

**Relevé de décision indicateurs sur la formation santé
réunie le 06 juin 2006
et éléments en cours de collecte suite à cette réunion**

Participants :

Groupe de travail : J. Freyssinet, P. Chevalier, M. Marpsat, P. Concialdi, G. Menahem, M. Castellan
Formation : P. Volovitch (IRES), G. De Peretti (Insee), G. Leman (médecin épidémiol., resp. de veille Sanitaire en Seine st Denis) E. Salines (Drees), F. Hada (Drees), D. Castiel (Maitre de conf à Paris Nord), A. Leclerc (Inserm), F. Jusot (Irdes)

Premier constat : nécessité de bien distinguer trois grands types d'indicateurs : mortalité, état de santé et accès aux soins. Sur l'accès aux soins, en plus d'indicateurs de recours aux soins, prévoir des indicateurs sur les facteurs de risque. Est également exprimé le souhait d'un indicateur de refus de soins, sous la forme par exemple du nombre d'établissements ne prenant pas en charge les CMU (enquête du fonds Cmu, ou enquêtes de Médecins du Monde).

Sur l'état de santé, consensus pour retenir les trois indicateurs de SILC ; ils permettront en plus la comparabilité au niveau européen. Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est également mentionné comme un indicateur important.

Sur le thème des conditions de travail, l'utilité de pouvoir disposer d'indicateurs est également exprimée. Des contacts avec l'InVS sont en cours.

La mortalité par cause de décès s'avère un indicateur également important, malgré le délai important pour produire les données correspondantes (*en 2006, sont disponibles les données 2003*). *Un projet de certification des causes de décès par voie électronique devrait être lancé en septembre, avec pour objectifs la mise en place en 2007 auprès des hôpitaux (soit 70 % des décès). Il devrait permettre de disposer rapidement d'informations partielles sur les causes de décès. La source permet de disposer de l'âge, du sexe, du lieu de naissance, de la nationalité, de la commune de décès et d'une variable CSP mais de mauvaise qualité.*

Demande exprimée pour suivi d'indicateurs type :

- Facteurs de risque : Obésité, Etat dentaire, Consommation d'alcool, ou de tabac, de drogues
- IVG : *prendre en compte les phénomènes qui y conduisent : rapports sexuels non ou mal protégés, décision d'interrompre une grossesse non prévue, accès au système de soins pour les femmes qui souhaitent une IVG. Pour les données, voir enquête sur la sexualité des jeunes.*
Périnatalité : par l'état civil, on peut disposer de la mortalité périnatale, mortalité péri ou néonatale, mortalité infantile, et ce par région, par sexe, par âge de la mère. Par les enquêtes nationales périnatales : prématurité, petit poids de naissance, autre à discuter (césariennes, etc), en fonction de sexe, région (si pas trop petite et événement pas trop rare), âge mère, et divers indicateurs sociaux, comme niveau d'études de la mère ou CSP mère ou couple, selon classification propre aux ENP. Ces enquêtes sont réalisées actuellement par l'Inserm en collaboration avec la Drees, mais selon une périodicité irrégulière (95, 98, 2003, prochaine en 2009 avec cohorte nationale d'enfants).
- A partir des comptes de la santé, faire la part des dépenses pour les gens en ALD, contre les non ALD : préconisation, est-ce faisable ?
- Part des personnes couvertes par une complémentaire, même si se pose après le problème de la disparité entre les différentes complémentaires existantes
- Mortalité différentielle
- Densité médicale, voire par établissement : une priorité. *Les inégalités territoriales d'accès aux soins sont en effet soulignées (ZEP, enquêtes de la DIV en ZUS)*
- *Indicateurs de mortalité des sdf (via collectif les morts de la rue)*
- *Pathologies liées aux conditions de vie : saturnisme infantile, tuberculose ... et fréquences des pathologies liées à la rue ou le mal logement mais aussi la souffrance psy et encore VIH et hépatites*

Le problème du reste à charge a été longuement évoqué : essayer de savoir ce qu'il représente par type de population, en fonction des classes de revenu, en fonction du mode de couverture des soins

(présence ou absence de couverture complémentaire). Des projets sont en cours pour pouvoir en disposer, sans doute à partir de 2008, à partir d'appariements de fichiers : note en cours de finalisation par la Dress sur le sujet.

Sur la communication des indicateurs, rappel de l'importance d'avoir un message d'explication de sa signification, en particulier pour éviter les mauvaises interprétations.

La question d'un focus sur certains traitements a également été soulevée, en particulier par classes thérapeutiques. Ces données sont disponibles au travers de sources privées sans doute pas très fiables : elles sont en cours d'expertise.

Voir ce qu'on trouve dans le baromètre santé, ou dans l'enquête santé. Cette dernière a pour objectif de décrire l'état de santé de la population enquêtée : morbidité déclarée et indicateurs de santé, de fournir les éléments quantitatifs nécessaires à l'estimation de la consommation de soins et de prévention (en volume et en valeur), et de permettre d'associer aux états de santé et aux consommations de soins et de prévention, les données socio-démographiques caractérisant les individus et les ménages enquêtés.

A également été évoqué l'échantillon de bénéficiaires et de consommateurs : quels indicateurs en tirer ?

A enfin été évoqué la réflexion actuellement menée par l'Irdes sur la mise en place d'un indicateur obtenu par combinaison de l'autoévaluation de l'état de santé et du reste à charge : taux de personnes ayant un mauvais état de santé et ayant un recours aux soins moindres. Le danger d'un tel indicateur, compte tenu des corrélations existantes entre état de santé subjectif et richesse, a été souligné