge. Il n'y a pas de seuil clairement établi. L'histoire naturelle de la maladie montre que le risque de bronchite chronique apparaît après quelques années de tabagisme alors que le risque de BPCO débute après 10 à 20 ans d'intoxication tabagique.

Les personnes de plus de 65 ans constituent la population la plus concernée par la BPCO. Aux Etats-Unis, cette pathologie toucherait 10% des plus de 65 ans.

Évolution :

Depuis 1980, la prévalence et la mortalité liées aux BPCO ont augmenté de 30% aux Etats-Unis. Une étude hollandaise a modélisé l'épidémiologie des BPCO entre 1994 et 2015. Elle conclut à une augmentation inévitable de la prévalence et de la charge de morbidité liée aux BPCO. Les changements de comportements tabagiques intégrés dans le modèle, entraînent un ralentissement de l'augmentation de la prévalence chez les hommes, mais une accélération dans la population féminine. Les années de vies perdues devraient augmenter de 60% et les DALY's de 75%. L'augmentation des coûts est estimée à 90% sur cette période de 21 ans (Feenstra, AJRCCM 2001).

Mortalité :

La mortalité est probablement sous-estimée, car le diagnostic de BPCO pourrait être plus souvent cité en cause contributive qu'en cause principale du décès. En France il y a environ 12 500 décès par an attribués aux BPCO, étroitement liés l'âge, au sexe et au tabagisme. En 2020 plus de 3 millions de décès par broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) pourraient survenir à l'échelle mondiale, faisant de cette pathologie la troisième cause de décès, essentiellement en relation avec le vieillissement de la population et les effets du tabac¹⁵² (Murray, Lancet 1997).

Morbidité :

L'évolution chronique de la BPCO est émaillée d'exacerbations aiguës qui sont une cause importante de recours aux soins (consultations non programmées, hospitalisations).

L'insuffisance respiratoire chronique est classiquement définie sur l'hypoxémie. Cependant la seule notion d'hypoxémie reflète mal la réalité de la morbidité de la BPCO. La notion de handicap respiratoire est donc utilisée pour la BPCO sévère avec retentissement clinique important. Ce handicap se traduit par une altération importante de la qualité de vie.

¹⁵² Murray C. J., Lopez A. D. : « Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study » Lancet. 1997 May 24;349(9064):1498-504.

Selon l'ANTADIR, le nombre de patients sous oxygénothérapie ou sous assistance respiratoire en France serait actuellement de 50 000. La BPCO est la cause principale des états d'hypoxémie chronique (64,4% d'après les données de l'ANTADIR).

Principales sources de données identifiées

Enquête santé de l'INSEE : Pour une prévalence de bronchite chronique estimée grossièrement entre 4% et 5%, on peut attendre un nombre suffisant de « cas » dans cette enquête. Elle comporte de plus un score de mesure de la qualité de vie (SF 36) avec notamment des questions sur les restrictions d'activité. Par contre, l'identification des patients atteints de BPCO à travers une enquête déclarative n'a pas été considérée par le groupe comme assez précise pour utiliser cette source. En effet l'identification précise de la BPCO nécessite une mesure de la fonction pulmonaire avec un test de broncho-dilatation. Dans une enquête déclarative, l'indicateur serait construit sur les patients connaissant leur pathologie. Cette information peut être considérée comme intéressante en soi mais risque d'être difficile à utiliser à titre d'indicateur de suivi de l'objectif en raison de l'imprécision de mesure de la population atteinte et car sa reproductibilité n'est pas obligatoirement assurée.

Enquête SPS de l'Irdes : même difficulté

Données des services d'assistance de retour au domicile : la mise en route d'une oxygénothérapie de longue durée nécessite une demande d'entente préalable qui comporte le diagnostic, et des données fonctionnelles et gazométriques. Si le système actuel d'entente préalable est maintenu, cette source peut fournir des indications sur le nombre de patients traités par assistance respiratoire (oxygène et/ou ventilation). Cependant : 1°) ces services d'assistance à domicile sont très nombreux, partagés entre un secteur associatif et un secteur privé. Les services associatifs ont été pendant de nombreuses années regroupés au sein de la fédération ANTADIR qui avait mis en place un observatoire. Actuellement la représentativité de cet observatoire est discutable car un certain nombre d'associations n'en font plus partie, et les services privés n'y sont pas représentés. 2°) Cette source de données ne concerne qu'une petite partie des BPCO (à la fois les plus sévères et ceux pris en charge) et la fréquence de la maladie reste inconnue. Il n'a pas été retenu de se baser sur les chiffres de prévalence des fumeurs par classe d'âge pour estimer le nombre potentiel de patients hypoxémiques (imprécision trop importante de cet estimateur du fait du peu de données épidémiologiques disponibles). D'éventuelles variations de cet indicateur seraient difficiles à interpréter : différence d'exhaustivité en fonction des structures de prises en charge à domicile, variations de prise en charge médicale, ou variation dans la prévalence de la maladie ?

Les ALD ne constituent pas non plus une source assez précise car elles n'identifient que les individus diagnostiqués et pris en charge. De plus les ALD pour insuffisance respiratoire grave regroupent toutes les causes d'insuffisances respiratoires et les asthmes sévères

Les données de remboursement de l'assurance maladie (médicaments, actes de kinésithérapie et oxygénothérapie) sont une base de données théoriquement accessible.

Cependant aucun traitement n'est spécifique de la BPCO. Broncho-dilatateurs et corticoïdes sont utilisés aussi bien pour l'asthme que pour la BPCO et d'autres affections respiratoires (syndromes restrictifs, bronchectasies...). La kinésithérapie respiratoire n'est, elle non plus, pas spécifique de la BPCO par rapport à d'autres pathologies respiratoires.

La construction d'un indicateur basée sur les données de l'assurance maladie fournirait un effectif de patients traités pour problème respiratoire grave avec 2 inconvénients majeurs : le problème du sous-diagnostic et de l'insuffisance de prise en charge serait ignoré, d'autre part les variations de cet indicateur semblent difficiles à interpréter (modifications de pratiques ? ou modifications de l'état de santé ? avec difficulté pour distinguer la part liée à la BPCO et aux autres pathologies respiratoires).

Utiliser l'association de plusieurs thérapeutiques pour identifier les cas sévères pourrait être intéressante. Une étude récente a utilisé ce type de données pour différencier asthme et BPCO parmi une cohorte clairement identifiée et traitée. L'association anti-cholinergiques et théophylline avait dans ce contexte une sensibilité de 89% et une spécificité de 94% (McKnight J, Journal of Clinical Epidemiology 2005). Mais il s'agit d'une étude réalisée au Canada, dans une cohorte de patients atteints de BPCO ou

d'asthme traité, avec des règles de prescriptions différentes concernant l'usage de la théophylline qui est d'un usage plus marginal en France.

Si en combinant différentes thérapeutiques on améliore la spécificité on ne repère pas pour autant toutes les BPCO sévères traitées. Là encore l'interprétation des variations de cet indicateur dans le temps en terme de modifications de l'état de santé paraît complexe.

Il n'a donc pas été possible de proposer d'indicateur de mesure d'atteinte de cet objectif .

Le groupe a donc souligné le besoin de données épidémiologiques françaises sur les BPCO en population générale :

Prévalence de la pathologie

Retentissement sur la santé fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes

Proportion de patients diagnostiqués, suivis et traités selon des recommandations validées

La définition d'un protocole approprié devra être précisée dans le cadre de la réflexion menée pour l'ensemble des objectifs qui portent sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

76. RÉDUIRE LE RETENTISSEMENT DES MICI SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES, NOTAMMENT LES PLUS SÉVÈREMENT ATTEINTES.

OBJECTIF PRÉALABLE : MESURER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES MALADES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Handicaps et qualité de vie à construire

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH). Bien que n'étant pas une « maladie rare », la maladie de Crohn est une des pathologies mentionnées comme maladie « orpheline » dans la base de données Orphanet sur les maladies rares et les médicaments orphelins.

Il existe plusieurs registres qui enregistrent les nouveaux cas de MICI en France : le registre EPIMAD, créé en 1988, pour la région Nord-Ouest de la France (registre « qualifié » par le comité national des registres -CNR- couvrant 4 départements : le Nord, le Pas de Calais, la Somme et la Seine Maritime, soit un territoire de 6 000 000 d'habitants), le registre EPIMICI pour le Puy de Dôme et le registre ABERMAD pour la Bretagne. Selon les données publiées par les trois registres français, le taux d'incidence standardisé pour la maladie de Crohn varie de 2,8 à 5,7 pour 100 000 (le nombre de personnes atteintes étant estimé à environ 60 000 en France) et celle de la RCH de 2,7 à 3,2 pour 100 000 habitants¹⁵³. Les premiers symptômes sont relativement précoces et apparaissent habituellement entre 20 et 30 ans.

Ces maladies affectent la qualité de vie des personnes atteintes dans les domaines physique, psychique et social et ce, de façon d'autant plus marquée que la pathologie est sévère. Toutefois, les progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux, ont permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

Les études appréciant la qualité de vie pour les sujets atteints de MICI utilisent des instruments non spécifiques tels que le SF 36 et/ou des instruments plus spécifiques (par exemple, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire ou « IBDQ » qui comporte 32 questions couvrant 4 domaines : les symptômes digestifs, les signes généraux, l'état émotionnel et le retentissement sur la vie sociale).

Comme évoqué précédemment, il est recommandé d'utiliser un cadre d'enquête commun pour l'ensemble des objectifs de qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. La première question posée concerne la nécessité de réaliser une enquête nationale spécifique aux MICI. Pour des raisons pratiques, il pourrait être envisagé de réaliser une nouvelle enquête sur la qualité de vie dans les régions couvertes par les registres des MICI. L'Institut de veille sanitaire pourrait en être l'opérateur.

*

¹⁵³ Gower-Rouseau C, Salomez JL, Dupas JL, Marti R, Nuttens MC, Voile A, Emahieu M, Lemaire B, Colombel JF, Cortot A. Incidence of inflammatory bowel disease in northern France (1988-1990). Gut 1994 ; 35 : 1433-8
Flamenbaum M, Zénut M, Aublet-Cuvelier B, Latpent JL, Fabre P, groupe EPIMICI, Abergel A, Dapoigny M, Bommelaer G. Incidence des maladies inflammatoires du tube digestif dans le département du Puy-de-Dôme en 1993 et 1994. Gastroenterol Clin Biol 1997; 21 : 491-6
Pagenault M, Tron I, Alexandre JL, Cruchant E, Dabadie A, Chaperon J, Rosbaszkiewicz M, Bretagne JF et ABERMAD. Incidence des maladies inflammatoires du tube digestif en Bretagne (1994-1995). Gastroenterol Clin Biol 1997; 21: 483-90

Plusieurs indicateurs complémentaires approchant les complications médicales et chirurgicales de ces maladies ont été évoqués qui nécessitent toutefois une expertise préalable (définitions précises, interprétation des évolutions observées en terme de qualité de vie) :

PMSI : hospitalisations (taux d'hospitalisation, durée totale moyenne), interventions mutilantes (stomies voire ensemble des résections ?) (au total 56 500 séjours pour MICI en 2002),

Traitements médicaux susceptibles de témoigner de la fréquence et de la durée totale des poussées inflammatoires,

Enfin, les données des ALD (n° 24 : RCH et MC) de l'assurance maladie, qui permettent d'approcher le nombre de nouveaux cas annuels, constituent un indicateur complémentaire de cadrage.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Score de qualité de vie chez les patients atteints de MICI (Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)</i>	A créer, Eventuellement à partir des registres	Maladie, âge	Quinquennale	Non pertinent	à créer (cadre d'enquête et scores de qualité de vie à déterminer)
Indicateurs complémentaires					
<i>Pourcentage de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne</i>	PMSI MCO				A expertiser
<i>Interventions chirurgicales mutilantes</i>	PMSI MCO				A expertiser
<i>Traitements des poussées inflammatoires</i>	Assurance maladie				A expertiser
<i>Mise en ALD (RCH + MC)</i>	Assurance maladie	Maladie, âge	Annuelle	Pertinence ?	

Soit 1 fiche

ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE POUR RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE OU MALADIE DE CROHN ÉVOLUTIVES (ALD 24)

Indicateur	Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 24 pour rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn évolutives
Objectif	76. Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients nouvellement admis chaque année en ALD pour rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn évolutives	
Dénominateur (D)	Population couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)	par maladies : les classes d'âge : moins de 25 ans, 25-64 ans (dont 25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus	
Décompositions (N)	Selon les maladies	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non - Projet européen ECHI-2 : non,	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (CNAMTS)	Valeur : 8444 (dont moins de 25 ans : 1988, 25-64 ans : 5680)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Admissions en ALD
Mode de collecte (ddb)	Administratif, permanent
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (régimes CNAMTS, CANAM, MSA)
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les niveaux régionaux)
Méthodologie	Exhaustivité des admissions pour les populations couvertes par ces trois régimes, soit environ 95 % de la population
Mode de calcul	Agrégation des données de chaque régime ; dénominateur obtenu à partir de la population INSEE corrigée du taux global de couverture par les 3 grands régimes

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Estimation supposant qu'il y ait demande d'ALD, ce qui est d'autant plus probable que la maladie atteint des personnes relativement jeunes, et l'acceptation des demandes par l'assurance maladie. En fonction de l'évolution de sa maladie, une même personne peut entrer (et sortir) plusieurs fois en ALD. Par ailleurs biais de couverture évoqué ci-dessus
Modalités d'interprétation	Estimateur approchant l'incidence

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage (en forte évolution depuis 1990, probablement en lien avec les évolutions thérapeutiques)

77. ENDOMÉTRIOSE : AUGMENTER LA PROPORTION DE TRAITEMENTS CONSERVATEURS.

OBJECTIFS PRÉALABLES : DISPOSER DE DONNÉES FIABLES SUR L'INCIDENCE, LA PRÉVALENCE DE L'ENDOMÉTRIOSE, SUR SON RETENTISSEMENT SUR LA QUALITÉ DE VIE ET SUR LA PLACE RESPECTIVE DES DIFFÉRENTS MODES DE PRISE EN CHARGE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Incidence et prévalence.

Proportion de traitements conservateurs au cours des prises en charge.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

L'endométriose est définie par la présence hors de la cavité utérine (en position ectopique) de tissus histologiquement identiques à l'endomètre. L'endométriose peut être très douloureuse et invalidante et les symptômes sont multiples mais dépendent davantage de la localisation des lésions que de leur étendue.

Le nombre de personnes malades est inconnu, mais diverses études étrangères (Barlow en 1993, Houston 1987) estiment la prévalence de l'endométriose entre 1 et 15% des femmes non ménopausées.

La population concernée est celle des femmes en période d'activité génitale (13-55 ans).

L'objectif principal repose sur l'hypothèse que le traitement repose trop souvent sur la réalisation d'hystérectomies totales en dehors de quelques centres spécialisés. Cette hypothèse reste à confirmer.

Les objectifs préalables visent à réunir des connaissances permettant de préciser le retentissement du problème en termes de fréquence et de qualité de vie, ainsi que les indications et l'efficacité des différents traitements.

Principales sources de données identifiées :

L'atteinte des objectifs préalables suppose la réalisation d'études spécifiques au niveau national (incidence et prévalence, retentissement sur la qualité de vie) et international (évaluation des modes de prise en charge).

Les pratiques effectives de prise en charge (médicale et chirurgicale) pourraient également être décrites, en recherchant l'existence de variations liées aux caractéristiques sociales des femmes concernées et/ou aux caractéristiques de l'offre de soins. Les possibilités de recueillir des données à partir du PMSI pour décrire la distribution des traitements chirurgicaux de l'endométriose devraient être expertisées.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Disponibilité de données d'incidence et de prévalence</i>					A expertiser
<i>Disponibilité d'une évaluation du retentissement sur la qualité de vie</i>					A expertiser
<i>Disponibilité de résultats permettant de déterminer un consensus sur les modalités de prise en charge</i>					A expertiser
Indicateur complémentaire					
<i>Description des pratiques de prise en charge, déterminants sociaux, déterminants liés à l'offre de soins</i>					A expertiser

78. INCONTINENCE URINAIRE ET TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE CHEZ LA FEMME : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE ET LES CONSÉQUENCES DE L'INCONTINENCE URINAIRE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Incidence et prévalence.

Pourcentage de femmes bénéficiant d'une rééducation périnéale dans les suites d'accouchement.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

Les conséquences visées ne sont pas spécifiées dans la formulation de l'objectif, mais le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie est plus que vraisemblable. Il existe par ailleurs des inégalités sociales liées à la parité, aux conditions d'accouchement, à l'accès au système de soin notamment gynécologique et/ ou urologique, et à l'information sur les possibilités de cure de problèmes souvent tus.

La prévalence de l'incontinence urinaire varie entre 17% et 45% des femmes adultes selon les études, avec une augmentation avec l'âge et la parité.

Les principales stratégies de prévention identifiées comprennent l'accès à une rééducation périnéale effective si nécessaire selon les conclusions d'un examen approprié à réaliser systématiquement dans les suites d'un accouchement et l'accès au dépistage des troubles de la statique pelvienne et à la rééducation sphinctérienne au moment de la ménopause.

Principales sources de données identifiées :

Les principales informations disponibles dans les données PMSI d'hospitalisation (courts séjours) et dans les données portant sur les remboursements par les régimes d'assurance-maladie d'examen urodynamiques et de séances de rééducation périnéale reflètent les incontinenes diagnostiquées et traitées.

Le questionnaire santé et soins médicaux de l'enquête SPS 2004 de l'IRDES comporte une question sur l'existence de « pertes involontaires d'urines », et, le cas échéant, sur le rôle d'un médecin dans l'identification de ce trouble, sur le nombre d'années depuis lequel le trouble existe, et sur l'existence d'un traitement spécifique au cours des 12 derniers mois.

(Le questionnaire 2002 comportait une question sur l'existence d'un « handicap acquis : amputation, hernie (précisez où), incontinence (urinaire ou fécale), handicap mental » ; depuis combien d'années ; traité ou non au cours des douze derniers mois)

Références

- Anaes, service des recommandations professionnelles : Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques, Rapport et recommandations, février 2000.
- Anaes, service des recommandations professionnelles : Rééducation dans le cadre du post-partum, Rapport et recommandations, décembre 2002.
- Anaes, service des recommandations professionnelles : Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, Rapport et recommandations, mai 2003.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Proportion de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines » durant depuis moins d'un an / plus d'un an</i>	ESPS (IRDES)	classes d'âge	2 ans	Non	
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de femmes à qui une rééducation périnéale est prescrite après un accouchement.</i>	SNIIR-AM ?				A expertiser
<i>Proportion des femmes de plus de 50 ans à qui une rééducation périnéo-sphinctérienne est prescrite.</i>	SNIIR-AM ?				A expertiser

Soit 3 fiches.

INCIDENCE ET PRÉVALENCE DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES	
Indicateur	Proportion de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines » durant depuis moins d'un an / au total
Objectif	78. Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1) Nombre de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines » durant depuis moins d'un an 2) Nombre total de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines »	
Dénominateur (D)	Femmes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	2 ans si maintenu dans versions ultérieures du questionnaire	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : Premier recueil en 2004	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Femmes interrogées
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole enquête SPS
Organisme responsable de la collecte (ddb)	IRDES
Service responsable de la synthèse des données	IRDES
Fiabilité	Voir protocole enquête SPS
Mode de calcul	Voir protocole enquête SPS

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Limitée aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Biais de déclaration ?
Modalités d'interprétation	Devrait donner une première indication de la prévalence (nombre total) et de l'incidence (depuis moins d'un an).

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

FRÉQUENCE DE PRESCRIPTION DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE	
Indicateur	Proportion de femmes à qui une rééducation périnéale est prescrite après un accouchement
Objectif	78. Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes à qui une rééducation périnéale est prescrite dans un délai de 30 jours (à préciser) suivant un accouchement	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes ayant accouché	
Sous-groupes (strates)	Niveau d'études ; type de maternité ; région ?	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Régional ?	
Périodicité de la mesure	Annuel ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Femmes ayant accouché
Mode de collecte (ddb)	Demandes de remboursement ?
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance Maladie ?
Service responsable de la synthèse des données	SNIIR-AM ?
Fiabilité	A préciser ?
Mode de calcul	A déterminer

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	L'analyse des variations de la fréquence des prescriptions de rééducation périnéale après un accouchement pourrait confirmer l'existence de déterminants liés aux caractéristiques sociales et/ou à la structure de l'offre de soins.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A développer
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A développer

COMMENTAIRE

Des analyses plus approfondies pourraient reposer sur une enquête auprès de femmes sortant de maternité et portant sur l'information reçue, les données d'examen abdomino-périnéal enregistrées dans les dossiers de maternité et les prescriptions de rééducation en fonction des caractéristiques sociales des femmes et des caractéristiques de l'offre de soins.

FRÉQUENCE DE PRESCRIPTION DE RÉÉDUCATION PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENNE APRÈS 50 ANS	
Indicateur	Proportion de femmes de plus de 50 ans à qui une rééducation périnéo-sphinctérienne est prescrite
Objectif	78. Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes de plus de 50 ans à qui une rééducation périnéo-sphinctérienne est prescrite.	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes assurées de plus de 50 ans	
Sous-groupes (strates)	Niveau d'études ; classes d'âge ; région ?	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Régional ?	
Périodicité de la mesure	Annuel ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Femmes
Mode de collecte (ddb)	Demandes de remboursement ?
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance Maladie ?
Service responsable de la synthèse des données	SNIIR-AM ?
Fiabilité	A préciser
Mode de calcul	A déterminer

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	L'analyse des variations de la fréquence des prescriptions de rééducation périnéale pour les femmes atteignant l'âge de la ménopause pourrait confirmer l'existence de déterminants liés aux caractéristiques sociales et/ou à la structure de l'offre de soins.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A développer
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	A développer

COMMENTAIRE

Des analyses plus approfondies pourraient reposer sur une enquête auprès d'échantillons de femmes dans la population générale portant sur l'existence de symptômes et sur leur prise en charge conformément aux recommandations de l'ANAES en fonction des caractéristiques sociales des femmes et des caractéristiques de l'offre de soins.

79. PATHOLOGIES MAMMAIRES BÉNIGNES CHEZ LA FEMME : RÉDUIRE LE RETENTISSEMENT DES PATHOLOGIES MAMMAIRES BÉNIGNES SUR LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES.

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSER DE DONNÉES D'INCIDENCE ET DE PRÉVALENCE DES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES MAMMAIRES BÉNIGNES ET D'UNE ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES SOUFFRANT DE CES PATHOLOGIES.

Clarifications et orientations :

Les conséquences des pathologies mammaires bénignes sont schématiquement de deux types différents :

D'une part, le risque de cancer du sein apparaît plus élevé dans certaines formes histologiques de tumeurs bénignes, pouvant justifier un suivi spécifique, mais il existe des inégalités sociales dans l'accès à ce suivi.

D'autre part, le retentissement éventuel sur la qualité de vie d'une mauvaise prise en compte des symptômes douloureux et/ ou de gestes traumatiques (biopsie ; chirurgie) reste encore non évalué globalement. Le retentissement psychologique peut être important.

Pour les objectifs préalables : la production de données d'incidence et de prévalence des différentes pathologies mammaires peut d'une part permettre de préciser l'importance de la population concernée (estimation ponctuelle), d'autre part permettre de suivre l'évolution de la fréquence de ces pathologies, en fonction notamment de déterminants liés aux comportements individuels et aux habitudes de vie : âge lors de la première grossesse, pratique de l'allaitement maternel, tabagisme ...

Sources de données identifiées :

L'épidémiologie des maladies bénignes du sein reste incomplète car elle repose essentiellement sur des informations issues de recrutements hospitaliers spécifiques et biaisés.

En 2000, la pathologie mammaire bénigne a représenté en France 22 431 séjours annuels (données PMSI) avec un pic d'occurrence pour les femmes de 35 à 54 ans devant le pic des pathologies malignes. Les possibilités d'exploitation des données du PMSI pourraient être expertisées.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Disponibilité d'estimations fiables de l'incidence et de la prévalence</i>					A expertiser
<i>Disponibilité d'une estimation du retentissement des pathologies mammaires bénignes et de leur prise en charge sur la qualité de vie</i>					A expertiser
<i>Évaluation du suivi des pathologies mammaires bénignes en fonction de la catégorie sociale</i>					A expertiser

80. STABILISER L'INCIDENCE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE D'ICI À 2008 (ACTUELLEMENT 112 PAR MILLION)

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

On parle d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) quand le recours à la dialyse périodique ou à la transplantation rénale est nécessaire. Le délai entre le début de la maladie et l'insuffisance rénale terminale varie considérablement non seulement entre les différentes formes d'atteintes rénales, mais aussi chez les patients ayant une même maladie rénale.

L'IRCT touche plus fréquemment les hommes que les femmes (près de deux fois plus en France), les plus âgés que les plus jeunes. Il semble ainsi que l'augmentation récente de l'incidence soit pour partie à imputer au vieillissement de la population française. Les néphropathies diabétiques et vasculaires sont évoquées à parts égales pour expliquer 40% des IRCT ; les deux autres causes les plus fréquentes sont les glomérulonéphrites et les néphropathies interstitielles.

L'objectif concerne la stabilisation de l'incidence. La valeur de l'incidence de l'IRCT est estimée dans l'objectif à 112 par million d'habitants : cette valeur est issue du registre de l'European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA).

En matière de prévalence, la donnée la plus récente a été produite sur la base d'une enquête ponctuelle de l'assurance maladie. Cette enquête a réalisé un dénombrement précis des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale et traitées par dialyse en France¹⁵⁴ : le chiffre de 30 882 personnes a été établi pour 2003 ; soit une prévalence de 513 par million d'habitants avec une moyenne métropolitaine de 498 pour un million d'habitants.

Au nombre de personnes traitées par dialyse, il faut ajouter celles qui ont subi une transplantation rénale (environ 20 000 personnes selon l'estimation fournie par l'Etablissement Français des Greffes), soit un total d'environ 50 000 patients traités pour IRCT.

La répartition régionale des patients traités est fournie également dans l'étude de la CNAMTS et, des spécificités régionales marquées sont mises en évidence après standardisation selon le sexe et l'âge. Ces disparités régionales posent question dans la mesure où les estimations de l'incidence produites aujourd'hui sont le fruit d'études régionales sur les patients traités par dialyse.

La valeur de l'incidence la plus récente et la plus souvent citée est de 122 par million d'habitants de métropole pour 2002 (valeur supérieure à celle citée dans la formulation de l'objectif). Elle a été estimée par l'Etablissement Français des Greffes sur la base d'une extrapolation à l'ensemble des régions métropolitaines des observations des incidences dans quatre régions (Limousin, Lorraine, Auvergne et Rhône Alpes) par le Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN).

Principales sources de données identifiées

Plusieurs sources de données sont utilisables, mais aucune n'est en mesure de produire aujourd'hui, annuellement et en routine une estimation de l'incidence satisfaisante.

En premier, les données de l'assurance maladie établies par le biais du nombre d'ALD 19 (avec autant que possible la précision concernant les ALD codées N18.0 selon la CIM10) nouvellement accordées, présentent l'intérêt d'être annuelles, disponibles à l'échelon national et régional, et réparties par sexe et âge. Mais ces données ne sont ni spécifiques de l'IRCT, ni exhaustives (les personnes bénéficiant d'une autre

¹⁵⁴ Cf. point d'information mensuel de la CNAMTS de janvier 2004.

ALD comme le diabète par exemple, n'y figurent pas). En outre, elles présentent le biais habituel des ALD : elles reflètent aussi le fonctionnement du système de prise en charge des patients.

Ensuite, les registres régionaux pourraient nous renseigner sur la prévalence nationale, ainsi que sur les cas incidents en enregistrant les personnes traitées pour IRCT. Depuis 1998, grâce à la naissance du Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN), un système d'enregistrement exigeant se met en place, il devrait donner l'accès à de multiples informations. A l'été 2004, sept régions disposaient effectivement de ce registre. Plusieurs régions importantes devaient les rejoindre à la fin de l'année 2004. Et il est prévu que la quasi-totalité des régions disposent de ce registre d'ici la fin de l'année 2005 ou le début de l'année 2006. Les données sont régionales (par définition) et peuvent être réparties selon l'âge et le sexe. Mais la réalité de l'engagement de toutes les régions d'ici à 2006 est encore incertaine, et on ne devrait pas disposer d'informations sur l'ensemble du territoire avant la fin de l'année 2006. En attendant, les données nationales ne peuvent être que le produit d'une extrapolation dont la validité est incertaine du fait de réelles disparités régionales.

En troisième lieu, existent les données issues de la statistique annuelle des établissements (SAE). Le recueil est annuel, régionalisé et disponible par sexe et âge. Mais divers problèmes de recueil sont posés : en raison notamment de la nouveauté du questionnement et du fait que les patients changent souvent transitoirement de modalité et/ou de site d'accueil, il existe de réels doubles comptes. Les données recueillies pourraient être améliorées notamment par des croisements avec d'autres sources et des interventions ciblées auprès des centres de dialyse. Mais il est probable que le questionnaire SAE ne pourra pas être utilisé de manière efficiente pour fournir une estimation annuelle de l'incidence à partir des personnes dialysées dans un relatif court terme.

En quatrième point, il existe également les données issues du PMSI. Le recueil en continu permet d'établir des données annuelles, qui sont en outre disponibles à l'échelon régional et selon le sexe et l'âge. Mais plusieurs problèmes existent. On constate un défaut de couverture : les séances de dialyse font l'objet d'un codage spécifique, mais tous les établissements offrant des séances de dialyse ne « remplissent » pas le PMSI, et particulièrement les établissements dont l'activité est centrée sur la dialyse. La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) va sans doute modifier la situation, mais à partir des données produites en 2005 seulement. Ensuite de réelles difficultés de repérage apparaissent dans un certain nombre de cas, l'IRCT se trouve codée en diagnostic associé, et non pas en diagnostic principal, ce qui nécessite des traitements supplémentaires. Si les données du PMSI portent sur la prévalence, il demeure : d'une part, que la possibilité d'étendre la couverture du recueil PMSI existe ; d'autre part, que les améliorations en cours devraient permettre prochainement de distinguer les nouveaux patients des anciens. Ainsi il n'est pas impossible qu'à terme, mais pas avant le cru 2005 qui n'est exploité qu'à partir de mi-2006, elles soient utilisables pour estimer l'incidence.

Enfin l'établissement français des greffes (EFG) recense les personnes en attente de greffe.

Au final, pour être opérationnel, il apparaît opportun de retenir deux sources de données : les données issues des mises en ALD et les données issues de REIN, complétées par les données de l'EFG. Les données issues des ALD permettent d'établir rapidement des valeurs qui pourront être suivies en évolution et couvrent l'ensemble du territoire. Les tableaux régionaux produits par l'assurance maladie traitant simultanément du sexe et de l'âge des nouveaux patients à partir des données de mise en ALD pourront être comparées à celles du REIN, dans les régions où existent un registre. A partir de la mi-2006 les données issues de toutes les régions de REIN devraient permettre de fournir des données précises et détaillées sur l'IRCT – et notamment le nombre de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale (cf. objectif 55). Pour compléter cette estimation, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une greffe préemptive pourra également être intégré.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Code CIM10 N18.0)</i>	Assurance maladie [CNAMTS, CANAM, MSA]	Sexe, âge	Annuelle	Oui	
<i>Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et Nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive</i>	REIN Registre cristal de l'EFG	Sexe, âge	Annuelle	Oui, à terme (échéance 2005/2006)	

Soit 2 fiches

NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN ALD POUR INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE TERMINALE

Indicateur	Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Code CIM N18.0)
Objectif	80. Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes nouvellement admises chaque année en ALD 19, avec le code CIM10 N18.0 qui correspond à l'insuffisance rénale chronique terminale	
Dénominateur (D)	Population bénéficiaire des régimes CNAMTS, CANAM et MSA	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âges (moins de 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	2003	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bénéficiaires des régimes CNAMTS, CANAM et MSA – admissions en ALD : exhaustivité sur les bénéficiaires concernés, qui représentent 95 % de la population
Mode de collecte (ddb)	Administratif, permanent
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie [CNAMTS, CANAM et MSA]
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM dans chaque région)
Fiabilité	
Mode de calcul	Agrégation des données des 3 régimes

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Ces données ne sont pas exhaustives, notamment car certains patients peuvent être pris en charge en ALD pour une autre affection. Les données d'ALD reflètent aussi le fonctionnement du système de prise en charge des patients.
Modalités d'interprétation	Indicateur approchant l'incidence

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

A confronter aux données obtenues par le REIN pour les zones géographiques correspondantes.

INCIDENCE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE TERMINALE

Indicateur	Incidence estimée à partir du nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse + nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive
Objectif	80. Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse + Nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive	
Dénominateur (D)	Population française	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âges (moins de 25 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus)	
Décompositions (N)	Identifier au sein des entrants en dialyse les patients diabétiques (cf. objectif 55).	
Niveaux géographiques d'agrégation	National : oui ; Régional : oui, mais pas sur toutes les régions avant 2005-2006 pour la dialyse.	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Ecosanté (OCDE) = nombre de patients dialysés (pour 100 000 personnes)	
Dernier résultat connu	2003 pour les greffes pré-emptives 2005/2006 pour les personnes sous dialyse	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) pour les nouveaux patients EFG pour les patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive	
Mode de collecte (ddb)	Registre et listes d'EFG : exhaustivité sur les patients concernés	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	REIN et EFG	
Service responsable de la synthèse des données	REIN et EFG	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Fonction de l'exhaustivité du recueil
Modalités d'interprétation	Impact des mesures de prévention du passage en IRCT

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Les données ne pourront pas être obtenues avant un certain délai. La communication des données de l'assurance maladie au réseau REIN peut contribuer au contrôle de l'exhaustivité du recueil.

81. RÉDUIRE LE RETENTISSEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES, EN PARTICULIER CELLES SOUS DIALYSE

OBJECTIF PRÉALABLE : MESURER LA QUALITÉ DE LA VIE DES PERSONNES MALADES ET IDENTIFIER LES PROBLÈMES SOCIAUX ASSOCIÉS

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Indicateurs de qualité de vie des insuffisants rénaux.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les contraintes quotidiennes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Il importe donc de trouver les moyens d'améliorer la qualité de vie des personnes en insuffisance rénale chronique terminale dialysées. Pour ce faire, il convient de traiter des problèmes d'organisation et d'ordre technique, ainsi que les questions d'information et d'éducation de façon à maintenir « l'espace de liberté dans lequel le patient doit se considérer comme une personne autonome lui permettant de conserver son ancrage familial, social et professionnel » (selon les termes du programme d'actions Insuffisance rénale chronique 2002-2003-2004).

En outre, les personnes transplantées, même si les bénéfices apportés par la greffe sont considérables, demeurent des malades chroniques. Elles sont soumises à un traitement lourd ayant des effets secondaires importants, il faut faire face à l'acceptation d'un organe étranger, à un changement de vie et à la modification de l'image de soi. La transplantation n'est pas synonyme de guérison et les malades demeurent très vulnérables. Enfin un retour en dialyse est toujours possible et alors très mal vécu.

Au préalable, il faut se munir d'outils permettant la mesure de la qualité de vie des personnes malades et identifier les problèmes sociaux associés. A cet égard, il conviendra de se référer au cadre commun d'enquête qui doit être défini pour l'ensemble des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie.

Comme cela a été indiqué dans la présentation générale sur les indicateurs de qualité de vie et de santé fonctionnelle, de nombreux instruments existent pour mesurer la qualité de vie liée à la santé ou à l'état de santé. Parmi les instruments généraux, les plus connus sont notamment : le Short-form36, le Sickness Impact Profile, le Nottingham Health Profile, le EORTC Quality of life, le Questionnaire C30...

Des questionnaires spécifiques de qualité de vie existent en langue anglaise : pour les patients dialysés (the Kidney Disease Quality of Life instrument, the Kidney Disease Questionnaire and the Choice Health Experience Questionnaire) ; pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale (the HRQOL Questionnaire) ; et pour les patients ayant bénéficié d'une greffe rénale (the Kidney Transplant Questionnaire et the ESRD Symptom Checklist-Transplantation Module). Une revue de ces instruments a été publiée¹⁵⁵ : à cette date il n'existait pas de questionnaire formellement validé en français publié.

Par conséquent, en attente de la mise à disposition éventuelle d'un outil spécifique (complémentaire des outils généralistes), un faisceau d'éléments peut permettre d'approcher la qualité de vie des patients dialysés, touchant notamment au temps d'accès au centre de dialyse, au choix possible du mode de traitement, aux effets secondaires des traitements, etc. Aujourd'hui il semble que ce soit l'idée d'un outil proche du KDQoL traduit en français, qui recueille le plus de suffrages pour créer un indicateur de la qualité de vie des personnes atteintes d'IRCT sous dialyse.

¹⁵⁵ Néphrologie. 2003; 24(6):293-301 Une revue des instruments de mesure de la qualité de vie utilisés pour l'insuffisance rénale chronique terminale -Gentile S, Delarozziere JCh, Fernandez C, Tardieu S, Devictor B, Dussol B, Daures JP, Berland Y, Sambuc R.

Enfin pour les personnes dialysées qui sont en attente de greffe, la durée d'attente avant greffe peut fournir un indicateur indirect, dont il serait dommage de se priver, même si l'on peut considérer que cette durée est aussi un déterminant de la qualité de vie. La durée d'attente médiane avant greffe (exprimée en mois) est notamment fournie par l'Etablissement Français des Greffes, qui l'a récemment estimée en s'appuyant sur le nombre de greffes réalisées entre 1993 et 2001. Cet indicateur doit toutefois être utilisé avec précaution, car il est probable que les critères d'inscription sur les listes d'attente ne sont pas homogènes d'une région à l'autre.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Score de qualité de vie des personnes atteintes d'IRCT sous dialyse</i>	REIN – InVS	En cours de définition	En cours de définition	Oui, mais 8 régions seraient disponibles seulement	Enquête en cours de montage, prévue en 2005
Indicateurs approchés					
<i>Durée médiane d'attente avant greffe</i>	EFG		Annuelle	Oui, à partir d'estimations	Estimations régionales
<i>Temps d'accès moyen au centre de dialyse</i>					À créer

Soit 1 fiche

DURÉE MÉDIANE D'ATTENTE AVANT GREFFE

Indicateur	Durée médiane d'attente avant greffe
Objectif	81. Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Durée médiane d'attente avant greffe (en mois)	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National : oui ; Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Estimation produite sur les années 1993-2001	Valeur : 14,7 mois
Mode de calcul		

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Fichiers des greffés de l'Établissement Français des Greffes	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Établissement Français des Greffes	
Service responsable de la synthèse des données	EFG (réalise l'estimation à partir des données de plusieurs années antérieures)	
Fiabilité		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Il semble que les critères d'inscription sur les listes d'attente ne soient pas homogènes d'une région à l'autre, l'interprétation de cet indicateur devra prendre en compte les caractéristiques des patients inscrits.
Modalités d'interprétation	Reflète la durée de l'altération de la qualité de vie qui pourrait être évitée par l'amélioration de l'accès à la greffe

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur indirect

82. OSTÉOPOROSE : RÉDUIRE DE 10 % L'INCIDENCE DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR D'ICI À 2008 (ACTUELLEMENT 67,9 POUR 10 000 CHEZ LES FEMMES ET 26,1 POUR 10 000 CHEZ LES HOMMES DE 65 ANS ET PLUS.)

Indicateur souhaitable cité dans le rapport annexé

Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur par sexe et âge

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

En France, 25% des femmes de 65 ans et 50% des femmes de 80 ans seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation en population masculine. L'ostéoporose étant une maladie silencieuse, son épidémiologie descriptive repose sur celle des fractures d'origine ostéoporotique. Celles-ci constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout dans les populations âgées. On estime ainsi à plus de 50 000 le nombre annuel de fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Près de 90% des femmes et 70% des hommes qui présentent une FESF sont âgés de plus de 70 ans lors de la fracture. Plus de 10% des sujets victimes d'une FESF décèdent de leurs complications et 50% conservent un handicap chronique. L'impact sur la mortalité de la FESF est donc important chez les personnes âgées alors qu'il est minime avant 65 ans. Il est lié d'une part à l'acte chirurgical mais aussi aux conséquences du déracinement et de l'institutionnalisation. Une part importante de ces fractures est évitable¹⁵⁶.

Principales sources de données identifiées

L'objectif porte sur l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur qui représente la complication principale de l'ostéoporose.

Cette pathologie nécessitant toujours une hospitalisation, son incidence pourrait être mesurée à partir des données du PMSI avec les réserves liées à la qualité du recueil et au chaînage (permettant d'identifier des patients et non des séjours) signalées ci-dessous (voir fiche). Les taux d'incidence seront déclinés en taux bruts et taux standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus (données nationales et régionales). La construction de cet indicateur fait l'hypothèse d'une stabilité des pratiques de codage du PMSI (dont il faudra s'assurer, notamment avec la mise en place de la tarification à l'activité).

Le groupe préconise donc de retenir comme indicateur principal le taux de séjours pour FESF construit à partir des données du PMSI, donnée plus fiable actuellement pour des comparaisons d'évolution à cinq ans et comme indicateur complémentaire le taux d'incidence des FESF issu de cette même source.

¹⁵⁶ Données issues du rapport du GTNDO :

Contribution de Michel Rossignol: "maladies ostéomusculaires" (janvier 2003)

Document de synthèse sur la place des médicaments de l'ostéoporose dans la prévention de l'ostéoporose

Quantification du nombre de femmes à risque d'ostéoporose susceptibles de bénéficier d'une ostéodensitométrie (Anne Marie Schott, Nassira Amamra, Document pour la DGS, Lyon 2001/2001)

ANAES : Les indications des mesures quantitatives du tissu osseux : actualisation (Mars 2000)

ANAES : L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes méthodes diagnostiques et indications (Avril 2001)

Enquête permanente sur les accidents de la vie courante¹⁵⁷ : Extension française du recueil européen contribuant au système européen sur les accidents, *Injury Surveillance System*, ISS, (ancien système Ehlass *European Home and Leisure Accident Surveillance*).

L'institution responsable du recueil et de la production des données est l'InVS. Il s'agit de l'enregistrement exhaustif des recours aux urgences pour accidents de la vie courante dans certains hôpitaux volontaires (10 actuellement en France métropolitaine et un à la Réunion). Les données recueillies sont le sexe, l'âge, la résidence, la prise en charge (date, heure, traitement, hospitalisation), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, type de lésion, partie lésée) ...

La qualité du recueil est assurée par des analyses de qualité effectuées régulièrement dans les hôpitaux, la formation des codeurs, et un suivi attentif des conditions de collecte par l'InVS. Une estimation de l'exhaustivité dans chaque hôpital est effectuée chaque année. Le couplage des données de l'enquête à celles du PMSI permet d'estimer le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur pour les résidents d'un département (le recueil comporte le code postal du lieu de résidence).

Cette source permet des comparaisons européennes (sous réserve de la disponibilité des données des autres pays).

Les différences entre régions seront approchées par les différents sites hospitaliers enquêtés.

On peut envisager une extrapolation des données à la population française dans des délais rapprochés.

Le groupe préconise qu'une variable permettant de savoir si la personne vit en institution soit ajoutée au recueil.

Un deuxième indicateur complémentaire de taux d'incidence des FESF sera donc construit à partir de cette source : il permettra de conforter les données issues du PMSI et donnera en plus l'information du lieu de vie des patients.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source et nom de l'enquête	Désagrégation	Périodicité	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)</i>	PMSI	Sexe, Age (65-74 ; 75-84 ; 85 et plus)	Annuelle	Oui /oui	
Indicateurs complémentaires					
<i>Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)</i>	PMSI	Sexe, Age (65-74 ; 75-84 ; 85 et plus)	Annuelle	Oui /oui	Qualité du chaînage à expertiser
<i>Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en institution</i>	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante/ InVS	Sexe, Age, lieu de vie (institution ou domicile)	Annuelle	Partielle	

Soit 3 fiches

¹⁵⁷ BEH n°19-2004 Numéro thématique « Les accidents de la vie courante », InVS, mai 2004.

SÉJOURS HOSPITALIERS POUR FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR DES PERSONNES AGÉES

Indicateur	Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)
Objectif	82. Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de séjours enregistrés dans l'année pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur pour les personnes de 65 ans et plus.	
Dénominateur (D)	Estimation de la population française des personnes de 65 ans et plus (Insee) au 1 ^{er} janvier de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Sexe, Age (65-74 ; 75-84 ; 85 et plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : HFA-DB : non ; OCDE : Ecosanté : non UE : Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Dossiers médicaux	
Mode de collecte (ddb)	PMSI MCO : recueil exhaustif et continu	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de soin et ARH	
Service responsable de la synthèse des données	InVS et Drees	
Méthodologie		
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non –réponses partielles ou totales d'établissements de santé. En 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96%.
Modalités d'interprétation	Il s'agit bien de séjours et non de patients : un même patient peut-être victime de FESF deux fois dans l'année (FESF droit et gauche) ; une même fracture peut faire l'objet de plusieurs enregistrements en cas de transfert.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR CHEZ LES PERSONNES AGÉES (1)

Indicateur	Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)
Objectif	82. Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de personnes hospitalisées dans l'année pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur pour les personnes de 65 ans et plus.	
Dénominateur (D)	Estimation de la population française des personnes de 65 ans et plus (Insee) au 1 ^{er} janvier de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Sexe, Age (65-74 ; 75-84 ; 85 et plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non <u>UE</u> : Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 102,1/10 000 chez les femmes de plus de 65 ans et 40,2/10 000 chez les hommes de plus de 65 ans.

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Dossiers médicaux
Mode de collecte (ddb)	PMSI MCO : recueil exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de soin et ARH
Service responsable de la synthèse des données	InVS et Drees
Méthodologie	Disponible
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non –réponses partielles ou totales d'établissements de santé. En 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96%. Existence de doubles comptes liés à une qualité encore insuffisante du chaînage
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Expertise sur la qualité du chaînage

COMMENTAIRE

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR CHEZ LES PERSONNES AGÉES (2)

Indicateur	Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en institution
Objectif	82. Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes accueillies aux urgences puis hospitalisées dans l'année pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur pour les personnes de 65 ans et plus.	
Dénominateur (D)	Estimation de la population française des personnes de 65 ans et plus (Insee) au 1 ^{er} janvier de l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (65-69 ; 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85 et plus) et le lieu de vie (domicile ou institutions)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Enquêtes Injury Surveillance System (ISS)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	numérateur : InVS ; dénominateur : Insee
Mode de collecte (ddb)	Enquête continue exhaustive dans les hôpitaux participant au réseau EPAC
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS
Service responsable de la synthèse des données	InVS
Méthodologie	Fiabilité mesurée et assurée par des analyses de qualité effectuée régulièrement dans les hôpitaux du réseau EPAC
Mode de calcul	Taux bruts standardisés de la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enregistrement des fractures seulement si passage par les urgences des hôpitaux EPAC
Modalités d'interprétation	Des hypothèses sont faites sur l'homogénéité de l'attraction des hôpitaux pour l'activité des urgences et pour l'hospitalisation

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Densification du réseau EPAC par inclusion d'autres hôpitaux InVS

COMMENTAIRE

83. POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : RÉDUIRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LES INCAPACITÉS INDUITES PAR LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ASSOCIÉES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une des maladies articulaires inflammatoires de l'adulte les plus fréquentes. Sa prévalence en France a été estimée à 0,3 % dans l'enquête EPIRHUM¹⁵⁸.

Elle est marquée par l'atteinte préférentielle des articulations périphériques (mains, coudes, pieds et genoux...) et caractérisée par son évolution chronique, progressive, érosive voire destructrice des articulations (déformation, ankylose...)

Le handicap engendré par cette maladie a plusieurs origines : l'inflammation articulaire, en premier lieu, qui est responsable de douleurs et de raideur articulaire, et les destructions articulaires qui sont à l'origine de déformations des articulations qui deviennent de moins en moins fonctionnelles.

L'objectif est centré sur le retentissement de la maladie en terme de santé fonctionnelle, comme pour l'ensemble des objectifs rhumatologiques. Les indicateurs souhaitables présentés dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique évoquent toutefois le concept plus global de la qualité de vie et devraient donc intégrer un indicateur sur la douleur.

Différents points ont été discutés :

Le cadre d'enquête

Pour contribuer à l'amélioration des connaissances sur la PR, un suivi de cohorte a été initié sous l'égide de la Société Française de Rhumatologie, de l'INSERM, de l'ARP et du Laboratoire MSD. La cohorte E.S.P.O.I.R.¹⁵⁹ (Etude et Suivi des Polyarthrites Indifférenciées Récentes) est une cohorte nationale multicentrique de malades ayant une polyarthrite rhumatoïde récente (700-800 patients sont prévus). En dépit de son intérêt évident pour étudier les déterminants pronostiques de cette maladie, cette cohorte ne semble pas devoir être utilisée pour décrire l'amélioration de la santé fonctionnelle *de l'ensemble* des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, d'autant plus que la phase d'inclusion est limitée dans le temps.

La prévalence de la PR, relativement faible, ne permet pas de réaliser une étude et un suivi des scores de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité au sein des enquêtes déclaratives habituelles en population générale. L'étude des atteintes fonctionnelles des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde relève plutôt du cadre commun d'enquête auprès des personnes atteintes de diverses maladies chroniques évoquées précédemment.

Les indicateurs et outils

¹⁵⁸ Guillemin F., Saraux A., Guggenbuhl P., Fardellone P., Fautrel B., Masson C., Coste J., Chary-Valckenaere I., Cantagrel A., Juvin R., Roux C.-H., Le Bihan E., Euler-Ziegler L. "Prevalence of rheumatoid arthritis in France-2001", *Annals of the Rheumatic Diseases* 62 (S1), 75. 2003.

¹⁵⁹ Combe B. "The French early arthritis registry". *Clin Exp Rheumatol*. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S123-8.

L'appel d'offre lancé par la DGS à l'été 2004 avait pour objet la sélection d'indicateurs de santé fonctionnelle et de perte d'autonomie utilisables pour les divers objectifs de santé fonctionnelle relatifs à des maladies chroniques. Le projet sélectionné devait prendre en compte les aspects d'harmonisation internationale et en particulier les recommandations européennes relatives à l'étude de la santé fonctionnelle dans les enquêtes déclaratives et intégrer aussi celles qui concernent les troubles musculo-squelettiques (« Indicators for monitoring musculoskeletal problems and conditions », DG SANCO, October 2003)¹⁶⁰.

Cet appel d'offre est toutefois resté infructueux. Un nouvel appel d'offres pourra être lancé après la conclusion des travaux d'élaboration du plan stratégique sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques.

Concernant la qualité de vie, le groupe projet s'est prononcé pour l'utilisation couplée d'un instrument générique (tel que le SF 36) et d'un instrument spécifique du champ disciplinaire concerné, qui devront être sélectionnés. En l'occurrence, la plupart des études utilisent le Stanford Health Assessment Questionnaire -HAQ- qui mesure les limitations fonctionnelles, la douleur, la fatigue, l'état général, le dérouillage matinal et le nombre de symptômes cliniques¹⁶¹. Des instruments plus spécifiques de mesure de la qualité de vie des patients atteints de PR peuvent aussi être utilisés et particulièrement les questionnaires EMIR et EMIR Court^{162,163}, adaptés, validés et largement utilisés au niveau national et international^{164, 165}.

Indicateurs complémentaires

Les données de mise en ALD (ALD 22 : PR évolutive grave) constituent un indicateur complémentaire retenu à titre d'indicateur de cadrage approchant l'incidence. Il est disponible chaque année à divers échelons géographiques mais doit toutefois être expertisé.

Les données de mises en invalidité ont également été évoquées à titre d'indicateur approché, dans l'attente de données sur la santé fonctionnelle des personnes atteintes. C'est un indicateur qui n'existe que pour *les travailleurs actifs salariés*. Il approche le retentissement de cette maladie sur l'activité professionnelle mais peut varier très fortement selon l'emploi occupé. Il a donc été recommandé d'expertiser la pertinence de cet indicateur

Le principe d'un indicateur basé sur l'accès aux traitements, en particulier les plus récents (anti-TNF), a été discuté mais non retenu à ce stade, dans la mesure où ces traitements ne sont pas prescrits aux patients dont la maladie est ancienne et qui sont équilibrés par les traitements classiques. Les évolutions risqueraient d'être difficiles à interpréter en terme d'amélioration de la qualité de vie et de la santé fonctionnelle.

¹⁶⁰ Le minimum proposé étant les limitations d'activité depuis six mois.

¹⁶¹ Krishnan E, Sokka T, Hakkinen A, Hubert H, Hannonen P. Normative values for the Health Assessment Questionnaire disability index: benchmarking disability in the general population. *Arthritis Rheum.* 2004 Mar ; 50(3) : 953-60.

Breedveld FC, Han C, Bala M, Baker D, Kavanaugh AF, Maini RN, Lipsky PE. Association Between Baseline Radiographic Damage and Improvement in Physical Function After Treatment of Patients with Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2004 Jul 29

Baumgartner SW, Fleischmann RM, Moreland LW, Schiff MH, Markenson J, Whitmore JB. Etanercept (Enbrel) in patients with rheumatoid arthritis with recent onset versus established disease: improvement in disability. *J Rheumatol.* 2004 Aug;31(8):1532-7.

¹⁶² Pouchot J., Guillemin F., Coste J., Bregeon C., Sany J., The french group quality of life in rheumatology. «Validity, reliability and sensitivity to change of a french version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with methotrexate». *J Rheumatol* 1996;23:52-60.

¹⁶³ Guillemin F., Coste J., Pouchot J., Ghézail M., Bregeon C., Sany J., The french group quality of life in rheumatology. «The AIMS2-SF. A short form of the arthritis impact measurement scales 2» *Arthritis Rheum* 1997;40(7):1267-74.

¹⁶⁴ Guillemin F., Durieux S., Daurès J., Lafuma A., Saraux A., Sibilia J., Bourgeois P., Sany J.. «Costs of rheumatoid arthritis in France : a multicenter study of 1109 patients managed by hospital-based rheumatologists». *Annals of the Rheumatic Diseases* 62(S1), 353. 2003.

¹⁶⁵ Pouchot J., Guillemin F., Coste J., Bregeon C., Sany J., Groupe Qualité de Vie en Rhumatologie. « Validation de l'Echelle de Mesure de l'Impact de la polyarthrite Rhumatoïde (EMIR) et comparaison avec l'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham ». *Rev Rhum* 1996;63:467-82.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde</i>					<i>A créer</i>
<i>Restrictions d'activité des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde</i>					A créer
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteints de polyarthrite rhumatoïde et mis en invalidité</i>	Assurance maladie (CNAMTS)				A expertiser
<i>Nombre (et taux) d'admissions annuelles en ALD pour polyarthrite rhumatoïde grave</i>	Assurance maladie (CNAMTS, CANAM, MSA)	Classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser

Soit 1 fiche.

ADMISSIONS ANNUELLES EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE POUR POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ÉVOLUTIVE GRAVE (ALD 22)

Indicateur	Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 22 pour polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
Objectif	83. Réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients nouvellement admis en ALD dans l'année pour polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	
Dénominateur (D)	Population couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)	Selon les maladies, les classes d'âge : moins de 25 ans, 25-64 ans (25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (65-84 ans, 85 ou plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non - Projet européen ECHI-2 : non,	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (CNAMTS)	Valeur : 11 267 (moins de 25 ans : 586, 25-64 ans : 6 508, 65 ans ou plus : 4173)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Admissions en ALD
Mode de collecte (ddb)	Administratif : exhaustif et permanent
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (régimes CNAMTS, CANAM, MSA)
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Méthodologie	Exhaustivité des admissions pour les populations couvertes par ces trois régimes, soit environ 95 % de la population
Mode de calcul	Agrégation des données des trois grands régimes d'assurance maladie

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Estimation supposant qu'il y ait demande d'ALD, ce qui est d'autant plus probable que la maladie atteint des personnes relativement jeunes, et acceptation de la demande par l'assurance maladie. En fonction de l'évolution de la maladie, un même patient peut faire plusieurs demandes d'ALD au cours de sa vie. La différenciation avec d'autres maladies polyarthritiques doit être expertisée Par ailleurs biais de couverture évoqué ci-dessus.
Modalités d'interprétation	Estimateur approchant l'incidence des formes graves

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Expertise des données et amélioration de la qualité du recueil

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage

84. SPONDYLARTHROPATHIES : RÉDUIRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LES INCAPACITÉS INDUITES PAR LES SPONDYLARTHROPATHIES

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ASSOCIÉES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant de spondylarthropathies

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les spondylarthropathies représentent un groupe de pathologies inflammatoires chroniques dont la prévalence a été estimée à 0,3 % par l'enquête EPIRHUM¹⁶⁶. Les plus fréquentes sont la spondylarthrite ankylosante (SPA ; 0,1 à 0,2 %) et le rhumatisme psoriasique (RP : 0,19 %). Par rapport à la polyarthrite rhumatoïde, les atteintes sont plus souvent centrales (rachis, articulation sacro-iliaque, calcanéum) et localisées plus spécifiquement au niveau des enthèses (zones d'insertion ligamentaires, tendineuses et des capsules articulaires). Ces pathologies sont caractérisées par leur évolution chronique et progressive (poussées inflammatoires) voire destructrice (déformation, ankylose...). Elles peuvent causer des lésions permanentes et être source d'invalidité.

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité associées aux spondylarthropathies sont directement liées à la sévérité des atteintes, ainsi qu'à la fréquence des poussées et à la réponse aux traitements.

La « faible » prévalence des spondylarthropathies ne permet pas de réaliser le suivi des scores de limitation fonctionnelle et de restriction d'activité au sein des études de prévalences ou des enquêtes déclaratives en population générale. Un recueil spécifique est nécessaire, comme pour la polyarthrite rhumatoïde, qui suppose la définition préalable d'un cadre de mesure de la qualité de vie et de la santé fonctionnelle commun aux différentes maladies chroniques concernées.

Les indicateurs et outils

L'appel d'offre lancé par la DGS a pour objet la sélection d'indicateurs de santé fonctionnelle et de perte d'autonomie utilisables pour les divers objectifs de santé fonctionnelle relatifs à des maladies chroniques. Le projet sélectionné devra prendre en compte les aspects d'harmonisation internationale et en particulier les recommandations européennes relatives à l'étude de la santé fonctionnelle dans les enquêtes déclaratives et intégrer aussi celles qui concernent les troubles musculo-squelettiques (« Indicators for monitoring musculoskeletal problems and conditions, DG SANCO, October 2003).

Concernant la qualité de vie, le groupe projet s'est prononcé pour l'utilisation couplée d'un instrument générique (tel que le SF 36) et d'un instrument spécifique du champ disciplinaire concerné. En l'occurrence, la plupart des études utilisent le « Stanford Health Assessment Questionnaire » adapté aux spondylarthropathies (HAQ-S) qui mesure les limitations fonctionnelles, la douleur, la fatigue, l'état général, le dérouillage matinal et le nombre de symptômes cliniques¹⁶⁷. Des instruments plus spécifiques peuvent aussi être utilisés tels que l'échelle d'activité « Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index » (BASDAI), l'échelle fonctionnelle « Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index » (BASFI)

¹⁶⁶ Satraux A., Guillemin F., Guggenbuhl P., Fardellone P., Fautrel B., Masson C., Coste J., Chary-Valckenaere I., Cantagrel A., Juvin R., Roux C.-H., Le Bihan E., Euller-Ziegler L. "Prevalence of spondylarthropathies (SPA) in France-2001", *Annals of the Rheumatic Diseases* 62 (S1), 90. 2003.
Ann Rhum Dis 2005 in Press

¹⁶⁷ Ward MM. Predictors of the progression of functional disability in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2002 Jul;29(7):1420-5.

Des instruments non-spécifiques telle que l'échelle visuelle analogique (EVA) pour mesurer la douleur et le SF36 pour la mesure de la qualité de vie sont également utilisés. Des instruments plus spécifiques de mesure de la qualité de vie des patients atteints de spondylarthropathies peuvent être utilisés, par exemple le questionnaire EMISA¹⁶⁸, adaptation française validée de l'AS-AIMS2, ou encore la version française de « Ankylosing Spondylitis Quality of Life » (ASQoL)¹⁶⁹ qui devrait être validée cette année.

Les données de l'assurance maladie

Les données de mises en ALD (ALD 27 : spondylarthrite ankylosante grave) constituent un indicateur complémentaire à expertiser, retenu à titre d'indicateur de *cadre* approchant l'incidence et disponible chaque année à divers échelons géographiques.

Les données de mise en invalidité ont également été évoquées à titre d'indicateur *approché*, dans l'attente de données sur la santé fonctionnelle des personnes atteintes. C'est un indicateur qui n'existe que pour *les travailleurs actifs salariés*. Il approche le retentissement de cette maladie sur l'activité professionnelle mais peut varier très fortement selon l'emploi occupé. Il a donc été recommandé d'expertiser la pertinence de cet indicateur

Le principe d'un indicateur basé sur les traitements, en particulier les plus récents (anti-TNF), a été discuté mais n'a pas été retenu à ce stade dans la mesure où ces traitements ne sont pas prescrits aux patients dont la maladie est ancienne et équilibrée par les traitements classiques. Les évolutions risqueraient d'être difficiles à interpréter en terme d'amélioration de la qualité de vie et de la santé fonctionnelle.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de spondylarthropathies</i>					A créer
<i>Restrictions d'activité des personnes atteintes de spondylarthropathies</i>					A créer
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteints de spondylarthropathies et mis en invalidité</i>	Assurance maladie (CNAMTS)				A expertiser
<i>Nombre d'admissions annuelles en ALD pour spondylarthrite ankylosante grave</i>	Assurance maladie (CNAMTS, CANAM, MSA)	Classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser

Soit 1 fiche.

¹⁶⁸ Guillemin F., Challier B., Urlacher F., Vançon G., Pourel J. Quality of life in ankylosing spondylitis: validation of the ankylosing spondylitis arthritis impact measurement scales 2, a modified arthritis impact measurement scales questionnaires. *Arthrit Care res* 1999;12(3):157-62.

¹⁶⁹ Haywood KL, Garratt AM, Jordan K, Dziedzic K, Dawes PT. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Jun;43(6):750-7.

ADMISSIONS ANNUELLES EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE POUR SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE (ALD 27)

Indicateur	Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 27 pour spondylarthrite ankylosante grave
Objectif	84. Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de patients nouvellement admis en ALD dans l'année pour spondylarthrite ankylosante grave	
Dénominateur (D)	Population couverte par l'assurance maladie	
Sous-groupes (strates)	Selon les maladies, les classes d'âge : moins de 25 ans, 25-64 ans (25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non - Projet européen ECHI-2 : non,	
Dernier résultat connu	Année : 2002 (CNAMTS)	Valeur : 4195 (moins de 25 ans : 402, 25-64 ans : 3477, 65 ans ou plus : 316)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Admissions en ALD
Mode de collecte (ddb)	Administratif : exhaustif et permanent
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie (régimes CNAMTS, CANAM, MSA)
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour les régions)
Méthodologie	Exhaustivité des admissions pour les populations couvertes par ces trois régimes, soit environ 95 % de la population
Mode de calcul	Agrégation des données des trois grands régimes d'assurance maladie

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Estimation supposant qu'il y ait demande d'ALD, ce qui est d'autant plus probable que la maladie atteint des personnes relativement jeunes, et acceptation de la demande par l'assurance maladie. Possibilité de plusieurs admissions successives pour un même patient. Par ailleurs biais de couverture évoqué ci-dessus.
Modalités d'interprétation	Estimateur approchant l'incidence des formes graves

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Expertise des données et amélioration de la qualité du recueil

COMMENTAIRE

Indicateur de cadrage A expertiser

85. ARTHROSE : RÉDUIRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LES INCAPACITÉS INDUITES

OBJECTIF PRÉALABLE : DISPOSITIF DE MESURE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ASSOCIÉES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant d'arthrose

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique traite de façon les arthroses et les lombalgies qui font l'objet d'un objectif spécifique (objectif 86). Par ailleurs, la question de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'arthrose est envisagée dans l'objectif 87. En conséquence, on considérera que cet objectif concerne les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité dues à des arthroses périphériques.

L'arthrose doit être définie à partir de l'existence de conséquences douloureuses et fonctionnelles. Toutefois le champ couvert par cet objectif doit encore être précisé : doit-il englober l'ensemble des arthroses périphériques, ou bien se limiter aux arthroses de hanche, de genou et de la main ? Dans la mesure où l'arthrose du genou et de la hanche constituent les principales causes d'invalidité arthrosique des membres inférieurs, il est recommandé d'individualiser les indicateurs de santé fonctionnelle au moins pour ces deux pathologies. Toutefois, il n'a pas été jugé utile dans ce cadre de distinguer le caractère primaire ou secondaire de l'arthrose.

Les indicateurs de santé fonctionnelle (limitations fonctionnelles, restrictions d'activité) doivent être définis ultérieurement (voir objectif 35). Il est en outre demandé d'introduire l'indicateur de dépendance pour le suivi de cet objectif, plutôt que pour l'objectif 87, dans la mesure où ce sont les restrictions d'activité qui définissent la dépendance.

Dans l'attente des résultats de ces travaux¹⁷⁰, il est proposé d'utiliser comme indicateur approché de la santé fonctionnelle des personnes souffrant d'arthrose, la question portant sur les « limitations d'activité depuis six mois » du module minimum introduit dans les enquêtes européennes (SILC - Statistics on Income and Living Conditions) et dans les enquêtes santé et protection sociale de l'IRDES (ESPS) et santé de l'INSEE.

L'arthrose est fréquente en population générale ; ainsi, la prévalence des arthroses périphériques est estimée à 9 % dans l'enquête ESPS 2002. Cette pathologie devrait donc pouvoir être appréhendée dans les enquêtes en population générale d'effectif suffisant, et notamment dans les enquêtes sur le handicap en population générale, sous réserve, pour les prochaines éditions, d'un codage des pathologies en CIM 10. Une réflexion préalable est toutefois nécessaire pour définir les questions indispensables pour établir les catégories de diagnostic pertinentes. Il est également nécessaire d'expertiser la qualité du codage et la possibilité d'individualiser les localisations (gonarthrose, coxarthrose, arthrose de la main...) dans les enquêtes santé de population générale (enquête nationale santé de l'INSEE, enquête SPS) ainsi que dans l'enquête handicaps, incapacités, dépendance (HID). Si les possibilités de codage s'avéraient insatisfaisantes en population générale, il faudrait envisager un recueil spécifique. Signalons également les travaux menés actuellement par la section épidémiologie de la société française de rhumatologie qui développe des questionnaires pouvant être administrés lors d'enquêtes par téléphone pour estimer les

¹⁷⁰ Signalons également le WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index¹⁷⁰), qui comprend notamment un sous-score de limitation fonctionnelle. (Ethgen O, Bruyere O, Richy F, Dardennes C, Reginster JY. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. J Bone Joint Surg Am. 2004 May;86-A(5):963-74.)

prévalences de pathologies rhumatologiques en population générale¹⁷¹. Enfin, la prévalence de cette pathologie augmentant fortement aux âges élevés, il est recommandé de prendre en compte la population vivant en institution.

Le PMSI MCO constitue une source d'information sur la chirurgie de remplacement articulaire pour arthroses de hanche et de genou avec douleurs ou impotence réfractaire. Cet indicateur est ajouté à titre d'indicateur complémentaire de cadrage ; mais son interprétation en terme d'évolution de santé fonctionnelle risque de s'avérer délicate, une hausse pouvant être due à l'augmentation de la pathologie ou à l'élargissement des indications chirurgicales. Entre 1993 et 1999, les taux standardisés ont augmenté de 36,1 % pour les arthroplasties de genou et de 26,5 % pour les arthroplasties de hanche¹⁷².

Par ailleurs, comme indiqué dans le texte général sur les indicateurs de santé fonctionnelle et de qualité de vie, la validité et la pertinence des indicateurs sur les arrêts de travail ou les mises en invalidité doivent être expertisées, compte tenu de l'âge relativement élevé des populations touchées et surtout de leur importante variabilité selon les régimes, les professions...

Principales sources de données nationales identifiées

Enquêtes HID à domicile et en institution (INSEE)

Enquête nationale santé (INSEE)

Enquête SPS (IRDES)

PMSI MCO

¹⁷¹ Questionnaires déjà finalisés pour les rhumatismes inflammatoires (Guillemin F., Saraux A., Fardellone P., Guggenbuhl P., Fautrel B., Behier J.-M., Coste J., "The committee of epidemiology of the french society of rheumatology. Performance of a telephone questionnaire administered by lay people for case detection of rheumatoid arthritis and spondylarthropathy", *Annals of the Rheumatic Diseases* 60 (S1), 74. 2001.)

¹⁷² Oberlin Philippe & Mouquet Marie-Claude, « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène, DREES, *Etudes et résultats*, n° 194, Octobre 2002.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de patients souffrant d'arthrose périphérique et présentant des limitations de mobilité</i>	Enquête en population générale et en institution	Classes d'âge, localisations	Quinquennale		A créer (expertise des enquêtes en population générale et des indicateurs)
<i>Proportion de patients souffrant d'arthrose périphérique et présentant des restrictions d'activité</i>	idem	idem	idem		idem
<i>Proportion de patients souffrant d'arthrose et présentant une dépendance</i>	idem	idem	idem		idem
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et présentant une limitation durable d'activité</i>	INSEE ENS IRDES ESPS	Classes d'âge, localisation	Biennale	Pertinent, disponibilité à expertiser à partir des extensions régionales d'ENS	
<i>Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche ou de genou</i>	PMSI MCO	Prothèse de hanche /de genou, classes d'âge	Annuelle	Pertinent, disponible	A expertiser

Soit 2 fiches.

ARTHROSE PÉRIPHÉRIQUE ET LIMITATION DURABLE D'ACTIVITÉ

Indicateur	Proportion des personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et présentant une limitation durable d'activité
Objectif	<u>Arthrose</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et présenter une limitation d'activité depuis au moins six mois	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âge : moins de 65 ans, 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N)	Gonarthrose, coxarthrose, arthrose de la main : faisabilité à déterminer	
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	- Décennale actuellement pour l'enquête nationale santé (ENS), quinquennale envisagée - Biennale pour l'enquête santé et protection sociale (ESPS)	
Indicateurs internationaux	(Un indicateur de limitations fonctionnelles en population générale estimé à partir d'enquêtes par entretien fait partie du pool d'indicateurs recommandés par le groupe de travail européen sur les indicateurs de limitations fonctionnelles des maladies musculo-squelettiques)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nationale santé (INSEE) ESPS (IRDES)
Mode de collecte (ddb)	Enquêtes en population générale : déclaration des enquêtés Entretiens par enquêteurs professionnels
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INSEE pour ENS IRDES pour ESPS
Service responsable de la synthèse des données	INSEE, DREES pour ENS IRDES pour ESPS
Méthodologie	
Mode de calcul	Redressement sur la population générale

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Celle des enquêtes déclaratives (Les pathologies doivent être connues, diagnostiquées et déclarées)
Modalités d'interprétation	Le résultat global (tous âges) est lié à la structure d'âge, d'où l'intérêt des résultats par sous groupe d'âge. Indicateur approchant la restriction d'activité au sein de la population présentant de l'arthrose.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Les possibilités de décomposition pour la gonarthrose, la coxarthrose et l'arthrose de la main doivent être examinées. Des travaux sont en cours pour examiner les liaisons entre les questions générales du module européen et les questions détaillées sur la santé fonctionnelle dans l'enquête nationale santé

COMMENTAIRE

Indicateur approchant l'impact fonctionnel de l'arthrose.

Indicateur	Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche et de genou
Objectif	<u>Arthrose</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites

DESCRIPTION Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche

Numérateur (N)	Nombre de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche
Dénominateur (D)	Population française
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Étiologie arthrosique
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional

TAUX DE SÉJOURS HOSPITALIERS POUR ARTHROPLASTIES DE HANCHE ET DE GENOU

Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur présent dans les bases de données NewCronos (Eurostat) et EcoSanté (OCDE) Indicateur recommandé par groupe européen sur les indicateurs relatifs aux troubles musculo- squelettiques	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : 190,4 pour 100 000 habitants (taux brut)

DESCRIPTION **Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de genou**

Numérateur (N)	Nombre de séjours hospitaliers pour arthroplasties de genou	
Dénominateur (D)	Population moyenne (INSEE)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Étiologie arthrosique	
Niveaux géographiques d'agrégation	National, régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Indicateur présent dans la base de données EcoSanté (OCDE) Indicateur recommandé par groupe européen sur les indicateurs relatifs aux troubles musculo-squelettiques	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur : 92,2 pour 100 000 habitants (taux brut)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	PMSI MCO
Mode de collecte (ddb)	Enregistrement exhaustif et continu
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Départements d'information médicale des établissements de soin, ARH, ATIH
Service responsable de la synthèse des données	DREES
Méthodologie	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liées aux non-réponses partielles ou totales des établissements de santé ; en 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %.
Mode de calcul	Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Il s'agit de taux de séjours, les interventions sur des articulations différentes étant à priori rares au cours d'une même année
Modalités d'interprétation	Les évolutions doivent être interprétées avec prudence (évolutions liées à l'élargissement des indications, à l'augmentation de la pathologie, le taux standardisé permettant de suivre les évolutions à structure d'âge identique)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'expertise requise du PMSI devra déterminer les codes précis des actes et diagnostics principaux à prendre en compte, ainsi que les différences entre les taux de séjours et la part de la population concernée (après expertise de la qualité du chaînage).

COMMENTAIRE

A expertiser

■ *Référence bibliographique*

University of OSLO, « Musculoskeletal problems and functional limitations – The great public-health challenge for the 21 th century », European Commission- DG SANCO, October 2003.

86. LOMBALGIES : RÉDUIRE DE 20% EN POPULATION GÉNÉRALE LA FRÉQUENCE DES LOMBALGIES ENTRAÎNANT UNE LIMITATION FONCTIONNELLE D'ICI 2008

OBJECTIF PRÉALABLE : ENQUÊTE SUR LA FRÉQUENCE DES LOMBALGIES ET LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES INDUITES

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre d'arrêts de travail et durée moyenne des arrêts de travail prescrits pour lombalgie

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La lombalgie est un symptôme défini par des douleurs siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale. Dans 5 % des cas, il existe une cause définie (tumorale, traumatique, inflammatoire ou infectieuse), mais dans plus de 90 % des cas, aucune étiologie n'est retrouvée et la lombalgie est dite commune. Une lombalgie est qualifiée de « chronique » quand la douleur persiste au-delà de 6 mois ou lorsque existent des récurrences douloureuses invalidantes. Les lombalgies sont fréquentes en population générale et constituent un motif fréquent de consommation de soins et d'arrêt de travail ; selon l'enquête ESPS 2002 de l'IRDES, 7 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir « d'algies rachidiennes, de lombalgies ou de sciatiques » (8 % des 30-64 ans interrogés dans l'enquête HID présentaient des lombalgies chroniques). C'est aussi la première cause de mise en invalidité chez les moins de 45 ans. La lombalgie chronique est source d'incapacités et de handicaps, mais la prévalence des limitations fonctionnelles induites par les lombalgies n'est pas connue.

Les limitations fonctionnelles chez les patients lombalgiques peuvent être objectivées à l'aide de différents instruments. Les données déclaratives sur les lombalgies et les limitations d'activités peuvent être mises en relation au sein de différentes populations d'étude et ce, à l'aide d'instruments tant généralistes que plus spécifiques des lombalgies¹⁷³. Par exemple, dans une étude¹⁷⁴, l'échelle visuelle analogique (EVA), instrument non-spécifique, permet de mesurer la douleur et dans le même temps, l'utilisation d'une échelle plus spécifique de type Disability rating index (DRI ; 12 items sur les activités quotidiennes) permet de mesurer les limitations fonctionnelles. Signalons également le Roland Disability Questionnaire (RDQ) qui a fait l'objet d'une traduction et d'une validation en français : EIFEL^{175, 176}. Par ailleurs, comme pour l'arthrose, il pourrait être pertinent d'élargir le point de vue sur la santé fonctionnelle à la problématique générale de la qualité de vie et d'articuler mesures de santé fonctionnelle et de qualité de vie, en utilisant par exemple un instrument générique de qualité de vie.

Cet objectif est envisagé de manière assez similaire au précédent (objectif 85). Des indicateurs de santé fonctionnelle doivent être définis ultérieurement par une équipe de chercheurs sélectionnée par appel d'offre. Il est en outre demandé d'expertiser l'utilité d'un indicateur de dépendance pour les personnes atteintes de lombalgie.

Dans l'attente des résultats de ces travaux, il est proposé d'utiliser comme indicateur approché de santé fonctionnelle la question sur les limitations d'activité depuis six mois du « module minimum »

¹⁷³ Vogt MT, Lauerma WC, Chirumbolo M, Kuller LH. A community-based study of postmenopausal white women with back and leg pain: health status and limitations in physical activity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Aug;57(8):M544-50.

¹⁷⁴ Nilsson-Wikmar L, Pilo C, Pahlback M, Harms-Ringdahl K. Perceived pain and self-estimated activity limitations in women with back pain post-partum. Physiother Res Int. 2003;8(1):23-35.

¹⁷⁵ Coste J., Le Parc J.-M., Bergé E., Delecoeuillerie G., Paolaggi J.-B. Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). Rev. Rhum. Mal. Osteoart. [Ed Fr.]. 1993; 60: 335-41.

¹⁷⁶ Coste J., Lefrançois G., Guillemin F., Pouchot J., French study group for Quality of Life in Rheumatology. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. Arthritis Rheum. 2004 apr 15; 51(2): 168-76.

introduit dans les enquêtes européennes EU-SILC et dans les enquêtes ESPS de l'IRDES et Santé de l'INSEE.

Les lombalgies étant fréquentes, elles devraient pouvoir être appréhendées dans les prochaines enquêtes santé en population générale ainsi que dans les enquêtes sur le handicap, sous réserve de la qualité de l'information sur les pathologies déclarées. A cet égard, il faut noter que la CIM 10 est mal adaptée aux affections musculo-squelettiques telles que les lombalgies ; une réflexion préalable est donc nécessaire pour définir les questions indispensables pour établir les catégories de diagnostic pertinentes. La dernière enquête santé (2002-2003) comprenait, outre la notion de maladies déclarées, quelques questions spécifiques sur les lombalgies (fréquence dans l'année, localisation des douleurs) issues d'un questionnaire largement utilisé, le « Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms ». Il sera certainement utile de comparer les résultats obtenus dans l'enquête nationale santé 2002/2003 avec ceux de l'enquête HID (1998/1999).

Par ailleurs, comme indiqué dans le texte général sur les indicateurs de santé fonctionnelle et de qualité de vie, la validité et la pertinence éventuelle des indicateurs sur les arrêts de travail ou les mises en invalidité devront être expertisées, compte tenu de leur importante variabilité selon les régimes, les professions, les possibilités d'aménagement des postes de travail... Les lombalgies constituent un motif particulièrement fréquent d'arrêts de travail, de maladies professionnelles et aussi de mises en invalidité précoces. Toutefois il faut noter que les arrêts de travail constituent avant tout un reflet de pratiques des médecins et qu'ils devraient diminuer du fait des recommandations professionnelles récentes.

Principales sources de données nationales identifiées

Enquêtes handicaps, incapacités et dépendance (HID) à domicile et en institution (INSEE)

Enquête nationale santé (INSEE)

Enquête ESPS (IRDES)

Données de l'assurance maladie (arrêts de travail, invalidité, maladies professionnelles)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant des limitations de mobilité</i>	Enquête en population générale et en institution	Sexe, classes d'âge, localisation	Quinquennale		A créer (expertise des enquêtes en population générale et des indicateurs)
<i>Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant des restrictions d'activité</i>	idem	idem	idem		idem
<i>Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant une dépendance</i>	idem	idem	idem		A expertiser
Indicateurs complémentaires					
<i>Proportion de personnes ayant déclaré avoir des lombalgies et une limitation durable d'activité</i>	INSEE ENS IRDES ESPS	Sexe, classes d'âge	Biennale	Disponibilité à expertiser à partir des extensions régionales d'ENS	

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
<i>Nombre de mises en invalidité pour lombalgie chronique</i>	Assurance maladie (CNAMTS)			A expertiser	▪ A expertiser

Soit 1 fiche.

LOMBALGIE ET LIMITATION DURABLE D'ACTIVITÉ

Indicateur	Proportion des personnes ayant déclaré avoir une lombalgie et présentant une limitation durable d'activité
Objectif	<u>Lombalgie</u> : réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes ayant déclaré avoir une lombalgie et présentant une limitation durable d'activité	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes interrogées	
Sous-groupes (strates)	Sexe, classes d'âge : 25- 65 ans (25-44 ans, 45-64 ans), 65 ans ou plus (dont 65-84 ans, 85 ans ou plus)	
Décompositions (N, D)		
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	Décennale actuellement pour l'enquête nationale santé (ENS), quinquennale envisagée Biennale pour l'enquête ESPS,	
Indicateurs internationaux	/ (un indicateur de limitations fonctionnelles en population générale estimé à partir d'enquêtes par entretien fait partie du pool d'indicateurs recommandés par le groupe de travail européen sur les indicateurs de limitations fonctionnelles des maladies musculo-squelettiques)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES Enquête nationale santé

Origine (données de base)	Enquête en population générale : déclaration des enquêtés	
Mode de collecte (ddb)	Entretiens par enquêteurs professionnels	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	- INSEE pour ENS - IRDES pour ESPS	
Service responsable de la synthèse des données	INSEE, DREES pour ENS IRDES pour ESPS	
Méthodologie		
Mode de calcul	Redressement sur la population générale	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Celle des enquêtes déclaratives
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Année N + 1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Des travaux sont en cours pour examiner les liaisons entre les questions générales du module européen avec les questions détaillées sur la santé fonctionnelle de l'enquête nationale santé. Par ailleurs, les données de l'enquête santé 2002-2003 sur la santé fonctionnelle des patients atteints de lombalgie pourront être comparées à celles obtenues en 1999 à partir de l'enquête HID.

COMMENTAIRE

Indicateur approché des conséquences fonctionnelles des lombalgies. Des travaux programmés doivent examiner les liaisons entre les questions générales du module européen et les questions détaillées de santé fonctionnelle dans l'enquête nationale santé (IRDES-INED-DREES).

87. ARTHROSE : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES D'ARTHROSE

OBJECTIF PRÉALABLE : CONNAÎTRE LA DISTRIBUTION ACTUELLE DES INDICATEURS DE QUALITÉ DE VIE CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT D'ARTHROSE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Fréquence des conséquences de la maladie affectant la qualité de vie (effets indésirables des traitements, perte d'autonomie, dépendance...) dans la population arthrosique

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif de qualité de vie est complémentaire des deux objectifs précédents qui portent sur les conséquences fonctionnelles et invalidantes de l'arthrose et des lombalgies. Les pathologies arthrosiques ont une forte incidence sur la qualité de vie, du fait des douleurs et limitations fonctionnelles qu'elles induisent, de leur retentissement psychologique, de leur impact sur la vie quotidienne voire professionnelle et des complications des traitements.

Le champ couvert par cet objectif de qualité de vie est l'ensemble des pathologies arthrosiques, une individualisation des localisations les plus fréquentes (en particulier genoux, hanches, mains) apparaissant toutefois nécessaire du fait de leurs implications thérapeutiques différenciées.

Comme évoqué précédemment, il est recommandé d'engager une réflexion sur le cadre d'enquête commun à l'ensemble des objectifs d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et d'articuler échelle générique et instrument spécifique.

Les études appréciant la qualité de vie pour les sujets atteints d'arthrose utilisent des instruments génériques tel que le SF36¹⁷⁷, largement utilisé, et/ou des instruments plus spécifiques. Outre la question du choix des échelles, il faudra aussi utiliser différents sous-scores et en particulier celui mesurant la douleur. A cet égard, le groupe de travail européen sur les problèmes musculo-squelettiques recommande le recueil d'information sur la (ou les) localisation(s) de la douleur et son caractère chronique¹⁷⁸. Signalons également les travaux du « Groupe Qualité de Vie en Rhumatologie de la SFR » qui vient de publier un développement original du premier questionnaire de qualité de vie spécifique de l'arthrose des genoux et des hanches¹⁷⁹ qu'il développe actuellement au niveau européen.

Compte tenu de la prévalence élevée de cette pathologie, des indicateurs pourraient être produits à partir des enquêtes « santé » ou « handicap » en population générale (selon la taille de l'échantillon et la qualité du codage des pathologies), mais ils devraient également prendre en compte la population vivant en institution, comme indiqué précédemment (voir objectif 85).

Comme cela est indiqué dans la présentation générale sur les indicateurs de qualité de vie et de santé fonctionnelle, il apparaît également opportun d'engager une réflexion générale sur l'impact des traitements des maladies chroniques sur la qualité de vie, ces recueils relevant a priori plutôt d'études spécifiques d'épidémiologie clinique ; cette réflexion pourrait être élargie à l'ensemble des interventions susceptibles de promouvoir, maintenir ou restaurer la qualité de vie des patients atteints. Cette recommandation vaut

¹⁷⁷ Salaffi F, Carotti M, Grassi W. Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: comparison of generic and disease-specific instruments. Clin Rheumatol. 2004 Jul 17.

¹⁷⁸ University of OSLO, « Musculoskeletal problems and functional limitations – The great public-health challenge for the 21 th century », European Commission- DG SANCO, October 2003.

¹⁷⁹ Rat A.-C., Coste J., Pouchot J., Baumann M., Spitz E., Retel-Rude N., Le Quintrec J.-S., Dumont-Fischer D., Guillemin F. OAKHQOL: a new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol. 2005 Jan;58(1) :47-55.

notamment pour les traitements anti-inflammatoires de l'arthrose, du fait de la fréquence élevée de leurs complications.

En revanche, la perte d'autonomie et la dépendance citées dans les indicateurs souhaitables étant liées aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité, elles seront donc envisagées dans le cadre de l'objectif 85.

Principales sources de données nationales identifiées

Enquêtes HID à domicile et en institution (INSEE)

Enquête nationale santé (INSEE)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Score de qualité de vie chez les patients atteints d'arthrose</i>	Enquêtes santé, handicap, en population générale et en institution	Classes d'âge Localisation Sous scores (douleur)	quinquennale		A créer (expertise préalable des enquêtes, échelles et indicateurs)
Indicateur complémentaire					
<i>Complications des traitements médicamenteux de l'arthrose</i>					<i>A expertiser</i>

88. RÉDUIRE LA MORTALITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE DRÉPANOCYTOSE.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Taux de mortalité

Nombre de jours d'hospitalisation par malade et par an

Nombre d'unités de sang transfusées par malade et par an

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Il s'agit d'un objectif de réduction de la mortalité et d'amélioration de la qualité de vie pour les personnes atteintes de cette maladie chronique d'origine génétique. La drépanocytose est une maladie autosomique récessive liée à une mutation ponctuelle qui entraîne une diminution de la capacité des globules rouges à se déformer pour s'adapter au passage dans des réseaux capillaires de diamètre inférieur au sien.

La gravité de la maladie est liée à l'augmentation de la vulnérabilité aux infections (notamment pneumocoques et salmonelles), aux accidents vaso-occlusifs aigus qui peuvent être particulièrement douloureux, aux atteintes vasculaires évolutives (rétinopathie, artériopathie cérébrale, ...), et aux séquelles des nécroses antérieures, mais aussi à des complications psychopathologiques liées notamment au caractère paroxystique et menaçant des épisodes aigus.

Le dépistage néonatal (systématique dans les DOM et, pour la métropole, dans les groupes à risque), les mesures préventives associant la prévention des infections et des éléments déclenchant des crises aiguës, ainsi que la prise en charge des crises et des atteintes viscérales ou osseuses autour des centres de drépanocytose concourent à améliorer la qualité et l'espérance de vie des personnes atteintes. En particulier, dépistage néonatal, suivi des enfants et prévention des complications concourent à réduire la mortalité au cours des six premières années de la vie

Environ 300 personnes atteintes de drépanocytose naissent chaque année en France (dont 200 en Ile de France) ; leur population totale est actuellement estimée à plus de 5 000 personnes et devrait augmenter dans les prochaines années. La plupart des personnes atteintes se trouvent en Ile de France (environ 3 000) ou dans les DOM. Les deux tiers sont des drépanocytoses homozygotes et un tiers, des hétérozygotes composites (un gène est porteur de l'anomalie de l'hémoglobine spécifique de la drépanocytose, le gène correspondant code une autre anomalie de l'hémoglobine, leur combinaison aboutissant à une expression clinique de drépanocytose homozygote).

Indicateurs

Mortalité :

Pour suivre l'amélioration de l'espérance de vie de cette population, il faudra considérer la mortalité de la population atteinte ou létalité (qui est élevée), plutôt que le taux global de mortalité¹⁸⁰. Ceci suppose de pouvoir estimer la prévalence de la drépanocytose et/ou d'être en mesure de déterminer le devenir individuel des patients.

Pour le suivi de cet indicateur, il faudra prendre en compte les causes de décès initiales et associées ainsi que les notions de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite) apparaissant dans le

¹⁸⁰ Pour l'année 1999, le CépiDc rapportent 11 décès dus à la drépanocytose en métropole -cause initiale, 22 en prenant en compte les causes associées- et 1 hors métropole.

texte du certificat médical de décès. Si un registre de la drépanocytose est créé, il faudra expertiser les apports respectifs de ces deux sources, ou à défaut de registre, l'apport des données recueillies par le (ou les) centre(s) de référence. Les indicateurs produits devront différencier la mortalité des enfants de 0 à 5 ans, qui constitue un indicateur de qualité de la prise en charge précoce.

A la mortalité, il faudra toutefois privilégier la distribution des âges au décès qui devrait être plus sensible aux évolutions du pronostic vital. Par ailleurs, compte tenu des effectifs, il faudra suivre les évolutions en regroupant les données sur cinq années consécutives.

Qualité de vie

Les indicateurs de qualité de vie des patients atteints de drépanocytose devront être articulés avec le cadre commun aux différentes maladies chroniques pour lequel une réflexion préalable est recommandée (choix d'une échelle de qualité de vie générique commune, adaptée aux classes d'âge concernées, associée à des outils spécifiques des pathologies, cadre d'enquête harmonisé...). Il faut toutefois noter qu'à l'heure actuelle il n'existe pas d'outil spécifique pertinent pour la drépanocytose, et qu'à cet égard des travaux méthodologiques semblent nécessaires.

Toutefois certains indicateurs de prise en charge des complications aiguës et chroniques peuvent également être interprétés, dans une certaine mesure, comme indicateurs de qualité de vie :

Nombre moyen de jours d'hospitalisation par personne et par an

La production de cet indicateur dépend de la qualité du chaînage dans le PMSI (et de son évolution au cours des prochaines années), le codage de la drépanocytose étant estimé de bonne qualité. Cet indicateur devra prendre en compte les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite) qui ne sont pas hospitalisées au cours de l'année, à partir d'une estimation de l'ensemble de la population concernée ; il devra être complété par la distribution des durées d'hospitalisation. (Près de 7 000 séjours ont été comptabilisés en 1998.) Comme pour la mortalité, cet indicateur devra être expertisé par l'InVS et le(s) centre(s) de référence ou registre(s).

Nombre moyen d'unités de sang transfusées par malade et par an :

Le nombre annuel d'unités de sang transfusées par malade est un indicateur indirect du retentissement de la maladie, qu'il s'agisse de besoins transfusionnels ponctuels (épisodes anémiques, vaso-occlusifs, préparation avant intervention chirurgicale) ou chroniques, reflétant alors la sévérité de la maladie (vasculopathies pour lesquelles un programme transfusionnel au long cours est indiqué, traitement de certaines complications chroniques améliorées par les transfusions, dont la tendance est à l'augmentation du fait du vieillissement relatif de la population atteinte). Par ailleurs, des difficultés transfusionnelles sont à prévoir dans les prochaines années du fait de l'insuffisance relative de donneurs immunologiquement compatibles, ce qui pose des questions de stratégies transfusionnelles.

Toutefois, ce n'est pas un indicateur actuellement disponible à l'échelon national. De plus, ses évolutions au niveau national pourraient s'avérer délicates à interpréter en terme de qualité de vie des personnes atteintes. Ainsi, une augmentation de la fréquence des transfusions chez les enfants pourrait traduire une amélioration du dépistage, du suivi et de la prise en charge des vasculopathies cérébrales. Chez les adultes, les transfusions sont plutôt considérées comme un marqueur de complications, mais pourraient aussi être interprétées en terme de qualité de la prise en charge. Une expertise de l'utilité de cet indicateur pour le suivi de l'atteinte de l'objectif semble donc nécessaire.

Prévalence

Une estimation de la prévalence de la drépanocytose est nécessaire pour construire les indicateurs précédents. Un tel indicateur n'existe pas à ce jour. Il pourrait être construit à partir des fichiers d'ALD ou, préférentiellement, à partir d'un registre national de la drépanocytose (enregistrant, outre l'incidence, les données d'évolution et la survenue d'événements tels que décès, hospitalisations, transfusions...), voire de plusieurs registres. La faisabilité d'un registre dans le cas de la drépanocytose semble importante, en raison du regroupement déjà effectif des patients autour de plusieurs centres de référence (l'enregistrement en Martinique et en Guadeloupe existe déjà depuis déjà plusieurs décades) et de la centralisation des résultats des dépistages néonataux. Une expertise nécessaire.

Il existe en outre un manque de données sur les pratiques de diagnostic prénatal. Compte tenu des évolutions prévisibles dans ce domaine, il semble nécessaire de suivre les évolutions des pratiques de diagnostic prénatal et d'interruption médicale de grossesse.

Principales sources de données identifiées

Données de mortalité (Inserm CépiDc)

PMSI MCO (hospitalisations complètes, de jour, séances...)

Dépistages néonataux (les dépistages néonataux, systématiques dans les DOM et réservés aux populations à risque en métropole, sont centralisés par l'association AFDPHE. Toutefois, ces données ne prennent pas en compte les personnes atteintes pour lesquelles le diagnostic est porté après la naissances : migrants...)

ALD (incidence : données de mises en ALD , voire ultérieurement prévalence ?)

InVS en collaboration avec les centres de référence de la drépanocytose

Interruptions médicales de grossesses : rapports annuels d'activité des centres de diagnostic prénatal (CPDPN) (Agence de biomédecine)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Distribution de l'âge au décès et létalité de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)</i>	Inserm CépiDc InVS	0-5 ans	Quinquennale	Non pertinent (faibles effectifs)	A expertiser (Données de prévalence ou suivi dans le cadre d'un registre nécessaires pour calculer la létalité de la population atteinte)
<i>Scores de qualité de vie</i>	InVS – centres de référence		Quinquennale		A créer
Indicateurs complémentaires					
<i>Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)</i>	PMSI MCO InVS	Age	Annuelle	Pertinent pour les principales régions concernées	A expertiser
<i>Prévalence de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)</i>	Registre national ? ALD ?			idem	A créer
<i>Dépistage néonataux</i>	AFDPHE	/	Annuelle	idem	A expertiser (en lien notamment avec les mises en ALD)

Soit 2 fiches.

DÉCÈS DES PERSONNES ATTEINTES DE DRÉPANOCYTOSE

Indicateur	Distribution de l'âge au décès et létalité de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)
Objectif	88. Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de décès des personnes atteintes de drépanocytose homozygote ou hétérozygote composite (cause initiale, associée ou inscription de la notion de drépanocytose homozygote ou hétérozygote composite)	
Dénominateur (D)	Population totale des personnes atteintes de drépanocytose homozygote ou hétérozygote composite	
Sous-groupes (strates)	0-5 ans	
Décompositions (N)	Distribution complète par tranches d'âge décennales	
Niveaux géographiques d'agrégation	National (dont DOM)	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Numérateur : statistiques des causes de décès Dénominateur : : source à déterminer (registre ? assurance maladie ?)	
Mode de collecte (ddb)	Numérateur : certificats de décès Dénominateur : source à déterminer (registre ? assurance maladie ?)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Numérateur : état civil Dénominateur : à déterminer	
Service responsable de la synthèse des données	INVS (en collaboration avec le CépiDC et les centres de référence)	
Méthodologie	Données exhaustives	
Mode de calcul	Regroupement des données sur cinq ans	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Certificats de décès : exhaustivité de l'attribution des décès à la drépanocytose à évaluer
Modalités d'interprétation	L'amélioration de la prise en charge diminue la mortalité précoce et entraîne une augmentation de la durée de vie

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Production d'estimations de la prévalence (populations atteintes) Déterminer la faisabilité de la constitution d'un registre

COMMENTAIRE

Tant que le dénominateur n'est pas connu avec précision, seul le numérateur (nombre de décès et distribution) sera disponible.

HOSPITALISATIONS DES PERSONNES ATTEINTES DE DRÉPANOCYTOSE

Indicateur	Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)
Objectif	88. Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel total de journées d'hospitalisations (hospitalisation complète ou de jour, toutes causes confondues) concernant des personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite SC, SD, SE, S thalassémie)	
Dénominateur (D)	Nombre total de personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite SC, SD, SE, S thalassémie)	
Sous-groupes (strates)	Moins de 25 ans (dont ≤ 5 ans), 25 ans ou plus	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National ; régions : DOM, Ile de France, Nord, PACA, Rhône-Alpes (Le nombre de séjours étant faible dans les autres régions)	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	/	
Dernier résultat connu	Année : 1998	Valeur : (près de 7 000 séjours en 1998, dont plus de 4 000 en Ile de France)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Numérateur : PMSI MCO Dénominateur : nombre de personnes atteintes
Mode de collecte (ddb)	Numérateur : recueil exhaustif et continu à partir des dossiers médicaux (RSS) Dénominateur : source à déterminer
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Numérateur : départements d'information médicale des établissements de soins et ARH
Service responsable de la synthèse des données	InVS en collaboration avec les centres de référence
Méthodologie	Numérateur : chaînage des séjours
Mode de calcul	Numérateur : redressement à partir de la SAE pour les établissements manquants

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	L'amélioration de la prise en charge et des mesures de prévention devraient diminuer les durées d'hospitalisation

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N + 2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Numérateur : Amélioration de l'exhaustivité du chaînage, expertise des données Dénominateur : production de données de prévalence

COMMENTAIRE

Tant que le dénominateur n'est pas connu avec précision, seul le numérateur (nombre de journées d'hospitalisation) sera disponible

89. AMÉLIORER L'ACCÈS À UN DÉPISTAGE ET À UN DIAGNOSTIC ANTENATAL RESPECTUEUX DES PERSONNES

OBJECTIF PRÉALABLE : ESTIMER LA FRÉQUENCE ACTUELLE DES NAISSANCES D'ENFANTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION D'ORIGINE ANTÉNATALE POUR LAQUELLE IL N'Y A PAS EU D'ÉVALUATION PRÉALABLE DU RISQUE

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Fréquence des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'ensemble des affections d'origine congénitale est estimé à au moins 4 % des naissances vivantes soit 30 000 nouveaux cas par an, selon le rapport du GTNDO. Elles relèvent de mécanismes variés : affections génétiques mendéliennes, anomalies chromosomiques, malformations et enfin embryo-foetopathies d'origine infectieuse, chimique, physique ou maternelle... L'immense majorité de ces affections sont des maladies rares ce qui induit des contraintes particulières de prise en charge par le système de santé.

Dans certains cas, peu fréquents, le risque est connu et l'information peut être délivrée avant la grossesse, ce qui donne aux parents davantage de temps de réflexion. Il est souhaitable que tous les couples à risque soient identifiés avant la grossesse pour leur permettre de prendre toute décision en connaissance de cause. Cela repose sur une bonne information des couples par les praticiens et leur orientation vers des consultations spécialisées, en particulier de conseil génétique.

La plupart des anomalies congénitales dépistées, le sont pendant la grossesse, au décours d'examens de dépistage dont certains sont obligatoires (syphilis, rubéole, toxoplasmose) et d'autres ne le sont pas (échographies, dosages des marqueurs sériques, autres sérologies...) Mais la majorité des diagnostics sont faits après la naissance.

Lorsque les anomalies sont confirmées en période anténatale, le recours à un centre pluridisciplinaire agréé de diagnostic prénatal (CPDPN¹⁸¹) est recommandé pour donner « avis et conseils en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic ».

La généralisation des dépistages semble s'inscrire dans un contexte social caractérisé globalement par une demande croissante de détection précoce permettant aux couples d'opter soit pour une prise en charge adaptée de la pathologie fœtale, soit pour une interruption de grossesse.

Dans ce contexte, la généralisation des pratiques de dépistages est à l'origine de nouvelles préoccupations d'ordre éthique. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) pointe la nécessité d'une information de qualité des populations pour que leur acceptation du dépistage corresponde véritablement à un consentement libre et éclairé, ce qui n'est pas toujours le cas pour les examens pratiqués en routine. Il rappelle aussi que le diagnostic prénatal a pour but de donner à la femme enceinte toutes les informations et explications pertinentes pour qu'elle soit en mesure de se prononcer en

¹⁸¹ L'article R 2131-10 précise que les CPDPN ont pour mission de donner des avis et conseils en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du fœtus. Seuls les praticiens appartenant à un CPDPN peuvent délivrer l'attestation d'interruption de grossesse pour motif médical, ce qui rend leur consultation obligatoire si une IMG est envisagée.

connaissance de cause¹⁸². A cet égard, l'article R 2131-7 du code de santé publique précise que les analyses de cytogénétique ou de biologie destinées à établir un diagnostic prénatal (DPN) doivent être précédées d'une consultation avant les prélèvements et que seuls les médecins prescripteurs sont habilités à rendre les résultats des examens de DPN.

Se posent également des exigences de qualité des examens pratiqués pour le dépistage. Le dépistage échographique des malformations, pourtant quasi généralisé, ne fait pas l'objet d'un contrôle de qualité organisé et systématique ; il en est de même pour les mesures échographiques de la clarté nucale, hors expériences pilotes, volontariat ou protocole de recherche biomédicale. D'autres, comme les examens biologiques de DPN, notamment l'évaluation du risque d'anomalies chromosomiques par dosage de marqueurs sériques, sont soumis à un encadrement réglementaire strict, imposant l'information des patientes et le recueil de leur consentement écrit sur des formulaires dont le contenu est fixé par arrêté. Toutefois, s'il existe une procédure d'autorisation des laboratoires et d'agrément des praticiens, la question de la qualité de l'information délivrée à toutes les étapes du dépistage¹⁸³ et de l'accompagnement des femmes appartenant au groupe à haut risque reste à évaluer.

Se pose surtout la question de la minimisation du risque pour le fœtus lors de la pratique d'examens invasifs. En effet, les méthodes de dépistage actuellement mises en œuvre identifient un groupe à haut risque, auquel sont proposés des examens à visée diagnostique reposant sur le prélèvement de tissu fœtal. Ce prélèvement (choriocentèse ou amniocentèse) comporte un risque de mort fœtale supérieur à 1%. Il convient donc de veiller à minimiser le nombre de gestes invasifs pratiqués, à taux constant de diagnostics positifs effectués. Il faut donc augmenter la proportion de vrais positifs et diminuer les faux positifs. Un des principes fondamentaux de l'éthique est bien de ne pas nuire.

Cet objectif est donc polysémique. Il pose la question de l'équité et du caractère éthique du dépistage et du diagnostic : équité de l'accès au dépistage et au diagnostic anténatal¹⁸⁴, aspects éthiques, information et respect des personnes tant pour le dépistage que pour le diagnostic et le conseil génétique, minimisation des conséquences indésirables des tests, ce qui suppose établie la qualité technique des pratiques.

Indicateurs

L'indicateur proposé dans le rapport d'objectifs annexé à la loi (« fréquence des naissances d'enfants atteints d'affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque ») s'inscrit dans l'esprit des recommandations du CCNE : il tend à estimer dans quelle mesure les grossesses menées à terme l'ont été en connaissance de cause et à identifier s'il y a eu perte de chance du fait d'un défaut d'information involontaire. La notion « d'évaluation préalable du risque » devrait par contre être précisée en référence à des recommandations validées, y compris pour ce qui concerne l'information et l'accompagnement de la mère (ou du couple). Les données à recueillir sont toutefois de complexité croissante selon que l'on se limite à la réalisation ou non d'actes de dépistage et de diagnostic anténatal, que l'on inclut le respect de procédures d'évaluation des risques, ou que l'on s'attache à la qualité de l'information reçue par la mère (ou le couple). En outre, un tel indicateur devrait prendre en compte le fait que les futurs parents ne consentent pas tous aux examens de dépistage lorsqu'ils sont proposés. Il convient de limiter le recueil de cet indicateur à quelques affections faisant l'objet de dépistages fréquents et pour lesquelles existent des procédures validées (telle la trisomie 21). Une expertise est donc nécessaire pour en préciser le champ et évaluer les possibilités de production d'un tel indicateur. A cet égard, signalons également les apports essentiels des registres français des malformations congénitales.

Un indicateur complémentaire est proposé afin de mesurer les actes invasifs de diagnostic réalisés pour des enfants ne présentant pas ce type d'affection, mais identifiés à haut risque après un dépistage de facteurs de risque. Les pratiques actuelles en matière de dépistage de la trisomie 21 superposant, plutôt que les articulant (approche « combinée »), deux stratégies de dépistage semblent conduire à un nombre d'amniocentèses qui pourrait être réduit pour une performance équivalente ; une évaluation de ces différentes approches est actuellement en cours. Il s'avère donc nécessaire de suivre l'évolution du nombre d'amniocentèses, par des indicateurs confrontant d'une part le nombre d'amniocentèses ou de choriocentèses au total des grossesses (qui devrait idéalement se situer autour de 5 %, contre plus de 10 %

¹⁸² Ceci vaudra peut-être prochainement pour les échographies : le comité national d'échographie doit remettre prochainement un rapport au ministre dans lequel il devrait proposer un document –type d'information sur l'échographie de dépistage prénatal.

¹⁸³ A cet égard, une réflexion est actuellement en cours pour introduire des informations sur le diagnostic prénatal sur le carnet de maternité.

¹⁸⁴ L'accès au diagnostic est repris dans l'objectif 90 sur les maladies rares dans un cadre plus général : « tout au long de la vie ».

actuellement en France) et d'autre part le nombre d'interruptions médicales de grossesse (IMG) aux amniocentèses (ou choriocentèses) réalisées. Ces indicateurs permettront de comparer les pratiques de dépistage en France à celles d'autres pays pour lesquels ces données sont disponibles.

Des indicateurs sur la qualité de l'information reçue pour les différents dépistages proposés ou réalisés, voire sur les modalités de consentement, devront également être recueillis directement auprès des femmes. De tels indicateurs pourraient s'intégrer dans le cadre de la mesure de la satisfaction maternelle pour laquelle le projet PERISTAT recommande une réflexion méthodologique.

Le décret sur le diagnostic prénatal est actuellement en cours de réécriture. Il pourra être nécessaire d'adapter les indicateurs pressentis en fonction des modifications qui y seront effectuées.

Principales sources de données nationales identifiées

L'enquête nationale périnatale de 2003 comprend quelques questions sur les dépistages réalisés lors de la grossesse (nombre d'échographies, mesure de la clarté nucale, dosage des marqueurs sériques de trisomie 21, amniocentèse etc., dépistage du VIH, statut sérique à l'égard de la toxoplasmose), mais tous, à l'exception de ce dernier, sont basés sur les déclarations des mères.

Une enquête auprès des « usagères » des maternités sera réalisée en mars 2006 pour étudier leurs trajectoires de soins et leur satisfaction à l'égard du suivi de la grossesse et du déroulement de l'accouchement. Il est envisagé d'y inclure des questions sur la satisfaction des femmes et leur ressenti quant à la qualité de l'information relative aux dépistages effectués.

Amniocentèses, choriocentèses, examens chromosomiques prénataux : PMSI MCO, Assurance maladie, Agence de Biomédecine, laboratoires ayant un agrément pour le diagnostic prénatal pour le dosage sérique des marqueurs de la trisomie 21 et pour le diagnostic cytogénétique

IMG : les rapports annuels d'activité des centres de diagnostic prénatal (CPDPN) comprennent des informations sur le nombre d'attestations d'IMG délivrées ainsi que le nombre d'IMG réalisées. La nouvelle agence de la biomédecine en est destinataire. Leur contenu, fixé par arrêté, pourrait être amélioré. Environ 4700 IMG ont été réalisées en 2000 dans 37 centres.

Activité et résultats des laboratoires autorisés à la pratique de DPN (agence de la biomédecine)

Registres des malformations congénitales (Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Centre Est, Paris)

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Fréquence des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque</i>	A créer	Trisomie 21			A créer (expertiser : besoin, faisabilité)
Indicateurs complémentaires					
<i>Ratio du nombre total d'amniocentèses (ou choriocentèses) sur le nombre total de grossesses Ratio du nombre total d'IMG sur le nombre d'amniocentèses ou chorio-centèses</i>	A créer à partir des sources existantes (PMSI, assurance maladie, CPDPN, état civil...)	Trisomie 21			A créer (expertiser la faisabilité)
<i>Degré de satisfaction des femmes à l'égard de la qualité de l'information reçue sur les différents dépistages des affections anténatales réalisés pendant la grossesse et notamment pour le dépistage de la trisomie 21</i>	Enquête auprès des « usagères » des maternité ? (A terme, enquête périnatale ?)	Marqueurs sériques, échographies, amniocentèses			A expertiser : définition précise des indicateurs

90. MALADIES RARES : ASSURER L'ÉQUITÉ POUR L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC, AU TRAITEMENT ET À LA PRISE EN CHARGE

OBJECTIF PRÉALABLE : DÉFINIR LES CRITÈRES OPÉRATIONNELS DE L'ÉQUITÉ

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Une maladie rare est une affection touchant un nombre restreint de personnes (faible prévalence), à savoir moins d'une personne sur 2 000 selon le seuil admis en Europe ; en France, une maladie est qualifiée de rare si moins de 30 000 personnes en sont atteintes. On dénombre environ 7 000 maladies rares dont 80% sont d'origine génétique, mais chaque semaine, de nouvelles maladies rares sont définies. Les maladies rares concernent 3 à 4 millions de personnes en France, et près de 25 millions en Europe. Un grand nombre de ces pathologies sont aussi dites «orphelines» parce que les populations concernées ne bénéficient pas de réponse thérapeutique.

Principales sources de données identifiées

Un certain nombre de réalisations contribuent d'ores et déjà au suivi de cet objectif :

Orphanet

Orphanet est une base de données multilingues sur les maladies rares et les médicaments orphelins. Son objectif est d'optimiser l'utilisation des informations disponibles pour améliorer le diagnostic, le traitement ainsi que la prise en charge des malades, et de faire progresser la recherche. Orphanet est actuellement en libre accès sur Internet pour les médecins, les chercheurs et le grand public.

La mise en œuvre de ce projet a été confiée à l'INSERM, en partenariat avec la Direction Générale de la Santé depuis 1997. Le projet est développé depuis par le service commun n°11 de l'INSERM.

Si la base Orphanet répertorie actuellement 3 200 maladies, elle ne dispose pour l'instant d'informations que sur 1 300 d'entre elles : ces informations concernent les programmes de recherche en cours, les laboratoires de diagnostic, les associations de malades, les consultations spécialisées, ainsi que les adresses des autres sites Internet consacrés à ces maladies dans le monde. Elle contient également des informations sur les médicaments orphelins. Un annuaire des maladies rares paraît chaque année ; il est distribué gratuitement aux médecins hospitaliers. Dans le cadre de son développement, Orphanet s'ouvre sur l'Europe grâce à un financement de la Commission Européenne. Les informations collectées en France le sont maintenant dans d'autres pays européens. Orphanet propose de multiples services pour les malades et les professionnels et travaille en étroite collaboration avec les associations de malades.

Plateforme Maladies Rares

Les principaux acteurs œuvrant en faveur des personnes atteintes de maladies rares et de leurs familles sont regroupés sur un même site, à Paris. Ils constituent la Plate Forme Maladies Rares, inaugurée en 2001.

- L'Alliance Maladies Rares : collectif français de plus de 120 associations de malades
- Eurordis : réseau européen de plus de 200 associations de maladies rares dont 10 alliances nationales, issues de 16 pays européens.
- Maladies Rares Info Services : association ayant développé un service d'écoute, d'information et d'orientation ouvert aux personnes malades, à leur entourage et aux professionnels de santé.
- Orphanet : serveur d'information en ligne sur les maladies rares et les médicaments orphelins mis en œuvre par l'INSERM.
- Le GIS-Institut maladies rares, structure de coordination et d'impulsion de la recherche sur les maladies rares.

Centres de référence

Le centre de référence répond à une double définition. Il est un centre de référence, c'est à dire un centre expert pour une maladie ou un groupe de maladies rares ayant développé des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine. Il est un centre de recours, c'est à dire qu'il dispose d'une attraction interrégionale, nationale ou internationale, au-delà du bassin de santé de son hôpital d'implantation, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre des équipes spécialistes dans le domaine.

Il a plusieurs missions :

- permettre au malade et à ses proches de trouver une prise en charge globale.
- guider et coordonner les professionnels de santé non spécialisés participant à la prise en charge de proximité du malade.
- participer à la surveillance épidémiologique de la maladie, à l'animation des recherches et essais thérapeutiques, à la diffusion (indications et prescriptions) et au suivi des thérapeutiques et dispositifs orphelins, ainsi qu'à la mise en place de bonnes pratiques professionnelles concernant la pathologie, en liaison avec les équipes nationales et internationales travaillant dans le même domaine.
- s'engager dans une dynamique de coordination entre centres prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies.
- être l'interlocuteur des autorités administratives et des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade et de sa famille.

Les services de renseignements téléphoniques

Les patients, leur famille ou même les professionnels de santé peuvent s'adresser à des services téléphoniques pour obtenir des informations sur les maladies rares. Deux services téléphoniques sont disponibles.

Maladies Rares Info Services

Association développant un service téléphonique à destination des malades, de leurs proches et des professionnels de santé, Malades Rares Info Services a pour mission d'écouter, d'informer et d'orienter toutes les personnes concernées par les maladies rares.

Maison des Maladies Orphelines (MMO)

Il s'agit à la fois d'un service d'écoute téléphonique, et d'un lieu de rencontre, d'échange et d'information dédié aux maladies rares. La MMO a été ouverte par la Fédération des Maladies Orphelines (FMO).

Principaux indicateurs de suivi proposés

Un certain nombre d'indicateurs ont été envisagés, mais une expertise complémentaire doit être effectuée, en rapport notamment avec le plan maladies rares :

- l'âge moyen au diagnostic, qui pourrait être recueilli auprès des centres de référence, sur la base d'une liste de maladies « pertinentes » ;
- l'âge moyen au décès, qui serait recueilli auprès de l'INSERM-CépiDc, là aussi par référence à une liste de maladies pertinentes ;
- le coût restant à la charge du patient pour le financement des traitements et produits non remboursés indispensables à son état, sur la base d'une liste de traitements et produits ;
- le degré d'accès au remboursement pour les transports sanitaires ;
- le niveau d'accès aux médicaments orphelins ;
- le taux d'enfants atteints d'une maladie rare en intégration scolaire, à rechercher auprès des CDES ;
- le taux d'adultes atteints d'une maladie rare en intégration professionnelle, à rechercher auprès des COTOREP.

L'InVS est missionné par le plan maladies rares de novembre 2004 pour la coordination de la surveillance épidémiologique des maladies rares.

91. RÉDUIRE DE 30 % D'ICI À 2008 L'INDICE CAO (1) MIXTE MOYEN (VALEUR ESTIMÉE) À L'ÂGE DE 6 ANS (DE 1,7 À 1,2) ET L'INDICE CAO MOYEN À L'ÂGE DE 12 ANS (DE 1,94 À 1,4).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Distributions des indices CAO mixte à 6 ans et CAO à 12 ans

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

L'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé buccodentaire et le plus couramment utilisé au niveau international est l'indice CAO. L'indice CAO = C + A + O, dans lequel C est le nombre de dents cariées, A est le nombre de dents absentes pour cause de carie et O est le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée.

L'indice CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total de dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement d'une population donnée rapporté au nombre de personnes examinées. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents de lait et des dents définitives de l'enfant.

Les données qui sont citées dans l'objectif sont issues des enquêtes de l'Union Française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD). Ces enquêtes effectuées au cours des 15 dernières années ont montré une réduction de cet indice et donc une nette amélioration de la santé dentaire des enfants à 12 ans, puisque l'indice CAO à cet âge est passé de 4,2 en 1987 à 1,9 en 1998 sous l'effet notamment des campagnes de prévention des caries par l'apport de fluor sous toutes ses formes comme d'une progression générale de l'hygiène bucco-dentaire.

L'objectif énoncé ci-dessus exprime la volonté de continuer à réduire l'indice CAO moyen de manière à « rattraper » complètement d'autres pays d'Europe (dont les indices CAO sont à l'âge de 12 ans très proches de 1, particulièrement dans les pays du Nord).

Indicateur

Les indicateurs retenus sont les distributions des indices CAO mixtes à 6 ans et 12 ans.

Un indicateur sous forme de distribution est plus complet qu'un indicateur de moyenne, il permet de repérer les éventuelles modifications de répartition de la population entre les personnes ayant des atteintes carieuses et celles qui en sont indemnes. En effet, dans certains pays (au Danemark, par exemple) il apparaît progressivement de plus fortes proportions de population aux extrêmes de la distribution : soit ne présentant aucune difficulté, soit ayant de multiples problèmes dentaires.

Les inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire sont réelles et semblent résulter :

- de l'effet déterminant des comportements individuels et notamment d'une plus grande sensibilité des franges de population plus favorisées aux mesures de prévention, comme aux messages d'information et d'hygiène.

- de la crainte de devoir supporter des frais élevés : les honoraires libres et la faible prise en charge des prothèses et des traitements d'orthodontie ont favorisé dans l'opinion l'image (dissuasive) de soins dentaires très coûteux et mal remboursés.

En réalité, les soins de caries chez les enfants sont peu coûteux et très bien remboursés et il n'y a pratiquement pas d'obstacle financier objectif à l'accès à ce type de soins, exception faite toutefois des personnes dépourvues d'assurance maladie complémentaire (environ 8% de la population) qui supportent un ticket modérateur de 30%. Enfin, même lorsque la prise en charge est totale, la nécessité de faire l'avance des frais peut gêner certaines familles.

- de l'éloignement existant parfois entre le domicile et le cabinet dentaire le plus proche

Des différences liées au genre sont également observées : chez les filles, l'éruption des dents plus précoces et donc, à âge égal, une exposition plus longue au risque carieux, explique un CAO légèrement plus élevé aux jeunes âges. A l'âge adulte, on observe un recours aux soins plus fréquent chez les femmes (et donc un meilleur état de santé dentaire se traduisant notamment par des composantes C et A plus faibles que chez les hommes).

(D'autres déterminants de la santé dentaire existent : déterminants endogènes ou biologiques et déterminants liés à une autre pathologie.)

Les âges de 6 et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; à 12 ans, les dents définitives sont en place, à l'exception cependant des dents de sagesse. En outre, c'est l'âge de référence de cet indicateur le plus couramment utilisé au niveau international.

Principales sources de données identifiées

L'UFSBD a réalisé des enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé dentaire en 1987, 1990 et 1993 à partir d'échantillons représentatifs d'enfants de 6, 9 et 12 ans. En 1998, elle a également réalisé une enquête sur la santé dentaire des enfants de 12 ans. La prochaine enquête doit se réaliser au premier semestre 2005 et fournira des éléments précis pour les enfants de 6 ans et 12 ans. Elle devra être renouvelée à une périodicité souhaitée à 5 ans. Elle permettra de connaître la distribution de l'indice CO pour les enfants de 6 ans et CAO pour les enfants de 12 ans avec valeur médiane, valeur moyenne et distribution par rapport à celle-ci. Le nombre d'enfants enquêtés pour chaque tranche d'âge est 1200, mais la représentativité régionale ne peut être garantie sur cet échantillon national. En revanche, les paramètres mesurés pourront être étudiés en fonction de l'âge, du sexe, des PCS, des strates et des zones géographiques.

Les indicateurs les plus souvent retenus et dont il conviendra de s'assurer de la disponibilité aux deux âges sont :

- l'indice CAO moyen ;
- le pourcentage d'enfants indemnes de carie ;
- l'indicateur S.C.I. (Significant Caries Index) qui permet de calculer un CAO moyen sur le tiers des enfants les plus atteints.

Les autres enquêtes disponibles sur la santé dentaire ne touchent pas la population des enfants, mais celle des adultes : l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS de l'IRDES), l'étude ICSII France. D'autres enquêtes ont été effectuées au niveau local ou sur des populations particulières mais ne fournissent pas des résultats représentatifs au niveau national pour les enfants de 6 et 12 ans. Elles pourront cependant être mobilisées à titre complémentaire, notamment pour mieux appréhender l'impact de certains éléments comme le fait de résider dans une zone fluorée ou non, comme l'origine géographique pour des enfants immigrés d'autres pays. Il s'agit notamment de l'enquête sur la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans de l'URCAMIF et des enquêtes effectuées en Val de Marne par la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBBD).

Enfin pour cerner la « consommation » de soins, un indicateur de contexte devra être utilisé : la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et l'année suivant ses 6 ans. Cet indicateur est fourni par l'assurance maladie et donnerait accès à des données régionales.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Distribution des indices « CAO mixte » pour les enfants de 6 ans et « CAO » pour les enfants de 12 ans (y compris indice CAO moyen, pourcentage d'enfants indemnes de carie et le Significant Caries Index)</i>	Enquête de l'UFSBD	Sexe, PCS et zone d'habitat	Tous les 5 ans	Oui, mais indisponible	Enquête réalisée au 1 ^{er} semestre 2005
Indicateur complémentaire					
<i>Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédnt et suivant leurs 6 ans.</i>	Assurance maladie		Annuelle	Oui et disponible	

Soit 2 fiches.

Indices CAO mixte à 6 ans et CAO à 12 ans

Indicateur	Distribution des indices CAO mixte pour les enfants de 6 ans et CAO pour les enfants de 12 ans
Objectif	91. Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO (1) mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	- Indice CAO mixte moyen pour les 6 ans et indice CAO moyen pour les 12 ans (médiane et écart-type de la distribution du CAO) ; - Pour 6 ans et 12 ans : pourcentage d'enfants indemnes de caries ; - Pour 6 ans et 12 ans calcul de l'indice Significant Caries Index (calcul du CAO moyen sur 1/3 des enfants les plus atteints)	
Dénominateur (D)		
Sous-groupes (stratification)	Sexe, PCS des parents, zone d'habitat.	
Décompositions (N)	Idem	
Niveau d'agrégation	National : oui - Régional : non disponible	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	ECOSANTE (OCDE) = nombre moyen de dents cariées, absentes, obturées à 12 ans. HFAdB (OMS) = indice CAO à 12 ans	
Dernier résultat connu	Année : 1998 (pour les 12 ans)	Valeur : Indice CAO moyen à 1,9 (pour les 12 ans)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête UFSBD
Mode de collecte (ddb)	Examen dentaire
Organisme responsable de la collecte (ddb)	UFSBD
Service responsable de la synthèse des données	UFSBD
Méthodologie	Enquête sur un échantillon d'enfants représentatif au niveau national (taille de l'échantillon : 1 200 à chaque âge)
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Consultations dentaires à l'âge de 6 ans

Indicateur	Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans
Objectif	91. Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO (1) mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants, pris en charge par l'assurance maladie, âgés d'environ 6 ans	
Sous-groupes (stratification)	Sexe	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National : oui - Régional : oui	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bénéficiaires des régimes CNAMTS, CANAM et MSA
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Assurance maladie [CNAMTS, CANAM et MSA]
Service responsable de la synthèse des données	UNCAM (URCAM pour chaque région)
Méthodologie	
Mode de calcul	Agrégation des données des 3 régimes

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Indicateur de contexte

92. SUICIDE : RÉDUIRE DE 20 % LE NOMBRE DES SUICIDES EN POPULATION GÉNÉRALE D'ICI À 2008 (PASSER D'ENVIRON 12 000 À MOINS DE 10 000 DÉCÈS PAR SUICIDE PAR AN).

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale

Fréquence relative des moyens de suicide utilisés

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Délai de mise à disposition des données de mortalité de l'Inserm-CépiDc :

Les données disponibles actuellement sont celles de 2000. Si rien ne change, en 2008 on disposera des données de 2005.

On peut espérer que le nouveau système de déclaration des décès en temps réel (certificat électronique) soit opérationnel d'ici cinq ans. Il est aussi possible d'envisager de faire une estimation à partir d'un échantillonnage.

Sous-déclaration des cas de suicide :

Elle est évaluée à 20 à 25%.

C'est une constante dans l'épidémiologie du suicide mais elle est incontournable (négligence, tabou religieux du suicide, comportement de prise de risque avec issue fatale et intentionnalité suicidaire mal identifiée, etc...). Cela biaise peu l'appréciation de l'évolution des taux de décès par suicide d'une année à l'autre car la sous déclaration change peu.

Les principales causes de biais qui pourraient être améliorées selon l'Inserm-CépiDc sont les « causes indéterminées quant à l'intention » et la sous-déclaration de certains Instituts médico-légaux. Depuis 2000, en cas de mort violente indéterminée quant à l'intention, l'Inserm-CépiDc fait retour au médecin certificateur. Il faudra en tenir compte dans l'analyse des évolutions.

Le groupe choisit de suivre l'indicateur en données redressées en fonction des éléments de biais documentés plutôt qu'en données brutes.

Comparaisons internationales

La France est un des pays qui enregistrent les taux de suicide les plus élevés. Mais il semble indispensable de vérifier la qualité du recueil dans les pays auxquels on se compare (même problème de sous-déclaration). Des travaux en ce sens ont été réalisés à la demande de la DGS par Eric Jouglà.

Par exemple, en Angleterre, les suicides comptabilisés sont souvent ceux reconnus comme tels par le juge.

Les comparaisons internationales posent des difficultés du fait des différences éventuelles dans les causes et le volume des sous-déclarations : le suivi temporel par pays présente un sens (avec l'hypothèse d'une constance relative du biais) ce qui par contre n'est pas le cas pour les comparaisons entre pays en raison des différences importantes dans ce biais de déclaration.

Pour la désagrégation de cet indicateur, il semble indispensable d'avoir une déclinaison par sexe et tranches d'âge : 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus.

L'analyse devra prendre en compte l'effet de génération. Si celui-ci perdure, en effet, il devrait induire mécaniquement une augmentation des taux bruts de suicides et sans sa prise en compte l'interprétation de l'évolution temporelle de l'indicateur risque d'être faussée.

L'incidence du suicide est également différente selon la CSP. C'est une information qui est reconnue comme importante mais l'Inserm-CépiDc ne peut pas fournir cette donnée en routine et les enquêtes déclaratives qui fournissent des informations sur les idées et les comportements suicidaires selon les CSP ne concernent pas la même population.

A terme, on pourrait utiliser le chaînage de la cohorte du recensement de l'Insee.

La demande de production de cet indicateur sera soumise à l'arbitrage des directeurs.

Déclinaison par régions (globalement et par tranches d'âge).

Pour pouvoir suivre les politiques ce sont les effectifs qui sont nécessaires.

Par ailleurs, le suivi du phénomène nécessite des taux standardisés.

Les deux données seront demandées pour les régions avec une déclinaison par sexe et, pour ce qui concerne l'âge, en chiffres globaux : 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus.

Sous-populations à risque identifiées : détenus et personnes âgées en maison de retraite

Les deux sous-populations mentionnées (détenus, personnes âgées en maison de retraite) sont deux sous-populations à risque particulières qui peuvent faire l'objet de politiques de prévention mais il n'existe pas de justification à les isoler parmi l'ensemble des populations à risque (chômeurs, certaines professions...).

De plus, en terme d'indicateurs sur l'impact sur la mortalité par suicide, les indicateurs « suicide en détention » et « suicide en maisons de retraite » sont « négligeables » même si en terme d'acceptation sociale et d'incidence sur le rôle et la qualité de la prise en charge, ces indicateurs sont essentiels.

Enfin, on ne dispose pas de sources de données en routine pour les personnes âgées à domicile.

Les modes de suicide varient selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendants dans le nord-ouest (Basse Normandie, Pays de Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Rousillon) et des absorptions de médicaments en Ile-de-France et en région PACA. Cet indicateur est facile à produire en routine (Inserm-CépiDc).

Tentatives de suicide.

La discussion a porté sur la définition d'un indicateur complémentaire sur l'incidence des tentatives de suicide (et/ou des récidives de TS) compte tenu du facteur de risque important qu'elles constituent.

La définition et la mesure de l'incidence des TS sont assez compliquées. Le phénomène, malgré son importance, est heureusement trop rare, d'un point de vue statistique, pour que ses évolutions puissent être repérées par des enquêtes déclaratives même avec de gros échantillons (par exemple environ 40 tentatives annuelles déclarées dans le baromètre santé pour 14000 individus enquêtés). Une approximation pourrait être le nombre de TS prises en charge aux urgences et enregistrées dans le PMSI. Mais, même en supposant réglée la question du respect des consignes de codage, ce nombre est lui-même lié aux pratiques médicales (envoi à l'hôpital ou non lorsqu'un médecin est appelé au domicile, hospitalisation ou non après passage aux urgences). Les recommandations de l'ANAES sur « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide » (1998) préconisent de ne pas banaliser les tentatives de suicide et recommandent une hospitalisation systématique pour les plus jeunes mais non pour les adultes.

En conclusion, il ne nous a pas semblé possible de construire un indicateur de suivi des récidives pour l'instant, mais la pertinence d'un tel indicateur sera mentionnée pour mémoire et développement ultérieurs.

La dépression de même que la plupart des affections psychiatriques et des addictions favorisent le comportement suicidaire mais il semble vraiment complexe de construire un indicateur complémentaire sur l'incidence de ces troubles.

De plus l'évaluation de la prévalence de la dépression ou de la schizophrénie (20% des suicides) sera abordée dans d'autres objectifs il n'y a donc pas lieu de la faire ici.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent/nécessaire	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de décès par suicides</i>	Certificats de décès Inserm- CépiDc Données redressées	Sexe Tranches d'âge : 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus	Annuelle	Oui /Disponibilité : - Effectifs - Données standardisées - Déclinaison par sexe et tranches d'âge 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus	Biais de sous-déclaration à analyser Etudes sur les effets de génération
Indicateur principal					
<i>Proportion de chaque mode de suicide parmi les décès par suicide</i>	Certificats de décès Inserm- CépiDc	Non	Annuelle	Oui /oui	

Soit 2 fiches

TAUX DE DÉCÈS PAR SUICIDES

Indicateur	Taux de décès par suicides en population générale
Objectif	92. Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par suicide	
Dénominateur (D)	Population totale pour l'année considérée	
Sous-groupes (strates)	Déclinaison par sexe, tranches d'âge, région. Tranches d'âge proposées : 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus ; standardisation sur la population européenne	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) / Régional Oui. Tranches d'âge : 15-24 ans ; 25-74 ans ; 75 ans et plus ; donner les effectifs et les données standardisées sur la population européenne	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Rapport Européen Sanco sur la comparabilité : questions à tous les pays : un chapitre traite du suicide . Ecosanté (OCDE) : nombre de décès et taux de décès par suicide (lésions autoinfligées) standardisé ; HFADB(OMS) : Taux de décès par suicide standardisé ; Newcronos(UE) : nombre et taux de décès par suicide ; Echi2 : taux de décès par suicide standardisé.	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats de décès ; Corps médical et Inserm-CépiDc
Mode de collecte (ddb)	Données administratives
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Inserm-CépiDc
Service responsable de la synthèse des données	Inserm-CépiDc
Méthodologie	Nombreuses publications
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Sous-déclaration importante mais bien documentée estimée à 20% en 1999
Modalités d'interprétation	Le nombre de suicides et le taux brut de mortalité informent sur l'état du problème de santé compte tenu de la structure démographique alors que les taux standardisés de mortalité permettent de réaliser des comparaisons indépendamment de la structure démographique. L'évolution des taux bruts peut refléter en partie l'effet de facteurs démographiques (vieillessement et effet « de génération »), mais aussi l'efficacité des programmes de prévention qui doivent aussi prendre en compte l'évolution des caractéristiques de la population. Les comparaisons internationales posent des difficultés du fait des différences éventuelles dans les causes et le volume des sous-déclarations : le suivi temporel par pays a du sens (avec l'hypothèse d'une constance relative du biais) ce qui par contre n'est pas le cas pour les comparaisons entre pays en raison des différences importantes dans ce biais de déclaration. (Rapport Européen DG Sanco)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Donnée déjà disponible
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Depuis 2000, l'Inserm-CépiDc fait un effort spécifique de retour au médecin certificateur en cas de mort violente indéterminée quant à l'intention (suicide, accident, homicide...)

COMMENTAIRE

La sous-déclaration des données sur le suicide qui pourrait être améliorée rapidement s'il était produit un certificat médical de décès pour les tous les cas passés en Institut médico-légal (l'IML de Paris ne transmet aucune information) Impact sur la statistique : 30% de causes de décès inconnues chez les jeunes adultes en Ile de France) Les taux de décès par suicide par CPS peuvent être un marqueur d'inégalités de santé, mais ne sont pas disponibles actuellement en routine.

FRÉQUENCE RELATIVE DES MODES DE SUICIDE.

Indicateur	Proportion de chaque mode de suicide parmi les décès par suicide
Objectif	92. Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de suicides réalisés selon diverses modalités (à préciser)	
Dénominateur (D)	Nombre de suicides de l'année	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats de décès ; Corps médical et Inserm-CépiDc	
Mode de collecte (ddb)		
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Inserm-CépiDc	
Service responsable de la synthèse des données	Inserm-CépiDc	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les biais de sous-déclaration peuvent être différents selon mes modes de suicide
Modalités d'interprétation	Peut refléter les effets d'actions de prévention visant à limiter l'accès à différents modes de suicide

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

93. <u>TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS DANS L'ENFANCE</u> : RÉDUIRE DE 50% LA MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE DES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Taux de mortalité à 30 jours après accident chez les 1-14 ans, par cause et par sexe

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

Cet objectif porte sur les traumatismes liés à tous les accidents dits « de la vie courante » (domestiques, scolaires, sportifs et de loisir) touchant des enfants de 1 à 14 ans inclus. Le terme de « traumatisme » fait référence, au sens large, aux conséquences de l'ensemble des « accidents » (intoxications médicamenteuses ou par les produits ménagers, noyades, défenestrations, ébouillancements par exemple), à l'exclusion des traumatismes résultant d'accidents de la circulation routière, traités dans l'objectif « Traumatismes liés à l'insécurité routière », et des complications et suites d'actes médicaux et chirurgicaux, traités dans l'objectif « Iatrogénie ».

Par ailleurs, les données de mortalité avant l'âge de 1 an posent de sérieux problèmes de fiabilité et d'interprétation qui sont discutés dans le chapitre sur les traumatismes intentionnels. Enfin, les chutes des personnes âgées font l'objet d'un objectif spécifique (99).

L'objectif a été exprimé toutes causes d'accident confondues et en termes de mortalité plutôt que d'incidence et/ou de séquelles compte tenu des limites des données actuellement disponibles.

Cet objectif ne donne pas non plus de niveau de référence compte tenu des limites actuelles des données de mortalité.

L'indicateur proposé dans le rapport annexé porte sur la mortalité survenant dans les 30 jours suivant la survenue d'un accident, par cause et par sexe. La spécification d'un délai de 30 jours ne semble toutefois pas justifiée (autrement que par analogie avec les traumatismes par accident de la circulation). Le délai entre la survenue du traumatisme et le décès peut être rapporté avec le nouveau certificat de décès (exhaustivité ?) mais n'est actuellement pas enregistré dans la base de données.

La définition de taux spécifiques par cause et/ou par circonstance semble par contre souhaitable pour identifier les cibles des actions de prévention.

Une stratification par âge et par catégorie sociale semble également souhaitable, compte tenu des différentiels observés :

en fonction de l'âge des victimes, correspondant à des causes différentes

en fonction de la catégorie sociale (PCS), en relation avec des expositions différentes, notamment pour les facteurs de risque liés aux conditions de logement.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues pourrait également être envisagé, et, à terme, des indicateurs de gravité prenant en compte le retentissement fonctionnel des séquelles.

Principales sources de données identifiées :

Les statistiques des causes médicales de décès de l'Inserm CépiDc fournissent les données de mortalité. L'analyse des causes liées aux accidents de la vie courante fait l'objet d'un travail mené par le CépiDc et l'InVS.

L'InVS réalise depuis 2002 une enquête spécifique sur la mortalité par noyade entre juin et septembre.

Par ailleurs, deux grandes sources d'informations sur l'incidence des accidents ont existé ou existent :

la CNAMTS a mené jusqu'en 1994 une enquête par courrier auprès d'un échantillon national représentatif d'assurés sociaux du régime général.

le système EPAC, Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, extension française du recueil européen contribuant au système européen sur les accidents, *Injury Surveillance System*, ISS, (ancien système Ehlass *European Home and Leisure Accident Surveillance*) est basé sur des données recueillies à partir des consultations d'urgences d'hôpitaux publics sélectionnés sur une base de volontariat.

Ces deux systèmes posent différents problèmes méthodologiques. Le système EPAC repose sur un échantillon d'hôpitaux volontaires non représentatif ; l'enregistrement des décès est par ailleurs limité aux décès aux urgences et dans les premiers jours de l'hospitalisation. L'enquête de la CnamTS souffre de problèmes de fiabilité des informations médicales, et de biais de mémorisation ; par ailleurs cette enquête n'est plus réalisée depuis 1994.

L'enquête Santé et Protection Sociale (Irdes, recueil rétrospectif sur 3 mois) et l'enquête Santé (INSEE, recueil rétrospectif, visites répétées sur une période de trois mois) recueillent également des données sur l'incidence déclarée des accidents et sur leurs retentissements en termes de consommation de soins. Toutefois ces enquêtes ne permettent pas d'estimer la mortalité.

L'Observatoire National de la Sécurité des Établissements scolaires et d'Enseignement supérieur, enfin, recense dans la BAse d'OBservation des ACCidents scolaires et universitaires (BAOBAC) les accidents survenant dans les établissements scolaires et universitaires donnant lieu à hospitalisation, sur déclaration des établissements ou des inspections académiques pour l'enseignement primaire. L'exhaustivité et la qualité des données ne sont pas précisés.

Il n'existe pas de système de recueil systématique portant sur les séquelles de ces accidents, difficiles à identifier en l'absence de registres. Les résultats d'enquêtes portant sur la prévalence des incapacités sont dominés par le poids plus important des traumatismes secondaires à des accidents de la circulation et des handicaps d'origine périnatale.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de mortalité après accident de la vie courante chez les 0-14 ans, par cause</i>	Statistiques des causes médicales de décès Inserm CépiDC	Âge : <1, 1-4, 5-14 Sexe	Annuel	Oui (cumuler sur 3 ans)	Transcodage CIM9-CIM10 en cours PCS ?

Soit 1 fiche.

Mortalité après accident de la vie courante chez les 1-14 ans	
Indicateur	Taux de mortalité après accident de la vie courante chez les 1-14 ans
Objectif	93 : Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre annuel de décès en rapport avec un traumatisme chez des enfants âgés de 1 à 14 ans (accidents de la circulation, complications et suites d'actes médicaux et chirurgicaux exclus) : décès dont la cause initiale est identifiée comme un accident, quel que soit le délai du décès après l'accident.	
Dénominateur (D)	Effectif de la population dans la tranche d'âge estimé pour l'année en cours	
Sous-groupes (strates)	Sexe et classes d'âge (<1, 1-4, 5-14 ans).	
Décompositions (N)	Causes d'accident	
Niveau d'agrégation	National (y compris DOM/TOM) / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux	La liste ECHI prévoit un item pour les accidents de la vie courante dans la rubrique morbidité en isolant spécifiquement les brûlures et les empoisonnements, et pour les adolescents les fractures (long-bone fracture) à partir du Child project.	
Dernier résultat connu	Année : 1999	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Médecin certifiant le décès INSEE
Mode de collecte (ddb)	Certificat de décès
Organisme responsable de la collecte (ddb)	En cours de modification
Service responsable de la synthèse des données	InVS et Inserm CépiDc
Fiabilité	A préciser
Mode de calcul	N/D

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'analyse des causes indéterminées quant à l'intention est en cours au CépiDc avec une enquête complémentaire auprès du médecin La sous-estimation des morts violentes doit être résolue en relation avec l'Institut Médico-Légal : 2 enquêtes ont été effectuées Pas de donnée sur les catégories sociales des familles L'impact sur les données du passage Cim9-Cim10 (à partir de 2000) - ainsi que du passage de la codification manuelle à une codification automatique a été analysé par le CépiDc sur la base d'un double codage de 50 000 décès de 1999 avec documentation de l'impact sur les différentes catégories de décès
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Donnée déjà disponible
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Travaux en cours (CépiDc)

COMMENTAIRE

94 : TRAUMATISMES LIÉS À LA VIOLENCE ROUTIÈRE : RÉDUIRE FORTEMENT ET EN TENDANCE RÉGULIÈRE ET PERMANENTE LE NOMBRE DE DÉCÈS ET DE SÉQUELLES LOURDES SECONDAIRES À UN TRAUMATISME PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION D'ICI À 2008.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé :

Taux de mortalité secondaire à un accident de la circulation (par classe d'âge et par sexe).

Taux d'incidence des séquelles secondaires à un accident de la circulation (par classe d'âge et par sexe).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

La formulation initiale de cet objectif faisait référence à un taux de réduction de 50%, par comparaison avec la fréquence observée dans d'autres pays Européens. La rédaction finale répond à une demande de la Délégation Interministérielle à la Sécurité Routière : elle est moins précise sur l'importance de la réduction attendue, mais plus explicite sur la recherche d'une réduction continue et pérenne.

Dans tous les cas, l'objectif porte sur la réduction de la fréquence des conséquences les plus sévères des traumatismes secondaires à un accident de la circulation.

Conformément aux dispositions retenues au niveau international, les décès et les séquelles devraient être comptabilisés à 30 jours suivant la survenue du traumatisme, au lieu de 6 jours actuellement en France (la loi relative à la politique de santé publique introduit une disposition dans ce sens).

La désagrégation par âge et par sexe est justifiée par l'existence de différences de fréquence et de gravité des traumatismes. Il pourrait également être souhaitable de différencier les traumatismes en fonction de la position de la victime : conducteur/passager/piéton et du type de véhicule : poids lourd/automobile/moto/vélo.

Principales sources de données identifiées :

Le fichier national des accidents corporels géré par l'observatoire national interministériel de sécurité routière (Onisr)¹⁸⁵ est basé sur les bulletins d'analyse d'accidents corporels (BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie. L'identification des décès est assurée par un suivi des forces de l'ordre en milieu hospitalier dans un délai de 6 jours. Le « blessé grave » est défini par une durée d'hospitalisation supérieure à 6 jours.

Les données de mortalité enregistrées par le CépiDc incluent des décès survenus plus de 6 jours après l'accident.

À un niveau local, le Registre des victimes des accidents de la circulation dans le département du Rhône¹⁸⁶ assure un enregistrement des cas pour l'ensemble des victimes de la circulation routière dans ce département et une cotation de la gravité des lésions avec un outil approprié (AIS¹⁸⁷ et IIS¹⁸⁸), avec un suivi systématique de l'évolution de toutes les victimes présentant un traumatisme côté 3 ou plus sur l'AIS (lésion qualifiée de « sérieuse »).

Par ailleurs :

¹⁸⁵ <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/infos-ref/observatoire/>

¹⁸⁶ <http://web.inrets.fr/ur/UMRESTTE/siteUMR1/index.htm>

¹⁸⁷ Abbreviated Injury Scale, 1990 Revision, Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM), Des Plaines, Illinois, USA. L'AIS permet de coder chaque lésion élémentaire et de lui affecter un degré de gravité de 1 (mineure) à 6 (au-delà de toute ressource thérapeutique). Le M.AIS est la gravité associée à la lésion présentant l'AIS le plus élevé pour une victime donnée.

¹⁸⁸ Injury Impairment Scale. L'IIS attribue à chaque lésion AIS un score de déficience nul, ou de 1 (déficience mineure détectable mais n'affectant pas la fonction normale) à 6 (déficience totale rendant impossible une fonction essentielle). Ce score prend en compte la mobilité, les capacités cognitives, les atteintes externes ou esthétiques, les fonctions sensorielles, la fonction sexuelle et/ou la douleur.

Les données recueillies au cours de l'enquête HID peuvent permettre d'estimer la prévalence des déficiences d'origine accidentelle (analyse en cours à la DREES) et, pour les personnes présentant une déficience d'origine accidentelle, le taux de reconnaissance d'invalidité ou d'incapacité.

L'enquête santé 2003 permettra d'estimer la prévalence des problèmes de santé actuels (récents ou anciens) d'origine accidentelle avec la date (année) de survenue de l'accident et la notion de reconnaissance officielle du handicap (ainsi que la survenue d'accidents entre les 3 visites, soit sur une période de deux mois, et les hospitalisations, recours aux soins et actes en rapport). Ces différentes informations ne permettront vraisemblablement pas d'estimer des taux d'incidence.

Il serait utile d'explorer ce que pourraient fournir les données recueillies par les compagnies d'assurance.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route</i>	Fichier national des accidents corporels (Onisr)	Sexe, classe d'âge	Annuel	Oui	
Indicateurs complémentaires					
<i>Taux de mortalité après accident de la route</i>	Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc ; InVS Umrestte)	Sexe, classe d'âge	Annuel	Oui	
<i>Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après un accident de la route</i>	Fichier national des accidents corporels (Onisr)	Sexe, classe d'âge	Annuel	Oui	
<i>Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS >= 3</i>	Registre du Rhône (Umrestte)	Sexe, classe d'âge	Annuel	Rhône	

Soit 4 fiches.

MORTALITÉ APRÈS ACCIDENT DE LA ROUTE	
Indicateur	Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route
Objectif	94 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de décès causés par un accident de la route survenant dans les 30 jours suivant la survenue de l'accident
Dénominateur (D)	Effectif de la population
Sous-groupes (strates)	Par sexe et par âge (0-14 ans, 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65+)
Décompositions (N)	catégories d'usager (véhicules légers, motocyclettes, cyclomoteurs, bicyclettes, piétons), type de réseau, circonstances (mois, jour, heure), ... ¹⁸⁹
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain : les DOM ne sont pas inclus pour l'instant, mais présenteraient des caractéristiques comparables à celles du reste du territoire national. Indicateurs d'accidentologie locale au niveau de chaque département : nombre de tués dans le département/nombre de tués attendu si le risque associé au réseau routier du département était celui observé sur la France entière (en nombre de tués rapporté au parcours—véhicules*kilomètres—ou à la population pour les entités urbaines de plus de 5 000 habitants).
Périodicité de la mesure	Rapport annuel Baromètre mensuel et bulletins d'analyse conjoncturelle (estimations corrigées d'un effet météorologique, des variations saisonnières et des variations de trafic liés au calendrier) basés sur un système de remontées rapides indépendant des BAAC
Indicateurs internationaux	OCDE : International Road Traffic and Accident Database (IRTAD / BICAR) ¹⁹⁰ : - décès pour 100 000 habitants (France : 13 p. 100 000 en 2001) - décès par milliard de véhicules*kilomètres (14,8 en 2001) UE : Community Road Accident Database (CARE, DG Énergie et Transport) ¹⁹¹ : - décès dans les 30 jours suivant un accident routier (ou estimation par application d'un coefficient multiplicateur) survenant sur une voie publique ou sur une voie privée à laquelle le public a accès, impliquant au moins un véhicule et responsable d'au moins un traumatisme mortel ou non. En principe, exclusion des morts naturelles et des suicides (conditions non respectées dans plusieurs pays). (France : 129 décès par million d'habitants en 2002, 138 décès par million d'habitants en 2001)
Dernier résultat connu	Année : 2002 Valeur : 121 tués par million d'habitants

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	L'attribution du décès à l'accident de la route est déterminé par les conclusions du suivi réalisé par les forces de l'ordre Recensement : INSEE
Mode de collecte (ddb)	Recueil par les services de gendarmerie et de police : bulletin standardisé et suivi en milieu hospitalier dans un délai de 6 jours suivant l'accident
Organisme responsable de la collecte (ddb)	La Gendarmerie Nationale est responsable du recueil dans les accidents de rase campagne et des agglomérations de moins de 7 000 habitants environ ; le ministère de l'Intérieur centralise les données provenant des services de la Sécurité Publique (villes de plus de 7 000 habitants), des Compagnies Républicaines de Sécurité (autoroutes urbaines) et de la Police Aux Frontières (aéroports et zones frontalières). Chaque système utilise jusqu'ici des logiciels, des procédures de saisie et de transmission différents. Les données recueillies par les services de gendarmerie et de police puis centralisées par la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale et la Direction Générale de la Police Nationale sont regroupées en un fichier unique et transmises à l'Observatoire.
Service responsable de la synthèse des données	Onisr
Fiabilité	Les BAAC sont envoyés sous forme de fichiers mensuels. L'exhaustivité des données est vérifiée par comparaison au aux données du système de remontées rapides et les doublons, anomalies ou incohérences repérés, en demandant si nécessaire des précisions aux services à l'origine du BAAC. Des opérations de corrections sont réalisées (tenant compte, par exemple, de problèmes ponctuels de transmission) et les données sont disponibles au mois n+3.
Mode de calcul	Application d'un coefficient multiplicateur (actuellement 1,057) pour estimer les décès à 30 jours.

¹⁸⁹ Ces informations sont importantes pour comparer les risques associés à ces différentes variables, mais dépassent probablement le cadre strict de l'objectif qui porte sur l'impact final, même si elles sont importantes en termes de stratégies d'amélioration de la sécurité routière.

¹⁹⁰ <http://www.bast.de/htdocs/fachthemen/irtad/francais/irtadlan.htm>

¹⁹¹ http://europa.eu.int/comm/transport/care/index_en.htm

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les comparaisons réalisées dans le département du Rhône avec les données du Registre de l'Umrestte sur la période 1996-1999 retrouvaient une exhaustivité d'environ 90 % des décès enregistrés par l'Umrestte (58 décès supplémentaires dans le registre de l'Umrestte pour 459 décès faisant l'objet d'un BAAC). Les défauts de recueil semblent plus porter sur l'enregistrement et la transmission des données que sur la déclaration des accidents.
Modalités d'interprétation	A rapprocher de l'évolution du trafic routier (indice de circulation par type de réseau) et du nombre d'accidents (pour apprécier la létalité)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Disponible
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Le système est en cours d'évolution vers la constitution de bases de données départementales. Le projet de modernisation du fichier accidents (état d'avancement au 28/10/03) prévoit notamment la simplification des fiches et la rédaction d'un guide de référence pour le remplissage des BAAC, la mise en place d'indicateurs de qualité permettant de repérer les différences interdépartementales, l'expertise des logiciels de saisie et la déconcentration du contrôle et de la consolidation des données au niveau départemental.

COMMENTAIRE

L'extension du recueil à 30 jours devrait être opérationnelle au début de l'année 2005.

MORTALITÉ APRÈS ACCIDENT DE LA ROUTE	
Indicateur	Taux de mortalité après accident de la route
Objectif	94 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Décès codés E810-819, E826-829 (CIM9)	
Dénominateur (D)	Population totale	
Sous-groupes (strates)	Sexe et classes d'âge	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	National (y compris DOM/TOM)	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificat de décès
Mode de collecte (ddb)	En cours de modification
Organisme responsable de la collecte (ddb)	En cours de modification
Service responsable de la synthèse des données	Inserm CépiDc et InVS (Umrestte)
Fiabilité	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les décès enregistrés par le CépiDc ne sont en principe pas limités aux 6 jours suivant la survenue du traumatisme. Toutefois, la comparaison des statistiques produites par l'Onisr et par le CépiDc met en évidence que les nombres de décès enregistrés sont très étroitement corrélés, mais à un niveau constamment inférieur pour le CépiDc.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

L'intérêt de disposer de cet indicateur en sus des statistiques publiées par l'Onisr se situe en fait au niveau régional : les résultats de l'Onisr correspondent en effet à des données enregistrées tandis que celles du CépiDc correspondent à des données domiciliées. Ces deux types de données sont nécessaires pour suivre les diverses politiques de lutte contre l'insécurité routière.

BLESSÉS « GRAVES » PAR ACCIDENT DE LA ROUTE	
Indicateur	Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après un accident de la route
Objectif	94 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de victimes hospitalisés au moins 6 jours après un accident de la route	
Dénominateur (D)	Effectif de la population	
Sous-groupes (strates)	Par sexe et par âge (0-14 ans, 15-24, 25-44, 45-64, 65+)	
Décompositions (N)	catégorie d'usager (poids lourds, véhicules légers, motocyclettes, cyclomoteurs, bicyclettes, piétons), ... ¹⁹²	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux	UE : Community Road Accident Database (CARE, DG Énergie et Transport) ¹⁹³ : 24 091 blessés graves et 113 748 blessés légers en 2002.	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur : 7 242 tués, 24 091 blessés graves et 113 748 blessés légers, soit au total 2 433 victimes par million d'habitants

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Suivi réalisé par les forces de l'ordre en milieu hospitalier dans un délai de 6 jours suivant l'accident. Recensement : INSEE
Mode de collecte (ddb)	Réalisé par les services de gendarmerie et de police : bulletin standardisé et suivi en milieu hospitalier dans un délai de 6 jours suivant l'accident.
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Les données recueillies par les services de gendarmerie et de police puis centralisées par la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale et la Direction Générale de la Police Nationale sont regroupées en un fichier unique.
Service responsable de la synthèse des données	Onisr
Fiabilité	Voir fiche mortalité
Mode de calcul	Les données publiées par l'Onisr ne comprennent pas actuellement le taux spécifique de « blessés graves » par rapport à la population, mais d'une part le nombre de victimes (blessés légers, blessés graves, tués) et le taux global de victimes par rapport à la population

INTERPRETATION

Limites et biais connus	La fréquence de survenue de « blessures graves » n'est qu'un indicateur approché de celle des séquelles visées par l'objectif. La définition utilisée depuis plusieurs décennies (hospitalisation supérieure ou égale à 6 jours) entraîne de plus un biais de sous-estimation sur longue période puisqu'elle ne tient pas compte de la baisse tendancielle de la durée moyenne de séjour à pathologie égale. Les comparaisons réalisées dans le département du Rhône avec les données du Registre de l'Umrestte sur la période 1996-1999 retrouvaient une exhaustivité de 77 % en présence d'un tiers et de 44% en le défaut de tiers pour les victimes présentant un M.AIS supérieur ou égal à 3 (blessures graves). Les accidents étaient d'autant mieux enregistrés qu'il y avait plusieurs véhicules impliqués et que l'un des usagers était considéré comme « vulnérable ».
Modalités d'interprétation	L'incidence des blessures graves et des séquelles responsables d'incapacités et/ou retentissant sur l'activité semble un paramètre important pour l'appréciation de la gravité des accidents et des problèmes de santé publique liés à la prise en charge de leurs victimes, à court et moyen terme, au niveau régional comme au niveau national.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Donnée déjà disponible depuis (année) Ou : année de livraison prévue
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Décrire les travaux prévus et leurs échéances en vue de construire ou d'améliorer le dispositif de collecte de l'indicateur Identifier l'organisme responsable

COMMENTAIRE

Il est proposé d'étudier la possibilité d'utiliser les données du registre du Rhône à titre de données de référence et de les extrapoler aux niveaux national et régional à partir du rapport avec les données correspondantes de l'Onisr collectées à partir des BAAC, comme cela est indiqué sur le site du registre. La comparaison avec les résultats publiés par l'Onisr peut être discutée sur la base des critères utilisés pour définir les blessés « graves ».

¹⁹² Ces informations sont importantes pour comparer les risques associés à ces différentes variables, mais dépassent probablement le cadre strict de l'objectif qui porte sur l'impact final.

¹⁹³ http://europa.eu.int/comm/transport/care/index_en.htm

LÉSIONS SUSCEPTIBLES DE LAISSER DE LOURDES SÉQUELLES	
Indicateur	Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS>=3
Objectif	94 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de victimes survivantes porteuses d'au moins une lésion causée par un accident de la route et susceptible de laisser une séquelle lourde un an plus tard, d'après l'IIS (IIS 3 séquelle sérieuse, à IIS 6 séquelle maximale)	
Dénominateur (D)	Effectif de la population	
Sous-groupes (strates)	Par sexe et par âge (0-14 ans, 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65+)	
Décompositions (N)	Par gravité : MIIS=3, 4, 5, 6 Organe atteint : cerveau, moelle épinière, membres inférieurs, membres supérieurs Catégories d'usager (PL, voitures, deux-roues à moteur, bicyclettes, piétons), type de réseau, circonstances (mois, jour, heure)	
Niveau d'agrégation	Rhône	
Périodicité de la mesure	Recensement continu Traitement annuel	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2001	Valeur : 63 par million d'habitants

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Registre du Rhône des victimes d'accidents de la circulation	
Mode de collecte (ddb)	Recueil par les services médicaux (secours, urgence, hospitalisation, rééducation) Chaque lésion, décrite en clair sur les fiches remplies par les services médicaux, est codée par un médecin avec l'AIS90, ce qui lui affecte un degré de gravité immédiate (score AIS, de 1 à 6), et un degré de gravité des séquelles (déficiences) prévisibles à un an (de 0 à 6) Pour chaque victime le MIIS est le niveau IIS maximal de ses différentes lésions.	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Umrestte, Unité Mixte de Recherche Épidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement (Inrets, UCBL Lyon1, InVS) et ARVAC : Association pour le Registre des Victimes d'Accidents de la Circulation	
Service responsable de la synthèse des données	Umrestte	
Fiabilité	Le but recherché est l'exhaustivité, l'ensemble des services susceptibles de transporter, examiner ou soigner les victimes les signale. Plus les victimes sont gravement atteintes et plus les signalements sont multiples (en moyenne 2,7 signalements par victime MIIS3+)	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Le niveau de déficience IIS repose sur un avis d'experts, et représente le niveau présent chez au moins 80% des victimes atteintes d'une lésion. Il n'a pas été validé à grande échelle, étant donné la grande diversité des lésions. Pour les faibles niveaux, il est sujet à caution. En revanche, pour les séquelles graves, la déficience reposant sur une perte de substance ou destruction d'organe, la prévision est assez fiable.
Modalités d'interprétation	A rapprocher de la mortalité (en 2001 : 8 séquelles lourdes pour 10 morts), d'une part du fait que le Rhône est un département très sûr, d'autre part du fait que ce ratio séquelles lourdes/décès est susceptible d'évoluer au cours du temps.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Disponible depuis 1996
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Le registre est appelé à s'étendre en Région Rhône-Alpes

COMMENTAIRE.

Le registre peut fournir d'autres indicateurs : -la gravité immédiate des lésions, tels que le MAIS (AIS de la lésion la plus grave, de 1 à 6) ou l'ISS (gravité globale prenant en compte le polytraumatisme), ainsi que -la localisation des lésions en 9 grandes zones ou par organe (cerveau, foie, tibia, etc.), -la description fine des lésions (fractures, plaies d'organes internes, etc.) par âge, sexe, type d'usager, etc

95. TRAUMATISMES INTENTIONNELS DANS L'ENFANCE : DÉFINITION D' ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE EFFICACES.

OBJECTIF PRÉALABLE : RÉUNIR L'ENSEMBLE DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES NÉCESSAIRES

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs :

Le domaine des violences exercées sur les enfants est caractérisé, sur le plan épidémiologique, par l'impossibilité de proposer actuellement des indicateurs chiffrés, du fait de la carence en données fiables sur l'ampleur réelle du problème. De ce fait, l'objectif renvoie au plan stratégique de lutte contre les conséquences de la violence, et à la nécessité de réunir les connaissances nécessaires pour améliorer la connaissance de ces phénomènes, élaborer des stratégies d'action efficaces et être en mesure d'évaluer leur impact.

Principales sources de données identifiées :

Jusqu'à présent, en population générale, les seules données nationales permettant d'identifier spécifiquement des « traumatismes intentionnels » sont les chiffres de signalement de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) : 18 500 enfants maltraités ont été signalés en 2002 par l'ASE (dont 5 600 cas de violences physiques, 5 900 d'abus sexuels, 5 000 de négligences lourdes et 2 000 de violences psychologiques). Il existe des disparités régionales importantes dans ces signalements. Toutefois, ces chiffres sont certainement sous-estimés et souffrent d'un biais majeur, les cas de violences à enfants dans les classes socio-économiques les plus aisées échappant presque toujours au repérage et au signalement.

L'autre source d'information en population générale est représentée par l'Éducation nationale, mais ses chiffres de signalements ne sont pas en cohérence complète avec ceux de l'ASE. Au cours de l'année scolaire 2001/2002, et pour tous les établissements, de la maternelle au divers types d'établissements du second degré, 44 980 examens ont été effectués par les médecins dans le cadre d'une suspicion de danger (dont 8 351 pour violences physiques et 2 400 pour violence sexuelles) mais le pourcentage de signalement à l'ASE n'a été que de 43%. Du fait de la scolarisation de l'ensemble de la population, et de la couverture de l'ensemble du système scolaire public et privé par le système de santé en faveur des élèves, ces données permettent d'estimer la fréquence des cas de danger (et non de « traumatismes intentionnels ») : 3 élèves scolarisés sur 1 000 étaient concernés.

Les enfants victimes de traumatismes intentionnels sévères passent presque toujours par des services d'urgence des hôpitaux et des études menées en milieu clinique montrent que des traumatismes intentionnels sont parfois suspectés devant certains types particuliers de lésions présentées comme d'origine accidentelle (les brûlures, les fractures du crâne et du fémur du nourrisson principalement). Toutefois la tendance à la suspicion est beaucoup moins développée en France qu'elle ne l'est dans d'autres pays. De plus il n'existe pas de statistiques établies pour les causes de consultation externe.

Les chiffres sur les violences exercées sur des enfants en milieu institutionnel sont rares. Une étude menée par la DGAS (Direction Générale de l'Action sociale) sur les signalements émanant des institutions sociales et médico-sociales de 51 départements a montré que les violences perpétrées en milieu institutionnel concernent les handicapés dans 96 % des cas.

Le sous-enregistrement des violences intentionnelles envers les enfants concerne aussi les statistiques de mortalité, en apparence plus fiables car s'adressant à un phénomène identifiable de façon précise, le décès. Pourtant, l'analyse des statistiques de mortalité du CépiDc pour les enfants de moins de 1 an (âge le plus exposé aux traumatismes intentionnels) met en évidence plusieurs éléments qui suscitent des interrogations :

le pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées » (165 cas, soit 5,1% des causes de décès des enfants de moins de 1 an en 1999, respectivement 130 cas et 3,8% en 2000, 145 cas et 4,2% en 2001) ;

le taux très élevé de décès dits accidentels, particulièrement celui des morts par accidents non liés à la circulation, à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (9,5 pour 100 000 en 2000, alors que ce taux n'est plus que de 5,2 chez les enfants de 1 à 4 ans, « âge de tous les dangers » notamment face au risque d'accident domestique). Ce taux (avant 1 an) est beaucoup plus élevé que ceux des pays du Nord de l'Europe : les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS indiquent qu'en 1999, aux Pays-Bas le taux de mortalité par accident non lié à la circulation avant 1 an était de 4,9 pour 100 000, et en Suède, de 2,2 ;

le petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels, au niveau national : les chiffres semblent peu réalistes compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements signalés annuellement, et des comparaisons que l'on peut faire, pour les homicides chez l'ensemble des enfants de moins de 15 ans, entre les données du CépiDc et celles de la Police et la Gendarmerie nationales (40 cas pour le CépiDc versus 74 pour la source policière, en 1999).

Le sous-enregistrement des cas d'homicides d'enfants est confirmé par les premiers résultats d'une étude nationale sur les « morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an » (menée par l'unité 502 de l'Inserm) qui vise à améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des morts violentes intentionnelles à cet âge par un recoupement des données des sources identifiées comme pertinentes (les services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés, les services de transport en urgence de ces enfants, les parquets, les statistiques du CépiDc) : seules 10% des morts considérées comme violentes par la justice sont retrouvées dans la catégorie « homicide » des statistiques de mortalité, les autres étant classées dans diverses catégories (MSIN, morts naturelles, accidents, causes inconnues...).

L'évolution, depuis une vingtaine d'années, des causes de décès (telles que déclarées) avant l'âge de 1 an est également marquée par des changements dans le temps, souvent liés à des changements de diagnostic et de codage (par exemple diminution massive du taux des « suffocations alimentaires » et augmentation parallèle de celui des « morts subites du nourrisson »). En ce qui concerne plus particulièrement certains cas de morts violentes intentionnelles, des confusions avec d'autres diagnostics (« fausse route », « mort subite », « accident ») ne sont pas impossibles.

L'objectif de surveillance épidémiologique de la maltraitance semble impossible à atteindre actuellement, notamment du fait de la difficulté de recueil de données judiciaires pertinentes (hétérogénéité des pratiques informatiques, d'archivage...) et de la non contribution du secteur sanitaire à la collecte de données épidémiologiques sur la maltraitance. Des problèmes de diagnostic, de déclaration et de collaboration entre secteurs pénalisent la fiabilité des statistiques de mortalité.

La mise en place, en 2004, de l'Observatoire de l'Enfance en Danger (ONED) vise à doter la France d'un outil de surveillance statistique de la situation de danger.

Propositions

Les stratégies pour réunir les données nécessaires à la définition d'objectifs et d'indicateurs citées dans le rapport du GTNDO, comprennent :

La mise à disposition de moyens permettant à l'ONED d'être un outil de surveillance de la maltraitance vraiment performant, grâce à un travail d'identification de toutes les sources d'information potentielles et d'homogénéisation des données chiffrées qu'on peut y recueillir,

Dans ce but, la poursuite d'études épidémiologiques visant à identifier les sources d'information les plus appropriées et la manière de les utiliser,

Le développement de critères d'identification (non biaisés) des populations et situations à risque,

La mise au point d'études rigoureuses (longitudinales prospectives) du devenir à long terme d'enfants victimes de mauvais traitements en fonction des stratégies de prises en charge,

L'évaluation des prises en charge médicales lourdes (en relation avec les critères de gravité clinique initiale) dans le syndrome de l'enfant secoué,

Le développement de critères prédictifs de la dépression du post-partum et le repérage des grossesses à « risques psychologiques » ainsi que l'évaluation d'actions de dépistage des troubles dépressifs associés à la grossesse.

L'élaboration du plan stratégique de lutte contre les conséquences de la violence doit permettre de préciser ces propositions.

96. AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU LANGAGE ORAL ET ECRIT

OBJECTIF PRÉALABLE : ÉVALUATION DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE PLAN TRIENNAL INTERMINISTÉRIEL

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Objectif

Les troubles du langage oral ou écrit comprennent les dysphasies (troubles du développement du langage oral) et les dyslexies (dysorthographies ou troubles d'apprentissage du langage écrit). Les prévalences de ces troubles ne sont pas connues précisément en France, faute d'enquêtes nationales comportant des données effectivement validées par diagnostics spécialisés. Au vu d'un certain nombre d'éléments (littérature internationale ou études françaises) les experts estiment en France la prévalence des difficultés sévères du langage oral à 1% et celle de la dyslexie de 4 à 5 %.

Les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral et/ou écrit sont confrontés à des difficultés de degrés divers débutant dès les premiers apprentissages du langage écrit. En l'absence de diagnostic ou en cas de prise en charge tardive ou inadaptée, le risque est celui d'échecs scolaires massifs - et , à l'extrême, d'illettrisme - posant problème à toutes les étapes des apprentissages et de la vie scolaire et grevant l'accès aux études et à l'insertion professionnelle.

Il était donc nécessaire de mettre en place une stratégie de dépistage systématique précoce des troubles du langage, puis de favoriser la prise en charge de ces troubles

Le plan triennal interministériel¹⁹⁴ « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » de mars 2001, cité dans l'objectif préalable et la circulaire n°DGS/SD6D/MEN/2002/68 du 4 février 2002 sur la mise en œuvre de ce plan d'action s'inscrivent dans cet objectif.

Cinq axes prioritaires d'action sont définis, il s'agit de :

- mieux prévenir dès l'école maternelle ;
- mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble du langage oral et écrit ;
- mieux prendre en charge ;
- mieux informer, former et rechercher ;
- assurer le suivi du plan d'action.

Un rapport a également été produit par l'Inspection Générale des Affaires Sociales¹⁹⁵ et l'Inspection Générale de l'Education Nationale, il porte plus précisément sur la prise en charge des troubles complexes du langage. Il émet également un certain nombre de propositions visant à améliorer la prise en charge.

¹⁹⁴ Il s'agit de propositions faites aux ministre de l'Education nationale, ministre délégué à la Santé et secrétaire d'Etat aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

¹⁹⁵ « Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage » rapport IGAS/IGEN de janvier 2002.

Indicateur

En l'état actuel de l'avancée du plan, il paraît difficile de disposer rapidement d'outils synthétiques pour juger du caractère effectif des actions préconisées dans le plan triennal, comme des propositions émises dans le rapport IGAS/IGEN. En revanche, il est possible de s'appuyer sur des indicateurs - parfois indirects - pour rendre compte des évolutions marquant le dépistage et les débuts de prise en charge des enfants ayant des troubles du langage oral et écrit :

- Pourcentage d'une classe d'âge ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire fait pour les 5/6 ans;

- Pourcentage des enfants ayant été orientés vers un professionnel de soins en orthophonie à l'issue de ce dépistage ;

Ces informations sur le dépistage devraient être complétées par des informations recueillies auprès des centres référents sur les troubles du langage afin de connaître l'origine de l'adressage des enfants accueillis.

Pour qualifier les progrès en matière de dépistage dans l'ensemble de la population, on pourrait également utiliser l'information brute suivante : le nombre de bilans orthophoniques effectués pour les enfants âgés d'environ 6 ans (fourchette d'âge large : dans les deux années situées de part et d'autre l'âge de 6 ans).

Enfin il serait souhaitable de recueillir des informations auprès des Centres Médico –Psycho --Pédagogiques (CMPP) vers lesquels certains enfants – particulièrement ceux présentant les troubles plus graves – pourraient être orientés. En effet, la connaissance du type de troubles traités dans ces centres pourrait fournir une indication sur le nombre d'enfants qui y sont orientés pour des troubles du langage oral et écrit sur avis du médecin scolaire.

Principales sources de données identifiées

Un suivi des actions préconisées dans le plan triennal est actuellement assuré par les services du ministère de la santé comme par ceux de l'éducation nationale. Il n'est pour le moment guère possible de définir des indicateurs synthétiques significatifs du degré d'avancée de ce programme, mais il n'est pas exclu qu'à terme, des outils soient accessibles.

Des bilans médicaux sont réalisés à l'école auprès des enfants scolarisés avant leur 6^{ème} anniversaire. Un examen « centré sur les acquisitions et le développement nécessaires à une bonne insertion à l'école, notamment sur les compétences neurosensorielles nécessaires à l'apprentissage des langages » y est réalisé. A partir du nombre d'enfants ayant bénéficié de cet examen, rapporté au nombre d'enfants de la classe d'âge, il est possible de déterminer un taux d'enfants dépistés. Ensuite, à partir des données fournies par le médecin scolaire et particulièrement : le nombre d'enfants adressés en centres de référence, en CMP ou en orthophonie, on peut en déduire le pourcentage d'enfants ayant été orientés vers un professionnel de soins en orthophonie à l'issue de ce dépistage.

Il peut être fructueux également de s'appuyer sur les informations existant dans les centres de référence qui existent aujourd'hui en France (dans toutes les régions de métropole et en Réunion – les coordonnées des centres sont notamment accessibles sur le site de l'INPES) et notamment sur leur file active et l'origine de l'adressage des enfants qui y figurent. Cette information est pertinente pour cerner le cas des enfants ayant les troubles les plus complexes, qui constituent la population accueillie en priorité dans ces centres.

Une information de contexte peut également être utile à recueillir, même si elle est à manipuler avec précaution, il s'agit du nombre de bilans orthophoniques réalisés. Ces bilans sont réalisés en préalable à toute prise en charge en soins d'orthophonie. Les évolutions du nombre de ces bilans effectués auprès d'enfants âgés d'environ 6 ans peuvent être révélatrices d'un meilleur dépistage des troubles, même si le spectre des troubles ainsi mis à jour est large : allant du simple défaut de prononciation aux troubles les plus graves.

Pour finir les données relatives à la clientèle des CMPP méritent d'être expertisées, même s'il paraît difficile de mettre en place à court terme un système d'informations performant pour le recueil de ces données.

Il faut mentionner enfin une évaluation qui devrait prochainement être lancée en rapport avec le « plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » qui vise à analyser les actions mises en œuvre, notamment sur le plan des disparités géographiques, à appréhender la capacité du dispositif de dépistage et de prévention à réaliser les objectifs fixés et à identifier les dysfonctionnements et leurs causes.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent	Travaux nécessaires
Indicateurs approchés					
<i>Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire</i>	Éducation Nationale	Par région	Annuelle	oui	À expertiser
<i>Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant) parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire</i>	Éducation nationale	Selon le type d'adressage et par région	Annuelle	oui	Disponibilité à confirmer
<i>File active et part d'enfants adressés par la médecine scolaire, la PMI et les professionnels libéraux aux centres de référence des troubles du langage</i>	Relevés des centres de référence (DHOS)		Annuelle	Oui, disponible, représentativité à vérifier	À expertiser
<i>Nombre de bilans orthophoniques effectués pour les enfants âgés de 6 ans</i>	Assurance maladie	Par région	Annuelle	Oui et disponible	
<i>Nombre d'enfants orientés en CMPP pour des troubles du langage oral et écrit sur avis du médecin scolaire</i>	(CMPP)				À expertiser

Soit 4 fiches.

**PART D'ENFANTS AYANT EU UN DÉPISTAGE DES TROUBLES DU LANGAGE
DANS LE CADRE DU BILAN DE SANTÉ SCOLAIRE DES 5-6 ANS**

Indicateur	Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire
Objectif	96. Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit Objectif préalable : Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants de 5-6 ans	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bilans scolaires des 5-6 ans
Mode de collecte (ddb)	Recueil des informations notées par le médecin scolaire lors du bilan
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Éducation nationale
Service responsable de la synthèse des données	Éducation nationale (DESCO B4)
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les outils de dépistage utilisés sont multiples et pour la plupart non validés, leurs résultats ne sont pas toujours comparables.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La validation des outils est en cours par une commission d'experts (juin 2005), cela permettra de résoudre une partie des problèmes évoqués ci-dessus.

COMMENTAIRE

PART D'ENFANTS DÉPISTÉS DANS LES BILANS SCOLAIRES ADRESSÉS À UN PROFESSIONNEL

Indicateur	Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire
Objectif	96. Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit Objectif préalable : Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire	
Sous-groupes (stratification)	Distinction des enfants adressés selon le type de structure (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant)	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National / Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Bilans scolaires des 5-6 ans	
Mode de collecte (ddb)	Recueil des informations notées par le médecin scolaire lors du bilan	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Education nationale	
Service responsable de la synthèse des données	Education nationale (DESCO B4)	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Comprend toutes sortes de troubles du langage, y compris les plus légers et les défauts de prononciation
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

ENFANTS TRAITÉS DANS LES CENTRES DE RÉFÉRENCE DES TROUBLES DU LANGAGE

Indicateur	Nombre d'enfants dans la file active des centres de référence des troubles du langage et part d'enfants qui y sont adressés par la médecine scolaire, la PMI et par les professionnels libéraux.
Objectif	96. Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit Objectif préalable : Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants adressés par la médecine scolaire, la PMI et par les professionnels libéraux.	
Dénominateur (D)	File active des enfants des centres de référence des troubles du langage	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Fichiers des centres de référence sur les troubles du langage
Mode de collecte (ddb)	À préciser et organiser avec la Fédération des Centres référents
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Centres de références sur les troubles du langage (données collectées par la DHOS ?)
Service responsable de la synthèse des données	DHOS et DREES.
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'aire de recrutement des centres de référence sur les troubles du langage est très variable, bien d'autres éléments que la seule gravité des troubles expliquent la venue ou non dans le centre
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

PART D'ENFANTS DE 6 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN BILAN ORTHOPHONIQUE

Indicateur	Part d'enfants âgés d'environ 6 ans ayant bénéficié d'un bilan orthophonique (fourchette d'âge de 5 à 7 ans)
Objectif	96. Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit Objectif préalable : Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'enfants d'environ 6 ans (de 5 à 7 ans ?) ayant bénéficié d'un bilan orthophonique	
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants d'environ 6 ans (de 5 à 7 ans ?)	
Sous-groupes (stratification)		
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National/régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Assurance maladie
Mode de collecte (ddb)	<i>À vérifier</i>
Organisme responsable de la collecte (ddb)	CNAMTS
Service responsable de la synthèse des données	CNAMTS
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Les bilans orthophoniques sont effectués quelle que soit la gravité du trouble, ils recouvrent donc des populations très diverses.
Modalités d'interprétation	Il serait souhaitable de disposer de la qualité (fonction ?) du prescripteur pour une meilleure interprétation.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

97. ASSURER L'ACCÈS À UNE CONTRACEPTION ADAPTÉE, À LA CONTRACEPTION D'URGENCE ET À L'IVG DANS DE BONNES CONDITIONS POUR TOUTES LES FEMMES QUI DÉCIDENT D'Y AVOIR RECOURS.

OBJECTIF PRÉALABLE : AMÉLIORER LES CONNAISSANCES RELATIVES À L'ACCÈS À UNE CONTRACEPTION ADAPTÉE, À LA CONTRACEPTION D'URGENCE ET À L'IVG.

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception.

Population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesse et ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Cet objectif repose sur le constat de la stabilité globale du nombre de grossesses donnant lieu à une IVG, autour de 14 avortements annuels pour 1000 femmes de 15-49 ans, soit environ 200 000 IVG chaque année, alors que la proportion de femmes concernées qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est actuellement très faible, de l'ordre de 5%. Selon les premiers résultats de l'enquête COCON, en 2000, pour un tiers des femmes ayant été enceintes au cours des 5 années précédentes, la dernière grossesse était non prévue. Plus de la moitié de ces grossesses non prévues avaient fait l'objet d'une IVG. Seulement 28% des grossesses ayant donné lieu à une IVG étaient survenues alors que la femme n'utilisait aucune méthode de contraception, et 23% étaient survenues chez des femmes utilisant la pilule. Ces échecs soulèvent notamment la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes au moment de la prescription. L'Anaes, associée à l'Inpes et à l'Afssaps, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives en pratique courante.

Par ailleurs, plusieurs rapports officiels font état de difficultés persistantes d'accès à l'IVG. Le rapport d'activité (décembre 2002) du groupe national d'appui à la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception recommandait d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du système statistique de suivi des IVG, de compléter les données recueillies pour mieux suivre l'accès des femmes à l'IVG, d'organiser un dispositif de recueil d'informations en ce qui concerne l'IVG médicamenteuse en médecine ambulatoire et de mettre en place d'éventuelles enquêtes complémentaires selon les besoins.

Principales sources de données identifiées

Plusieurs enquêtes de l'Ined ont permis de suivre l'évolution des pratiques contraceptives depuis l'adoption de la loi Neuwirth en 1967. Réalisées en liaison avec l'Insee, en 1970, 1978, 1988 et 1994, ces enquêtes reposaient sur des échantillons représentatifs de la population féminine d'âge reproductif. Une large étude de cohorte a été lancée par l'Inserm en 2000, en association avec l'Ined (étude COCON) : un premier échantillon de 2863 femmes a été constitué fin 2000, qui sera suivi pendant 5 ans. Cette étude a notamment pour buts de décrire et de mieux comprendre les conditions d'utilisation de la contraception, et les raisons de ses échecs, ainsi que les modalités d'accès à l'IVG en France. Une nouvelle enquête sera réalisée dans les prochaines années.

L'enquête santé INSEE comporte une seule question sur l'existence d'une contraception médicalisée (pilule, stérilet) en cours pour les femmes de 12 à 55 ans (Question G5R).

L'enquête santé et protection sociale (IRDES) ne comporte pas de question spécifique sur la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse.

Le Baromètre Santé (INPES) comprend une section spécifique sur la sexualité et la contraception (Q142 à 174 sur le questionnaire du Baromètre Santé 2000 : les questions 150 à 157 portent spécifiquement sur les pratiques contraceptives déclarées par les hommes et les femmes interrogés ; la question 158 porte sur la réalisation d'une IVG, y compris médicamenteuse, au moins une fois au cours de la vie). Cette section a été révisée sur le Baromètre Santé 2004 : les questions SC12 à SC30 portent sur les pratiques contraceptives pour les hommes et les femmes de moins de 55 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des derniers mois ; les questions SC15 à SC30 sur l'utilisation de la contraception d'urgence (SC17 : fréquence d'utilisation au cours des 12 derniers mois) ; les questions SC31 à SC35 portent sur la réalisation d'une IVG.

Par ailleurs, l'évolution des ventes des produits utilisés en contraception d'urgence (conditionnements spécifiques) peut donner une indication de la diffusion de ces méthodes, même s'il est vraisemblable que des stocks ont pu être constitués, notamment dans des établissements scolaires, lorsque la diffusion gratuite aux mineures a été autorisée en 2001.

Le dispositif permettant un accès plus rapide des mineures à la contraception d'urgence a été mis en œuvre par la loi du 13 décembre 2000. Les infirmières scolaires sont autorisées à administrer ce type de contraception dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée selon un protocole national (décret du 27 mars 2001). Les pharmaciens délivrent de manière anonyme et gratuite une contraception d'urgence aux mineures (décret du 9 janvier 2002). Ce dispositif a fait l'objet, conformément à la loi du 13 décembre 2000, d'un bilan qui a été remis au Parlement. A l'initiative de la Direction générale de la santé, le suivi du dispositif a été poursuivi durant l'année scolaire 2002-2003 et est en cours pour l'année 2003-2004, dans le cadre d'un groupe de travail qui a réuni les représentants des ministères chargés de l'éducation nationale et de l'agriculture, de la CNAMTS et du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Le système d'information sur les IVG repose sur trois sources d'information : des bulletins statistiques comportant des informations médicales ainsi que les caractéristiques socio-démographiques des femmes concernées ; une collecte de données de cadrage dans la statistique annuelle des établissements (SAE) ; depuis 2001, un codage spécifique du PMSI pour les IVG réalisées dans les services de MCO.

La DREES a publié en décembre 2003 les données concernant les IVG de 2001. Après expertise des sources, le nombre d'IVG retenu dans cette publication est issu de la statistique annuelle des établissements (SAE) et la structure par âge est issue du PMSI. Les données issues des bulletins ne sont pas exhaustives, mais la part des IVG ne donnant pas lieu au remplissage d'un bulletin a été très stable de 1995 à 1998, correspondant à 4 % des IVG déclarées dans la SAE en secteur public et 33 % dans les cliniques privées. Les données concernant l'année 2002 ont été publiées en octobre 2004, sans montrer d'évolution majeure : le nombre des IVG est évalué à 206 000 en France métropolitaine, soit une progression de + 1,7% en un an.

Afin de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001, le système d'information a été adapté à la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville : une question de dénombrement des IVG réalisées en ville par des médecins conventionnés avec les établissements de santé a été ajoutée dans la SAE, et les bulletins d'IVG ont été simplifiés en les limitant à quelques données de cadrage. Des discussions associant la Drees, l'Inserm et l'Ined sont en cours pour l'élaboration d'une enquête pluriannuelle auprès d'un échantillon de femmes, permettant de compléter le dispositif, et en particulier de préciser les caractéristiques socio-démographiques et médicales des femmes concernées, les parcours de soins, les pratiques contraceptives des femmes concernées, les conditions de réalisation de l'IVG et ses suites. Ce projet est actuellement en cours de lancement, dans une phase d'étude de faisabilité.

La SAE permet de suivre l'évolution du nombre d'IVG réalisées et leur mode de réalisation (notamment la proportion d'IVG médicamenteuses). Elle inclut également depuis 2002 des données concernant le nombre d'IVG pratiquées les onzième et douzième semaines, le nombre de demandes d'IVG non prises en charge en octobre, le délai moyen de prise en charge d'une IVG en octobre.

Les données détaillées sur le terme sont disponibles dans les bulletins d'IVG.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent / disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse</i>	Baromètre Santé (INPES) Cocon ? ACSF (Ined) ?	par classe d'âge et catégorie sociale	5 ans ?	Non	Préciser informations attendues de Cocon, ACSF
<i>Taux d'incidence des IVG</i>	SAE, DREES	par classes d'âge numérateur : établissement hospitalier / ville	annuel	Non	Préciser sources utilisées, fiabilité, validité
<i>Distribution des délais de prise de RV d'IVG</i>	SAE, DREES	Catégorie d'établissement	Annuel	Oui	Autres possibilités de mettre en évidence les difficultés d'accès ?
Indicateur traceur					
<i>Ventes de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence</i>	IRDES ou DREES ?		Annuel ?	Oui	Faisabilité ? DREES en cours de négociation avec le laboratoire pour accord de diffusion des données
<i>Nombre d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré.</i>	Suivi coordonné par la DGS			Oui	A évaluer

Soit 5 fiches

MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES	
Indicateur	Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées (et du recours à la contraception d'urgence) par les femmes de 15 à 49 ans (ayant des relations sexuelles et ne souhaitant pas de grossesse)
Objectif	97. Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes de 15 à 49ans ayant eu des rapports au cours des 12 derniers mois utilisant une méthode contraceptive (SC12) (SC14 : ayant des relations hétérosexuelles et souhaitant éviter une grossesse) Nombre de femmes ayant utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours des 12 derniers mois (SC17)	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans interrogées	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge Catégories sociales	
Décompositions (N)	Types de méthodes contraceptives utilisées (pilule / stérilet / préservatif / autres méthodes/ contraception d'urgence)	
Niveau d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	2000, 2004, tous les 4 ans dans l'avenir	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 93,5 % (92,1-94,9) / Contraception d'urgence (au cours de la vie) : 9% (8,0-10,0)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Voir protocole Baromètre Santé
Mode de collecte (ddb)	Voir protocole Baromètre Santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	INPES
Service responsable de la synthèse des données	INPES
Fiabilité	Voir protocole Baromètre Santé
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'échantillon de l'enquête reflète la population générale mais la base de sondage exclut certains groupes pouvant rencontrer des difficultés particulières (personnes n'ayant pas le téléphone ou ne disposant que d'un téléphone portable)
Modalités d'interprétation	Pas de référence normative, mais reflète l'accès aux différents types de contraception, hypothèses sur l'intérêt d'une meilleure prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription et d'une plus grande diversité des méthodes utilisées par les femmes jeunes ne présentant pas de facteurs de risque de MST (voir recommandations Anaes, décembre 2004)

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

La question portant sur l'utilisation de la contraception d'urgence n'était pas limitée aux douze derniers mois dans la version précédente du questionnaire.

INCIDENCE DES IVG

Indicateur	Taux d'incidence des IVG
Objectif	97. Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant recours à une IVG au cours d'une année	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans	
Sous-groupes (stratification)	Classes d'âge	
Décompositions (N)	Lieu de réalisation : établissement hospitalier / en ville	
Niveau d'agrégation	Départemental (lieu de réalisation de l'IVG)	
Périodicité de la mesure	Annuel	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Établissements
Mode de collecte (ddb)	Statistique annuelle des établissements, enquête administrative
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DREES
Service responsable de la synthèse des données	DREES
Fiabilité	Cf publication et documents de collecte SAE
Mode de calcul	La distribution par âge est déterminée à partir du PMSI qui est couplé à la SAE ; estimations de population INSEE pour le dénominateur

INTERPRETATION

Limites et biais connus	sous-enregistrement, données divergentes selon les sources d'information
Modalités d'interprétation	Reflète les échecs de l'accès à la contraception ou de son utilisation Attention : pourrait aussi refléter l'impact des difficultés d'accès à l'IVG

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2004 pour les statistiques 2002
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

ACCÈS AUX IVG	
Indicateur	Distribution des délais de prise de RV d'IVG
Objectif	97. Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Délais moyens par établissement entre le premier contact de la femme avec l'établissement et la réalisation de l'IVG	
Dénominateur (D)	Nombre d'établissements ayant renseigné la question	
Sous-groupes (stratification)	catégorie d'établissement	
Décompositions (N)	Non	
Niveau d'agrégation	Régional ?	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année : 2002	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SAE Établissements, médecins généralistes
Mode de collecte (ddb)	Questionnaire statistique établissements de santé
Organisme responsable de la collecte (ddb)	DREES
Service responsable de la synthèse des données	DREES
Fiabilité	
Mode de calcul	Moyenne (ou médiane si distribution asymétrique) des délais moyen fournis par les établissements. Intervalle de confiance (ou minimum, maximum et quartiles) Pondération par le nombre total d'IVG réalisés par chaque établissement dans l'année

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Ne représente que la dernière étape des difficultés d'accès à l'IVG
Modalités d'interprétation	Reflète les délais nécessaires pour accueillir des femmes demandant une IVG, et la variabilité entre établissements

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	A préciser
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Disponibilité et qualité des données à vérifier. Faut-il mettre en relation avec le nombre d'IVG de l'établissement ? Il semble tout à fait nécessaire d'identifier d'autres indicateurs des difficultés d'accès à l'IVG, y compris en amont des établissements, et peut-être aussi en rapport avec la qualité de l'accueil reçu. Ce type d'information ne peut être recueilli que par une enquête auprès de femmes et non à partir de données communiquées par les établissements.

CONTRACEPTION D'URGENCE	
Indicateur	Ventes de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence
Objectif	97. Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'unités (dose nécessaire pour une contraception d'urgence) vendues au cours d'une période donnée (6 mois ?) dans une zone géographique	
Dénominateur (D)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans recensées dans la même zone	
Sous-groupes (stratification)	Sans objet	
Décompositions (N)	Spécialité	
Niveau d'agrégation	Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle ?	
Indicateurs internationaux	?	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Industrie pharmaceutique
Mode de collecte (ddb)	Exhaustif
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Industrie pharmaceutique
Service responsable de la synthèse des données	IRDES
Fiabilité	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Vraisemblablement constitution de stocks suite aux mesures facilitant l'accès à la contraception d'urgence ?
Modalités d'interprétation	A rapprocher des statistiques concernant les IVG, reflète l'absence ou l'échec d'une contraception « préventive »

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Vérifier la disponibilité des données

COMMENTAIRE

DÉLIVRANCE D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE AUX MINEURES	
Indicateur	Nombre d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré.
Objectif	97. Assurer l'accès à une contraception, à une contraception d'urgence, et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	1. Nombre de boîtes délivrées en pharmacie dans le cadre de la prise en charge du FNPEIS 2. Nombre de boîtes administrées par les infirmières scolaires aux élèves mineures et majeures dans les lycées et les collèges dépendant du Ministère de l'éducation nationale 3. Nombre de boîtes administrées par les infirmières scolaires aux élèves mineures et majeures dans les lycées agricoles dépendant du Ministère de l'agriculture	
Dénominateur (D)	--	
Sous-groupes (strates)	--	
Décompositions (N)	Par type de lieu de délivrance (pharmacies, établissements scolaires) Par type d'élèves (mineures, majeures)	
Niveau d'agrégation	Territoire métropolitain	
Périodicité de la mesure	Annuelle (calendrier scolaire)	
Indicateurs internationaux		
Dernier résultat connu	Année : 2002-2003	Valeur : 1- 84 870 en pharmacie 2- 4 520 élèves éducation nationale 3- 56 élèves ministère agriculture

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Pharmacies et infirmières scolaires
Mode de collecte (ddb)	1- Pharmaciens -> CPAM-> CNAMTS (FNPEIS) 2- Infirmières scolaires-> Académies -> Ministère chargé de l'éducation nationale 3- Infirmières scolaires -> Ministère chargé de l'agriculture
Organisme responsable de la collecte (ddb)	1- CNAMTS ; 2- Ministère chargé de l'éducation nationale ; 3- Ministère chargé de l'agriculture
Service responsable de la synthèse des données	Direction générale de la santé
Fiabilité	Non évaluée
Mode de calcul	1 + 2 + 3

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Pas de recueil dans les établissements relevant du ministère chargé de l'agriculture Pas de recueil organisé dans les établissements privés relevant des ministères chargés de l'éducation nationale et de l'agriculture. Données remontant des DOM semblent sous évaluées.
Modalités d'interprétation	Permet d'évaluer le recours des mineures à ce type de contraception dans le cadre du dispositif mis en place en 2001.

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	Données disponibles depuis l'année scolaire 2001-2002
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le 1 ^{er} bilan a été réalisé en 2001-2002 conformément aux dispositions de la Loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. La poursuite du suivi du dispositif a été organisée, sur la base du volontariat, à l'initiative de la Direction générale de la santé qui souhaite continuer à évaluer le recours des mineures à ce type de contraception.

98. DÉNUTRITION DU SUJET ÂGÉ : RÉDUIRE DE 20 % LE NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 70 ANS DÉNUTRIES (PASSER DE 350 000-500 000 PERSONNES DÉNUTRIES VIVANT À DOMICILE À 280 000-400 000 ET DE 100 000-200 000 PERSONNES DÉNUTRIES VIVANT EN INSTITUTION À 80 000-160 000 D'ICI À 2008).

Indicateur cité dans le rapport annexé :

Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35 g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

La dénutrition est la conséquence d'une insuffisance d'apport protéique (dénutrition exogène) ou d'un hypercatabolisme lié par exemple à un cancer ou à une infection (dénutrition endogène). Chez le sujet âgé, les deux mécanismes sont souvent impliqués.

La dénutrition protéino-énergétique s'apprécie par le taux d'albumine sérique (on considère qu'il existe une dénutrition modérée à partir d'un taux d'albumine inférieur à 35 g/l), la perte de poids et la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC).

La population à risque est constituée de personnes de plus de 70 ans, dépendantes, isolées, anorexiques, dépressives, atteintes de polyopathologies chroniques ou lors de la survenue d'une pathologie aiguë même de courte durée.

Le nombre de personnes souffrant de dénutrition est mal connu. On l'estime entre 350 000 et 500 000 pour les personnes vivant à domicile et au minimum entre 100 000 et 200 000 pour celles vivant en institution gériatrique. La dénutrition est la source de pathologies secondaires, de retards de cicatrisation et d'une augmentation de la durée d'hospitalisation. Les complications les plus fréquemment observées concernent des pathologies infectieuses, chutes et fractures du col du fémur, escarres. Le taux de mortalité est proportionnel au niveau de dénutrition observé. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) est beaucoup plus fréquente dans les milieux défavorisés. Sa prise en charge y entraîne plus souvent une institutionnalisation.

Une part de la morbidité et de la mortalité est évitable.

Le dépistage de la dénutrition n'est que rarement fait bien qu'il puisse être fait rapidement. La recherche des causes de cette dénutrition nécessite par contre beaucoup de temps, insuffisamment valorisé dans les dispositifs de financement actuels. La prise en charge thérapeutique nécessite une approche différente du traitement d'une pathologie aiguë, et demande également du temps. Les médecins généralistes sont par ailleurs peu sensibilisés et mal formés¹⁹⁶.

Deux types d'indicateurs ont été discutés :

- Prévalence de la perte de poids pathologique chez les personnes de plus de 70 ans (par âge, sexe et selon le lieu de vie)

Le seuil d'indice de masse corporelle (IMC) retenu dans l'enquête 3C est de 21kg/m².

Le groupe considère que la définition de la maigreur pathologique nécessiterait de développer des travaux de mesure de la répartition de l'IMC dans la population des personnes âgées en bonne santé (comme cela est fait pour les enfants) ce qui, à la connaissance du groupe, n'existe pas.

¹⁹⁶ Source : rapport du GTNDO. Contribution « la dénutrition du sujet âgé » - Serge HERCBERG (réalisé avec l'aide de Monique FERRY, CH Valence et Bruno LESOURD, CHU Clermont-Ferrand), GTNDO, Janvier 2003
Contribution "la dénutrition du sujet âgé" - S. LEGRAIN, B LESOURD, M FERRY, GTNDO, Janvier 2003

D'autre part, si on considère les sources de données disponibles, les admissions hospitalières avec dénutrition ne sont pas un bon indicateur à cause des cachexies dues à des maladies chroniques (cancers ...).

- Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes de plus de 70 ans (par âge, sexe et selon le lieu de vie)

L'enquête USEN/ENNS ¹⁹⁷ pourrait prévoir une mesure de l'albuminémie.

Toutefois l'effectif de cette enquête est d'environ 4 000 personnes, avec une limite d'âge à 75 ans. Il risque donc d'être difficile de construire ainsi cet indicateur à moins de sur-échantillonner sur les personnes de 70 ans et plus. De plus la décomposition par tranches d'âge de cinq ans ne sera pas possible : les données ne seront disponibles que pour les 70-75 ans.

Il semble que l'on peut envisager de recueillir ces données par l'enquête ENNS mais uniquement pour les personnes vivant à leur domicile et jusqu'à 75 ans.

Par ailleurs, il est prévu que l'USEN (InVS-Cnam) mène une enquête sur l'état nutritionnel des personnes âgées de 75 ans et plus en institution qui pourrait permettre de renseigner les données sur l'IMC et le taux d'albumine sérique.

Des déclinaisons régionales de cet objectif sont considérées comme nécessaires, autant en population générale qu'en institution.

Disposera-t-on de données européennes régulières ? L'enquête Euronut/Seneca sera-t-elle renouvelée ?

¹⁹⁷ L'USEN est une unité mixte de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et du Conservatoire national des arts et métiers. L'USEN est rattachée au Département des maladies chroniques et des traumatismes de l'InVS et à l'Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation (CNAM). Elle est placée sous la responsabilité de Serge Hercberg, directeur de l'ISTNA, et comprend quatre épidémiologistes de l'InVS et des chercheurs de l'ISTNA.

ENNS : étude nationale nutrition santé

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source et nom de l'enquête	Désagrégation	Périodicité	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile</i>	ENNS : USEN/InVS	Sexe, Age (70 – 75 ans)	Quinquennale	Niveau régional non disponible	La mesure de l'albuminémie n'est actuellement pas prévue mais envisagée
<i>Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes de 75 ans et plus vivant en institutions</i>	Enquête sur la nutrition en institutions USEN/InVS	Sexe, âge (75 ans et plus)	A préciser	Niveau régional non disponible	
<i>Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile</i>	ENNS USEN/InVS	Sexe, Age (70 – 75 ans)	Quinquennale	Niveau régional non disponible	Définir la maigreur pathologique en fonction de la tranche d'âge chez les personnes de plus de 70 ans.
<i>Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 75 ans et plus vivant en institutions</i>	Enquête sur la nutrition en institutions USEN/InVS	Sexe, âge (75 ans et plus)	A préciser	Niveau régional non disponible	Définir la maigreur pathologique en fonction de la tranche d'âge chez les personnes de plus de 70 ans.

Soit 4 fiches

TAUX D'ALBUMINÉMIE CHEZ LES PERSONNES AGÉES A DOMICILE

Indicateur	Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile
Objectif	98. Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Taux d'albumine sérique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile	
Dénominateur (D)	Estimation de la population des personnes de 70 à 75 ans au 1 ^{er} janvier de l'année considérée (Insee)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Par valeur du taux (personnes dont le taux est < 35g/l (dénutrition) ou ≥ 35g/l) Ce seuil est soumis à validation	
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Quinquennale	
Indicateurs internationaux	Echi2 : non ; Ecosanté(OCDE) : non ; HFAdB(OMS) : non ; NewChronos : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	ENNS : USEN/InVS-Cnam	
Mode de collecte (ddb)	Prélèvement sanguin ; analyses sur sérum	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	USEN/InVS	
Service responsable de la synthèse des données	USEN/InVS	
Méthodologie	Prélèvement à domicile (infirmier) ou dans un centre d'examen de santé de la CnamTS ; N= 4000 de 18 à 75 ans	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	<i>L'ENNS ne concernera pas les personnes de plus de 75 ans. Actuellement l'albuminurie n'est pas faite mais peut être demandée</i>
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Actuellement l'albuminurie n'est pas faite mais peut être envisagée.

TAUX D'ALBUMINÉMIE CHEZ LES PERSONNES AGÉES EN INSTITUTION

Indicateur	Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes 75 ans et plus vivant en institution
Objectif	98. Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Taux d'albumine sérique chez les personnes de 75 ans et plus vivant en institution	
Dénominateur (D)	Estimation de la population des personnes 75 ans et plus vivant en institution durant l'année considérée (Drees)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	Par valeur du taux (personnes dont le taux est < 35g/l (dénutrition) ou ≥ 35g/l) Ce seuil est soumis à validation	
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure		
Indicateurs internationaux	Echi2 : non ; Ecosanté(OCDE) : non ; HFAdB(OMS) : non ; NewChronos : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	<i>Enquête nutrition des personnes âgées en institution USEN/InVS</i>	
Mode de collecte (ddb)	Prélèvement sanguin ; analyses sur sérum	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	USEN/InVS	
Service responsable de la synthèse des données	USEN/InVS	
Méthodologie	Recrutement par l'intermédiaire des institutions dans quelques zones géographiques ; enquête alimentaire par observation, anthropométrie, mesures biologiques ; N estimé = 1200 sujets	
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Il est envisagé que l'USEN mène une enquête sur l'état nutritionnel des personnes âgées de 75 ans et plus en institution.

MAIGREUR PATHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES AGÉES A DOMICILE

Indicateur	Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile
Objectif	98. Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile dont l'IMC est inférieur à un seuil (à définir) de maigreur pathologique.
Dénominateur (D)	Estimation de la population des personnes de 70 à 75 ans au 1 ^{er} janvier de l'année considérée (Insee)
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	(Éventuellement selon des tranches de valeurs d'IMC)
Niveaux géographiques d'agrégation	National
Périodicité de la mesure	Quinquennale
Indicateurs internationaux	Echi2 : non ; Ecosanté(OCDE) : non ; HFAdB(OMS) : non ; NewChronos : non
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	ENNS : USEN/InVS
Mode de collecte (ddb)	Mesures anthropométriques dont poids et taille pour le calcul de l'IMC
Organisme responsable de la collecte (ddb)	USEN (InVS-Cnam)
Service responsable de la synthèse des données	USEN (InVS-Cnam)
Méthodologie	N= 4000 de 18 à 75 ans
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'ENNS ne concernera pas les personnes de plus de 75 ans.
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	2007
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

MAIGREUR PATHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES AGÉES EN INSTITUTION

Indicateur	Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 75 ans et plus vivant en institutions
Objectif	98. Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes de 75 ans et plus vivant en institution dont l'IMC est inférieur à un seuil (à définir) de maigreur pathologique.	
Dénominateur (D)	Estimation de la population des personnes de 75 ans et plus vivant en institution durant l'année considérée (Drees)	
Sous-groupes (strates)		
Décompositions (N)	(Éventuellement selon des tranches de valeurs d'IMC)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure		
Indicateurs internationaux	Echi2 : non ; Ecosanté(OCDE) : non ; HFAdB(OMS) : non ; NewChronos : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Enquête nutrition des personnes âgées en institution USEN/InVS	
Mode de collecte (ddb)	Mesures anthropométriques dont poids et taille pour le calcul de l'IMC	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	USEN/InVS	
Service responsable de la synthèse des données	USEN/InVS	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Il est envisagé que l'USEN mène une enquête sur l'état nutritionnel des personnes âgées de 75 ans et plus en institution.

99. CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES : RÉDUIRE DE 25 % LE NOMBRE DE PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS AYANT FAIT UNE CHUTE DANS L'ANNÉE D'ICI À 2008.

OBJECTIF PRÉALABLE : AMÉLIORER LES CONNAISSANCES RELATIVES AUX CIRCONSTANCES , FACTEURS DÉTERMINANTS DES CHUTES, NOTAMMENT EN INSTITUTION.

Indicateur cité dans le rapport annexé :

Incidence des chutes chez les personnes de plus de 65 ans (par sexe).

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Le nombre de chutes annuel des sujets de plus de 65 ans n'est pas connu. En 1994, il avait été estimé entre 1,3 et 2 millions (pour une population de 8,5 millions). Dans l'étude des 3 cités (Bordeaux, Dijon, Montpellier) réalisée auprès de 10 000 sujets âgés de plus de 65 ans, une personne sur cinq a chuté dans l'année. Selon d'autres sources, 1/3 des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à leur domicile chuteraient chaque année et une personne sur deux vivant en institution¹⁹⁸.

En 2000, l'Inserm dénombre 4 233 décès liés à des chutes accidentelles chez les personnes de 65 ans et plus : 2 585 chez les femmes et 1 648 chez les hommes. Comparativement aux autres pays européens, la France enregistre des taux de mortalité par chute accidentelle parmi les plus élevés. Près de 90 % des décès par chutes accidentelles sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans et plus. On constate cependant une diminution du taux de mortalité standardisé sur l'âge dû à cette cause depuis les années 80 chez les personnes âgées¹⁹⁹. Les décès dus à une chute constituent 55 % des décès liés à des accidents de la vie courante pour la classe d'âge 75-84 ans; 72 % pour celle de 85 à 94 ans, jusqu'à atteindre 77 % pour les personnes âgées de 95 ans et plus²⁰⁰.

Certes, toutes les chutes ne s'accompagnent pas d'un traumatisme physique grave mais des fréquences de 5% pour les fractures et de 5 à 10% pour les traumatismes sont avancées. Ces chiffres pourraient être largement sous-estimés selon les 1ers résultats de recherches en cours. Les chutes des personnes âgées ont également des conséquences en terme de séquelles fonctionnelles et psychologiques et donc génèrent handicaps et incapacités.

On distingue classiquement deux grands types de déterminants de fréquence des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement

L'étiologie des chutes est très souvent multifactorielle. La part relative des différents déterminants reste mal connue. Toutefois le niveau de preuve de l'efficacité des interventions visant à la prévention des chutes est élevé²⁰¹.

Principales sources de données identifiées

Enquête permanente sur les accidents de la vie courante²⁰² : Extension française du recueil européen contribuant au système européen sur les accidents, *Injury Surveillance System*, ISS, (ancien système Ehlass *European Home and Leisure Accident Surveillance*).

¹⁹⁸ Wayne r et al. . JAMA 1997; 278 :557-562.

¹⁹⁹ ERMANEL Céline , THELOT Bertrand : « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », *BEH* n°19-20/2004, InVS, pp76-78.

²⁰⁰ BADEYAN Gérard, COLIN Christel : « Les personnes âgées dans les années 90 : perspectives démographiques, santé et mode d'accueil », *Études et Résultats* n° 40, novembre 1999, Drees.

²⁰¹ Cf. bibliographie de "Préparation de la loi quinquennale en santé publique INPES "Personnes âgées"

²⁰² BEH n°19-2004 Numéro thématique « Les accidents de la vie courante», InVS, mai 2004.

L'institution responsable du recueil et de la production des données est l'InVS. Il s'agit de l'enregistrement exhaustif des recours aux urgences pour accidents de la vie courante dans certains hôpitaux volontaires (10 actuellement en France métropolitaine et un à la Réunion). Les données recueillies sont le sexe, l'âge, la résidence, la prise en charge (date, heure, traitement, hospitalisation), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, type de lésion, partie lésée) ...

La qualité du recueil est assurée par des analyses de qualité effectuées régulièrement dans les hôpitaux, la formation des codeurs, et un suivi attentif des conditions de collecte par l'InVS. Une estimation de l'exhaustivité dans chaque hôpital est effectuée chaque année. Le couplage des données de l'enquête à celles du PMSI permet d'estimer le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur pour les résidents d'un département (le recueil comporte le code postal du lieu de résidence).

Cette source permet des comparaisons européennes (sous réserve de la disponibilité des données des autres pays).

Les différences entre régions seront approchées par les différents sites hospitaliers enquêtés.

On peut envisager une extrapolation des données à la population française dans des délais rapprochés.

Le groupe préconise qu'une variable permettant de savoir si la personne vit en institution soit ajoutée au recueil.

- Enquêtes déclaratives :

Enquête Santé protection sociale (SPS)

Institution responsable du recueil des données : Irdes

Cette source de donnée n'a pas été retenue car l'échantillon est trop petit.

Enquête décennale santé

Institution responsable du recueil des données : Insee

Des questions sur l'état de santé sont posées mais la périodicité actuelle (10 ans) ne fait pas retenir cette source.

Les données pourront toutefois être utilisées pour des comparaisons inter sources. Les extensions régionales peuvent donner des indications sur des incidences différentes éventuelles selon les régions.

Baromètre santé

Institution responsable du recueil des données : Inpes

Des questions sur les accidents sont posées. La question 267-10 du baromètre 2000 porte sur les accidents ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital. Les chutes sont identifiées. Les questions AC9-AC10-AC11 du baromètre 2004 interrogent spécifiquement sur les chutes leur nombre et éventuellement le recours aux soins.

Mais l'enquête ne s'adresse pas aux personnes de plus de 75 ans (pour des raisons de faisabilité méthodologique : enquête téléphonique).

- L'indicateur complémentaire sur la **mortalité par chutes** a été retenu. Le passage de la CIM 9 à la CIM 10 a entraîné une rupture de série sur cette donnée entre 1999 et 2000 mais pour l'avenir, son suivi ne doit pas poser de problèmes.

TABLEAU RÉCAPITULATIF : INDICATEURS RETENUS PAR LE GROUPE PROJET

Indicateurs	Source et nom de l'enquête	Désagrégation	Périodicité	Niveau régional pertinent/disponible	Travaux nécessaires
Indicateur principal					
<i>Incidence annuelle des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus</i>	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante/ InVS	Sexe, Age	Annuelle	Non	
<i>Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 à 75 ans</i>	Baromètre Santé/Inpes	Sexe, Age	A préciser	Non	
Indicateur complémentaire					
<i>Taux de mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus</i>	Inserm-CépiDc	Sexe, Age	Annuelle	Oui	

Soit 3 fiches

INCIDENCE ANNUELLE DES CHUTES AYANT ENTRAÎNÉ UNE HOSPITALISATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Indicateur	Incidence annuelle des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Objectif	99. Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de chutes survenues chez des personnes âgées de 65 ans et plus	
Dénominateur (D)	Population des personnes âgées de 65 ans et plus	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (65-69 ; 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85 et plus)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Enquêtes Injury Surveillance System (ISS) (Bases de données internationales : non ; Echi2 : non)	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	numérateur : InVS ; dénominateur : Insee	
Mode de collecte (ddb)	Enquête continue exhaustive dans les hôpitaux participant au réseau EPAC	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	InVS	
Service responsable de la synthèse des données	InVS	
Méthodologie	Fiabilité mesurée et assurée par des analyses de qualité effectuée régulièrement dans les hôpitaux du réseau EPAC	
Mode de calcul	Taux bruts standardisés de la population européenne	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Enregistrement seulement si passage par les urgences des hôpitaux EPAC
Modalités d'interprétation	Des hypothèses sont faites sur l'homogénéité de l'attraction des hôpitaux pour l'activité des urgences et pour l'hospitalisation

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+2
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Densification du réseau EPAC par inclusion d'autres hôpitaux (InVS)

COMMENTAIRE

INCIDENCE ANNUELLE DES CHUTES DÉCLARÉES CHEZ LES PERSONNES DE 65 À 75 ANS

Indicateur	Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 à 75 ans
Objectif	99. Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes âgées de 65 à 75 ans ayant déclaré au moins une chute dans l'échantillon d'étude du baromètre santé	
Dénominateur (D)	Population des personnes âgées de 65 à 75 ans de l'échantillon d'étude de la même année	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (65-69 ; 70-74)	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	France métropolitaine	
Périodicité de la mesure	Tous les ans	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non ; Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Baromètre santé
Mode de collecte (ddb)	Enquête téléphonique, 30 000 personnes en 2004
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Inpes
Service responsable de la synthèse des données	Inpes
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

MORTALITÉ PAR CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Indicateur	Mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Objectif	99. Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de décès par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus l'année considérée (code CIM10)	
Dénominateur (D)	Population totale de l'année considérée (INSEE)	
Sous-groupes (strates)	Selon le sexe, les classes d'âges (65-69 ; 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85 et plus)	
Décompositions (N)		
Niveau d'agrégation	National , Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : HFA-DB : non ; OCDE : Ecosanté : nombre de décès par sexe ; taux de décès pour 100 000 personnes (et par sexe) UE : New-Chronos : nombre de décès par chutes accidentelles par âge et par sexe ; Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année : 2000	Valeur : 4233 (2585 chez les femmes et 1648 chez les hommes)

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	Certificats de décès ; Corps médical et Inserm-CépiDc
Mode de collecte (ddb)	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Corps médical et Inserm-CépiDc
Service responsable de la synthèse des données	InVS et Inserm-CépiDc
Méthodologie	Exhaustivité
Mode de calcul	Taux bruts et standardisés sur la population européenne

INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le taux brut de mortalité informe sur l'état du problème de santé compte tenu de la structure démographique (âge et sexe) alors que les taux standardisés de mortalité permettent de réaliser des comparaisons indépendamment de la structure démographique.

100. CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGÉ : RÉDUIRE LA FRÉQUENCE DES PRESCRIPTIONS INADAPTÉES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES.

OBJECTIF PRÉALABLE : PRÉCISER LA FRÉQUENCE, LE TYPE ET LES CIRCONSTANCES DES PRESCRIPTIONS INADAPTÉES.

Cet objectif doit être rapproché de l'objectif 27 sur la iatrogénie médicamenteuse survenue en ambulatoire et entraînant une hospitalisation.

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Des données quantitatives sont disponibles au plan national sur la consommation médicamenteuse des sujets âgés vivant à domicile à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'Irdes, des données de remboursements de la Sécurité sociale et de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health. Sont notamment disponibles des informations sur les achats de produits pharmaceutiques par les personnes âgées de 65 ans et plus, leur consommation journalière moyenne de médicaments, les classes thérapeutiques les plus prescrites... La consommation pharmaceutique journalière moyenne des personnes âgées de 65 à 74 ans vivant à domicile est de 3,3 médicaments différents, de 4,0 pour les 75-84 ans et de 4,6 pour les 85 ans et plus. Les femmes ont une consommation plus élevée que les hommes. Aucune donnée française nationale n'est disponible pour les personnes vivant en institution, mais celles-ci semblent consommer plus de médicaments que les personnes vivant au domicile²⁰³ : 5,2 médicaments en moyenne par jour ; 56% prennent plus de 4 médicaments. Ces données sont corroborées par des études anglo-saxonnes. Les études réalisées à partir des cohortes PAQUID²⁰⁴ et 3C²⁰⁵ apportent des éléments d'analyse plus détaillés notamment sur les classes médicamenteuses dont l'usage est inapproprié et sur les personnes les plus à risque (femmes, bas niveau socio-économique)²⁰⁶.

Cette polymédication est souvent légitime mais elle augmente le risque iatrogène et diminue l'observance des traitements. Elle peut également être inadéquate, exposant à des risques spécifiques et/ou des coûts indus. A l'inverse, l'insuffisance de prescription, chez le sujet âgé, de médicaments ayant prouvé leur efficacité a également été observée.

Chez le sujet âgé, plusieurs modalités de prescription sub-optimale ont été décrites :

L'excès de traitements : il concerne la prescription de médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée. Ainsi, plusieurs médicaments parmi les plus fréquemment achetés par les personnes âgées sont des produits pour lesquels la Commission de Transparence a rendu en 2001 un avis de « service médical rendu » insuffisant ou pour lesquels il n'y a pas de preuve de leur efficacité après 75 ans.

La prescription inappropriée : elle est définie par le fait que le risque du médicament dépasse le bénéfice escompté. Une liste de médicaments considérés comme inappropriés chez le sujet âgé a été définie (Beers). Mais, ces critères ne font pas l'objet d'un consensus et ne résument pas tous les cas de prescription inappropriée.

²⁰³ Emeriau J. P., Fourier A., Dartigues J. F., Begaud B., 1998, Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées, Bull.Acad.Natl.Med, vol 182, n° 7, pp. 1419-1428

²⁰⁴ PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible : cohorte de 4134 personnes âgées vivant à domicile en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003.

²⁰⁵ L'Étude des Trois Cités (E3C) est un programme de recherche coordonné portant sur trois cohortes de sujets âgés sélectionnés à partir des listes électorales. Le nombre de participants attendu était d'environ 10 000 sujets, dont 2 500 en Aquitaine et en Languedoc-Roussillon et 5 000 en Bourgogne (centres nommés : Bordeaux, Montpellier et Dijon). Critères d'inclusion : sujets âgés d'au moins 65 ans (avec 85 ans comme limite d'âge supérieure pour les bordelais uniquement), inscrits sur les listes électorales, ne vivant pas en institution. L'objectif principal est d'étudier la relation entre pathologie vasculaire et démence, en estimant le risque de démence attribuable aux facteurs de risque vasculaires. Des objectifs secondaires sont également développés, parfois spécifiquement dans certains centres (étude de la relation entre nutrition et performances cognitives à Bordeaux).

²⁰⁶ Lechevallier N. *et al* : « Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in community-dwelling French elderly » *article sous presse en janvier 2005 communiqué par JF Dartigues.*

L'insuffisance de traitement ; de nombreuses publications récentes soulignent l'insuffisance de prescription chez le sujet âgé de médicaments ayant prouvé leur efficacité.

La iatrogénie ne semble pas plus fréquente chez les personnes âgées mais l'âge en lui-même constitue un facteur de gravité des accidents iatrogènes. L'observance est difficile à mesurer du fait de l'absence de « gold standard », ce qui explique que, contrairement à la iatrogénèse, les études sur l'observance chez les sujets âgés sont peu nombreuses.

Plusieurs sources de données ont été envisagées, notamment les enquêtes portant sur la consommation ou la prescription de soins disponibles en routine (ESPS, enquête santé, EPPM d'IMS-Health). Pour des raisons de faisabilité (disponibilité, effectifs), la source de donnée retenue est la base du SNIIRAM avec les données de remboursement des trois régimes.

Les indicateurs suivants issus d'une proposition du groupe de travail des journées de pharmacologie de Giens et transmis par le Pr S. Legrain (gériatologie) ont été discutés :

Proportion de personnes âgées auxquelles un traitement par excès a été prescrit :

marqueur : vasodilatateurs cérébraux (SMR insuffisant et risque de diminution de l'observance)

Proportion de personnes âgées auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (défaut de traitement)

marqueur : nombre de personnes qui n'ont pas de traitement spécifique de l'Alzheimer parmi les personnes en ALD pour cette pathologie

Proportion de personnes âgées auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (interactions médicamenteuses dangereuses)

marqueur : association de 2 benzodiazépines, ou de 2 AINS, ou de 2 neuroleptiques, ou association d'un antivitamine K et d'un AINS ou d'un anti aggrégant plaquettaire

Discussion (synthèse des échanges en séance et des réactions de Sylvie Legrain au 15 février 2005 sur le premier compte-rendu) :

Marqueurs proposés pour les personnes âgées auxquelles un traitement par excès a été prescrit :

Les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas été jugés en séance comme assez « stables » dans le temps, des évolutions de leur volume de prescription pouvant être influencées par des diminutions de taux de remboursement. Sylvie Legrain estime pour sa part que cet indicateur est très utile, la prescription de cette classe médicamenteuse concernant 23% de personnes âgées.

Elle fait également une autre proposition concernant l'Oméprazole dont la prescription est trop fréquente : ce médicament est bien toléré et donc il continue à être donné même quand sa prescription n'est plus justifiée.

Par contre, elle considère que la polymédication ne constitue pas un bon indicateur : en effet, le nombre de lignes de prescription augmente avec le degré d'atteinte de l'état de santé, ces patients ayant aussi globalement une espérance de vie plus courte. Donc le bénéfice attendu n'est pas très important et, de plus, la prescription de plusieurs médicaments est pertinente dans de nombreux cas. En particulier, les recommandations en cardiogériatologie ont tendance à enregistrer une augmentation du nombre de médicaments prescrits

La définition de l'excès de traitement (SMR insuffisant ou absence d'indication) donnée par Sylvie Legrain n'a pas été prise dans le même sens par le groupe, et de ce fait il a proposé d'expertiser la notion de médicaments multiples et de nombre total de médicaments prescrits. Mais cela devait faire l'objet de concertations ultérieures. La réponse du Pr Legrain, quant à elle, laisse à penser qu'elle n'est pas pertinente, les malades les plus polymédicamentés et les plus graves (ALD) consommant moins de médicaments à SMR insuffisant²⁰⁷²⁰⁸.

Marqueurs proposés pour les personnes âgées auxquelles un traitement inapproprié (interactions médicamenteuses dangereuses) a été prescrit

²⁰⁷ La dépense médicamenteuse en fonction du service médical rendu (SMR). Blum-Boisgard C. et Dachicourt P. CANAM, Paris, mars 2003

²⁰⁸ Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : Un état des lieux Auvray L. et Sermet C. Gériatologie et société numéro 103 décembre 2002

Les participants à la séance de travail ont considéré que l'association de 2 benzodiazépines n'était pas forcément dangereuse mais plutôt inutile et donc il a été proposé de retenir cet indicateur plutôt dans les prescriptions par excès en remplacement de celui sur les vasodilatateurs cérébraux. Sylvie Legrain nous indique qu'il y a bien risque d'interaction pharmacodynamique et donc il convient de re-classer cet indicateur en prescription inappropriée. Elle attire cependant notre attention sur le fait que dans l'étude des 3 Cités, 2% seulement des personnes âgées étaient dans ce cas.

Elle suggère de plus de retenir la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue (comme le Lexomil) chez les personnes de plus de 65 ans : les patients qui sont dans ce cas vont garder cette prescription, inutilement, tout le reste de leur vie (9,5% des patients en médecine de ville). Nous avons, dans le groupe de travail, plutôt ciblé notre mesure sur les personnes de 70 ans et plus.

Par ailleurs, si l'association AVK et AINS est considéré par S. Legrain comme un bon indicateur, elle rappelle que les cardiologues prescrivent assez habituellement en association des antiagrégants plaquettaires et des AVK.

Marqueurs proposés pour les personnes âgées auxquelles un traitement inapproprié (défaut de traitement) a été prescrit

Nos collègues de l'assurance maladie ne sont pas encore en mesure de croiser les prescriptions avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer (l'ALD englobant également les maladies de Parkinson), sauf à faire des enquêtes spécifiques pour lesquelles ils ne souhaitent pas s'engager. Mais la faisabilité ultérieure a été jugée comme possible. Nous n'avons pas trouvé d'autre indicateur de sous-prescription pouvant être produit en routine avec le système d'information actuel.

Sylvie Legrain propose de repérer les patients qui n'ont pas de prescription d'aspirine au long cours après un infarctus du myocarde, indicateur utilisé aux Etats-Unis²⁰⁹.

Enfin parmi les autres indicateurs à développer ultérieurement, S. Legrain propose de s'intéresser à l'observance chez les personnes très âgées, mesurant indirectement les prescriptions inadaptées.

²⁰⁹ Quality of Medical Care delivered to Medicare Beneficiaries. Jencks S.F. et al. JAMA 2000 : 284, 13 : 1670-76

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe Projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent /disponible	Travaux nécessaires
Indicateurs principaux					
<i>Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles <u>un traitement par excès a été prescrit</u></i>	SNIIR-AM	Sexe Tranches d'âge de 5 ans à partir de 70 ans	annuelle	Oui/ Oui	
<i>Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (<u>interactions médicamenteuses dangereuses</u>)</i>	SNIIR-AM	Sexe Tranches d'âge de 5 ans à partir de 70 ans	annuelle	Oui/ Oui	
<i>Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (<u>défaut de traitement</u>)</i>	SNIIR-AM	Sexe Tranches d'âge de 5 ans à partir de 70 ans	annuelle	Oui/ Oui	

Soit 3 fiches.

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE PAR EXCÈS CHEZ LES PERSONNES AGÉES

Indicateurs	Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement par excès a été prescrit [Traceurs proposés : prescription globale de vasodilatateurs cérébraux rapportée à la population de 70 ans et plus ; prescription globale d'oméprazole rapportée à la population de 70 ans et plus]
Objectif	100. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de personnes 70 ans et plus ayant eu une au moins une fois dans l'année une prescription de vasodilatateurs cérébraux (à valider) Nombre de personnes 70 ans et plus ayant eu une au moins une fois dans l'année une prescription d' oméprazole (à valider)
Dénominateur (D)	Nombre de personnes de 70 ans et plus dans la population générale (Insee)
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge : 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85-89 ; 90-94 ; 95 ans et plus Sexe
Décompositions (N)	
Niveaux géographiques d'agrégation	National/Régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs internationaux	OCDE : Ecosanté : dose d'anxiolytique pour 1 000 habitants et par jour ; OMS : HFA-DB : non ; UE : Echi2 : non ; New-Chronos : non
Dernier résultat connu	Année : Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SNIR-AM pour le numérateur ; Insee pour le dénominateur
Mode de collecte (ddb)	Données de remboursement de l'assurance maladie, tous régimes
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Caisses d'assurance maladie
Méthodologie	
Mode de calcul	

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'indicateur ne porte que sur les médicaments prescrits, non sur leur consommation effective. Il ne tient pas compte d'éventuels traitements délivrés sans ordonnance
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le choix des médicaments traceurs pertinents reste ouvert à déterminer à la date de restitution du rapport

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE INAPPROPRIÉE CHEZ LES PERSONNES AGÉES : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES DANGEREUSES	
Indicateur	Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (interactions médicamenteuses dangereuses) [Traceurs proposés : association de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; association de deux neuroleptiques ; prescription de benzodiazépines à demi-vie longue chez les personnes de 70 ans et plus]
Objectif	100. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

DESCRIPTION

Numérateurs (N)	Nombre de personnes de 70 ans et plus ayant eu une au moins une fois dans l'année une prescription concomitante de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (à valider) Nombre de personnes de 70 ans et plus ayant eu une au moins une fois dans l'année une prescription concomitante de deux neuroleptiques (à valider) Nombre de personnes de 70 ans et plus ayant eu une au moins une fois dans l'année une prescription de benzodiazépines à demi-vie longue (à valider)	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes de 70 ans et plus dans la population générale (Insee)	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge : 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85-89 ; 90-94 ; 95ans et plus Sexe	
Décompositions (N)	Ecosanté (OCDE) : non ; HFA-DB (OMS) : non ; Echi2 : non ; New-Chronos (UE) : non	
Niveaux géographiques d'agrégation	National/Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	OMS : HFA-DB : non ; OCDE : Ecosanté : non UE : New-Chronos : non ; Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SNIIR-AM pour le numérateur ; Insee pour le dénominateur	
Mode de collecte (ddb)	Données de remboursement de l'assurance maladie, tous régimes	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Caisses d'assurance maladie	
Service responsable de la synthèse des données	SNIIR-AM	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'indicateur ne porte que sur les médicaments prescrits qui est une approximation de la consommation. Il ne tient pas compte d'éventuels traitements délivrés sans ordonnance
Modalités d'interprétation	

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le choix des médicaments traceurs pertinents reste ouvert à déterminer à la date de restitution du rapport

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE INAPPROPRIÉE CHEZ LES PERSONNES AGÉES : DÉFAUT DE TRAITEMENT	
Indicateur	Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (défaut de traitement) [Traceur proposé : absence de prescription d'aspirine au long cours après un infarctus du myocarde]
Objectif	100. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre de personnes de 70 ans ou plus n'ayant pas eu au cours de l'année de prescription d'aspirine parmi les patients en ALD 13 pour infarctus du myocarde (à valider)	
Dénominateur (D)	Nombre de personnes de 70 ans et plus dans la population générale (Insee)	
Sous-groupes (strates)	Classes d'âge : 70-74 ; 75-79 ; 80-84 ; 85-89 ; 90-94 ; 95ans et plus Sexe	
Décompositions (N)		
Niveaux géographiques d'agrégation	National/Régional	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Indicateurs internationaux	Bases de données internationales : non UE : Echi2 : non	
Dernier résultat connu	Année :	Valeur :

ELABORATION ET QUALITES

Origine (données de base)	SNIIR-AM pour le numérateur ; Insee pour le dénominateur	
Mode de collecte (ddb)	Données de remboursement de l'assurance maladie, tous régimes	
Organisme responsable de la collecte (ddb)	Caisses d'assurance maladie	
Service responsable de la synthèse des données	SNIIR-AM	
Méthodologie		
Mode de calcul		

INTERPRETATION

Limites et biais connus	L'indicateur ne porte que sur les médicaments prescrits et non sur leur consommation effective. Il ne tient pas compte d'éventuels traitements délivrés sans ordonnance
Modalités d'interprétation	La nécessité de prendre en compte une estimation de la fréquence des allergies à l'aspirine pourrait être discutée

PLAN DE CONSTRUCTION OU D'AMELIORATION

Date de livraison	N+1
Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	

COMMENTAIRE

Le choix des médicaments traceurs pertinents reste à déterminer à la date de restitution du rapport.

PATHOLOGIES CHRONIQUES ET MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE, DU HANDICAP (LIMITATIONS FONCTIONNELLES, RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ)

Il semble utile d'appréhender les questions de qualité de vie, de limitations fonctionnelles, de restrictions d'activité et de dépendance dans une perspective transversale puisque cette problématique est posée pour différents objectifs, relevant de spécialités médicales diverses : cardiologie, néphrologie, neurologie, gynécologie, gastro-entérologie (Objectif 74 : accidents vasculaires cérébraux, objectif 81 : Insuffisance rénale chronique, objectif 35 : restrictions d'activité, objectif 64 : maladie de Parkinson, objectif 76 : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, objectif 84 : polyarthrite rhumatoïde, objectif 85 : arthrose, objectif 88 : drépanocytose...). Les objectifs relatifs aux pathologies chroniques neurologiques et la rhumatologiques ont été formulés en terme de limitations fonctionnelles et, pour les autres maladies chroniques, d'amélioration de la qualité de vie. Notons toutefois que la qualité de vie est un enjeu global tout aussi important pour les pathologies neurologiques et rhumatologiques que pour les autres maladies chroniques ; de plus, les limitations fonctionnelles ont un retentissement incontestable sur la qualité de vie, ce dont la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) rend bien compte²¹⁰.

Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre..., indépendamment de l'environnement, des aides techniques ou des aménagements. Elles déterminent l'état fonctionnel de l'individu. Certaines peuvent être compensées, plus ou moins complètement, par des aides techniques ou autres qui visent à en réduire le retentissement sur la vie quotidienne. Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectives, compte tenu des aides et aménagements, de réalisation des diverses activités du quotidien (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur...).

*

La définition des indicateurs de suivi des objectifs du rapport annexé soulève plusieurs questions relatives à la mesure de la qualité de vie, des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité des personnes présentant une pathologie chronique.

La première question posée concerne le type d'enquête à effectuer : faut-il recommander une série d'enquêtes ad hoc pour chaque maladie ou discipline concernée par un objectif de la loi, recommander un cadre commun d'enquête, voire une enquête spécifique des maladies chroniques pour lesquelles existe un objectif de qualité de vie ou de santé fonctionnelle (un peu à l'image de ce qui a pu être fait pour les handicaps avec l'enquête « HID ») ? Il s'est avéré nécessaire de recommander l'engagement d'une réflexion préalable visant à élaborer le cadre commun optimal pour faciliter la mise en perspective des différentes pathologies concernées, de leur retentissement et des évolutions.

De telles enquêtes devraient comprendre les diagnostics précis (CIM 10) des pathologies. Plusieurs possibilités de bases d'échantillonnage ont été évoquées lors des discussions : les consultations spécialisées, registres ou centres référents en premier lieu, ou encore les bases d'ALD de l'assurance maladie, sous réserve de validation de la qualité de ces données et du respect strict de la confidentialité des données et de procédures qui ne soient pas trop lourdes pour les services de l'assurance maladie...

*

Une deuxième question porte sur les outils à recommander pour mesurer, d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, la santé fonctionnelle. Faut-il recommander l'usage d'un outil commun générique de mesure de la qualité de vie, qui semble utile pour comparer l'impact de différentes pathologies sur la qualité de vie et la santé fonctionnelle et pour en suivre les évolutions ? Ceci suppose le choix d'un outil acceptable pour les différentes disciplines. Faut-il y associer des outils spécifiques développés dans le cadre des disciplines médicales pour apprécier les problématiques particulières de qualité de vie posées par chaque maladie chronique ? En outre, ceux-ci devraient être en phase avec les indicateurs internationaux et en particulier européens tant pour la qualité de vie que pour la santé fonctionnelle. Il faudra donc utiliser des outils pertinents et validés.

Le groupe s'est prononcé pour l'association d'un outil commun générique, qu'il reste à définir, à des outils spécifiques des pathologies concernées. Pour la qualité de vie, cet outil générique pourrait être une échelle telles que le SF 36, largement validé et utilisé, le WHOQOL, moins utilisé jusqu'à présent, ou encore le Profil de santé

²¹⁰ Voir aussi le chapitre 1 : indicateurs transversaux et l'objectif 35 : Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles

de Duke... Par ailleurs, seule une partie des outils spécifiques de qualité de vie développés au niveau international ont été traduits, adaptés et validés en France. L'adaptation transculturelle et la validation étant des processus relativement longs, il semble préférable dans bien des cas de privilégier l'utilisation pragmatique d'outils internationaux déjà développés et validés en français.

L'enquête nationale santé 2002-2003 comprend le SF 36 (en auto-questionnaire) qui devra être exploité pour produire des valeurs de référence sur la qualité de vie en population générale. Cette enquête devra également être expertisée quant à ses capacités à produire des indicateurs de qualité de vie pour les pathologies chroniques fréquentes en population générale. L'enquête nationale santé comprend en outre des questions explorant la santé fonctionnelle qui devront également être expertisées et, si possible, confrontées aux données de l'enquête HID 1999 (en domicile ordinaire), lorsque cela est possible, ce qui semble le cas en particulier pour les lombalgies.

Les échelles de qualité de vie comprennent des questions de santé fonctionnelle. Parallèlement, le projet Euro-rêves travaille à la création de modules spécifiques de la santé fonctionnelle, articulés à la CIF et qui ont vocation à être introduits dans les enquêtes santé européennes. Une réflexion doit donc être engagée sur ce sujet.

Par ailleurs, un appel d'offre a été lancé dans le courant de l'été 2004 dont un volet concerne la santé fonctionnelle : il a pour objectif la « définition d'indicateurs de suivi des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité visées par les objectifs de la politique de santé publique ». Mais cette appel d'offre n'a reçu qu'une réponse partielle. Un nouvel appel d'offre pourra éventuellement être lancé au décours des travaux menés dans le cadre du développement du plan stratégique national sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il devrait proposer une sélection restreinte d'indicateurs adaptés aux problèmes de santé pour lesquels existe un objectif d'amélioration de la santé fonctionnelle et discuter notamment la pertinence d'intégrer un score de dépendance.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, il est proposé d'utiliser comme indicateur approchant la santé fonctionnelle, la question sur l'existence de « limitations d'activité depuis six mois », éventuellement complétée de la question sur la « perception de l'état de santé en général », du « module minimum » introduit dans les enquêtes européennes (SILC - Statistics on Income and Living Conditions), l'enquête santé, protection sociale (ESPS) de l'IRDES et l'enquête nationale Santé de l'INSEE (celle-ci comprenant, de nombreuses questions sur les limitations fonctionnelles et les incapacités). Ces indicateurs ont d'ailleurs été proposés comme indicateurs transversaux.

*

Plusieurs indicateurs complémentaires ont été discutés : ALD, effets secondaires des médicaments, arrêts de travail, mise en invalidité :

Le nombre annuel de mises en ALD pour les affections considérées (le cas échéant) a été retenu comme indicateur de cadrage donnant un ordre de grandeur de l'incidence des pathologies chroniques considérées. Ces données constituent une source essentielle de données nationales de cadrage, susceptible en outre de produire des données régionalisées. Mais dans la mesure où ce sont en premier lieu des données issues d'activité administrative, leur validité sur le plan épidémiologique doit être expertisée²¹¹, et si besoin améliorée.

Les effets secondaires des médicaments constituent un des nombreux déterminants de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il pourra être nécessaire de conduire au cas par cas une réflexion spécifique sur des indicateurs d'effets secondaires des traitements au long cours susceptibles d'affecter la qualité de vie, ce qui suppose toutefois des protocoles *ad hoc* et des échelles validées de mesure des effets indésirables des médicaments.

De façon complémentaire, l'accès à un traitement efficace peut également représenter un déterminant important de la qualité de vie de personnes atteintes d'une maladie chronique. Le rapport du GTNDO évoquait ainsi, par exemple, l'accès aux innovations thérapeutiques pour les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques, ou l'accès à la greffe pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

Les taux d'arrêt de travail de longue durée et de mises en invalidité sont des indicateurs qui reflètent le retentissement des maladies chroniques sur l'activité professionnelle des personnes atteintes (CNAMTS). Ils pourraient avoir un intérêt pour les maladies rares affectant les âges d'activité professionnelle, dans les cas où il n'existe pas d'autre indicateur de retentissement fonctionnel de la maladie. Toutefois, il s'agit également d'indicateurs d'activité administrative dont les facteurs de variations sont importants : ils ne concernent que les âges d'activité professionnelle, et seulement les travailleurs salariés (les régimes non salariés, les profession

²¹¹ Par exemple, certains patients peuvent, au cours de leur vie, rentrer à plusieurs reprises dans une même ALD.

indépendantes ne sont pas concernés). Ils sont fortement liés à la profession. De plus, ce sont des indicateurs partiels qui ne prennent pas en compte les arrêts de travail courts mais répétés. Il est donc recommandé d'expertiser l'utilité et la validité de tels indicateurs complémentaires pour les maladies chroniques les plus fréquentes.

Chapitre 3

Les indicateurs régionaux

Pour chacun des 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi de santé publique, un certain nombre d'indicateurs de suivi sont définis : indicateurs principaux ou complémentaires, qui permettront de mesurer le degré d'atteinte des objectifs. La définition de ces indicateurs s'établit au niveau national, mais il est apparu nécessaire de disposer, dans la mesure du possible, d'indicateurs au niveau régional.

Plusieurs arguments peuvent plaider en faveur d'une déclinaison régionale : Premièrement, il est important de prendre en compte les diversités régionales tant pour ce qu'elles révèlent de l'état de santé des populations que pour alimenter l'interprétation de la moyenne nationale ; Deuxièmement, dans le contexte actuel de régionalisation de la santé publique, c'est l'occasion de conforter les dynamiques à l'œuvre pour mettre au point des panels d'information au niveau régional ; Troisièmement, il convient d'intégrer les travaux originaux menés dans les régions, qu'il s'agisse d'expériences en matière de recueil de données, de recherches d'indicateurs approchés disponibles dans les sources existantes, etc.

Deux types de travaux ont donc été engagés. En premier lieu, chaque indicateur national a été examiné sur le plan de sa possible déclinaison régionale lors des réunions mensuelles rassemblant le groupe projet et les experts sur les objectifs regroupés par thématique. Dans certains cas, certains indicateurs ont pu être retenus plus particulièrement en raison de leur intérêt au niveau régional. Parallèlement, un sous groupe travaillant spécifiquement sur la déclinaison régionale des indicateurs a été constitué. Il a réuni un représentant des DRASS, deux représentants de la FNORS, un représentant des URCAM et les membres du groupe de travail national DREES/DGS. Son objectif était de recenser les travaux susceptibles de permettre aux acteurs régionaux d'approcher ou de construire des indicateurs régionaux correspondant aux indicateurs nationaux et plus généralement en relation avec les thèmes des objectifs de la loi de santé publique.

Il n'est cependant pas toujours possible ou utile de décliner les indicateurs de santé au niveau régional. Les obstacles peuvent être liés soit à la difficulté de mener des enquêtes représentatives au niveau régional, soit à l'absence de prise en compte de la dimension régionale dans les recueils nationaux, soit à la faiblesse des effectifs de la population concernée dans les régions pour des pathologies ou des événements peu fréquents. En outre, dans certains cas, il peut s'avérer prématuré de rechercher des indicateurs au niveau régional, notamment lorsque l'indicateur national n'existe pas encore. La production d'indicateurs au niveau régional peut par ailleurs sembler superflue lorsqu'il existe de faibles variations entre régions, ou lorsque les différences sont facilement interprétables eu égard aux caractéristiques démographiques de la population régionale.

Nous avons délibérément limité notre réflexion au niveau régional, excluant un niveau plus fin d'analyse, même s'il est indéniable que la moyenne régionale est elle aussi la résultante de situations variables selon les territoires et qu'il serait sûrement opportun d'observer ces différences particulièrement dans les régions les plus importantes sur le plan démographique et les régions très contrastées.

Au final, pour chaque indicateur l'opportunité et la possibilité d'alimenter les indicateurs au niveau des régions ont été examinés. Le tableau ci-dessous tente d'en rendre compte.

Ce tableau reprend chacun des 100 objectifs de la loi et présente plusieurs éléments :

Objectifs : il s'agit de la définition de l'objectif tel qu'inscrit dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique d'août 2004, complété le cas échéant par l'objectif préalable (inscrit en italique) ;

Indicateurs retenus au niveau national : il s'agit des indicateurs qui ont été retenus par le groupe projet au niveau national pour chacun des objectifs; à la fin de l'intitulé, il est précisé quelle est la « qualité » de cet indicateur : principal, approché ou complémentaire.

Disponibilité des indicateurs au niveau régional : pour chacun des indicateurs identifiés par le groupe projet, la pertinence et la disponibilité au niveau régional ont été vérifiées. Si l'indicateur a été jugé pertinent (dimension régionale intéressante, effectifs suffisants), sa disponibilité régionale a été examinée. Un indicateur est dit disponible quand toutes les régions sauf exception ont « normalement » accès à cet indicateur. Lorsque cette disponibilité est avérée, la source de données a été indiquée dans le tableau.

Enquêtes, études ou travaux menés en région : il s'agit de travaux originaux qui ont été menés dans une région le plus souvent, parfois dans plusieurs régions (dans le cas d'extensions régionales de certaines enquêtes notamment) et qui sont en rapport avec l'indicateur.

Un certain nombre de travaux, en rapport avec les objectifs ou thèmes de santé, ont en outre été mentionnés en bas de chaque partie de tableau consacrée à un thème donné.

A la fin de ce tableau, après la liste des indicateurs de suivi des 100 objectifs, quelques lignes présentent les indicateurs dits « transversaux » et leur disponibilité au niveau régional.

Un certain nombre d'enquêtes ou de recherches, qui ont été menées dans plusieurs régions, sans pour autant être réalisées systématiquement sur tout le territoire et dans toutes les régions peuvent être toutefois mobilisées le cas échéant.

Il convient de distinguer en premier lieu, deux enquêtes déclaratives qui portent sur des thématiques assez variées :

- L'enquête décennale santé 2002 – 2003 (enquête réalisée grâce à un large partenariat) est une enquête nationale bénéficiant de cinq extensions régionales : Champagne-Ardenne, Ile de France, Nord – Pas - de Calais, Picardie, PACA. Elle recueille un grand nombre de variables permettant de mesurer la santé des personnes enquêtées en recensant les problèmes de santé déclarée, les situations susceptibles d'engendrer des problèmes de santé et/ou des consommations de soins et mesure la perception qu'ont les personnes de leur état de santé. Elle s'intéresse également à la consommation de soins et de prévention des personnes enquêtées en décrivant les consommations, en les reliant aux motifs qui l'expliquent et en permettant d'estimer le montant des dépenses de santé engendrées par ces consommations. Enfin elle mesure certains déterminants de la santé en matière socio-démographique et économique et caractérise certains de ses déterminants individuels. Les résultats de cette enquête ont notamment été évoqués pour les objectifs suivants :
 - objectifs 3 et 4 sur le tabac ;
 - objectifs n°5, 9, 10 sur la nutrition et l'activité physique ;
 - objectifs n°15, 16 sur santé et travail ;
 - objectif n°32 sur la douleur ;
 - objectif n°35 sur les déficiences et handicaps ;
 - objectifs n°48, 50 sur les tumeurs malignes ;
 - objectif n°59 sur les affections neuro- psychiatriques ;
 - objectif n°68 sur les maladies des organes des sens ;
 - objectif n°72 sur les maladies cardio-vasculaires ;
 - objectifs n°85, 86, 87 sur les troubles musculo-squelettiques ;
 - objectif n°99 sur les chutes des personnes âgées ;
 - pour les indicateurs transversaux (points II et V).

- Le baromètre santé de l'INPES bénéficie également d'un certain nombre d'extensions régionales, particulièrement auprès des jeunes de 12 à 25 ans. Pour l'année 2000, il s'agissait de l'Alsace, du Nord -Pas de Calais, des Pays de la Loire et de la Picardie. C'est une enquête qui porte sur les connaissances, attitudes et comportements en matière de santé des personnes résidant en France. Il existe également le baromètre santé-nutrition, qui en 2002 a bénéficié de deux extensions régionales en Languedoc-Roussillon et dans le Nord-Pas-de-Calais. Ces deux enquêtes concernent plus particulièrement les objectifs suivants :
 - objectifs n°2, 3, 4 sur l'alcool et le tabac ;
 - objectifs n°5, 9, 10 sur la nutrition et l'activité physique ;
 - objectif n°31 sur la douleur ;
 - objectifs n°48, 50 sur les tumeurs malignes ;
 - objectif n°97 sur l'accès à la contraception et à l'IVG ;
 - objectif n°99 sur les chutes des personnes âgées ;
 - pour les indicateurs transversaux (points II et V).

D'autres enquêtes ont également bénéficié d'extensions régionales ou ont des effectifs régionaux suffisants pour fournir des données régionales avec le minimum de précision requise pour toutes les régions, au besoin en regroupant deux enquêtes successives lorsqu'elles sont suffisamment rapprochées ou seulement sur les régions les plus peuplées.

Elles peuvent traiter de problématiques particulières ou des sous-populations particulières :

- Enquête sur la toxicomanie, qui étudie la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales (enquête menée par la DREES) ;
- Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) qui porte plus spécifiquement sur la consommation de substances psycho-actives
- Enquête de prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins (enquête menée conjointement par la DREES, les DRASS et les ORS) ;
- Bulletin statistique d'interruption volontaire de grossesse, qui recueille des informations sur les interruptions de grossesse pratiquées (enquête DRASS, DREES) ;
- Enquête nationale périnatale, qui recueille des informations sur le déroulement de la grossesse et l'état de santé du nouveau-né à partir d'un échantillon représentatif de naissances (enquête INSERM, DREES, DGS).
- Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants et adolescents scolarisés (DREES en partenariat avec l'éducation nationale, la DGS, l'InVs et l'INSERM)
- Exploitation des certificats de santé obligatoires – du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois, du 24^{ème} mois - renseignant sur la santé des enfants

TABEAU DE SYNTHÈSE POUR LES INDICATEURS ÉTABLIS AU NIVEAU RÉGIONAL

Alcool

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
1 Diminuer la <u>consommation annuelle moyenne d'alcool</u> par habitant de 20%.	◆ Nombre moyen de litres d'alcool pur vendu par habitant de 15 ans et plus <i>tracur</i>		
2 Réduire la <u>prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool</u> et prévenir l'installation de la dépendance. <i>Objectif préalable : estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue)</i>	◆ Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans ou plus) <i>principal</i> ◆ Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance (18 ans ou plus) <i>principal</i> ◆ Nombre et proportion de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif <i>principal</i> ◆ Prévalence des consommations d'alcool et des iveresses régulières déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans <i>complémentaire</i> , ◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique <i>complémentaire</i> .	◆ [fichier national des accidents de la circulation] ◆ [agrégation sur 2 enquêtes successives des données OFDT ESCAPAD 2002] ◆ [INSERM CépiDc]	

Objectif 2

Enquête adultes sur la consommation ou la dépendance

« *Enquête alcool auprès des personnes ayant recours au système de soins* » ORS et DRASS de toutes les régions, 2000.

Consommation d'alcool et de tabac, et degré de dépendance vis-à-vis de l'alcool : environ 1800 patients de 16 ans ou plus enquêtés par région.

« *Observer la qualité de vie des étudiants en Picardie* » ORS Picardie, 2004-2005.

Enquête auprès de 4 000 étudiants (Bac+1 et Bac+3) dans 9 établissements du supérieur : logement, transport, ressources, dépenses, relations avec les parents, santé (consommation de soins, conduites addictives, vie affective et sexuelle, habitudes alimentaires, sommeil, mal-être, activités sportives et culturelles).

Enquête conducteurs

« *Conduite et substances psychoactives* », ORS Franche-Comté, 2002.

Consommation de produits psycho actifs (alcool, médicaments, drogues illicites) auprès de 310 conducteurs impliqués dans un accident de la voie publique et hospitalisés au CHU de Besançon

Enquêtes jeunes sur la consommation

« *La santé des élèves en Basse-Normandie* », ORS Basse-Normandie, 2003

Enquête auprès de 2 260 jeunes scolarisés dans les établissements du second degré en Basse-Normandie : conduites de transgression, comportements alimentaires, consommation de tabac et d'alcool, phénomènes de violence, comportements sexuels.

- « *Tabac, alcool et drogues illicites : évaluation en milieu scolaire de leur consommation* », ORS Martinique, 1998.
Enquête auprès de 2000 élèves de 3^e, de lycées et de classes de SES (collaboration Santé Scolaire) par auto-questionnaire sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites.
- « *Santé des jeunes dans l'Aisne* » ORS Picardie, 1997-98 et 2003-04.
Enquête auprès des jeunes de 10, 13 et 16 ans avec auto-questionnaire : conduites addictives, alimentation, sport, test d'aptitude physique, visite médicale (taille, poids) et prise de sang.
- « *Enquête Lycoll* », ORS Poitou-Charentes, 1999
Consommations de produits psycho-actifs et conduites à risque (dont les tentatives de suicide) des jeunes scolarisés.
- « *La santé des jeunes en Bretagne* », ORS Bretagne, 2001.
Enquête santé, comportement, perception auprès de 2000 jeunes de collège et lycée par auto questionnaire (dont conduites et consommation alcool). Reprise de l'enquête en 2006
- « *La consommation de produits psychoactifs dans les lycées du Doubs* », ORS Franche-Comté, 2001.
Enquête auprès de 767 jeunes sondés dans 32 classes de lycées sur le niveau de consommation de substances déclaré. Comparaison des indicateurs du "Baromètre santé jeunes 97/98". Indicateurs approchés : proportion de lycéens du Doubs ayant déjà bu de l'alcool, âge moyen à la première ivresse, nombre moyen d'ivresses dans l'année passée.
- « *Observatoire régional d'épidémiologie scolaire : résultats année 2000-2001 et suivantes* », ORS Languedoc-Roussillon, 2000 et suivantes
Recueil d'informations reproductibles auprès d'échantillons représentatifs de la population scolarisée en 6^e et 3^e : biométrie, vaccinations, dépistage sensoriel, sommeil, consommation d'alcool ou de tabac etc... recueillis la première année sont à nouveau collectés chaque année.
- « *Perception des drogues chez les collégiens, les lycéens et leurs parents* », ORS Auvergne, 2003.
Enquête auprès de jeunes de 5 collèges et lycée de centre ville de Clermont-Ferrand et leurs parents, par autoquestionnaires sur leur consommation de produits psycho-actifs, leurs perceptions des drogues et leur degré d'information
- « *Enquête sur les pratiques addictives des jeunes 16-20 ans en formation* », ORS Haute-Normandie, 2005.
Enquête auprès d'un échantillon de 3 500 jeunes scolarisés en lycées généraux et technologiques, professionnels et agricoles et en centres de formation pour apprentis : alcool, tabac, drogues illicites, violence, sexualité, accès aux soins, qualité de vie et moral.
- « *Enquête CANEVAS sur les comportements de santé des Lorrains* », École de santé publique pour DRASS et URCAM, 2001.
Enquête sur 16 cantons représentatifs de la région, téléphonique, transversale administré auprès de 2000 personnes de 18 à 75 ans, portant notamment sur la consommation d'alcool.

Tabac

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
3 Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	◆ Prévalence des fumeurs quotidiens (15 – 75 ans) <i>principale</i> ◆ Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (15 ans, 16 ans, 17 – 18 ans) <i>principale</i> ◆ Prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse <i>complémentaire</i> ◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon <i>complémentaire</i>	◆ [agrégation sur 2 enquêtes successives des données OFDT ESCAPAD 2002] ◆ [INSERM – DREES – DGS – Enq nationale périnatale]. ◆ [INSERM CépiDe]	
4 Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (dispartition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel. <i>Objectif préalable : L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure.</i>	◆ Proportion d'établissements scolaires, des restaurants (et autres lieux de loisirs) et de lieux de travail où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés <i>principale</i> ◆ Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : à domicile, en milieu professionnel, dans les lieux de loisirs <i>complémentaire</i> ◆ Pourcentage de jeunes (17-18 ans) qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire <i>complémentaire</i>		« <i>Évaluation de l'application de la loi Evin</i> », ORS de Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Limousin, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, 1995. Enquêtes déclaratives et enquêtes d'observation directe dans 5 régions, de la conformité des locaux et des comportements dans des collèges et lycées, des établissements de santé, des entreprises (secteurs secondaire et tertiaire), des bars et restaurants, des gares SNCF.

Objectif 3

Enquête adultes sur la consommation

« *Enquête alcool auprès des personnes ayant recours au système de soins* » ORS et DRASS de toutes les régions, 2000.

Consommation d'alcool et de tabac, et degré de dépendance vis-à-vis de l'alcool : environ 1800 patients de 16 ans ou plus enquêtés par région.

« *Tabac et grossesse* », ORS Franche-Comté, 2001

Étude sur la morbidité périnatale liée à l'intoxication tabagique maternofoetale réalisée au CHU de Besançon sur 340 paires mères - enfants.

« *Observer la qualité de vie des étudiants en Picardie* », ORS Picardie, 2004-2005

Enquête auprès de 4 000 étudiants Bac+1 et Bac+3 dans 9 établissements du supérieur : logement, transport, ressources, dépenses, relations avec les parents, santé (consommation de soins, conduites addictives, vie affective et sexuelle, habitudes alimentaires, sommeil, mal-être, activités sportives et culturelles).

Enquête jeunes sur la consommation

« *La santé des élèves en Basse-Normandie* », ORS Basse-Normandie, 2003

Enquête auprès de 2 260 jeunes scolarisés dans les établissements du second degré en Basse-Normandie : conduites de transgression, comportements alimentaires, consommation de tabac et d'alcool, phénomènes de violence, comportements sexuels

« *Tabac, alcool et drogues illicites : évaluation en milieu scolaire de leur consommation* », ORS Martinique, 1998

Enquête auprès de 2000 élèves de 3e, de lycées et de classes de SES (collaboration Santé Scolaire) par auto-questionnaire sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites.

« *Santé des jeunes dans l'Aisne* », ORS Picardie 1997-98 et 2003-04

Enquête auprès des jeunes de 10, 13 et 16 ans avec auto-questionnaire : conduites addictives, alimentation, sport, test d'aptitude physique, visite médicale (taille, poids) et prise de sang.

« *Enquête Lycoll* », ORS Poitou-Charentes 1999

Consommations de produits psycho-actifs et conduites à risque (dont les tentatives de suicide) des jeunes scolarisés.

« *La santé des jeunes en Bretagne* », ORS Bretagne 2001

Enquête santé, comportement, perception auprès de 2000 jeunes de collège et lycée par auto questionnaire (dont conduites et consommation alcool). Reprise de l'enquête en 2006

« *La consommation de produits psychoactifs dans les lycées du Doubs* », ORS Franche-Comté 2001

Enquête auprès de 767 jeunes sondés dans 32 classes de lycées sur le niveau de consommation de substances déclaré. Comparaison des indicateurs du "Baromètre santé jeunes 97/98". Indicateurs approchés : proportion de lycéens du Doubs ayant déjà bu de l'alcool, âge moyen à la première ivresse, nombre moyen d'ivresses dans l'année passée.

« *Observatoire régional d'épidémiologie scolaire : résultats année 2000-2001 et suivantes* », ORS Languedoc-Roussillon, 2000 et suivantes

Recueil d'informations reproductibles auprès d'échantillons représentatifs de la population scolarisée en 6e et 3e : biométrie, vaccinations, dépistage sensoriel, sommeil, consommation d'alcool ou de tabac etc... recueillis la première année sont à nouveau collectés chaque année.

« *Perception des drogues chez les collégiens, les lycéens et leurs parents* », ORS Auvergne, 2003

Enquête auprès de jeunes de 5 collèges et lycée de centre ville de Clermont-Ferrand et leurs parents, par autoquestionnaires sur leur consommation de produits psycho-actifs, leurs perceptions des drogues et leur degré d'information

« *Enquête sur les pratiques addictives des jeunes 16-20 ans en formation* », ORS Haute-Normandie, 2005

Enquête auprès d'un échantillon de 3 500 jeunes scolarisés en lycées généraux et technologiques, professionnels et agricoles et en centres de formation pour apprentis : alcool, tabac, drogues illicites, violence, sexualité, accès aux soins, qualité de vie et moral.

« *Enquête sur les sportifs de haut niveau et chez les sportifs des regroupements sur leur consommation de produits psychoactifs en région PACA* », ORS Provence- Alpes -Côte d'Azur, 2002

Nutrition et activité physique

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
5 Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m ²) chez les adultes : passer de 42% en 2003 à 33% en 2008 (objectif PNNS).	◆ Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte <i>principale</i> ◆ Prévalence du surpoids en population adulte <i>principale</i> ◆ Prévalence de l'obésité en population adulte <i>principale</i>		« <i>Enquête sur la santé et les comportements alimentaires</i> » - ESCAL, réalisée conjointement par l'ORS Martinique et la CIRE Antilles –Guyane, 2004. Enquête auprès d'un échantillon de 2000 personnes de 3 ans et plus sur la prévalence de certains problèmes de santé (obésité, hypertension artérielle, diabète traité et asthme) et sur la consommation de tabac.
6 Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3% chez les hommes et 14,4% chez les femmes actuellement à 8,5% et 10,8% d'ici à 2008.	◆ Concentration urinaire médiane en iode dans la population générale <i>principale</i> ◆ Concentration urinaire médiane en iode des femmes enceintes <i>complémentaire</i> ◆ Proportion de personnes hospitalisées pour pathologies thyroïdiennes non cancéreuses <i>complémentaire</i> ◆ Apports en iode des nourrissons <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI]	
7 Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive : passer de 4% des femmes en âge de procréer à 3%, de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% des enfants de 2 à 4 ans à 1,5%.	◆ Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes de 15 à 49 ans <i>principale</i> ◆ Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans, et 2 à 4 ans <i>principale</i> ◆ Nombre et proportion de femmes enceintes qui ont eu un dosage des marqueurs sanguins de l'anémie ferriprive estimé par le nombre (et proportion) de grossesses déclarées ayant fait l'objet d'un remboursement pour un hémogramme <i>complémentaire</i> ◆ Nombre et proportion de femmes enceintes qui ont eu une supplémentation ferrique au cours de leur grossesse estimé par le nombre (et proportion) de grossesses déclarées ayant fait l'objet d'un remboursement pour supplémentation ferrique au cours de la grossesse <i>complémentaire</i>	◆ [UNCAM, URCAM]	
8 Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel.	◆ Nombre (et taux) d'hospitalisations en MCO pour rachitisme carentiel <i>principale</i>	◆ [UNCAM, URCAM]	

9 Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008.	◆ Proportion de personnes qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour parmi les personnes interrogées <i>principal</i>. ◆ Proportion de personnes qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive) parmi les personnes interrogées <i>complémentaire</i>.		« <i>Santé des jeunes dans l'Aisne</i> », ORS Picardie, 1997-98 et 2003-04 Enquête auprès des jeunes de 10, 13 et 16 ans avec auto-questionnaire : conduites addictives, alimentation, sport, test d'aptitude physique, visite médicale (taille, poids) et prise de sang.
10 Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS). <i>Objectif prioritaire : La prévalence actuelle des petits consommateurs (consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour) est à préciser.</i>	◆ Proportion de personnes déclarant consommer au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour parmi les personnes interrogées <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes déclarant consommer au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour (la veille) parmi les personnes interrogées <i>complémentaire</i>. ◆ Achat de fruits et légumes par an et par personne <i>complémentaire</i>		
11 Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.	◆ Consommation de sel moyenne dans la population estimée par enquête de consommation alimentaire (méthode validée par rapport à la natriurèse de 24 h) <i>principal</i>		
12 Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).	◆ Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle <i>principal</i> ◆ Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CM2 <i>principal</i> ◆ Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des élèves de troisième <i>principal</i> ◆ Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans <i>complémentaire</i> ◆ Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2 <i>complémentaire</i>	◆ [DREES / DESCO / DGS/DEP/ InVS] ◆ [DREES / DESCO / DGS/DEP/ InVS] ◆ [DREES / DESCO / DGS/DEP/ InVS] ◆ [OFDT/DCSN/ ESCAPAD]	« <i>Observatoire local de la santé des élèves castelroussins, classe d'âge des 3-4 ans, 5-6 ans, 11-12 ans, 14-16 ans</i> », (Demande de la ville de Châteauroux) ORS Centre, 2003 Analyse des données issues des examens systématiques réalisés par le service de PMI et santé scolaire sur les thèmes suivants : environnement familial, mode de vie de l'enfant, indice de masse corporelle, comportement, examen psychomoteur et langage, vaccinations, antécédents et examens médicaux, prises en charge et orientations. « <i>Santé des jeunes dans l'Aisne</i> », ORS Picardie, 1997-98 et 2003-04 Enquête auprès des jeunes de 10, 13 et 16 ans avec auto-questionnaire : conduites addictives, alimentation, sport, test d'aptitude physique, visite médicale (taille, poids) et prise de sang. « <i>Enquête de prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section maternelle vus par la médecine scolaire</i> », ORS Auvergne Enquête exhaustive sur tous les patients vus par la

			médecine scolaire en 2004/2005, prenant en compte la prévalence du surpoids et de l'obésité, l'évolution des courbes d'IMC et la recherche de rebond d'adiposité précoce (en cours) ■ « <i>Enquête sur les comportements alimentaires des collégiens et lycéens en Haute-Normandie</i> », ORS Haute-Normandie, 2003 Enquête menée dans 30 collèges et lycées tirés au sort (2826 élèves, interrogés au moyen d'un auto questionnaire). Les résultats ont permis de mesurer l'indice de masse corporelle et de disposer d'une photographie des habitudes alimentaires des jeunes. « <i>Analyse des données des examens de santé des enfants de 6, 10 et 15 ans afin de disposer d'un indicateur du statut pondéral régional reproductible</i> », ORS Haute-Normandie, 2005 Constitution d'un échantillon représentatif d'enfants scolarisés en classes de CP, CM2 ou 6^e et 3^e. Recueil des caractéristiques biométriques (poids et taille) pour le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC). Analyse avec comparaison des secteurs géographiques (RUE). « <i>Standardisation du bilan de santé en petite et moyenne section de maternelle en région PACA</i> », ORS Provence – Alpes – Côte d'Azur 2003 (Prévalence surpoids/obésité). « <i>Enquête sur la morbidité périnatale en Auvergne</i> » ORS Auvergne, 2001 Prise en compte des résultats du Registre des malformations congénitales
			◆ [UNCAM, URCAM]
	◆ Incidence des anomalies de fermeture du tube neural principal ◆ Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pour lesquelles les apports en folates sont inférieurs aux ANC <i>complémentaire</i> ◆ Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs normales <i>complémentaire</i> ◆ Proportion de femmes enceintes ayant eu un traitement par folates <i>complémentaire</i>		
13 Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural. <i>Objectif préalable : L'objectif pourra être quantifié après évaluation d'un programme pilote d'enrichissement de la farine panifiable</i>			

Objectif 5

- « *Enquête de prévalence des troubles nutritionnels chez les patients consultants en médecine générale en Haute-Normandie* », ORS Haute-Normandie, 2002
Enquête auprès d'un échantillon de 885 patients consultant un échantillon de 45 médecins généralistes : prévalence du surpoids, de l'obésité, des troubles nutritionnels et des troubles des comportements alimentaires.
- « *Comportements alimentaires et mode de vie des femmes réunionnaises en surpoids* », ORS Réunion, 1998
Enquête anthropologique portant sur une vingtaine de femmes de 20-59 ans en surpoids.
- « *Étude de la prévalence des problèmes nutritionnels chez les consultants en médecine générale* », ORS du Limousin, 2004.
Analyse de la prévalence des troubles nutritionnels de 3 222 consultants d'un échantillon de 110 médecins généralistes limousins.
- « *Attitudes et comportements des Bourguignons par rapport aux cancers* », ORS Bourgogne, 2004
Enquête réalisée, en référence au Baromètre Santé de l'Inpes, auprès de 1 100 Bourguignons de 12-75 ans : consommations de tabac, alcool, comportements nutritionnels et activité physique, aux dépistages des cancers.
- « *Enquête de prévalence de l'obésité chez les patients suivis par la médecine du travail en Auvergne (en cours)* » ORS Auvergne
Enquête exhaustive sur tous les patients vus par la médecine de travail en 2005, prenant en compte la prévalence du surpoids et de l'obésité
- « *Observer la qualité de vie des étudiants en Picardie* », ORS Picardie, 2004-2005
Enquête auprès de 4 000 étudiants Bac+1 et Bac+3 dans 9 établissements du supérieur : logement, transport, ressources, dépenses, relations avec les parents, santé (consommation de soins, conduites addictives, vie affective et sexuelle, habitudes alimentaires, sommeil, mal-être, activités sportives et culturelles).
- « *Déterminants psychosociaux de l'obésité viscérale* », ORS Provence –Alpes –Côte d'Azur, 2004-2005
Étude portant sur les femmes âgées de 45-60 ans, recrutées dans la consultation d'un service d'Endocrinologie et d'un groupe de médecins généralistes "sentinelles".
- « *Suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en région Provence –Alpes-Côte d'Azur : Volet "prise en charge de l'obésité"* », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2003
- « *Évolution et déterminants des consommations et comportements alimentaires à l'Ile de la Réunion* », DRASS, INSERM et GHRS Réunion, 2003
Deux enquêtes effectuées sur dossier avec évolution dans le temps.

Santé et travail

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
14 Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail <i>Objectifs prioritaires : améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail ; encourager la négociation de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels.</i>	◆ Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet) <i>principal</i>		
15 Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	◆ Pourcentage de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine <i>principal</i> ◆ Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail <i>complémentaire</i> ◆ Incidence des syndromes du canal carpien attribuables à une activité professionnelle <i>complémentaire</i>		
16 Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	◆ Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels plus de 20 heures par semaine <i>principal</i> ◆ Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel <i>complémentaire</i> ◆ Exploitation des données recueillies par les services de médecine et d'inspection du travail <i>complémentaire</i>		
17 Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition <i>Objectifs prioritaires : évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ; systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) ; développement de la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.</i>	◆ Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par branche professionnelle et par type de substance pour les 5 principales substances cancérogènes – durée, intensité et score d'exposition <i>principal</i>		

Santé et environnement

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
18 Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100µg/l : passer de 2% en 1996 à 1% en 2008.	◆ Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100µg /l en population générale <i>principal</i> ◆ Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme par région, par ville <i>approché</i> ◆ Proportion des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg /l parmi ceux qui ont été dépistés <i>approché</i> ◆ Distribution des sources d'exposition : habitat ancien dégradé, pollution industrielle <i>complémentaire</i>		« Dépistage du saturnisme infantile en Auvergne », ORS Auvergne, 2001 Dépistage pour les enfants de moins de 5 ans dans les centres urbains de Clermont-Ferrand et du Puy-en-Velay et auprès des PMI, crèches et maternelles de la région « Programme de dépistage du saturnisme infantile autour du site METALEUROP de Noyelles-Godault », ORS Nord-Pas-de-Calais, en 2001-2002, 2003 Dosage de la plombémie des enfants des communes de Courcelles-les-Lens, Dourges, Evin-Malmaison, Leforest et Noyelles-Godault, inscrits pour la première fois à l'école maternelle en septembre 2001.
19 Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).	◆ Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m3 parmi ceux des 31 départements considérés comme prioritaires <i>principal</i> ◆ Taux de couverture du programme de détection : % d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département <i>complémentaire</i> ◆ Impact du traitement sur les établissements : % d'établissements dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil <i>complémentaire</i>		
20 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).	◆ Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, Nox, SO2, O3 dans l'air ambiant <i>principal</i> ◆ Fréquence de dépassement des seuils légaux (1 mesure par polluant) <i>principal</i> ◆ Nombre de personnes exposées à des dépassements de seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO2 et ozone) <i>principal</i> ◆ Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés <i>principal</i>		« Associations entre la pollution atmosphérique et les ventes de médicaments à visée respiratoire à Rouen, Le Havre, Amiens et St-Quentin », (projet "Air-santé-Rives-Manche"), ORS Haute-Normandie et Picardie Exploitation de la base de données des caisses d'assurance maladies, avec une modélisation des séries chronologiques. « ERPURS : Évaluation des Risques de la Pollution Urbaine sur la Santé », ORS Ile de France, 1987-2000, 2003 Étude des liens entre la pollution atmosphérique de fond et la santé en Ile- de- France de 1987 à 2000.

21 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.	◆ Émissions totales et sectorielles de : composés organiques volatils, dioxines, métaux lourds <i>principal</i> ◆ Zones et agglomérations touchées par des dépassements de seuils réglementaires pour les métaux toxiques (plomb) et les composés organiques volatils (benzène) <i>principal</i>		
22 Qualité de l'eau : Diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.	◆ Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres micro-biologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire <i>principal</i> ◆ Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides estimée par le rapport de la somme des débits d'eau produits dont la qualité de l'eau n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années sur la somme des débits d'eau produits <i>principal</i>	◆ [DDASS – SISE-eaux] ◆ [DDASS – SISE-eaux]	
23 Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone. <i>Objectif préalable : Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels).</i>	◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) <i>principal</i>	◆ [agrégation sur plusieurs années INSERM - CépiDc]	
24 Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'Ecologie, INRETS). <i>Objectif préalable : préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisageables.</i>			
25 Qualité de l'eau : réduire de 50% l'incidence des légionelloses. <i>Objectif préalable : préciser les estimations pour tenir compte des cas méconnus et de la sous-déclaration.</i>	◆ Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire <i>principal</i> ◆ Nombre de décès, taux bruts et taux standardisés de mortalité par légionellose <i>complémentaire</i> ◆ Qualité de l'eau et présence de légionelles dans les domiciles privés <i>complémentaire et à créer</i>		

Objectif 18

« *Enquête réalisée en 1992 par questionnaire auprès des personnes ayant eu un enfant ou étant enceinte et fréquentant le CHU d'Amiens* », ORS Picardie.
Enquête sur les effets de la canalisation en plomb sur l'imprégnation saturnine.

Objectif 20

« *Optimisation des données collectées par les réseaux de surveillance de la qualité de l'air en vue d'estimer l'exposition à la pollution atmosphérique des enfants de l'agglomération toulousaine* », ORS Midi-Pyrénées, 2001
Évaluation d'une méthode permettant d'optimiser l'exploitation des mesures de pollution atmosphérique, effectuées par le réseau de mesure de qualité de l'air, en vue d'estimer l'exposition de sous-groupes particuliers de population, en tenant compte de l'hétérogénéité de leurs lieux de vie.

Objectif 22

« *Étude sur la qualité des eaux – santé et information du public* », ORS Bourgogne, 2002
La Drass, la DRE et l'ORS ont poursuivi en 2002 la constitution d'une base cartographique au 1/25000 de l'ensemble des installations d'alimentation en eau de la région Bourgogne. Les installations ont été géoréférencées, et des bases d'informations associées ont été élaborées.

Objectif 25

« *Étude de la présence de légionelle dans les réseaux d'eau des établissements de santé et des établissements sociaux* », DRASS Aquitaine avec DDASS Gironde et LHE/Université de Bordeaux, 2000.
Sur la base de 1000 mesures effectuées en 1998 et 1999.

Iatrogénie

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
26 Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008.	◆ Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé <i>approché</i> ◆ Incidence des infections du site opératoire <i>approché</i> ◆ Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales <i>approché</i> ◆ Nombre et taux de décès : par infections nosocomiales ; dans les GHM à faibles taux de mortalité <i>approché</i> ◆ Prévalence des infections nosocomiales parmi les personnes hospitalisées un jour donné <i>complémentaire</i>	◆ [C-CLIN] ◆ [C-CLIN]	
27 Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.	◆ Fréquence et proportion des admissions hospitalières pour effets indésirables graves médicamenteux <i>principal</i> ◆ Nombre et pourcentage de feuilles de soins comportant une association médicamenteuse formellement contre-indiquée <i>complémentaire</i> ◆ Données de déclaration, de vigilance, des commissions de conciliation <i>complémentaire</i> ◆ Nombre et taux de décès ayant la iatrogénie médicamenteuse comme cause principale <i>complémentaire</i>	◆ [C-CLIN] ◆ [Assurance maladie]	« Étude prospective des admissions des personnes âgées (+ 70 ans) pour iatrogénie médicamenteuse », URCAM Poitou-Charentes, 2002. Étude dans 18 établissements publics de la région.
28 Réduire d'1/3 la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire. <u>Objectif préalable :</u> disposer des données épidémiologiques nationales sur la iatrogénie globale par la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global.	◆ Densité d'incidence des EIG évitables liés aux soins en cours d'hospitalisation <i>principal</i> ◆ Proportion d'événements évitables parmi les EIG liés aux soins en cours d'hospitalisation <i>principal</i> ◆ Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG lié aux soins <i>principal</i> ◆ Données de déclaration, de vigilance, assurantielles <i>principal</i> ◆ Taux de décès ayant la iatrogénie comme cause <i>complémentaire</i>		
29 Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques. <u>Objectif préalable :</u> actualiser les connaissances sur le nombre et la fréquence des examens radiologiques et sur les doses délivrées aux personnes exposées.			

Résistance aux antibiotiques

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
30 Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques , notamment pour <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G - CMI > 0,06 mg/l – de 52% (2001) à moins de 30% , avec moins de 5% de souches résistantes - CMI > 1mg/l - ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50% (2001) à moins de 30% ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5% en 2001) et <i>S. aureus</i> (réduire le taux de souches résistantes à la méticilline de 34% à 25%).	♦ Taux d'incidence des infections à SARM pour 1000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO <i>principal</i>	♦ [CNRP, ORP, InVS]	
	♦ Taux d'incidence des infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants <i>principal</i>		
	♦ Taux d'attaque des infections à SARM pour 100 hospitalisations MCO <i>complémentaire</i>	♦ [CNRP, ORP, InVS]	
	♦ Proportion de souches de <i>S. Pneumoniae</i> ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G et proportions de souche résistantes à la pénicilline G, l'érythromycine, les fluoroquinolones <i>complémentaire</i>		
	♦ Proportion de souches hospitalières de <i>S. aureus</i> résistantes à la méticilline <i>complémentaire</i>		
	♦ Taux de prévalence des infections à SARM parmi les personnes hospitalisées un jour donné <i>complémentaire</i>		
	♦ Consommations d'antibiotiques en santé humaine : - prescriptions communautaires - ventes	♦ [AFSSAPS, UNCAM, URCAM]	

Douleur

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants. <u>Objectif préalable</u> : disposer de la prévalence actuelle pour évaluer l'importance des efforts nécessaires, même si l'objectif est exprimé en termes absolus à partir d'une estimation grossière de moins de 50 % des douleurs prévenues actuellement.	◆ Pourcentage de femmes ayant eu une anesthésie péridurale lors d'un accouchement <i>principal</i> ◆ Pourcentage de personnes dont la douleur est prise en charge de façon efficace en post-opératoire <i>principal</i> ◆ Pourcentage de personnes dont les douleurs par excès de nociception liées au cancer sont prises en charge de façon efficace <i>principal</i> ◆ Prévalence des enfants qui déclarent une douleur supérieure à 3/10 ou dont le score d'hétéro évaluation est supérieur à 30 % du score maximum au décours de la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement douloureux <i>principal</i> ◆ Prévalence des personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois <i>complémentaire</i> ◆ Pourcentage de personnes déclarant que cette douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (à l'hôpital) <i>complémentaire</i> ◆ Pourcentage de personnes satisfaites du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin <i>complémentaire</i> ◆ Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire <i>complémentaire</i>		
32 Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées, et dans les situations de fin de vie. <u>Objectif préalable</u> : améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique de ces douleurs ; développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité	◆ Prévalence des personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou qui déclarent que les douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques <i>approché</i> ◆ Prévalence des personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes <i>approché</i>		

Objectif 31

« Soins palliatifs et douleur en Saône-et-Loire, dans la Nièvre, dans l'Yonne », ORS Bourgogne, 1999

Enquête transversale un jour donné dans les établissements de court séjour pour évaluer les besoins potentiels en soins palliatifs et en prise en charge de la douleur

« *Étude du devenir médical et social des accidentés hospitalisés au CHU de Caen* », ORS Basse-Normandie, 2004-2005

Mesure de la douleur avec une réglette graduée pour personnes hospitalisées pendant au moins 5 jours à la suite d'un accident de la circulation, du travail ou de la vie courante / 1^{ère} phase de l'enquête en 2004

« *Programme hospitalier de recherche clinique sur les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur* », ORS Provence –Alpes -Côte d'Azur, 1999-2005
Enquête sur les pratiques professionnelles (médecins – infirmiers).

Précarité et inégalités

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
33 Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. <i>Objectif préalable : analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins</i>	♦ Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins dentaires ou optiques au cours des 12 derniers mois <i>principal</i>		
34 Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans. <i>Objectif préalable : identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liés à l'origine.</i>	♦ [Voir indicateurs transversaux]		

Objectif 33

« La politique d'accès aux soins et à la santé des plus démunis : pour une méthodologie d'analyse des besoins et des réponses à l'échelle régionale », ORS Midi-Pyrénées, 1999

Étude des situations d'accès aux soins par les différents professionnels qui interviennent dans les structures d'accueil, d'orientation et de prise en charge sanitaire et sociale de la région Midi-Pyrénées. Approche qualitative et d'ordre méthodologique.

« La santé des consultants des centres d'examen de santé en situation de précarité - Pays de la Loire », ORS Pays de la Loire, 2000, 2003

Comparaison entre la santé des consultants en situation de précarité et celle des autres consultants des CES des Pays de la Loire.

« Précarité et trajectoires de santé : impact de la CMU dans l'accès et la consommation de soins », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2001

Enquête réalisée au service d'accueil des urgences de Nice sur la relation entre précarité et état de santé : comportements de recours aux soins et consommation médicale pour les populations les plus démunies.

« Trajectoires de vie en précarité et santé », ORS du Limousin, 2004

Enquête sur les trajectoires de vie, le recours aux soins et l'état de santé perçu de 446 personnes fréquentant les associations caritatives limousines distribuant de l'aide alimentaire.

« La santé des bénéficiaires de la CMU et des jeunes en insertion consultant des centres d'examen de santé – Bretagne », ORS Bretagne, 2004-2005.

Caractéristiques de ces 2 populations, facteurs de précarité, comparaison aux autres consultants.

« Santé et accès aux soins dans l'agglomération havraise », ORS Haute-Normandie, 1999

Enquête épidémiologique auprès des médecins généralistes, du service d'accueil des urgences et du département d'information médicale sur les problèmes de santé représentatifs de difficultés d'accès aux soins.

« Diagnostic santé sur le territoire des 12 communes relevant de la géographie prioritaire de la politique de la ville dans l'agglomération rouennaise », ORS Haute-Normandie, 2003

Cinq enquêtes ont été réalisées afin de mesurer le retentissement sur la santé des problèmes de précarité et d'accès aux soins : enquête qualitative auprès des acteurs sanitaires et sociaux, enquêtes épidémiologiques auprès des services d'urgence du CHU de Rouen, des personnes accueillies à la PASS du CHU de Rouen, de la maison médicale de Rouen et de la clientèle des médecins généralistes.

« Actualisation de l'état des lieux du PRAPS 1^{ère} génération » ORS et DRASS Bourgogne, 2001

Recueil d'éléments pour réaliser un état des lieux du PRAPS 1, y compris des données issues des centres d'examen de santé sur des individus renonçant à des soins dentaires ou optiques

Déficiences et handicaps

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
35 Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (9,5% des personnes en population générale selon l'enquête HID, Indicateur de Katz). <i>Objectif préalable : construire un outil spécifique, sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qu'elles induisent, en population générale comme dans les populations particulières (régions, pathologies).</i>			

Objectif 35

La question des restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles est abordée dans de nombreux travaux, lancés de manière concomitante à la mise en place et au développement des prestations pour les personnes âgées. De nombreuses régions ont ainsi engagé des enquêtes visant à évaluer la qualité de vie des personnes âgées, l'impact des aides à domicile... Nous en citons quelques unes ici, cette liste est cependant loin d'être exhaustive :

- « *Vivre la dépendance à domicile* », ORS Alsace, 1998, 2001
- « *Évaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes en Bourgogne* », ORS Bourgogne, 2002
- « *Enquête dans deux cantons de la Somme* », ORS Picardie
- « *Analyse secondaire de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance dans les Bouches du Rhône chez les personnes à domicile : besoins d'aide, dépendance, et offres d'aide en 1999, et projection en 2030 ; analyse des déterminants* », ORS Provence- Alpes- Côte d'Azur, 1999

Maladies infectieuses

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
36 Infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).	- Incidence cumulée des cas déclarés de sida <i>principal</i> - Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non dépistées auparavant <i>complémentaire</i> - Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non traitées auparavant (séropositivité connue) <i>complémentaire</i> - Incidence des nouveaux diagnostics déclarés d'infection à VIH chez l'adulte <i>principal</i> - Proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) parmi les infections à VIH <i>complémentaire</i>	[déclaration obligatoire InVS] [déclaration obligatoire InVS] [déclaration obligatoire InVS] [déclaration obligatoire InVS] [déclaration obligatoire InVS]	
37 Hépatites : réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.	- Nombre de décès associés à une hépatite chronique par le VHC et le VHB <i>principal</i> - Nombre de patients admis en ALD n°6 pour hépatite chronique B ou C <i>complémentaire</i>	[UNCAM, URCAM].	
38 Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008	- Incidence cumulée des cas déclarés de tuberculose pour 100 000 habitants <i>principal</i> - Nombre et incidence cumulée de patients nouvellement admis en ALD n°29 pour tuberculose active <i>complémentaire</i> - Nombre (et incidence cumulée) de patients ayant été remboursés pour traitement anti-tuberculeux pendant une durée minimale <i>complémentaire</i>	[déclaration obligatoire InVS] [CNAMTS, CANAM et MSA]. [CNAMTS, CANAM et MSA].	« Évaluation de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire de la tuberculose en Limousin » ORS du Limousin, en cours de publication. Analyse de l'exhaustivité des DO en 1999-2000 en Limousin à partir des DO, des ALD, et des données des laboratoires bactériologiques (collaboration avec la CIRE Centre et l'InVS).
39 Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50%), professionnels de santé (actuellement 21%), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65%) d'ici à 2008	- Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus <i>principal</i> - Taux de vaccination contre la grippe chez les personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de cette vaccination <i>principal</i> - Proportion de professionnels de secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe dans l'année <i>complémentaire</i>	[UNCAM, URCAM]. [UNCAM, URCAM].	
40 Maladies diarrhéiques : diminuer de 20% d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).	Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales <i>principal</i>	[regroupements triennaux : INSERM, CépiDc]	

41 Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2. <i>Objectif préalable : maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST.</i>	◆ Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif au sein du réseau de laboratoires volontaires de RENAGO <i>approché</i> ◆ Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires de référence <i>approché</i> ◆ Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues <i>approché</i> ◆ Nombre annuel de diagnostics microbiologiques d'infection à chlamydia trachomatis au sein du système de surveillance des laboratoires volontaires de RENACHLA <i>approché</i> ◆ Prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV2 <i>approché</i>	◆ IDF / autres régions <i>seule possibilité</i> ◆ [GERS, DREES] ◆ IDF / autres régions <i>seule possibilité</i>	« La syphilis en Bretagne », ORS Bretagne (en cours) Suivi trimestriel depuis janvier 2003 de l'incidence de la syphilis par enquête auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie publiques et privés.
42 Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale: atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %) <i>Objectif préalable : améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et aux âges clés.</i>	◆ Taux de couverture vaccinale des enfants pour : diphtérie, tétanos, poliomylélite ; coqueluche, haemophilus influenzae b ; Hépatite B ; ROR ; BCG à 5-6 ans ; ROR à 5-6 ans <i>principal</i> ◆ Taux de couverture vaccinale des adolescents pour : vaccination DTP des élèves de troisième à jour (6 doses) ; vaccination coqueluche des élèves de troisième à jour (5 doses) ; vaccination ROR des élèves de troisième ; vaccination hépatite B complète des élèves de troisième <i>principal</i> ◆ Taux de couverture vaccinale déclaré par les adultes : rappel tétanos au cours des 10 dernières années ; rappel poliomylélite au cours des 10 dernières années <i>principal</i> ◆ Couverture vaccinale (polio et tétanos) des adultes examinés en consultation de prévention <i>complémentaire</i> ◆ Ventes de différents vaccins aux officines, dispensaires et hôpitaux <i>complémentaire</i>	◆ [certificat du 24^{ème} mois et cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire] ◆ [Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire]	« Couverture vaccinale en Bourgogne et Provence-Alpes-Côte d'Azur », ORS Bourgogne et PACA, 2003 Recensement des données existantes, étude de l'informatisation des données recueillies, mise en place d'outils de suivi de la couverture vaccinale dans les 2 régions. En parallèle, enquête en population générale en Bourgogne, et enquête en population générale sur une ville en Paca avec un croisement avec les données de l'assurance maladie. « Observatoire local de la santé des élèves castelroussins, classe d'âge des 3-4 ans, 5-6 ans, 11-12 ans, 14-16 ans », (Demande / ville de Châteauroux), ORS Centre, 2003. Analyse des données issues des examens systématiques réalisés par la PMI et la santé scolaire sur les thèmes suivants : environnement familial, mode de vie de l'enfant, indice de masse corporelle, comportement, examen psychomoteur et langage, vaccinations, antécédents et examens médicaux, prises en charge et orientations. « Observatoire régional d'épidémiologie scolaire » ORS Languedoc-Roussillon : résultat 2000-2001, 2002 Recueil d'informations reproductibles auprès d'échantillons représentatifs de la population scolarisée en grande section de maternelle, 6e, 3e : biométrie, vaccinations, dépistage sensoriel, sommeil,... recueillis la première année sont à nouveau collectés chaque année.
43 Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des Chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008. <i>Objectif préalable : évaluation d'un programme pilote.</i>			

Objectif 36

« Centre de dépistage anonyme et gratuit de Montpellier VIH et hépatites : profil des consultants. Deuxième période », ORS Languedoc-Roussillon, années 2002, 2003
Enquête transversale (1263 questionnaires) décrivant la population des consultants au CDAG de Montpellier en 2002 et évolution de cette population entre 2000 et 2002 : caractéristiques de la personne, motifs de consultation, comportement, attitudes préventives, histoire du dépistage.

« Manifest 2000 », ORS Provence -Alpes- Côte d'Azur, 2000

Cohorte de personnes séropositives au VIH ayant été contaminées par usage de drogues intraveineuses, 2002. Etude prospective à Marseille, Avignon, Nice et en Ile de France.

- « Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral » ; ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur 1999

Prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral.

Objectif 37

« L'hépatite C en Limousin », ORS Limousin, 2002-2003

État des lieux des sérologies de l'Hépatite C réalisées en ambulatoire en Limousin en 2000 et état des lieux de la prise en charge thérapeutique des patients porteurs d'une hépatite C en 2000. Enquête transversale rétrospective à partir des bases de données de remboursement des sérologies et des thérapeutiques spécifiques des 3 principaux régimes d'Assurance Maladie

« L'hépatite C en Bretagne », ORS Bretagne, 2003

Suivi trimestriel depuis janvier 2003 de l'incidence de l'hépatite C par enquête auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie publics et privés.

« Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite C dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'examen de santé », ORS Provence –Alpes - Côte d'Azur 2004-2005

Objectif 39

« Participation chaque année au réseau GROG (avec Add Grog et Open Rome) », ORS Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Lorraine, Picardie, PACA.

Recueil auprès de médecins sentinelles, chaque lundi et mardi sur la semaine qui précède pendant la période d'octobre à avril, de données sur leur activité concernant les viroses respiratoires avec une complétude par des prélèvements rhino-pharyngés.

Objectif 42

« Évaluation d'un programme de vaccination ROR dans douze départements », ORS Aquitaine, Bretagne, Corse, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Paca, 1999

Enquête par téléphone en 1997 et 1999 auprès des parents d'enfants de 2 ans pour connaître la couverture vaccinale et recueillir l'opinion et les comportements des parents face à la vaccination ROR.

« Couverture vaccinale des enfants de 2 ans dans l'Oise et la Somme », ORS Picardie, 2000

Enquête réalisée selon le même protocole que celle des ORS dans 12 départements en 1999.

« Standardisation du bilan de santé en petite et moyenne section de maternelle en région PACA », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2003

Santé maternelle et périnatale

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
44 Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.	◆ Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes <i>principal</i> ◆ Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables <i>complémentaire</i>		
45 Réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1000 au lieu de 6,5) en 2008	◆ Taux de mortalité périnatale <i>principal</i> ◆ Taux de mortinatalité <i>principal</i> ◆ Taux de mortalité néonatale <i>principal</i> ◆ Taux de mortalité infantile <i>complémentaire</i>	◆ [INSEE] ◆ [INSEE – PMSI] ◆ [INSEE – INSERM] ◆ [INSEE] <i>(agrégation sur 3 ans)</i>	
46 Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité. Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité <i>Objectif préalable : mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge.</i>	◆ Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines <i>principal</i>	◆ [PMSI]	« Registre des grossesses extra-utérines d'Auvergne »
47 Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. <i>Objectifs préalables : repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme ; enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants exposés à un facteur de risque périnatal.</i>	◆ Fréquence et distribution de la prématurité <i>principal</i> ◆ Fréquence et distribution des petits poids de naissance <i>principal</i> ◆ Distribution des scores d'Apgar à 5 minutes <i>complémentaire</i> ◆ Prévalence à 8 ans des infirmités motrices d'origine cérébrale <i>complémentaire</i> ◆ Prévalence des handicaps neurologiques, sensoriels et cognitifs d'origine périnatale <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [PMSI]	

Objectif 45

« Enquête régionale d'observation des décès autour de la naissance : périnatalité en Bretagne », ORS Bretagne, exploitation des données 1991-1998, 2001

Enquête épidémiologique auprès des maternités, services de néonatalogie et de réanimation infantile de la région Bretagne : interruptions de grossesses pour causes médicales, enfants nés morts, nouveau-nés décédés avant le 28^e jour de vie.

« Enquête régionale sur la morbidité et la mortalité périnatales en Franche-Comté », ORS Franche-Comté, 2000

Enquête réalisée auprès des établissements de Franche-Comté pendant 2 ans de façon exhaustive : mortalité périnatale, morbidité du nouveau-né, morbidité et mortalité de la mère

« Étude sur la mortinatalité à la Réunion », DRASS Réunion, 2002

Objectif 45 et 47

« Enquête sur la morbidité périnatale en Auvergne », ORS Auvergne, 2001

Enquête à partir de diverses sources (PMSI, SAE, INSEE, INSERM, PMI, AUDIPOG, Registre des malformations congénitales...) sur morbidité et la mortalité du nouveau-né et de la mère.

Tumeurs malignes

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
48 Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.	◆ Incidence du cancer du col de l'utérus <i>principal</i>. ◆ Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans <i>principal</i> ◆ Nombre d'actes côtés P55 et remboursés par l'assurance maladie (variable « proxy » traceuse des frottis) chez les femmes de 25 à 65 ans <i>approché</i> ◆ Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans <i>approché</i> ◆ Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les 3 années précédentes ◆ Taux de prescription du test HPV conformément aux bonnes pratiques <i>principal</i>	◆ Estimation sur données disponibles ALD30 et PMSI. ◆ [UNCAM, URCAM] ◆ [UNCAM, URCAM] ◆ [UNCAM, URCAM]	
49 Toutes tumeurs malignes : Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients. <i>Objectif préalable : estimation de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées.</i>	◆ Proportion de patients pour lesquels un « programme personnalisé de soins » a été établi et/ou pour lesquels une réunion de concertation multidisciplinaire s'est tenue <i>principal</i> ◆ Survie relative à 5 ans (et à 10 ans) par type de cancer <i>principal</i>		
50 Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans. <i>Objectif préalable : estimation en cours du pourcentage de cancers dépistés à un stade avancé.</i>	◆ Stades au diagnostic pour le dépistage organisé <i>principal</i> ◆ Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané <i>principal</i> ◆ Taux de participation au programme de dépistage organisé <i>complémentaire</i> ◆ Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané) <i>complémentaire</i>	◆ [InV's] ◆ [Assurance maladie] ◆ [InV's]	
51 Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome. <i>Objectif préalable : connaissance de la situation actuelle.</i>	◆ Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de Breslow) <i>principal</i>		
52 Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens. <i>Objectif préalable : Fournir un état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers).</i>			

53 Cancer colo-rectal : Définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage. <u>Objectif préalable :</u> Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colo-rectal dans vingt départements et les évaluer.	

Objectif 49

« *Information des malades atteints de cancer – Besoins, attentes et perspectives* », ORS Bourgogne, 2004
 Attentes des usagers et de leurs proches en matière d'information : point de vue des malades, des professionnels de santé et des travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'eux.

« *Étude des filières de soins en cancérologie* », ORS Franche-Comté, 1998
 Étude des filières de soins diagnostiques et thérapeutiques suivies par les patients du Doubs atteints de cancers fréquents que sont les cancers du poumon, du sein et du colon-rectum (250 dossiers examinés).

« *Les cancers en Picardie, enquête en médecine générale* », ORS Picardie, 2001
 Étude sur les cancers en médecine générale : 72 médecins généralistes ont participé à l'enquête. Enquête sur les trajets diagnostiques et thérapeutiques des patients atteints d'un cancer en Picardie : 331 patients atteints d'un cancer qui ont consulté leur médecin traitant entre le 01-01-99 et le 30-06-2000.

« *Les cancers de l'enfant en Bretagne* », ORS Bretagne, (depuis 1991)
 Registre régional de l'incidence des cancers de l'enfant depuis 1991, en relation avec les 4 autres registres existant et les registres nationaux des leucémies et lymphomes et tumeurs solides.

Objectif 50

« *Étude de l'incidence et de la prévalence du cancer du sein en Bretagne* », ORS Bretagne, 2001-2002
 L'étude porte sur la caractérisation du cancer du sein dans le PMSI, l'utilisation du chaînage des patients, et la production d'indicateurs d'incidence et de prévalence.
 Par ailleurs, l'ORS Bretagne assure le suivi pendant 5 ans des campagnes de dépistage du cancer du sein.

« *Réseau sentinelle du mélanome en Auvergne* », ORS Auvergne, (depuis 1998)
 Analyse annuelle des résultats du réseau sentinelle du mélanome associant dermatologues et anatomopathologistes, en Auvergne, depuis 1998

Objectif 51

« *Enquête sur la prise en charge des tumeurs malignes de la peau en Haute-Normandie* », ORS Haute-Normandie, 1998
 Enquête menée auprès des laboratoires d'anatomie pathologie destinée à connaître la fréquence des examens relatifs aux tumeurs malignes de la peau et la part des dermatologues parmi les prescripteurs.

Pathologies endocriniennes

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
54 Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80% des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire).	◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins trois remboursements de dosage d'hémoglobine glyquée (au moins deux dosages d'HbA1c) <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique) <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de dosage de la créatinémie <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement d'EKG (ou consultation d'ophtalmologie) <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de dosage des triglycérides (ou bilan lipidique) <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour recherche de microalbuminurie <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie) <i>principal</i> ◆ Prévalence du diabète <i>contexte</i>	◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED] ◆ [SNIIRAM, ENTRED]	
55 Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires. <i>Objectif préalable : dispositif de mesure de la fréquence et de la gravité des complications du diabète.</i>	◆ Prévalence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : cécité, infarctus du myocarde, amputation, IRCT, mal perforant plantaires <i>principal</i> ◆ Hospitalisations de personnes diabétiques : pour amputation, infarctus du myocarde, plaie du pied <i>principal</i> ◆ Nombre de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale <i>principal</i> ◆ Nombre et taux de décès ayant pour cause un diabète et âge moyen au décès <i>complémentaire</i> ◆ Traitement laser ophtalmologique <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [REIN, PMSI, Assurance maladie] ◆ [INSERM, CépiDc] ◆ [Assurance maladie]	« Étude prospective sur les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques à l'île de la Réunion », ORS Réunion, 2002 Recensement de tous les cas d'amputation des membres inférieurs réalisés dans les établissements hospitaliers de l'île entre le 1er mai 2000 et le 30 avril 2001. Entretien d'un médecin investigateur avec tous les diabétiques ayant subi une amputation non traumatique (environ 180). « Diabète et syndromes associés à la Réunion », DRASS, INSERM de la Réunion, 2002. Étude spatiale pour analyse de la surmortalité et de la surmorbidité.

Affections neuropsychiatriques

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
56 Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.	◆ Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH des usagers de drogues injectables (UDI) <i>principal</i> ◆ Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ayant recours aux différentes structures de prise en charge <i>principal</i>		
57 Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité. <i>Objectif préalable : estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.</i>	◆ Taux d'admission en ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité) <i>approché</i> ◆ Nombre de malades psychotiques en situation de précarité suivis dans le système de soins <i>principal en discussion</i> ◆ Nombre de malades psychotiques en situation de précarité non suivis dans le système de soins <i>principal en discussion</i>	◆ [UNCAM, URCAM] ◆ [PMSI]	
58 Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs. <i>Objectif préalable : estimer le taux de rétention en traitement de substitution.</i>	◆ Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous Méthadone <i>principal</i> ◆ Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles <i>complémentaire</i>	◆ [OFDT et assurance maladie]	
59 Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus. <i>Objectif préalable : développer et valider des instruments de dépistage.</i>	◆ Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours aux soins/ personnes ayant des troubles dépressifs <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours aux soins/ personnes ayant des troubles anxieux <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin/personnes ayant des troubles bipolaires <i>principal</i>		
60 Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique. <i>Objectif préalable : développer et valider des instruments de dépistage</i>			

61 Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation. <i>Objectif préalable : construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale</i>			
62 Epilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie. <i>Objectif préalable : étude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant.</i>	◆ Incidence des épilepsies graves de l'enfant <i>cadre</i> ◆ Prévalence des enfants traités pour troubles épileptiques <i>cadre</i>	◆ [SNIIRAM/ALD] ◆ [SNIIRAM, données de remboursement]	
63 Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients. <i>Objectif préalable : mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches.</i>	◆ Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer <i>principal</i> ◆ Score de qualité de vie chez les proches des patients atteints de maladie d'Alzheimer <i>principal</i>		
64 Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes. <i>Objectif préalable : définition des critères de sévérité.</i>	◆ Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie de Parkinson <i>principal</i>		
65 Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie. <i>Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.</i>	◆ Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de sclérose en plaques <i>principal</i>		

Objectif 56

« *Évaluation des dispositifs adaptés à la réduction des risques de transmission du VIH par voie intraveineuse* », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004.
Estimer la prévalence du VIH, du VHC, du VHC et des pratiques à risques des usagers de drogue ayant recours aux programmes d'échange de seringues implantés en région PACA.

Objectif 57

« *Qualité de la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion sociale* », DRASS Bretagne, 2003.

Objectif 58

« *Drogues illicites : l'offre en outils de réduction des risques en Bretagne* », ORS Bretagne, 2002

Suivi des ventes officielles de seringues et de produits de substitution de 1997 à 2000, par département en Bretagne, et comparaison avec les données nationales. (Source InVS-SIAMOIS).

« *Substitution au Subutex et médecine de ville dans le grand Toulouse* », ORS Midi-Pyrénées, 1998.

Enquête transversale descriptive auprès de 33 médecins du réseau Passages : un questionnaire pour chaque patient traité par Subutex vu en consultation entre le 1er et 31 mars 1998.

« *Étude de faisabilité d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution, suivis en médecine générale ambulatoire* », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004

Évaluation prospective du traitement de substitution basée sur l'observation d'une cohorte régionale permettant d'apprécier les effets à moyen et long terme du traitement sur la santé des utilisateurs et plus généralement sur leur addiction.

Objectif 59

« *Santé mentale en population générale "images et réalités" en Haute Vienne et en Creuse* », ORS du Limousin, 2004.

Déclinaison sur 2 sites en région d'une internationale étude multicentrique. 900 questionnaires collectés par sites selon la méthode des quotas (sexe, âge, CSP). Questionnaire MINI épidémiologique permettant d'évaluer la prévalence des principaux troubles de l'humeur et anxieux

« *Recherche épidémiologique multicentrique : la santé mentale en population générale* », DRASS, OMS et EPSMR Réunion, 2001.

Enquête auprès de 1200 personnes pour décrire les représentations liées aux maladies mentales et évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux.

Objectif 60

« *Étude de la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques dans un panel de médecins généralistes de ville* », ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004.

Maladies des organes des sens

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
66 Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des atteintes systémiques induisant des complications ophtalmologiques.	◆ Proportion de personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline ayant fait dans l'année une demande de remboursement pour consultation ophtalmologique <i>approché</i> ◆ Proportion de personnes en ALD21 ayant fait dans l'année une demande de remboursement pour consultation ophtalmologique <i>approché</i>	◆ [SNIIRAM, données de remboursement] ◆ [SNIIRAM / ALD]	
67 Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans) <i>Objectifs préalables : compléter la connaissance épidémiologique des atteintes sensorielles de l'enfant, des modalités et résultats des dépistages existants ; définir ou réactualiser des recommandations pour les dépistages sensoriels (âges des dépistages, contenu de l'examen) aux ≠ âges de l'enfant, y compris pour enfants non scolarisés en maternelle.</i>			« Dépistage de masse de la surdité néonatale par oto-émissions acoustiques provoquées », ORS Picardie Dépistage à la naissance et à 8 semaines. Enquête sur l'ensemble des naissances dans les maternités de la Somme survenues pendant un semestre. « Standardisation du bilan de santé en petite et moyenne section de maternelle en région PACA », ORS Provence - Alpes-Côte d'Azur , 2003 (Prévalence des troubles ophtalmologiques et auditifs).
68 Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences. <i>Objectifs préalables : améliorer la connaissance des circonstances d'exposition à des traumatismes sonores aigus et répétés ; définir des protocoles et dispositifs de dépistage rapide en médecine du travail et de ville ; dresser un état des conséquences des atteintes sensorielles sur la vie quotidienne ; définir les stratégies de compensation des pathologies auditives dans les différentes situations de communication (privée, sociale, professionnelle) à tous les âges.</i>	◆ Prévalence des difficultés de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près <i>principal</i> ◆ Prévalence des difficultés de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées <i>principal</i> ◆ Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin <i>principal</i> ◆ Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique déclarées <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition <i>principal</i> ◆ Prévalence des déficits auditifs (mesurés) <i>principal</i> ◆ Prévalence des acouphènes <i>principal</i> ◆ Incidence des traumatismes sonores <i>principal</i>		

Maladies cardio-vasculaires

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
69 Obtenir une réduction de 13% de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : - cardiopathies ischémiques : de 13% chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008. - thromboses veineuses profondes : de 15% d'ici à 2008.	◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause une cardiopathie ischémique <i>principale</i> ◆ Taux d'incidence nationale annuel (estimé) des cardiopathies ischémiques <i>complémentaire</i> ◆ Nombre (et taux) d'hospitalisation en MCO pour cardiopathie ischémique <i>complémentaire</i> ◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause (diagnostic initial ou associé) une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire <i>principale</i>	◆ [INSERM - CépiDc] ◆ [PMSI]	
70 Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS).	◆ Taux sanguin moyen de LDL cholestérol en population adulte <i>principale</i> ◆ Taux sanguin moyen de cholestérol total en population adulte <i>approché</i> ◆ Hypercholestérolémies (LDL), dont traitées et équilibrées <i>complémentaire</i> ◆ Proportion de la population adulte ayant eu une prescription d'hypolipémiant dans l'année <i>complémentaire</i>	◆ [assurance maladie, SNIIRAM]	
71 Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008 <i>Objectif préalable : définir les conditions d'échantillonnage et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible.</i>	◆ Pression artérielle systolique et diastolique moyenne mesurée en population adulte <i>principale</i> ◆ Prévalence de l'hypertension artérielle <i>complémentaire</i>		
72 Accidents vasculaires cérébraux : réduire la fréquence et la sévérité des séquences fonctionnelles associées aux AVC. <i>Objectif préalable : La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI)</i>	◆ Estimation du taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) <i>principale</i> ◆ Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accidents vasculaires cérébraux <i>principale</i> ◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause un AVC <i>complémentaire</i> ◆ Fréquence et sévérité des séquences fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un AVC <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [INSERM, CépiDc]	
73 Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. <i>Objectif préalable : la quantification des objectifs pour les AVC et insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI)</i>	◆ Nombre et taux d'hospitalisations en MCO pour insuffisance cardiaque <i>principale</i> ◆ Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité ayant pour cause une insuffisance cardiaque <i>principale</i>	◆ [PMSI] ◆ [INSERM - CépiDc]	

Affections des voies respiratoires

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
74 Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).	◆ Nombre et taux d'hospitalisations en MCO pour asthme <i>principal</i> ◆ Proportion de patients hospitalisés plusieurs fois pour asthme parmi les personnes hospitalisées dans l'année pour asthme <i>complémentaire</i> ◆ Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2, de troisième <i>complémentaire</i> ◆ Mortalité par asthme <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [PMSI] ◆ [Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire]	« Étude épidémiologique de l'asthme chez les enfants de 0 à 15 ans à la Réunion » ORS Réunion 1998 Étude épidémiologique descriptive des cas d'asthme ayant nécessité une hospitalisation chez l'enfant.
75 Broncho-pneumopathie chronique obstructive : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie. <i>Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité et des conséquences sur la qualité de vie.</i>			

Objectif 74

« Prévalence de l'asthme et des manifestations allergiques chez les enfants et adolescents de Martinique », ORS Martinique, en 1998, 1999

Selon la méthodologie proposée par l'étude ISAAC : évaluation de la prévalence de l'asthme et des manifestations allergiques (rhinite, eczéma atopique) auprès de 2 groupes de 700 enfants (les élèves de grande section de maternelle et CP, et élèves de 3e).

« Étude de la santé des enfants à partir des résultats de l'enquête ISAAC », DRASS, INSERM Réunion, 2003

Questionnaire ISAAC (allergies infantiles : asthme, rhinite et eczéma) passé auprès d'enfants de 5^{ème} et 4^{ème}.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
76 Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes. <i>Objectif préalable : mesurer la qualité de vie des personnes malades.</i>	◆ Score de qualité de vie chez les patients atteints de MICI (Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn) <i>principale</i> ◆ Pourcentage de patients hospitalisés et le cas échéant, durée totale annuelle <i>complémentaire</i> ◆ Interventions chirurgicales mutilantes <i>complémentaire</i> ◆ Traitement des poussées inflammatoires <i>complémentaire</i> ◆ Mise en ALD (RCH + MC) <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [PMSI] ◆ [Assurance maladie] ◆ [Assurance maladie]	« Registre des maladies chroniques de l'intestin : EPIMAD » « Registre EPIMICI pour le Puy de Dôme » « Registre et cohorte des maladies inflammatoires du tube digestif (projet ABERMAD) » ORS Bretagne

Pathologies gynécologiques

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
77 Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs. <i>Objectifs prioritaires</i> : disposer de données fiables sur l'incidence, la prévalence de l'endométriose, sur son retentissement sur la qualité de vie et sur la place respective des différents modes de prise en charge.			
78 Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire. <i>Objectif prioritaire</i> : disposer de données fiables sur la fréquence de ces troubles et sur leur retentissement sur la qualité de vie.	- Pourcentage de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines » durant depuis moins d'un an/plus d'un an <i>principal</i> - Proportion de femmes à qui une rééducation périnéale est prescrite après un accouchement <i>complémentaire</i> - Proportion de femmes de plus de 50 ans à qui une rééducation périnéo-sphinctérienne est prescrite <i>complémentaire</i>	[SNIIRAM] [SNIIRAM]	« Étude de prévalence des troubles de la continence anale parmi la population adulte en Rhône-Alpes », ORS Rhône-Alpes Enquête postale (continence anale et urinaire) en population générale (listes électorales, échantillon de communes) et auprès de la patientèle des médecins gynéco-obstétriciens et gastro-entérologues.
79 Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes. <i>Objectifs prioritaires</i> : disposer de données d'incidence, et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie souffrant de ces pathologies.			

Insuffisance rénale chronique

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
80 Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million).	- Nombre de personnes nouvellement admises en ALD19 Code CIM N18.0 principal - Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse + Nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive principal	[Assurance maladie] [REIN, Registre cristallin de l'EFG échancé 2005-2006].	
81 Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes , en particulier celles sous dialyse. <i>Objectif prioritaire</i> : mesurer la qualité de vie des personnes malades et identifier les problèmes sociaux associés.	- Score de qualité de vie des personnes atteintes d'IRCT sous dialyse <i>principal</i> - Durée médiane d'attente avant greffe <i>complémentaire</i>	[EFG]	

Objectif 80

« *Évaluation du nombre de patients insuffisants rénaux en Bourgogne et Franche-Comté* », ORS Bourgogne et Franche-Comté, 2002 - 2003

Évaluation du nombre de patients susceptibles d'être concernés par l'expérimentation ESPOIR (améliorer le dépistage et la prise en charge de l'insuffisance rénale débutante). Etude prospective exhaustive sur un trimestre qui renseigne sur le nombre de cas d'insuffisance rénale, récente ou ancienne, à partir de l'activité des laboratoires d'analyse de biologie médicale.

Troubles musculo-squelettiques

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
82 Ostéoporose : réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)	◆ Séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus) <i>principal</i> ◆ Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus) <i>complémentaire</i> ◆ Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en institution <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI] ◆ [PMSI]	
83 Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde. <i>Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.</i>	◆ Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde <i>principal</i> ◆ Restrictions d'activité des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde <i>principal</i> ◆ Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteints de polyarthrite rhumatoïde mis en invalidité <i>approché</i> ◆ Nombre d'admissions annuelles en ALD pour polyarthrite rhumatoïde grave <i>complémentaire</i>	◆ [Assurance maladie]	
84 Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies. <i>Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.</i>	◆ Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de spondylarthropathies <i>principal</i> ◆ Restrictions d'activité des personnes atteintes de spondylarthropathies <i>principal</i> ◆ Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteintes de spondylarthropathies mis en invalidité <i>approché</i> ◆ Nombre d'admissions annuelles en ALD pour spondylarthrite ankylosante grave <i>complémentaire</i>	◆ [Assurance maladie]	
85 Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites <i>Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.</i>	◆ Proportion de patients souffrant d'arthrose périphérique et présentant des limitations de mobilité <i>principal</i> ◆ Proportion de patients souffrant d'arthrose périphérique et présentant des restrictions d'activité <i>principal</i> ◆ Proportion de patients souffrant d'arthrose et présentant une dépendance <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et présentant une limitation durable d'activité <i>complémentaire</i> ◆ Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche ou de genou <i>complémentaire</i>	◆ [PMSI]	

86 Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008. <i>Objectif préalable :</i> enquête sur la fréquence des lombalgies et les limitations fonctionnelles induites.	◆ Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant des limitations de mobilité <i>principale</i> ◆ Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant des restrictions d'activité <i>principale</i> ◆ Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant une dépendance <i>principale</i> ◆ Proportion de personnes ayant déclaré avoir des lombalgies et une limitation durable d'activité <i>complémentaire</i> ◆ Nombre de mises en invalidité pour lombalgie chronique <i>complémentaire</i>		
87 Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose. <i>Objectif préalable :</i> connaître la distribution actuelle des indicateurs de qualité de vie chez les personnes souffrant d'arthrose.	◆ Score de qualité de vie chez les patients atteints d'arthrose <i>principale</i> ◆ Complications des traitements médicamenteux de l'arthrose <i>complémentaire</i>		

Objectif 82

« L'ostéoporose post-ménopausique à la Réunion. Résultats d'une étude épidémiologique auprès de femmes avec fracture (s) post ménopausique (s) », ORS Réunion 2001

Enquête auprès d'un échantillon de 582 femmes, ménopausées, âgées de moins de 75 ans, ayant présenté après la ménopause et / ou à l'inclusion une fracture survenue à la suite d'un traumatisme minime.

Affections d'origine anténatale

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
88 Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.	◆ Distribution de l'âge au décès et létalité de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite) <i>principal</i> ◆ Scores de qualité de vie <i>principal</i> ◆ Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite) <i>complémentaire</i> ◆ Prévalence de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite) <i>complémentaire</i> ◆ Dépistages néonataux <i>complémentaire</i>		« Les drépanocytaires de la Martinique, étude quantitative et qualitative », ORS Martinique, 2000 Enquête (entre janvier 1998 et octobre 1999) auprès de tous les malades résidant en Martinique sur le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne et sur leurs attentes.
89 Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes. <i>Objectif préalable : estimer la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.</i>	◆ Fréquence des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque <i>principal</i> ◆ Ratio du nombre total d'amniocentèses (ou chorio-centèses) sur le nombre total de grossesses complémentaires ◆ Ratio du nombre total d'interruptions médicales de grossesse sur le nombre d'amniocentèses ou chorio-centèses <i>complémentaire</i> ◆ Degré de satisfaction des femmes à l'égard de la qualité de l'information reçue sur les différents dépistages des affections anténatales réalisés pendant la grossesse et notamment pour le dépistage de la trisomie 21 <i>complémentaire</i>		« Registre des malformations congénitales » de Paris, du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône et du Centre-Est.

Maladies rares

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
90 (Maladies rares) Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge. <i>Objectif préalable : définir les critères opérationnels de l'équité.</i>			

Affections bucco-dentaires

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
91 Réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)	◆ Distribution des indices « CAO mixte » pour les enfants de 6 ans et « CAO » pour les enfants de 12 ans (y compris indice CAO moyen, pourcentage d'enfants indemnes de carie et le Significant Caries Index)<i>principal</i> ◆ Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leur 6 ans <i>complémentaire</i>	◆ [Assurance maladie]	

Traumatismes

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
92 <u>Suicide</u> : réduire de 20% le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).	◆ Taux de décès par suicide <i>principal</i> ◆ Fréquence relative des modes de suicide <i>principal</i>	◆ [INSERM – Cépi Dc] ◆ [INSERM – Cépi Dc]	
93 <u>Traumatismes non intentionnels dans l'enfance</u> : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008. <i>Objectif préalable : dispositif de recueil de données d'incidence et de gravité des accidents par cause et par classe d'âge (dans la population < 14 ans). Est connue, à ce jour, la mortalité par accidents, toutes causes confondues, des enfants de 1-4 ans : 8,9 pour 100 000 / garçons et 5,8 pour 100 000 / filles.</i>	◆ Taux de mortalité après accident de la vie courante chez les 0 - 14 ans par cause <i>principal</i>	[INSERM – Cépi Dc]	

Traumatismes (suite)

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
94 Traumatismes liés à la violence routière : Réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008 <i>Objectif préalable : dispositif épidémiologique des mesures des décès et séquelles lourdes secondaires à un accident de la circulation</i>	♦ Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route <i>principale</i> ♦ Taux de mortalité après accident de la route <i>complémentaire</i> ♦ Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après un accident de la route <i>complémentaire</i> ♦ Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS ≥ 3 dans le département du Rhône <i>complémentaire</i>	♦ [Fichier national des accidents corporels – ONISR] ♦ [INSERM – Cépi De] ♦ [Fichier national des accidents corporels – ONISR]	
95 Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces. <i>Objectif préalable : réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires.</i>	<i>L'objectif préalable est le suivant : réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires.</i>		

Objectif 94

« *Le devenir des 15-24 ans accidentés de la route en Franche-Comté* », ORS Franche-Comté, 1998

Enquête apurée de jeunes blessés gravement dans un accident de la route en 1991. Etude de leur état somatique, psychologique et de leur situation sociale 5 ans après l'accident.

« *Les motards accidentés : étude des conséquences physiques, psychiques et sociales des accidents à moto en Franche-Comté* », ORS Franche-Comté, 2003

Analyse des répercussions des accidents sur les motards, d'un point de vue médical et psychologique.

Un dispositif de recensement de toutes les personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées faisant l'objet d'une décision de la Cotorep en Aquitaine a été mis en place et testé dans plusieurs départements. A compter de 2005, le système est opérationnel dans l'ensemble de la région et permettra de connaître le nombre de nouveaux cas et la prévalence ainsi que les caractéristiques et les besoins de ces personnes. ORS Aquitaine

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
96 Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit <i>Objectif préalable : évaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel (juin 2001).</i>	◆ <i>Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire complémentaire</i>	◆ [Éducation Nationale]	
	◆ Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant) parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire complémentaire	◆ [Éducation Nationale]	
	◆ Fille active et part d'enfants adressés par la médecine scolaire, la PMI et les professionnels libéraux aux centres de référence des troubles du langage <i>complémentaire</i>		
	◆ Nombre de bilans orthophoniques effectués pour les enfants âgés de 6 ans <i>complémentaire</i>	◆ [Assurance maladie]	
	◆ Nombre d'enfants orientés en CMPP pour des troubles du langage oral et écrit sur avis du médecin scolaire <i>complémentaire</i>		
	◆ <i>Prévalence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse principale</i>	◆ [SAE – DREES] ◆ [Bases de données médicaments]	« <i>Qualité de l'accueil des centres IVG en Limousin</i> » DRASS Limousin – Délégation aux droits des femmes, 2004 Enquête pendant 3 mois auprès des femmes ayant recours à l'IVG dans un centre au sujet de leur degré de satisfaction.
97 Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. <i>Objectif préalable : améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG.</i>	◆ Taux d'incidence des IVG <i>principal</i>		
	◆ Distribution des délais de prise de RDV d'IVG <i>principal</i>		
	◆ Ventes de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence <i>tracur</i>		
	◆ Nombre d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans pharmacies et établissements d'enseignement du 2nd degré		

Objectif 96

« *Observatoire local de la santé des élèves castelroussins, classe d'âge des 3-4 ans, 5-6 ans, 11-12 ans, 14-16 ans* », ORS Centre (demande de la ville de Châteauroux), 2003

Analyse des données issues des examens systématiques réalisés par le service de PMI et la santé scolaire sur les thèmes suivants : environnement familial, mode de vie de l'enfant, indice de masse corporelle, comportement, examen psychomoteur et langage, vaccinations, antécédents et examens médicaux, prises en charge et orientations.

« *Le développement des enfants scolarisés dans deux groupes scolaires : Petit-Bard / Pergola* », ORS Languedoc-Roussillon, 2002

Enquête transversale cas-témoïn sur les enfants de grande section maternelle et cours moyen. Analyse des troubles du comportement et des troubles d'apprentissage. (Utilisation de tests du langage du Bonhomme, du KABC et du Dominique) sur deux groupes scolaires classés en ZEP.

« *Standardisation du bilan de santé en petite et moyenne section de maternelle en région PACA* », ORS PACA, 2003 .

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population (suite)

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
98 Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280-400 000 et de 100-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80-160 000 d'ici à 2008). 99 Chutes des personnes âgées : réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008. <i>Objectif préalable : améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution.</i>	◆ <i>Distribution des taux d'albumine sérique chez les personnes de plus de 70 ans (par âge, sexe et selon le lieu de vie) principal</i> ◆ Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de plus de 70 ans (par âge, sexe et selon le lieu de vie) <i>principal</i> ◆ <i>Incidence annuelle des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus principal</i> ◆ Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 à 75 ans <i>principal</i> ◆ Mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus <i>complémentaire</i>	◆ [INSERM - CépiDc]	
	◆ Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement par excès a été prescrit : association de deux benzodiazépines <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement par excès a été prescrit : nombre moyen de médicaments différents par personne <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement par excès a été prescrit : nombre de personnes ayant plus de x médicaments par sexe et par tranche d'âge <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (interactions médicamenteuses dangereuses) : association de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou association de deux neuroleptiques ou association d'un anti-vitamine K et d'un anti-inflammatoire non stéroïdien <i>principal</i> ◆ Proportion de personnes de 70 ans et plus auxquelles un traitement inapproprié a été prescrit (défaut de traitement) : aucun traceur retenu <i>principal</i>	◆ [SNIIRAM] ◆ [SNIIRAM] ◆ [SNIIRAM] ◆ [SNIIRAM]	
100 Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées. <i>Objectif préalable : préciser la fréquence, le type et les circonstances des prescriptions inadaptées.</i>			

Les indicateurs de santé transversaux, informations de cadrage pour le suivi de la politique de santé publique

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
I Les indicateurs de cadrage démographique	◆ Répartition par âge de la population ◆ Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus ◆ Taux de natalité ◆ Taux de fécondité ◆ Indicateur conjoncturel de fécondité ◆ Distribution de la pop. adulte selon le niveau d'étude ◆ Distribution de la population adulte selon la PCS ◆ Taux de chômage ◆ Pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60 % de la valeur médiane nationale	◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE, INED] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE]	
II Les indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité	◆ <i>Espérance de vie à la naissance (hommes, femmes)</i> ◆ Espérance de vie à 65 ans (hommes, femmes) ◆ Taux de mortalité infantile ◆ Taux de mortalité brut et standardisé sur la pop. européenne ◆ Taux de mortalité prématurée	◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE] ◆ [INSEE]	
III Les indicateurs synthétiques globaux prenant en compte la morbidité et son retentissement	◆ <i>Part de la population déclarant être au moins en sasse_χ bonne santé</i> ◆ Part de la population déclarant être limitée dans les activités que les gens font habituellement ◆ Part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable ◆ Espérance de vie sans incapacité à la naissance (hommes, femmes) ◆ Espérance de vie sans incapacité à 65 ans (hommes, femmes)		
IV La contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population	◆ <i>Principales causes d'années potentielles de vie perdues</i> ◆ Principales causes de mortalité prématurée ◆ Principales causes de mortalité prématurée « évitable » ◆ Principales causes de morbidité déclarée ◆ Principales causes d'admission en affections de longue durée ◆ Principales causes d'invalidité ◆ Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins ◆ Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier	◆ [INSERM – CépiDc] ◆ [INSERM – CépiDc] ◆ [INSERM – CépiDc] ◆ [CNAMTS, CANAM, MSA] ◆ [PMSI MCO]	

Les indicateurs de santé transversaux, informations de cadrage pour le suivi de la politique de santé publique (suite)

Objectifs	Indicateurs retenus au niveau national	Disponibilité des indicateurs au niveau régional	Enquêtes, études ou travaux menés en région
V Les indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé	◆ Proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire ◆ Proportion de personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières ◆ Santé perçue ◆ Santé fonctionnelle ◆ Maladies chroniques ◆ Espérance de vie à 35 ans ◆ Espérance de vie sans incapacité à 35 ans ◆ Mortalité prématurée		

Annexes

FONCTIONNEMENT DU GROUPE PROJET

PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL , EXPERTS SOLLICITÉS

FONCTIONNEMENT DU GROUPE PROJET

Finalité	Rédaction et validation des définitions opérationnelles pour les indicateurs de suivi des objectifs du rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Le groupe projet s'est réuni chaque mois environ, pendant une journée, entre janvier 2004 et novembre 2004, à la DREES.

Le groupe projet s'est appuyé principalement sur des fiches rédigées par le groupe de travail DGS-DREES. Le travail s'est déroulé selon la chronologie suivante.

Chronologie

Un mois avant la réunion du groupe projet sur les objectifs concernés

- Distribution des chapitres (fiches sur les indicateurs).
- Récapitulatif et questions posées, assortis de fiches descriptives des indicateurs proposés
- Validation de la liste des experts du champ, des représentants d'institutions et des responsables d'enquêtes à qui envoyer les fiches et/ou à inviter à la session suivante.

Durant les quinze jours suivants

1. Les producteurs de données, les experts du champ et les représentants des institutions concernées (voire toute personne du groupe qui se sent habilitée à répondre) complètent autant que de besoin et valident les fiches : description et analyse des *indicateurs de suivi des objectifs*. Ils répondent aux questions posées directement sur les fiches et renvoient corrections et réponses quinze jours avant la réunion suivante au groupe de travail.
2. Le groupe de travail prépare la synthèse des réponses reçues et élabore les fiches suivantes en identifiant les questions.

Réunion du groupe projet sur les objectifs concernés

- Présentation de la synthèse des modifications proposées et des réponses aux questions posées : les questions résolues de manière consensuelle ainsi que les questions pour lesquelles les avis restent divergents.
- Discussion.

A l'issue de ce dernier travail, si des différences notables persistaient sur les indicateurs ou sur les travaux complémentaires à entreprendre, il était prévu qu'elles soient à nouveau discutées lors de la réunion trimestrielle du groupe stratégique.

- Préparation rapide de la réunion suivante : distribution des fiches, récapitulatif des questions identifiées, validation de la liste des personnes et des institutions ressources à solliciter pour la réunion suivante.

Un premier bilan de la mise en œuvre de cette méthode de travail a été réalisé lors de la réunion du groupe projet du 3 mars pour identifier les améliorations ou simplifications souhaitables.

CALENDRIER DE TRAVAIL

GT = Groupe de travail (D. Bauer, A Fontaine, E Houdoin, C de Peretti, E Salines, E Sarlon puis F Canoui-Poitaine)

GP = Groupe projet (GT avec les représentants des institutions, les experts du système d'information ainsi que les référents spécifiques en fonction du domaine traité)

GS = Groupe stratégique (GP avec les directeurs)

Groupe	Date	Lieu	Heure	Thèmes
<u>Janvier 2004</u>				
GS	7 janvier 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>14h-17h</i>	Présentation et méthodologie
<u>Février 2004</u>				
GP	3 février 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	10 obj. : Alcool (1 à 2), tabac (3 à 4) et cancer (48 à 53)
<u>Mars 2004</u>				
GP	2 mars 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	17 obj. : Maladies infectieuses (36 à 43), santé et environnement (18 à 25)
<u>Avril 2004</u>				
GP	6 avril 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	8 obj. : Traumatismes (92 à 95) et périnatalité (44 à 47)
<u>Mai 2004</u>				
GS puis GP	5 mai 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	Point sur les travaux avec les directeurs. 12 obj. : Santé et travail (14 à 17), Iatrogénie (26 à 30), affections d'origine anténatale (88, 89) et maladies rares (90)
<u>Juin 2004</u>				
GP	1 juin 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	15 obj. : Nutrition (5 à 13), douleur (31, 32) et psychiatrie (57, 59 à 61)
<u>Juillet 2004</u>				
GP	6 juillet 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	14 obj. : Maladies cardio-vasculaires (69 à 73), maladies respiratoires (74, 75), insuffisance rénale chronique (80, 81), endocrinologie (54, 55), gynécologie (77 à 79),
<u>Octobre 2004</u>				
GP	5 octobre 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	12 obj. : Troubles musculo-squelettiques (82 à 87) affections bucco-dentaires (91) et population (96 à 100), maladies inflammatoires intestinales (76), Indicateurs de qualité de vie
<u>Novembre 2004</u>				
GP	10 novembre 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	12 obj. : Maladies des organes des sens (66 à 68), neurologie (62 à 65), toxicomanie (56, 58), précarité (33, 34) et handicap (35)
GP	17 novembre 2004	<i>DREES (2046)</i>	<i>9h30-17h</i>	Indicateurs transversaux

De plus 5 réunions (entre février 2004 et février 2005) ont été consacrées plus spécifiquement au traitement des données régionales. Elles rassemblaient les membres du groupe de travail, ainsi que les membres du groupe projet particulièrement concernés par ces questions.

PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL , EXPERTS SOLLICITÉS

GROUPE DE TRAVAIL

Groupe de travail

Denise BAUER (DREES)
Alain FONTAINE (DGS)
Évelyne HOUDON (DGS)
Christine de PERETTI (DREES)
Emmanuelle SALINES (DREES)
Emmanuelle SARLON (ISP, DREES)

Avec la collaboration de Florence CANOUI (ISP, DREES)

GROUPE PROJET

Modérateur : Chantal CASES (DREES)

Guy robert	AULELEY	CANAM
Pierre	ARWIDSON	INPES
Gérard	BADEYAN	HCSP
Claudine	BLUM-BOISGARD	CANAM
Martine	BUNGENER	INSERM
Laurent	CHAMBAUD	DRASS
Charles	CHANUT	CNAMTS
Laure	COM-RUELLE	IRDES
Édouard	COUTY	DHOS (représenté)
Véronique	DANGUY	MSA
Marie-Laure	DETZOLIS	CISS
Bruno	FALISSARD	INSERM
Danièle	FONTAINE	FNORS
Gilles	GAEBEL	CISS
Brigitte	HAURY	DHOS
Yves	HUMEZ	MSA
Éric	JOUGLA	INSERM Cégi-Dc
Jean-Louis	LANOE	INSEE
Yvon	MERLIERE	CNAMTS
Marie-Claude	MOUQUET	DREES
Anne	PINTEAUX	INVS
Renée	POMAREDE	INVS
Christiane	PONCET	DRASS
Pierre	OUANHNON	URCAM

Véronique	SABLONNIERE	DHOS
Roland	SAMBUC	HCSP
Catherine	SERMET	IRDES
Anne	TALLEC	HCSP
Hervé	TREPPON	MSA
Alain	TRUGEON	FNORS

GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL

Denise BAUER	<i>DREES</i>
Florence CANOUI – POITRINE	<i>DREES</i>
Laurent CHAMBAUD	<i>DRASS Franche-Comté</i>
Alain FONTAINE	<i>DGS</i>
Danièle FONTAINE	<i>FNORS</i>
Marie-Aleth GUILLEMIN	<i>DGS</i>
Pierre OUANHNON	<i>URCAM Ile de France</i>
Christine de PERETTI	<i>DREES</i>
Christiane PONCET	<i>DRASS Franche-Comté</i>
Emmanuelle SALINES	<i>DREES</i>
Emmanuelle SARLON	<i>DREES</i>
Alain TRUGEON	<i>FNORS</i>

EXPERTS PROFESSIONNELS, ASSOCIATIFS ET CHERCHEURS SOLLICITÉS

Les personnes citées ci-dessous ont été sollicitées au titre de leur expertise dans un ou plusieurs des domaines couverts par les indicateurs dont la définition fait l'objet de ce travail.

La rédaction de ces fiches a veillé à respecter le contenu de leurs contributions, qu'il s'agisse de leurs réactions écrites aux documents préparés par le groupe de travail ou de leur participation aux discussions lors des réunions du groupe projet. Les conclusions retenues n'engagent toutefois pas leur responsabilité ni celle des institutions auxquelles elles appartiennent.

Indicateurs transversaux

Emmanuelle CAMBOIS (INED/DREES), Anne DOUSSIN (InVS), Annette LECLERC (INSERM), Emmanuelle NAUZE-FICHET (DREES), Didier FASSIN (INSERM), Annick ALPEROVITCH (INSERM), Zinna BESSA (DGS), Nicolas PRISSE (DGS)

Alcool, tabac

François BECK (OFDT), Juliette BLOCH (InVS), Béatrice BLONDEL (INSERM), Jean CHAPELON (Observatoire interministériel de la sécurité routière), Marie CHOQUET (INSERM), Laure COM-RUELLE (IRDES), Sylvain DALLY (ANPA), Dominique DEMAILLY (INSEE), Philippe GUILBERT (INPES), Monique KAMINSKI (INSERM), Dominique MARTIN (DGS), Paule KASSIS (DHOS), Maguy JEANFRANÇOIS (DHOS), Pascal MELIHAN-CHEININ (DGS), Ivana OBRADOVIC (OFDT), Christophe PALLE (OFDT), M. PELINEAU (ANPA), Olivier SIMON (INSEE), Françoise TOUSSAINT (MILDT), Jeanne-Marie URCUN (DESCO)

Nutrition et activité physique

Katia CASTETBON (USEN-InVS), Marie-Aline CHARLES (INSERM), Michel CHAULIAC (DGS), Dominique CROSNIER (Jeunesse et sport), Pierre DUCIMETIERE (INSERM), Philippe GUILBERT (INPES), Serge HERCBERG (CNAM-USEN), Jean-Michel OPPERT (AP- HP), Jacqueline PATUREAU (DGS), Hélène PERRIN (INPES), Lydia VALDES (DGS), Pierre VALEIX (CNAM-USEN), Jean-Luc VOLATIER (AFSSA)

Santé et travail

Juliette BERTHE (CNAMTS), Juliette BLOCH (InVS), Jennifer BLUE (DARES), Juliette BERTHE (CNAMTS), Jean CHAPELON (ONISR), Barbara CHARBOTEL (Umrestte), Marie-Christine FLOURY (DARES), Armelle GEORGE-GUITTON (DGS), Marcel GOLDBERG (Inserm), Nicole GUIGNON (DARES), Ellen IMBERNON (InVS), Monique LARCHE-MODEL (DRT), Annette LECLERC (Inserm), Paul LOUIS (DRT), Isabelle MARGAUD-CAMUS (DRTEFP/IMTMO), Colette MENARD (INPES), Nicole GUIGNON DARES), Isabelle PALUD-GOUESCLOU (DRT), Odile SIRUGUET (DRT), Denis Zmirou (AFSSE)

Santé et environnement

Souad BOUHALALLA (ADEME) Joëlle CARMES (DGS), Gilles DIXSAUT (AFSSE), Christian ELICHEGARAY (ADEME), Dominique GILBERT (MEDD), Laetitia GUILLOTIN (DGS), Nicolas GRENETIER (DGS), Dominique LEDOYEN (DGS), Isabelle Nicoulet (DGS), Catherine MIR (DGS), Philippe PIRARD (InVS), Alban ROBIN (DGS), Georges SALINES (InVS), Charles SAOUT (DGS), Michel TACCHI (DGS), Isabelle THIROUIN (DGS), Benoit VERGRIETTE (AFSSE), Olivier VEYRET (MEDD), Denis ZMIROU (AFSSE)

Iatrogénie

Elvire ARONICA (DHOS), Dominique BAUBEAU (DRASS-IF), Bernard BEGAUD (Université Bordeaux II), Anne BROYARD (DHOS), Anne CASTOT (AFSSAPS), Bruno COIGNARD (InVS), Valérie DROUVOT (DHOS), Sylvie LEREBOURS (AFSSAPS), Jacques MASSOL (DGS), Philippe MICHEL (CCECQA), Jean-Luc QUENON (CCECQA), Elisabeth ROUSSEAU (DGS), Valérie SALOMON (DHOS), Anne VEBER (DGS)

Irradiations médicales

Mireille FONTAINE (DGS), Jean-Luc GODET (DGSNR), Patrick GOURMELON (IRSN), Philippe HUBERT (IRSN), Philippe PIRARD (InVS), Claude ROLLAND (DHOS), Marc VALERO (DGSNR)

Résistances aux antibiotiques

Elvire ARONICA (DHOS), Jean-Michel AZANOWSKI (DGS), Bernard BEGAUD (Bordeaux), Anne CASTOT (AFSSAPS), Bruno COIGNARD (InVS), Valerie DROUVOT (DHOS), Didier GUILLEMOT (Institut Pasteur), Brigitte HAURY (DREES), Vincent JARLIER (AP-HP), Jacques MASSOL (DGS), Philippe MAUGENDRE (AFSSAPS), Philippe MICHEL (CCECQA), Fabrice PERRIN (DGS), Jean-Luc QUENON (CCECQA), Valérie SALOMON (DHOS), Benoît SChLEMMER (Comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques), Emmanuelle WARGON (AFSSAPS)

Douleur

Daniel ANNEQUIN (Plan Douleur), Pierre-Henri CORNU (AP-HP), Danièle CULLET (DHOS), Brigitte HAURY (DREES), Ivan KRAKOWSKI (FNCLCC), Gilles GAEBEL (CISS), François LARUE (Action Douleur), Alain LEPLEGE (Université d'Amiens), Catherine MERMILLIOD (DREES), Bruno POLLEZ (DGS)

Précarité et inégalités

Emmanuelle CAMBOIS (INED), Paul DOURGNON (IRDES), Anne DOUSSIN (InVS), Didier FASSIN (EHES), Emmanuelle NAUZE-FICHET (DREES), Nicolas PRISSE (DGS), Denis RAYNAUD (DREES)

Déficiences et handicaps

Emmanuelle CAMBOIS (INED), Michel DELCEY (APF), Claudine PARAYRE (DGAS), Benoît LAVALLARD (DGS), Anne LAZAREVITCH (Vaincre la mucoviscidose), Jean-François RAVAUD (Inserm-CERMES)

Maladies infectieuses

Dominique BESSETTE (DGS), Emmanuelle CHEVALIER (DGS), Jean-Claude DESENCLOS (InVS), Paule DEUTSCH (DGS), Bernard FALIU (DGS), Arnaud GAUTIER (INPES), Nathalie GUIGNON (DREES), Sylvia GUYOT (DGS), Brigitte HAURY (DREES), Anne-Marie JULLIEN-DEPRADEUX (DGS), Benoît LAVALLART (DGS), Brigitte LEFEUVRE (DGS), Christine SAURA (InVS), Annick VILAIN (DREES)

Santé maternelle et périnatale

Juliette BLOCH (InVS), Béatrice BLONDEL (INSERM), Gérard BRÉART (INSERM), Marie-Hélène BOUVIER-COLLE (INSERM), Jean BOUYER (INSERM), Carine CAMBY (EFG), Éric EKONG (DHOS), Pascale GILBERT (DREES), Hélène GRANDJEAN (INSERM), Monique KAMINSKI (INSERM), Béatrice LARROQUE (INSERM), Bertrand LORY (DGAS), Jacqueline PATUREAU (DGS), Annick VILAIN (DREES), Jennifer ZEITLIN (INSERM)

Tumeurs malignes

Juliette BLOCH (InVS), Jean DUFRICHE (DGS), Marc DUPONT (MILC), Pascale GROSCLAUDE (FRANCIM), Guy LAUNOY (INSERM, FRANCIM), Fabrice PERRIN (DGS)

Pathologies endocriniennes

ALFEDIAM, Cécile ANGLADE (DGS), Bernard CHARBONNEL (Nantes), Carole CRETIN (DGS), Michel DOUMENC (ANAES), Evelyne ESCHWEGE (INSERM), Anne FAGOT-CAMPAGNA (InVS), Annick FONTBONNE (Inserm), Dominique SIMON (AP-HP), Bruno VERGES (Dijon), Jean-Luc VOLATIER (AFSSA)

Affections neuropsychiatriques

Toxicomanie

Vanessa BELLAMY (DREES), Catherine BERNARD (DGS), Agnès CADET-TAIROU (OFDT), Jean-Claude DESENCLOS (InVS), Brigitte HAURY (DREES), Maguy JEANFRANÇOIS (DHOS), Marie JEAUFFRET-ROUSTIDE (InVS), Anne-Marie JULLIEN-DEPRADEUX (DGS), Dominique MARTIN (DGS), Pascal MELIHAN-CHEININ (DGS), Christophe PALLE (OFDT), Françoise TOUSSAINT (MILDT)

Psychiatrie

Martine BARRES (DGAS), Vanessa BELLAMY (DREES), Juliette BLOCH (InVS), Évelyne BONNAFOUS (DHOS), Aude CARIA (cc-OMS), François CHAPIREAU (DREES), Magali COLDEFY (DREES), Fabienne DEBAUX (DGS), Pascale GILBERT (DREES), Viviane

KOVESS (Fondation MGEN), Béatrice LAMBLOY (INPES), Gérard MASSE (Mission d'appui en santé mentale), Jean-Luc ROELANDT (cc-OMS), Frédéric ROUILLON (DGS)

Neurologie

Annick ALPEROVITCH (INSERM), Pascale BARBERGER-GATEAU (ISPED), Juliette BLOCH (InVS), Jean-François DARTIGUES (ISPED), Michel DELCEY (APF), Colette FABRIGOULE (ISPED), Monique FERRY (CH Valence), Françoise FORETTE (association France-Alzheimer), Pascale GILBERT (DREES), Bruno LESOURD (CHU Clermont-Ferrand), Jacques MOTTE (CHU Reims, Société française de pédiatrie), Bruno POLLEZ (DGS), Karen RITCHIE (INSERM), Jean-François TESSIER (ISPED), Lydia VALDES (DGS)

Maladies des organes des sens

Brigitte LÉFEUVRE (DGS), Béatrice LARROQUE (Inserm), Catherine PACLOT (DGS); Annick VILAIN (DREES), Benoît LAVALLART (DGS), Gabriel COSCAS (CHIC); Philippe GERMONNEAU (InVS)

Maladies cardio-vasculaires

François ALLA (Nancy), Philippe AMOUEL (INSERM), Cécile ANGLADE (DGS), Juliette BLOCH (InVS), Katia CASTETBON (USEN-InVS), Jean DALLONGEVILLE (Institut Pasteur, Lille), Pierre DUCIMETIERE (INSERM), Maurice GIROUD (INSERM), J. FERRIÈRE (INSERM), Serge HERCBERG (USEN-CNAM), Thierry LANG (INSERM), Sylvie LEGRAIN (AP-HP), Joël MÉNARD (AP-HP), Christophe TZOURIO (INSERM), Faiez ZANNAD (Nancy)

Affections des voies respiratoires

Cécile ANGLADE (DGS), Juliette BLOCH (InVS), Carole CRETIN (DGS), Marie Christine DELMAS (InVS), Claire FUHRMAN (InVS), Laurence PASCAL (InVS), Jean-François TESSIER (Isped), Lydia VALDES (DGS)

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

Cécile ANGLADE (DGS), Juliette BLOCH (InVS), Antoine CORTOT (Lille), Francis GUILLEMIN (Nancy), Alain LEPLÈGE (INSERM)

Pathologies gynécologiques

Jean-Christophe THALABARD (Inserm)

Insuffisance rénale chronique (IRC)

Cécile ANGLADE (DGS), Dominique BAUBEAU (DREES), Yvon BERLAND (Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille), Yvanie CAILLE (FNAIR), Cécile COUCHOUD (EFG), Carole CRETIN (DGS), Éric EKONG (DHOS), Christian JACQUELINET (EFG), Louis LEBRUN (DHOS), Sylvie MERCIER (FNAIR), Bénédicte STENGEL (INSERM et REIN), Bénédicte THIARD (DHOS), Lauren TRIGANO (DREES)

Troubles musculo-squelettiques

Juliette BLOCH (InVS), Serge BRIANÇON (Nancy), Joël COSTE (AP-HP), Carole CRETIN (DGS), Patricia DARGENT (INSERM), Marcel GOLDBERG (INSERM), Anne GRASLAND (AP-HP), Francis GUILLEMIN (Nancy), Benoît LAVALLART (DGS), Annette LECLERC (INSERM), Alain LEPLÈGE (INSERM), M. ROSSIGNOL (Direction de la Santé Publique, Montréal), Bruno POLLEZ (DGS), Philippe VINCENEUX (AP-HP)

Affections d'origine anténatale

Alliance Maladies Rares, Ségolène AYMÉ (INSERM), Juliette BLOCH (InVS), Béatrice BLONDEL (INSERM), Carine CAMBY (EFG, future agence de biomédecine), Fédération des maladies orphelines, Mireille FONTAINE (DGS), Alexandra FOURCADE (DGS), Frédéric GALACTÉROS (AP-HP), Jacqueline PATUREAU (DGS), Philippe TUPPIN (EFG), Lydia VALDES (DGS)

Maladies rares

Ségolène AYMÉ (ORPHANET), Stéphane BURON (Alliance maladies rares), Centre de la drépanocytose de l'hôpital Henri Mondor (Paris), Carole CRETIN (DGS), Fédération des maladies orphelines, Alexandra FOURCADE (DHOS), Sophie HOUZARD (Association Française de Lutte contre la Mucoviscidose), Marie PODEVIN (DREES), Lydia VALDES (DGS)

Affections buccodentaires

Évelyne BAILLON-JAVON (CNAMTS), Fabien COHEN (ASPBD), Marie-Claude COURTEIX (Éducation nationale), Jacques DESFONTAINE (UFSBD), Nathalie GUIGNON (DREES), Patrick HESCOT (UFSBD), Paul KARSENTY (DGS)

Traumatismes

Patrick AMBROISE (DGS), Yannick BAILLED (DGCCRF), Jean CHAPELON (ONISR), Mireille CHIRON (INRETS), Bertrand LORY (DGAS), Véronique MALLET (DGS), Muriel RABORD (DGS), Jean-Louis TERRA (ANAES), Bertrand THELOT (InVS), Anne TURSZ (INSERM)

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population

Troubles du langage oral ou écrit

Patrick BERQUIN (CHU d'Amiens), Marie-Claude COURTEIX (Éducation Nationale), Carole CRETIN (DGS), Georges DELLATOLAS (INSERM U472), Pascale GILBERT (CNSA), Brigitte LEFEUVRE (DGS), Marie-Thérèse LENORMAND (Hôpital de la Pitié – Salpêtrière), Martine LEVINE (DHOS), Sylvie N'GUYEN (CHU de Nantes), Jean-Charles RINGARD (AC de Nantes), Jeanne - Marie URCUN (Éducation Nationale)

Reproduction, contraception, IVG

Nathalie BAJOS (INSERM), Béatrice BOISSEAU-MERIEAU (DGS), Chantal CASES (DREES), Henri LERIDON (INED), Nicole Matet (DGS), Annick VILAIN (DREES)

Santé des personnes âgées

Annick ALPEROVITCH (INSERM), Pascale BARBERGER-GATEAU (ISPED), Juliette BLOCH (InVS), Katia CASTETBON (InVS-USEN), Jean-François DARTIGUES (ISPED), Fabienne DUBUISSON (DGAS), Colette FABRIGOULE (ISPED), Monique FERRY (CH Valence), Françoise FORETTE (Société française de gériatrie et de gérontologie), Pascale GILBERT (DREES), Marine JEANTET (MSA), Benoît LAVALLART (DGS), Sylvie LEGRAIN (AP-HP), Bruno LESOURD (CHU Clermont-Ferrand), Annie MESRINE (DREES), Karen RITCHIE (INSERM), Thierry ROCHEREAU (IRDES), Jean-François TESSIER (ISPED), Bertrand THELOT (InVS)