GUIDE À DESTINATION DES OPÉRATEURS D'UN DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

FNORS

POUR UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ INSCRIT DANS UNE DÉMARCHE DE PROJET

Mai 2012

Ce guide a été réalisé avec le soutien de la Direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors : Frédéric Imbert et Laurence Moine (ORS Alsace), Olivier Guye et Patricia Medina (ORS Rhône-Alpes), Philippe Clappier (ORS Bretagne), Isabelle Millot (ORS Bourgogne), Magali Venzac (ORS Auvergne).

Il a bénéficié des apports et de l'expertise collective du comité de pilotage composé de : Antoine Gueniffey (DGS), François-Paul Debionne (Ville et Communauté urbaine de Strasbourg), Pascale Echard-Bezault (DATAR), Catherine Richard (DRJSCS Île-de-France), Olivier Rovère (ARS Nord-Pas-de-Calais).

Il a également bénéficié d'une relecture effectuée par les personnes suivantes :

- Jean-François Collin (Université de Lorraine), Sandrine Danet (DREES), Alain Fontaine (DGS), Pascale Gayrard (consultante en santé publique), Christine Quélier (consultante sociologue), Zoé Vaillant (Université Paris X) ;

- et au sein du réseau des ORS : Myriam Astorg et Françoise Cayla (ORS Midi-Pyrénées), Aurélie Bocquier, Hélène Dumesnil et Valérie Guagliardo (ORS PACA), Michel Bonnefoy et Laurent Chamagne (ORS Lorraine), Marie-Josiane Castor-Newton (ORS Guyane), Guylaine Foirien-Tolette et Thomas Klipfel (ORS Champagne-Ardenne), Sophie Lambert-Evans et François Michelot (Fnors).

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Préface

La santé, c'est d'abord bénéficier de soins de qualité au bon moment face à la maladie et d'une protection permanente vis-à-vis des risques infectieux et environnementaux. C'est, plus fondamentalement, profiter des apports précieux de l'éducation et de l'insertion économique et sociale qui forgent la capacité de tout un chacun à surmonter les épreuves de la vie.

Grande est ainsi la diversité des facteurs et des responsabilités en jeu : le « territoire de proximité » - la commune et ses groupements -, apparaît comme un espace privilégié d'action publique, en relais des dispositions nationales prises au titre de la politique de santé. Les politiques locales comportent, en effet, nombre de leviers pour l'amélioration et la préservation de la santé de tous, y compris des plus fragiles. Le projet de développement du territoire, qui vise l'épanouissement individuel et collectif - et donc la santé dans son acception positive -, doit par conséquent avoir aussi celle-ci pour objet, notamment pour faciliter l'accès à l'ensemble des services offerts à la population et, plus globalement, pour améliorer les conditions et modes de vie et de travail dans le territoire.

Dans cette perspective, le diagnostic local de santé est essentiel.

Aussi ai-je grand plaisir à préfacer ce guide proposé par la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, que soutient la direction générale de la santé. Il est destiné aux opérateurs de ces diagnostics et fait suite au guide pour les maîtres d'ouvrage, publié fin 2010. Il repose, de même, sur l'expérience des observatoires régionaux de la santé.

La phase du diagnostic partagé y apparaît clairement comme un préalable indispensable au projet local de santé, pour appréhender collectivement les phénomènes et améliorer les réponses à apporter en termes d'organisation de l'offre et d'actions de prévention collective, en tenant le meilleur compte des parcours de vie et de soins des personnes.

On y trouvera une description de l'ensemble des méthodes quantitatives et qualitatives susceptibles d'être mises en œuvre, ainsi que des diverses sources de données permettant d'alimenter la démarche de diagnostic local de santé. Il constitue à ce titre une compilation originale, nourrie de l'expérience des ORS. L'approche collective proposée tient compte, comme il convient, des impératifs de prise de conscience des situations et de découverte des voies et moyens de leur amélioration au plus près des habitants et des ressources pour agir.

Au moment où les agences régionales de santé publient leur projet régional, je forme le vœu que ce guide encourage le partenariat avec les élus locaux, pour que les enjeux de santé soient explicités et partagés et qu'ensemble des marges de manœuvre nouvelles puissent être dégagées afin de répondre, encore mieux, aux objectifs de santé publique ciblés dans les régions.

Jean-Yves Grall
Directeur général de la santé

SOMMAIRE

Synthèse 1

En amont du diagnostic 2
Réalisation du diagnostic 2
La communication 4
Principes déontologiques 5
En aval du diagnostic 5

Introduction, objectifs et méthode 6

Qu'est-ce qu'un diagnostic local de santé ? 6
Les Observatoires régionaux et la réalisation de diagnostics locaux de santé 6
Objectifs du guide 7
Méthode 8
Éléments à préciser en amont du diagnostic 8

Recueil, exploitation et analyse d'informations pour le diagnostic 10

Introduction 10
Analyse documentaire 10
Analyses de données issues des systèmes d'information statistiques (SIS) et de grandes enquêtes nationales 13
Recueil de données par enquêtes quantitatives 21
Recueil de données par approches qualitatives 28

Communication autour de la démarche 37

Le prérequis 37
Un enjeu majeur pour le projet 37
Une planification rigoureuse 37
Communiquer à chaque étape 37
Des niveaux et des formes de restitution variés 38
Des précautions à prendre 39

Ouverture sur les suites du diagnostic : de la priorisation à l'évaluation 41

Une démarche projet classique par étapes 41
Les compétences à mettre en œuvre, des partenariats possibles 45

Fiches indicateurs 46

Abréviations 105

SYNTHESE

Un diagnostic local de santé, tel qu'entendu dans ce guide, est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et qui s'inscrit dans un processus débouchant sur des interventions concrètes mises en place dans la continuité du diagnostic lui-même. Il se distingue ainsi d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire, même si cet état des lieux est considéré ici comme une des composantes de la démarche de diagnostic.

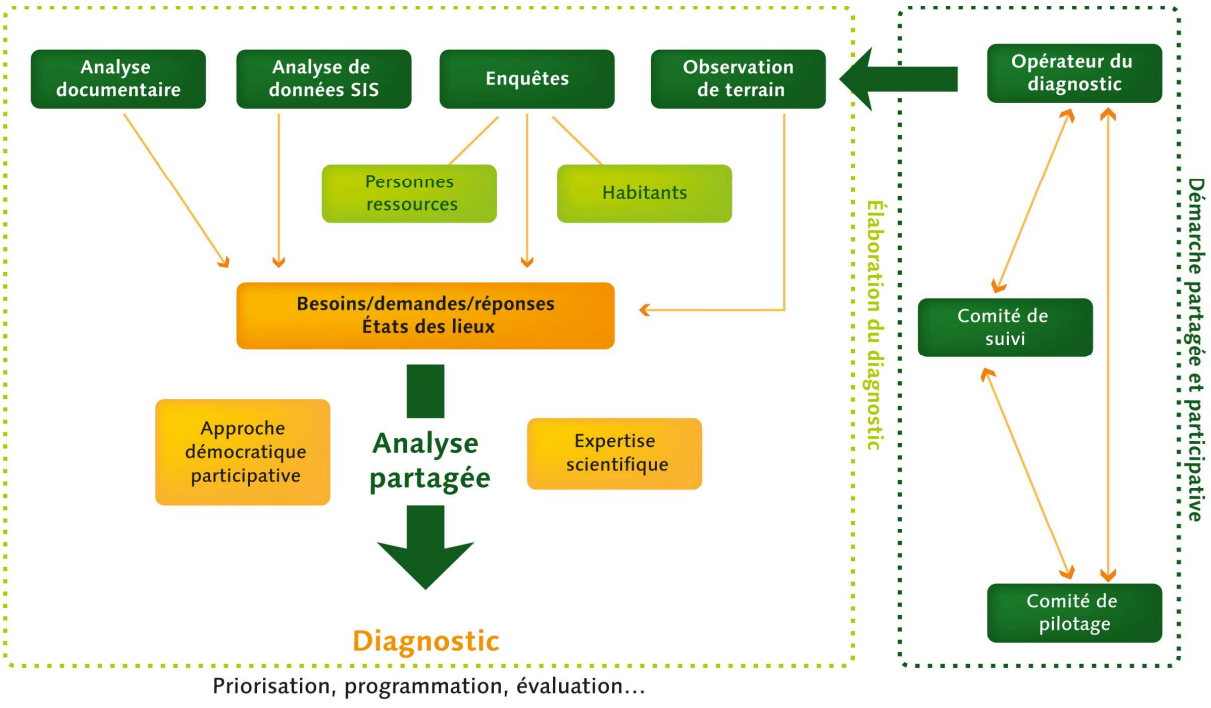
Un diagnostic est un outil d'aide à la planification qui s'inscrit dans une démarche de projet. Ce diagnostic et le projet qui en découle peuvent être circonscrits au domaine de la santé ou constituer un axe ou une composante d'un projet plus large comme les projets de développement de territoire. Il peut couvrir des territoires variés (du quartier au territoire de santé), concerner l'ensemble de la population ou cibler une population particulière (enfants, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité…).

Un diagnostic local de santé doit donc comprendre ou être suivi d'une phase de priorisation et de programmation d'actions constitutives d'un projet local de santé. Il convient de s'assurer à cette occasion de la bonne coordination entre les dynamiques locales de santé qui peuvent être développées suite au diagnostic, et la politique de santé déployée par l'Agence régionale de santé (ARS). Le contrat local de santé, introduit comme une possibilité par la loi HPST du 21 juillet 2009, peut favoriser cette coordination sur des enjeux partagés entre l'ARS et les élus locaux.

Pour que le projet local puisse prendre corps, si l'opérateur du diagnostic n'a pas la charge de cette seconde phase, il paraît particulièrement important d'associer, dès le début du diagnostic, le ou les acteurs qui animeront la programmation d'actions de santé.

La présente synthèse reprend des éléments du guide à destination des maîtres d'ouvrage des diagnostics locaux publié en 2010, et dégage les points fondamentaux de ce nouveau guide, destiné aux opérateurs de ces diagnostics. L'objectif de ce deuxième guide est de présenter les méthodes et sources de données disponibles tout en en discutant les apports, limites et points de vigilance.

La démarche de diagnostic



En amont du diagnostic

Avant la mise en œuvre, il convient d'arrêter le plus précisément possible avec les maîtres d'ouvrage et si possible avec les acteurs qui participeront au diagnostic un protocole précisant :

- les objectifs du diagnostic, le champ couvert (territoire, populations ciblées, domaines explorés),
- la manière dont il s'insère dans le contexte d'action publique local,
- les méthodologies mises en œuvre (nature des données mobilisées, mode de recueil et d'analyse…),
- l'articulation avec la phase de construction d'un projet local de santé (priorisation et construction du programme d'actions) et, autant que possible, la ou les méthodes mises en œuvre pour cette dernière phase,
- la communication autour du diagnostic,
- le calendrier de réalisation,
- les moyens disponibles et l'implication attendue de chaque acteur du diagnostic (opérateur, maître d'ouvrage, professionnels, élus, habitants…).

Il est également nécessaire de mettre en place un comité de pilotage et un comité technique du diagnostic associant largement les acteurs concernés (maître d'ouvrage, services techniques, professionnels, élus, représentants de la population…) et de déterminer le rôle précis de ces deux instances.

Enfin l'expérience montre que pour faciliter la réalisation d'un diagnostic local de santé, il est essentiel d'identifier dans le territoire concerné un référent qui suive l'ensemble du travail dans la continuité, assure l'interface entre le maître d'ouvrage et l'opérateur et facilite le travail de ce dernier (faire le lien avec les acteurs de terrain, faciliter ainsi l'organisation de réunions, faciliter la recherche de données et documents locaux…).

Réalisation du diagnostic

Elle repose généralement et idéalement sur une combinaison d'approches qualitatives et quantitatives pour le recueil et l'analyse d'informations.

Les premiers éléments qui peuvent être mobilisés sont les diverses **sources documentaires** disponibles au niveau régional ou local ou encore sur internet. Elles permettent d'obtenir des informations :

- d'ordre général permettant, et c'est essentiel, d'éclairer l'histoire locale, les principales caractéristiques du territoire et de sa population,
- sur les structures, associations, instances et autres ressources implantées dans le territoire, leurs missions, leurs activités,
- sur les projets participant à la promotion de la santé déjà mis en œuvre localement,
- sur d'éventuelles conclusions ou propositions issues de diagnostics précédemment réalisés, dans le cadre de la politique de la ville, ou au titre de projets de développement des territoires.

Il convient de porter une attention particulière aux informations recueillies au titre du projet régional de santé et de ses divers schémas et programmes. Les diagnostics et priorités à ce titre sont des éléments à considérer pour le projet local de santé, ne serait-ce que comme des éléments de cadrage.

Le recueil et l'analyse de **données issues des systèmes d'information statistiques** (SIS) constituent également des étapes pratiquement incontournables d'un diagnostic. Elles permettent de dresser, affiner ou mettre à jour une photographie de la situation du territoire et d'en analyser l'évolution. Il s'agit ici essentiellement de données issues de sources permettant le calcul d'indicateurs comparables entre le territoire sur lequel porte le diagnostic et d'autres territoires de taille équivalente ou plus larges (l'ensemble du département, de la région…). Ces sources sont très nombreuses et il ne s'agit pas de les mobiliser toutes, mais de sélectionner les plus pertinentes en fonction des objectifs et du champ du diagnostic. Il peut également être utile, pour déterminer les indicateurs à analyser, de se référer aux indicateurs du projet régional de santé vis-à-vis des enjeux retenus au titre du possible contrat local de santé entre l'ARS et les communes ou leurs groupements.

Les principales données mobilisables concernent :

- la **situation démographique, sociale et économique** du territoire. Les données sont nombreuses et facilement mobilisables. Elles doivent être explorées, car cette situation influence

à plus ou moins long terme la santé de la population, et l'action locale sur ses différents aspects peut servir de levier pour l'améliorer ;

- les **déterminants de santé comportementaux et environnementaux** (environnement compris aussi bien au sens écologique, que relatif au logement, aux équipements sportifs et culturels, aux aménagements urbains, au tissu associatif, au travail…). Les données sur ces thématiques ne sont pas toujours facilement accessibles et peuvent même s'avérer indisponibles au niveau local. Elles méritent malgré tout d'être explorées ;
- l'**offre de soins**, et en particulier l'offre de soins de premier recours (médecin généraliste, infirmier…). Ce sont des données qui peuvent être facilement mobilisées et qui sont par ailleurs prises en compte au titre du volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (créé par la Loi HPST du 21 juillet 2009). Elles permettent d'analyser l'accessibilité géographique à ces professionnels ou encore, mais cela nécessite des analyses plus lourdes, l'activité des professionnels ou le recours de la population. Au même titre, l'**offre et les activités de prévention** doivent autant que possible être analysées, démarche qui n'est cependant pas toujours aisée dans la mesure où les sources d'information ne permettent pas systématiquement d'avoir une vision globale sur le sujet. La connaissance de l'offre dans ce domaine sera donc utilement complétée par les données recueillies au travers des entretiens ou des recherches documentaires, ainsi que lors de la démarche de projet elle-même s'agissant de repérer « qui » fait « quoi » sur les thématiques d'action priorisées ;
- l'**état de santé.** Les données de mortalité constituent un socle d'information fondamental dans ce domaine. Elles peuvent être complétées par des données permettant d'approcher la morbidité au travers du PMSI, des ALD, des données de consommation ou de recours aux soins issues de l'Assurance maladie ainsi que, dans les territoires qui en disposent, des données issues des registres (cancers, patients sous dialyse…). Les données issues d'autres sources (santé scolaire ou PMI par exemple), dont la qualité et l'homogénéité peuvent varier selon les territoires, peuvent aussi être prises en compte. Il convient de garder à l'esprit que plus le territoire est petit, plus il faudra veiller à la significativité statistique des indicateurs étudiés, sachant qu'à l'échelon infracommunal, la plupart des données précédemment mentionnées ne sont pas disponibles. Par ailleurs, pour toutes ces données, mais plus particulièrement encore pour les données de morbidité (ALD, PMSI), l'interprétation doit être réalisée avec prudence, et en prenant en compte de nombreuses limites.

En complément de ces données issues des SIS, il est envisageable de mettre en œuvre des **enquêtes quantitatives (par questionnaires) auprès de la population ou auprès des professionnels**. Elles permettent d'approcher les connaissances, attitudes, opinions et comportements d'une population ou d'un échantillon de cette population ou de professionnels. Ce type de démarche est plus rarement mis en œuvre dans le cadre de diagnostic local de santé dans la mesure où il nécessite des moyens et un temps de réalisation importants, un effort marqué de communication en lien avec des partenaires locaux pour inviter la population ciblée à participer à l'enquête, une expertise pointue concernant les méthodes d'échantillonnage ainsi que des compétences spécifiques pour la construction des questionnaires et pour les méthodes d'analyse des données. Elles permettent cependant de mesurer des phénomènes par ailleurs relevés, de les objectiver ou au contraire de remettre en question des opinions, perceptions de la population ou des professionnels. Elles peuvent également servir de base à une future évaluation des actions mises en œuvre.

Les recueils de **données qualitatives par voie d'entretiens** individuels ou collectifs auprès de la population, d'élus, de représentants associatifs ou de professionnels de santé constituent un incontournable d'un diagnostic local de santé. Ils permettent d'interpréter et de comprendre les observations issues des analyses quantitatives, mais également de repérer des problématiques qui ne sont pas appréhendées au travers des informations bibliographiques ou statistiques. De plus ils participent au repérage des actions et activités déjà mises en œuvre sur le territoire. Ils constituent aussi, et c'est un point particulièrement important dans le cadre de la dynamique mise en œuvre autour de la réalisation d'un DSL, un véritable outil de mobilisation des acteurs et de la population ainsi que de repérage des ressources susceptibles de participer à la conception et à la mise en œuvre de futures actions. Ils permettent d'appréhender les dynamiques locales, les logiques d'acteurs, les volontés de travailler ensemble.

Ces démarches qualitatives nécessitent, autant que les approches quantitatives, une protocolisation et une méthodologie rigoureuse (processus d'échantillonnage, choix du type de recueil, conception d'une

grille d'entretien, réalisation des entretiens, retranscription éventuelle et analyse). Là encore, la présence de relais locaux et de préférence d'un référent est indispensable pour la bonne préparation, l'organisation et la réalisation des entretiens (repérage et mise en relation avec les personnes, institutions et acteurs à rencontrer, organisation matérielle des entretiens collectifs…).

Dans la perspective d'approches qualitatives, d'autres démarches de recueil d'information peuvent enfin être mises en œuvre dont l'**observation de terrain,** qui permet de mieux appréhender un territoire, de confirmer, infirmer ou nuancer les déclarations des professionnels ou habitants, mais également de repérer des « évidences invisibles ».

Si, comme souligné précédemment, il importe en amont du diagnostic de déterminer quelles méthodologies (nature des données mobilisées, mode de recueil et d'analyse…) seront mises en œuvre et quelles données seront mobilisées, il convient de garder une certaine souplesse sur ce plan, de se réserver le droit de réviser le projet initial en cours de diagnostic. En effet, de nouvelles questions, problématiques peuvent émerger, à l'occasion par exemple d'entretiens, qui peuvent nécessiter la mobilisation ou le recueil de nouvelles données.

Il faut en outre veiller à ne pas se laisser dépasser par les demandes itératives des maîtres d'ouvrage qui conduisent à dépasser les coûts, ou à surcharger ou épuiser les effecteurs sans nécessairement ajouter de qualité au travail réalisé.

La communication

Comme cela a déjà été indiqué, le diagnostic local de santé doit être considéré comme un outil de mobilisation qui ne se limite pas à un simple état des lieux. Il faut ainsi favoriser une démarche participative, associer les acteurs et la population à la réalisation du diagnostic voire à sa conception, à l'identification des enjeux de santé et à la construction d'actions pour le territoire. De ce point de vue, la communication autour du diagnostic est essentielle, fondatrice de la participation des acteurs concernés et de la réussite des suites du diagnostic.

Comme pour les autres composantes d'un diagnostic local de santé, elle nécessite une planification et une organisation rigoureuses : les modalités de la communication envisagée sont à préciser et négocier dès le cahier des charges (Qui fait quoi ? Comment ? Avec quels moyens ?). Elle est nécessaire à chaque étape, en amont du diagnostic (informer sur la démarche), pendant le diagnostic (favoriser la participation des personnes sollicitées, valider et compléter les recueils déjà effectués) et en aval (présenter et échanger sur les résultats, aboutir à un diagnostic réellement partagé, lancer la priorisation et la programmation des actions). Ceci peut se faire au travers du comité de pilotage et du comité technique, mais également par tout autre moyen, dont les réunions publiques de restitution. L'appui des services communication du commanditaire, quand ils existent, mérite d'être mobilisé.

Concernant la communication, trois points d'attention doivent être mis en avant :

- veiller à préserver l'anonymat des personnes enquêtées ;
- ne pas omettre de présenter les aspects positifs du territoire, les points forts identifiés, atouts et ressources (un réseau de professionnels qui fonctionne bien, une association de quartier très dynamique, etc.), tout autant que les points faibles (problèmes, obstacles) afin de ne pas décourager la population et les professionnels et de ne pas stigmatiser le cas échéant un territoire déjà fragile ;
- se prémunir du risque de « sur promesse » envers les habitants et les professionnels. Un diagnostic local de santé peut générer des attentes très fortes chez ces acteurs et aboutir à des déceptions et à une démobilisation si les problèmes mis en lumière à l'occasion du diagnostic ne sont pas pris en compte dans la programmation. De ce fait le maître d'ouvrage doit très précocement communiquer à propos du portage et du soutien politique qu'il apportera à la mise en œuvre des actions en aval. Il doit aussi évoquer les moyens disponibles ou envisageables pour répondre aux enjeux posés par le diagnostic, notamment dans le cadre du partenariat interinstitutionnel susceptible d'être mis en place au titre du projet local de santé. Les limites de son action devront également être connues et partagées.

Principes déontologiques

Plus globalement, l'ensemble des acteurs d'un diagnostic local de santé doit veiller au respect de certains **principes déontologiques** concernant, outre la protection des données :

- l'information à toutes les personnes mobilisées des objectifs du diagnostic, de son déroulement général, s'agissant notamment des modalités de discussion et de validation des conclusions,
- l'information aux participants du diagnostic de ces conclusions et des suites données (sans oublier les personnes mobilisées par le biais d'enquêtes ou d'entretiens),
- les précautions particulières à prendre à l'endroit des personnes dont la situation est fragile psychologiquement et pour lesquelles un entretien pourrait être susceptible d'accroître cette fragilité,
- le fait de ne pas stigmatiser des populations particulières.

En aval du diagnostic

Concernant enfin les **suites données au diagnostic**, rappelons que la finalité du diagnostic est d'aboutir à un projet local de santé comportant un programme d'actions sur des axes prioritaires et dont l'évaluation doit être prévue. Cette démarche de projet peut être mise en œuvre par un autre organisme que celui chargé du diagnostic. Il s'agira d'identifier et hiérarchiser les problèmes et les forces du territoire, d'assurer une appropriation collective de ces constats (diagnostic partagé). La priorisation se fera autant que possible en présence de l'ensemble des acteurs ayant participé au diagnostic, mais également en présence d'autres acteurs invités lors d'une séance publique sur le sujet. Elle devra s'appuyer sur des critères déterminés et annoncés à l'avance (urgence/gravité, nombre de personnes concernées, possibilité d'agir sur le problème, ressources disponibles pour agir…).
C'est sur cette base que le projet pourra être établi (de préférence selon des objectifs structurés : généraux, intermédiaires, opérationnels) dans le cadre de groupes de travail spécifiques ayant pour charge de préciser les actions à conduire, leur mise en œuvre et leur évaluation.

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET METHODE

Qu'est-ce qu'un diagnostic local de santé ?

Les diagnostics locaux de santé tels que décrits dans ce guide sont des démarches d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propres à fonder une programmation d'actions de santé. Ils se distinguent ainsi d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire (rapports, données statistiques…), même si cet état des lieux est considéré ici comme une des composantes du diagnostic.

Le diagnostic s'inscrit dans une démarche de projet, spécifique de la santé ou bien au titre du volet socio-sanitaire d'un projet de développement de territoire. Dans ce dernier cas, le diagnostic de santé favorise l'articulation entre les différents volets thématiques du projet.

Ces diagnostics et projets peuvent concerner l'ensemble de la population d'un territoire et des thématiques de santé, ou être ciblés sur une population (les jeunes, les personnes âgées, les populations vulnérables…) ou sur certaines problématiques (santé mentale, accès aux soins, maladies chroniques…).

Le local correspond ici à l'échelon « infradépartemental » s'agissant essentiellement des territoires relevant d'une autorité publique locale susceptible d'élaborer un projet collectif c'est-à-dire les communes ou leurs groupements (communautés de communes, pays, ..). Il inclut les communes et quartiers prioritaires de la politique de la ville. Certaines démarches de diagnostic peuvent être conduites à plusieurs niveaux simultanément : par exemple pour un ou plusieurs quartiers d'une commune et l'ensemble de la commune.

La démarche de diagnostic local a vocation à être portée par les collectivités locales engagées dans l'élaboration d'un projet de santé, éventuellement dans le cadre des coordinations « ateliers santé ville » au titre des contrats urbains de cohésion sociale ou, en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) dans la perspective d'un contrat local de santé (CLS). La possibilité de tels contrats qui visent à mettre en place un programme d'action concerté a été ouverte par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. L. 1434-17 du CSP).

En décrivant la situation locale, en révélant les problématiques de santé et les enjeux d'action, la démarche de diagnostic réduit *l'invisibilité* de la santé publique au niveau local. Elle est de nature à susciter l'implication des collectivités territoriales et de leurs élus dans un champ où ils n'ont que peu de compétences en propre, mais de nombreux leviers pour agir, surtout en partenariat avec les agences régionales de santé et les services de l'État.

Cet effet de révélation lié à la reconnaissance de « déterminants environnementaux et sociaux de la santé » peut jouer à plusieurs niveaux :

- conduire à mieux organiser l'offre sanitaire au niveau local, au besoin sous la forme d'un schéma territorial concerté avec les élus ;
- être utile à l'orientation de politiques publiques susceptibles d'avoir des effets sur l'accès aux soins et à la santé : logement, éducation, loisirs… Ainsi par exemple, l'adaptation des transports peut faciliter l'accès à certaines ressources, le développement d'activités socioculturelles contribue à réduire l'isolement… ;
- servir à la définition de priorités pour la réalisation d'un programme d'actions de santé collectif et partenarial, notamment à visée préventive,
- entraîner la coordination d'activités menées par un ensemble d'acteurs locaux (service, association, professionnel…) pour mieux répondre à la nécessaire continuité des parcours de soins et de santé des personnes, et particulièrement des plus démunies.

Les Observatoires régionaux et la réalisation de diagnostics locaux de santé

La connaissance de l'état de santé de la population et des ressources pour agir est nécessaire à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. L'observation est donc une composante essentielle de cette politique.

Qu'il s'agisse de choisir des priorités de santé, d'assurer la veille sanitaire, de planifier des équipements et des ressources, ou encore de mettre en œuvre et évaluer les actions de santé, notamment de prévention, il est indispensable de disposer d'informations sur les problèmes de santé des populations et sur leurs déterminants économiques et sociaux.

Depuis leur création au début des années 1980, en application d'une circulaire ministérielle du 4 mars 1982[1], les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur Fédération nationale (Fnors) fournissent, grâce à leur savoir-faire, ces informations aux décideurs, aux professionnels de santé et à la population, dans le cadre de leur mission générale d'aide à la décision dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.

Pour mener ces travaux d'observation, les ORS s'appuient sur les bases de données des systèmes d'information statistiques régionaux et nationaux qu'ils mettent à disposition des acteurs territoriaux. Cette centralisation des données confère aux ORS une place unique dans un système de santé marqué par la multiplicité des acteurs et la dispersion des données et informations.

De nombreuses années de travaux d'observation et d'utilisation de ces bases de données ont également permis aux ORS de développer une expertise tout à fait particulière dans la pratique de l'observation de la santé à différentes échelles géographiques et de développer largement depuis une décennie les démarches de diagnostics locaux de santé.

C'est au regard de cette expertise et en s'appuyant sur l'expérience des ORS que la Fnors a rédigé ce guide, dans le cadre d'un large partenariat. Au-delà de ce guide, au titre des missions qui leur sont confiées ou dans le cadre d'interventions ponctuelles, les ORS apportent leur expertise pour l'orientation des acteurs de santé publique vers les sources de données disponibles comme pour des conseils méthodologiques visant la réalisation effective d'un diagnostic de santé dans le cadre de démarches partenariales locales.

Objectifs du guide

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a proposé à la Direction générale de la santé (DGS) du Ministère chargé de la santé, d'élaborer, à partir d'une analyse critique des diagnostics locaux de santé réalisés par les ORS, un guide de bonnes pratiques à l'usage des opérateurs de diagnostics locaux de santé. Celui-ci fait suite à un premier guide destiné aux maîtres d'ouvrage paru en 2010[2].

Le présent guide est destiné à toute structure ou service appelé à mettre en œuvre tout ou partie d'une démarche de diagnostic. Il peut s'agir des Observatoires régionaux de santé eux-mêmes et d'autres organismes d'études et d'observation, mais aussi des services internes des institutions ou collectivités, qui ont la capacité d'intervenir de manière opérationnelle sur un diagnostic local de santé dont ils peuvent également être le maître d'ouvrage.

Comme il est souligné tout au long des pages suivantes, les démarches d'observation locale de la santé nécessitent un niveau certain de technicité et d'expertise. Ainsi, ce guide n'a pas l'ambition de donner à tout acteur les moyens de réaliser un diagnostic local de santé, mais de donner aux opérateurs des repères méthodologiques pouvant soutenir la qualité du travail effectué.

L'objectif général de ce guide est de faciliter et d'optimiser les démarches de diagnostics locaux de santé. À cet effet, il décrit les différentes méthodes d'investigation, d'analyse des données recueillies et de présentation des résultats, avec une lecture critique de leurs avantages, inconvénients et limites. Il présente de façon plus détaillée les outils méthodologiques et sources de données qui peuvent être mobilisés, les différentes méthodes de définition des priorités et pistes d'action, ainsi que les outils permettant d'impliquer dans ces phases les acteurs concernés, dont la population, dans une perspective de démarche participative. Des sélections bibliographiques sont proposées afin d'approfondir les sujets abordés.

En raison de la diversité possible des diagnostics locaux de santé et de leur nécessaire dimension participative, ce guide ne peut avoir pour vocation de délivrer une méthodologie « clef en main ». La

[1] Circulaire DGS/POS/1A n°39 du 4 mars 1982 relative à la régionalisation des actions de prévention.
[2] Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé. Fnors, novembre 2010, 16 p. (document téléchargeable sur le site : http://www.fnors.org/index.html).

méthodologie doit en effet s'adapter au contexte du diagnostic en termes d'objectifs, de partenariats, d'historique, de déclinaison géographique, de périmètre (populations, thématiques), de moyens disponibles, de calendrier, ou encore d'attentes en termes d'implication et de mobilisation de la population et des acteurs.

Méthode

Pour l'élaboration de ce guide, le travail s'est appuyé sur :

- un inventaire exhaustif des démarches de diagnostics locaux conduites par les ORS et finalisées durant la période janvier 2000 - juillet 2009 ;
- une analyse détaillée des 122 démarches recensées, avec une enquête quantitative systématique et une analyse des rapports correspondants ;
- une quinzaine d'entretiens avec des personnels d'ORS et des représentants d'organismes ayant commandité des diagnostics ;
- une analyse de la littérature concernant les méthodes ;
- un processus de relecture-validation auprès d'experts au sein et en dehors du réseau des ORS.

Certains documents d'évaluation de ces diagnostics ont également été analysés.

Parti pris méthodologique

L'analyse de ces nombreuses démarches de diagnostic a largement mis en évidence leur diversité et l'enjeu d'une adaptation de la méthode au contexte. La définition d'une méthode standardisée n'est pas apparue possible ni pertinente, dès lors que l'objet du guide ne porte pas tant sur la définition de « portraits de territoires » mais plutôt sur une logique de mobilisation locale autour du diagnostic et du projet de santé.

Ainsi, le parti pris a été de présenter, sans les hiérarchiser, les méthodes, les informations pertinentes et disponibles et les sources de données qui peuvent être utilisées en en présentant les apports et les limites. Le seul postulat revendiqué est la combinaison considérée comme très souhaitable des approches quantitatives et qualitatives. De ce fait, ce guide est construit avec une entrée par méthode (indicateurs des systèmes d'informations statistiques, enquête qualitative…) et non par domaine d'information (déterminants sociaux. état de santé…).

Dans le même esprit, ce guide ne donne pas de liste type d'indicateurs. La pertinence d'un indicateur dépendra, en effet, du territoire, des questions posées et des problématiques ciblées : le choix des indicateurs est intimement lié au contexte du diagnostic envisagé. De plus, la sélection de ceux-ci reste évolutive en cours de diagnostic par exemple pour l'approfondissement d'une problématique soulevée à l'occasion d'entretiens ou pour rechercher des éléments complémentaires d'interprétation.

Éléments à préciser en amont du diagnostic

Avant de définir la méthode et de mettre en œuvre une démarche de diagnostic local de santé, plusieurs éléments sont à clarifier avec le maître d'ouvrage du diagnostic pour juger de la faisabilité de la démarche et pour en adapter au mieux la teneur. Ces éléments[3] devront autant que possible être précisés dans le cahier des charges du diagnostic *(cf. Guide à destination des maîtres d'ouvrage)*.

Il est ainsi nécessaire de préciser les objectifs assignés à ce diagnostic (les informations qu'il doit produire et son positionnement dans une démarche plus large de projet de santé), son insertion dans le contexte d'action publique locale sur le territoire (projet multidimensionnel) et le champ couvert. Ce dernier point est à délimiter tant en termes de populations ciblées que de domaines explorés (état de santé, situation sociale, offre, environnement…).

Il est également essentiel de bien identifier le niveau d'implication du maître d'ouvrage et le rôle qu'il pourra tenir pour faciliter la démarche, en termes de portage politique et de pilotage, de mobilisation de moyens humains ou encore de mobilisation du partenariat. L'existence de personnes de référence assurant le relais entre maître d'ouvrage et opérateur ainsi que les liens avec les acteurs et autres partenaires apparaît comme un facteur de réussite important.

[3] Ib réf. 2

Le niveau attendu d'implication des acteurs professionnels et de la population dans la démarche de diagnostic est enfin à préciser pour adapter les méthodes de recueil d'information ainsi que les modalités de suivi de la démarche et les actions de communication et de retour d'information.

Questions préalables et points de vigilance

Quels sont les objectifs assignés au diagnostic ? Quelles informations doit-il produire ? Dans quel contexte d'action publique locale et de dynamiques territoriales (ASV, agenda 21, Ville santé OMS…) s'inscrit-il ? À qui est destiné ce diagnostic ? Ces questions préalables sont essentielles et doivent être explicitées de la façon la plus détaillée et la plus claire possible, en distinguant les objectifs propres du diagnostic (les informations factuelles et analyses qu'il doit produire) de ses finalités (qui va utiliser ces informations, pour prendre quelles décisions).

Quels sont les moyens humains du maître d'ouvrage pour coordonner le diagnostic ? Existe-t-il une personne de référence faisant l'interface avec l'opérateur et assurant le passage à l'après-diagnostic ?

Quel sera le niveau de portage politique de la démarche, facteur favorisant la mobilisation des partenaires ?

Le cahier des charges final précise-t-il le champ du diagnostic, ses objectifs, les méthodes à mettre en œuvre, le calendrier, les modalités de restitution et la répartition des tâches ?

Existe-t-il des moyens ou dispositifs permettant d'envisager concrètement la réalisation d'actions consécutives au diagnostic ?

Au-delà du diagnostic, quel processus de programmation est envisagé ? Le diagnostic s'inscrit-il bien dans une démarche de projet ?

Quelques facteurs pour la réussite de la démarche

Utiliser des démarches participatives impliquant acteurs et populations et combinant approches quantitatives et qualitatives.

Prévoir les outils de pilotage du diagnostic, de même que les outils de suivi des actions mises en œuvre suite au diagnostic et d'observation de l'évolution de la situation.

Définir clairement les modalités d'implication des partenaires et acteurs du territoire.

Prévoir le plus tôt possible les modalités de communication et de restitution du diagnostic.

Ce que n'est pas un diagnostic

Un diagnostic n'est pas une simple acquisition de connaissances et doit s'inscrire dans un contexte de programmation.

Il ne se limite pas à un portrait quantitatif de la situation du territoire étudié.

Un diagnostic n'est pas une démarche isolée, non participative et ne s'appuyant pas sur l'existant.

RECUEIL, EXPLOITATION ET ANALYSE D'INFORMATIONS POUR LE DIAGNOSTIC

Introduction

La réalisation d'un diagnostic local de santé repose généralement et idéalement sur une combinaison d'approches qualitatives et quantitatives pour le recueil d'informations.

Le choix des techniques et compétences nécessaires dépendra de la définition préalable des types d'informations que l'on souhaite recueillir et des domaines ou problématiques à explorer prioritairement. C'est en fonction de ces grandes orientations que se fera l'identification des méthodes et des sources de données les plus pertinentes.

Concernant la combinaison des approches qualitatives et quantitatives (pour ce qui peut être dénombré), il est important de s'accorder une certaine souplesse chronologique et méthodologique dans le déroulé du diagnostic pour recueillir d'abord les données les plus informatives : exploration d'indicateurs complémentaires au vu des informations recueillies lors des entretiens, modification de la liste des acteurs ou groupes d'habitants à rencontrer en entretien selon les constats quantitatifs… Il semble cependant pertinent dans un premier temps de recueillir et analyser certaines informations de cadrage qui sont facilement et rapidement mobilisables (éléments documentaires, données relatives à la situation démographique et sociale de la population, etc.), et compléter ces analyses dans un second temps en fonction des orientations du diagnostic.

Les paragraphes ci-après présentent ces différentes modalités de recueil, d'exploitation et d'analyse d'informations, en restituent les apports et les limites, et livrent les principaux éléments de méthode.

Sont ainsi abordés successivement : l'analyse documentaire, l'analyse des données issues des systèmes d'information statistiques, les recueils d'informations par des approches quantitatives (enquêtes par questionnaires) puis par des approches qualitatives (enquêtes par entretiens et observation de terrain).

Analyse documentaire

▪ L'intérêt de l'utilisation de matériel documentaire

Le diagnostic local de santé s'insère toujours dans un contexte spécifique. Un travail de compilation et d'analyse documentaire locale permet de recueillir des informations d'ordre général ou centrées sur un sujet précis, des éléments factuels ou des appréciations subjectives (avis d'expert, positions politiques ou militantes). Il permet d'obtenir une première vue d'ensemble du territoire. Ce travail a pour objet de comprendre comment s'articulent les différents constats réalisés et de saisir l'identité propre du territoire, mais également d'éviter de recueillir des éléments déjà collectés.

Les informations recherchées sont d'ordre géographique, historique, économique, sociologique. Elles aident à mieux comprendre les phénomènes de santé, car elles en sont des déterminants (manières de vivre des habitants du territoire, histoire migratoire, développement des transports, etc.). D'autres éléments, émanant de telle ou telle structure présente sur le territoire (établissements sanitaires ou médico-sociaux, structures participant à l'animation culturelle, sportive, sociale du territoire, etc.), permettent également de mieux saisir les différents enjeux en cours, en termes de stratégies, de problématiques, de contraintes et d'atouts.

Certaines informations de cadrage émanant des institutions en charge de politiques sanitaires et sociales à un niveau départemental ou régional sont également à prendre en compte pour l'identification d'éventuels enjeux pour le territoire.

Les différents documents évoqués peuvent être accessibles sur Internet, ou sous format papier, dans les centres de documentation et dans certaines structures sanitaires, médicosociales, politiques, du territoire… Ils sont collectés à partir de l'expertise et de l'appui des membres du comité de pilotage, mais aussi au fil de l'interrogation des personnes ressources qui les mentionnent souvent spontanément.

- Les sources documentaires

Données générales sur le territoire

La consultation des sites internet officiels des mairies, communautés de communes, pays, délégations régionales de l'Insee, etc., les sites des offices de tourisme, ou autres sites spécialisés sur l'histoire, l'économie du territoire (sites des chambres de commerce) permet d'accéder à des informations d'une richesse variable tout en repérant certaines particularités locales.

D'autres sites apportent des éléments d'information plus ou moins pertinents : Wikipédia, blogs, etc. Ces informations doivent cependant être croisées avec d'autres et validées.

Les matériaux issus de recherches historiques ou de sources anciennes ne doivent être utilisés que s'ils permettent de mieux comprendre les enjeux actuels : il ne s'agit pas de réaliser une présentation folklorique ou touristique du territoire.

Informations régionales et départementales de cadrage

On pourra tenir compte des éléments de diagnostic posés par les Agences régionales de santé, au titre du projet régional de santé et de ses différentes composantes dont en particulier les schémas d'organisation des soins, de prévention et du secteur médico-social.

Certaines spécificités locales peuvent aussi être mentionnées dans d'autres diagnostics préparatoires à des schémas de planification sociaux et sanitaires (Conseils généraux, Conseil régional).

Informations sur les structures locales

Outre les informations fournies au titre de la planification régionale portée par l'ARS, il est pertinent de se rendre sur les sites internet officiels des structures locales, sanitaires, sociales ou médico-sociales, de prévention, de sociabilité. Les sites des hôpitaux, cliniques et des associations diverses regorgent de nombreuses informations (services proposés, volume d'activités, type de public rencontré, problématiques particulières observées, etc.) et sont sans doute ceux dont l'accès est le plus simple.

Les annuaires de ressources locales, les supports d'information à destination du public local (outils de communication : brochures, guides, livrets d'information, etc.) permettent de vérifier la liste des ressources du territoire et leur « visibilité ». Ce repérage est important, s'agissant de structures qu'il pourrait être pertinent de consulter dans le cadre de la démarche qualitative (entretiens individuels ou de groupe), mais aussi d'acteurs sur lesquels il sera potentiellement possible de s'appuyer afin de mettre en œuvre des actions en aval du diagnostic.

Ces sources permettent aussi d'identifier certaines actions mises en place dans le champ de la prévention, du soin ou de l'accès aux soins par ces structures, et par des réseaux formels ou informels.

À noter qu'il est important de vérifier les dates de mises à jour des sites et des supports d'information.

Les diagnostics antérieurs, les actions déjà conduites, les projets et études spécifiques

Selon les territoires, différents outils peuvent permettre de connaître les problèmes de santé ou sociaux déjà fortement repérés : les comptes-rendus de réunions, de comités de pilotage (« réseaux santé », collectifs santé…), les documents émanant de l'Atelier Santé-Ville ou des animations territoriales de santé, s'il y en a, éventuellement les bilans d'activités de structures ou de dispositifs. Un, ou même plusieurs, diagnostics santé ont pu être conduits et avoir laissé des traces, notamment sur les dynamiques locales, ce qui est à prendre en compte.

Par ailleurs, de l'Agenda 21[4] (plan d'actions sur le développement durable) - lorsqu'il y en a un -, au bulletin d'informations municipal, en passant par les rapports thématiques produits par la collectivité locale (habitat, renouvellement urbain, délinquance, environnement, etc.), une multiplicité d'informations

[4] http://www.agenda21france.org/
La stratégie nationale de développement durable 2010-2013 prévoit 1 000 Agendas 21 d'ici 2013. Elle s'articule autour de 9 défis. Le défi 7 concerne la santé publique, la prévention et la gestion des risques. Il porte une attention particulière à la qualité des milieux et aux inégalités sociales potentielles.

existe qui ne sont pas forcément en lien direct avec l'état de santé de la population, mais qui donne des indications précieuses sur les conditions de vie des habitants, le climat social, etc.

Le cas échéant, on pourra s'appuyer sur le diagnostic territorial réalisé pour définir le projet de développement du territoire, y compris en tenant compte d'une vision prospective sur des éléments économiques et sociaux susceptibles d'influer à terme sur l'état de santé. Appelés à traiter des services à la population, ces diagnostics peuvent avoir abordé à ce titre l'offre socio-sanitaire.

Enfin, il n'est pas rare que les acteurs locaux aient eux-mêmes déjà produit des études *ad hoc* sur des publics spécifiques ou des problématiques locales, qui pourront également nourrir l'analyse documentaire. Celle-ci aide aussi au repérage des actions existantes.

Les productions des habitants

Les « mémoires » de quartier, les témoignages de collectifs d'habitants/de locataires/de membres d'une association locale, forums citoyens, écrits reprenant une action menée par un groupe d'habitants, les réflexions issues de « groupes de parole » constituent également des sources documentaires. Tous ces documents, dont la réalisation a souvent impliqué des acteurs locaux (centres sociaux, associations culturelles…), reflètent, du moins en partie, les dynamiques de sociabilité locale.
Par ailleurs, ces documents mettent en exergue la capacité des personnes à se servir de leur « expertise », en tant qu'habitants, pour produire un témoignage qui est aussi une connaissance transmissible à d'autres. Leur utilisation a donc également une dimension symbolique forte pour les personnes ressources comme pour les habitants impliqués : c'est une démarche de reconnaissance de la valeur des témoignages produits. On obtient ainsi souvent beaucoup d'informations sur l'histoire du territoire, son évolution (bâti, espaces publics, logements…), et également sur les difficultés et attentes des habitants (le « vivre ensemble » et les opportunités de sociabilité, les difficultés économiques et sociales, les exaspérations et aspirations, les attentes, les possibilités d'implication, etc.).

Autres sources

Des travaux universitaires et des travaux de recherche ont pu être conduits sur le territoire. Les fonds documentaires spécialisés en santé publique peuvent être consultés, notamment ceux des ORS, via leur site internet ou par contact direct.

- ### À quel moment utiliser le matériel documentaire ?

En début de diagnostic, les documents recueillis (selon le champ du diagnostic) permettent d'obtenir une vision d'ensemble et une première appréhension des grandes spécificités et problématiques du territoire, qu'ils aient une portée générale ou plus spécifique. Idéalement, ils permettent, avant le démarrage des recueils d'informations quantitatives et qualitatives, de repérer les principales ressources locales et le profil de la population dans ses grandes lignes.

En cours ou en fin de diagnostic, les informations issues des documents permettent d'éclairer certains points de vue, de mieux mettre en perspective ou de recouper des informations obtenues à partir d'autres sources. Les documents émanant des structures sont souvent transmis au fil des entretiens ou suite à des comités techniques.

L'expérience montre qu'il est extrêmement rare qu'un document transmis en fin de diagnostic remette en cause ou réinterroge fondamentalement un résultat obtenu par les investigations. Les informations documentaires ont généralement été plus ou moins incorporées par les acteurs locaux, qui en tiennent le plus souvent compte dans la description qu'ils font de leur territoire, de la problématique sur laquelle ils travaillent.

- ### Les points de vigilance

Il est indispensable de faire preuve à la fois d'ouverture et de circonspection face aux documents recueillis. Il est ainsi nécessaire de systématiquement vérifier l'origine des documents, leur date de production (trop d'ancienneté éloigne des enjeux actuels), leurs finalités, et de bien distinguer la part des données factuelles (en précisant leurs sources), des opinions. Les enjeux, les intérêts, les points de vue variant d'un groupe d'acteurs à l'autre, il est nécessaire de repérer les biais éventuels dans la sélection et dans l'interprétation des informations présentées afin d'être en mesure d'utiliser des informations qui soient les plus exactes et les plus objectives possible, mais aussi d'identifier les jugements de valeurs

exprimés. Toutefois, les documents recueillis ne rendent pas forcément compte de la réalité de manière exhaustive ou équilibrée. C'est pourquoi la confrontation des résultats obtenus avec les constats d'ordres quantitatifs et qualitatifs qui découleront des autres étapes du diagnostic constitue un passage obligé.

Ces documents sont souvent extrêmement hétérogènes aussi bien dans leur forme que dans leur contenu. Ils varient grandement d'un territoire à l'autre, en fonction des acteurs rencontrés, de leur mobilisation et implication dans la démarche de diagnostic.

Cette recherche documentaire participe à la mobilisation des acteurs ; il importe d'insister sur cette étape pour que les documents produits par chaque institution ou association soient effectivement communiqués à l'opérateur du diagnostic.

Au final, si l'analyse documentaire est extrêmement précieuse, elle peut requérir un temps important de collecte, d'appropriation et d'analyse. Son niveau de finesse variera donc selon le budget disponible.

Analyses de données issues des systèmes d'information statistiques (SIS) et de grandes enquêtes nationales

Les données issues des systèmes d'information statistiques permettent de dresser une première photographie de la situation du territoire à partir d'indicateurs quantitatifs qui peuvent objectiver et quantifier certains événements, phénomènes ou problématiques, de comparer le territoire à d'autres territoires ou à des références, de décrire éventuellement l'évolution dans le temps des phénomènes observés (en intégrant parfois une dimension prospective) et de disposer d'une base de référence pour une éventuelle démarche d'évaluation. Outre une description de la situation, l'analyse croisée de ces indicateurs peut permettre une première identification et compréhension des problématiques en jeu.

Pour les comparaisons géographiques, il convient de déterminer précisément et en amont du diagnostic quels sont les territoires de comparaison retenus, soit dans une logique d'emboîtement (par exemple, une commune est comparée à son agglomération, son département, sa région), soit dans une logique d'échelons (une commune comparée à d'autres communes de taille équivalente de la région, un pays aux autres pays de la région…), soit une combinaison des deux.

Lorsque l'on souhaite analyser l'évolution d'indicateurs à un échelon infra-départemental, il est nécessaire de s'assurer de la stabilité temporelle des « frontières » du découpage retenu (cantons, communautés d'agglomération…).

Dans ces démarches de comparaison territoriale, il est essentiel pour chaque indicateur de s'interroger sur son sens à l'échelon étudié et sur sa comparabilité avec les valeurs des territoires retenus comme référence. Ainsi, à titre d'exemple, si le décompte de l'offre libérale de spécialistes ou de lits hospitaliers d'un quartier ou d'un territoire rural peut avoir un intérêt en termes d'identification des ressources existantes, la comparaison de la densité d'offre avec une valeur de référence départementale ou régionale n'a souvent pas de pertinence.

Par ailleurs, lors de l'analyse des données, il faut garder à l'esprit qu'une corrélation entre deux indicateurs observée à grande échelle ne se vérifie pas nécessairement à un niveau local. Ainsi, bien que la relation entre pauvreté et état de santé dégradé soit largement documentée, l'analyse de la situation sociale de la population d'un territoire ne permet pas de tirer avec certitude de conclusion sur sa situation sanitaire, et il reste nécessaire de recueillir du matériau sur cette dernière.

Seront ciblées dans ce chapitre des données issues de systèmes d'informations fonctionnant de manière homogène et standardisée entre les différents territoires pour offrir cette dimension comparative. Il peut cependant exister sur certains territoires des dispositifs d'observation locaux qui seront évoqués ci-dessous à titre d'exemple.

Certaines informations qui peuvent faire l'objet de recensement, mais qui ne sont pas directement comparables quantitativement d'un territoire à l'autre, comme la présence d'acteurs associatifs ou le recensement des actions conduites sur un territoire par exemple, ne sont pas abordées dans ce chapitre. Elles relèvent en effet plus d'un repérage ciblé et détaillé réalisé à l'occasion de démarches qualitatives par entretien avec les acteurs et les habitants *(cf. chapitre « Le recueil de données par approches qualitatives »)*.

Il convient cependant de souligner, et plus particulièrement pour les données relatives à l'état de santé, que plus le territoire est petit, plus la disponibilité et la validité de ces données sont limitées (pour raisons

de rareté des événements observés, de puissance et de secret statistique). De plus, à un niveau infracommunal, pour des raisons de disponibilité des données, il n'est généralement pas possible d'approcher l'état de santé des populations par le biais de données statistiques. Toutefois, des possibilités existent, pour certains événements non rares, moyennant des démarches spécifiques avec certains partenaires. À titre d'exemple on peut ainsi mentionner des indicateurs de recours aux soins libéraux ou de prévalence de patients sous traitements (antidiabétiques, antiasthmatiques et médicaments psychotropes en particulier) pour les données relevant de l'Assurance maladie ou des indicateurs issus des bilans de santé réalisés auprès des enfants scolarisés pour les services de PMI ou de santé scolaire. Les possibilités et limites de la déclinaison géographique des différents indicateurs seront évoquées pour chaque source de données.

Dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic local de santé, la santé de la population peut être approchée de différentes manières au travers de données statistiques portant sur les déterminants de la santé, les déterminants liés au système de santé (l'offre et l'accès aux soins) et sur l'état de santé de la population.

De nombreux travaux ont mis en avant les liens entre conditions de vie et état de santé de la population[5]. Outre les facteurs individuels biologiques et génétiques, les déterminants majeurs de l'état de santé sont une situation socio-économique défavorable, un faible niveau d'éducation, de mauvaises conditions environnementales physiques (pollutions, habitat, bruit,…) et sociales (isolement, violences subies…) et des comportements à risque, eux-mêmes en partie déterminés par le cadre et les conditions de vie. Il est ainsi important de dresser une photographie de la situation sociale et économique du territoire étudié et de croiser cette analyse avec l'état de santé observé pour permettre une première identification et compréhension des problématiques en jeu.

Plusieurs sources de données nationales sont disponibles pour étudier les déterminants sociodémographiques et socio-économiques de l'état de santé d'une population : le recensement général de la population et des sources à vocation exhaustive, le plus souvent issues des fichiers administratifs ou de gestion (le fichier des demandeurs d'emploi en fin de mois - Pôle emploi, les fichiers des allocataires - organismes versant des prestations sociales...).

Il faut garder à l'esprit, lors de l'examen des différents déterminants de santé (situation sociodémographique, comportements de santé, accès/recours aux soins, etc.) qu'il existe en général un décalage temporel important entre l'exposition à un facteur de risque et son expression en matière d'état de santé. Ainsi en particulier si les indicateurs sociaux peuvent rapidement évoluer (dégradation de la situation sociale de la population), les modifications en termes d'état de santé se feront ressentir avec une plus grande inertie. De même, les expositions environnementales ou professionnelles à de multiples produits toxiques peuvent se traduire quelques décennies après par une augmentation de cas cancers. À l'opposé, l'amélioration de certains facteurs tels qu'un meilleur accès aux soins ou un développement de l'activité physique de la population peut avoir un impact rapide sur la santé de la population.

Enfin, il est possible de calculer des indicateurs composites comme l'indice de développement humain (IDH), développé par l'Organisation des Nations Unies. L'IDH se fonde sur trois critères majeurs : l'espérance de vie, le niveau d'éducation et le niveau de vie. À partir de ce dernier, l'ORS Île-de-France a par exemple construit l'IDH 2, qui autorise la comparabilité à un échelon géographique fin (communal). Mettant en évidence des disparités importantes, il constitue un outil de mesure des inégalités sociales[6]. Il nécessite cependant des tailles de populations suffisantes et ne remplace pas la présentation de chacune des dimensions de manière séparée.

---

[5] Quelques références peuvent être citées :

Cambois E., Laborde C., Robine J.M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et Sociétés, Ined, janvier 2008, n°441.

Cambois E., Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. BEH, 2007, 2-3, p.10-14.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., et al. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé, RESP, 2003, 51, 4, p.381-401

Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé. Ed. La Découverte, 2008, 298p.

Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, collection Avis et rapports, Paris, La documentation française, avril 2010, 103 p.

Organisation mondiale de la santé (Europe), sous la Direction de Wilkinson R. et Marmot M.. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. 2e édition, 2004, 40 p.

Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Coll. Abrégés, 2e édition, Elsevier Masson, 2011, 259 p.

[6] Nascimento I., Carrage S., Camard J.-P., Mitton C. L'indicateur de développement humain 2 (IDH2) en Île-de-France : un outil de mesure des inégalités sociales. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Vol 56, n°6S. p382, octobre 2008.

- **Situation démographique d'un territoire**

Cf. fiches indicateurs A1.1- Densité de population et structure de la population, A1.2- Natalité et fécondité, A1.3- Évolution de la population, mouvements naturel et migratoire de la population

L'analyse de la situation démographique d'un territoire permet d'apprécier son dynamisme démographique (accroissement de la population, mouvement naturel et migratoire...) et d'étudier l'évolution de la structure de sa population par sexe et âge (vieillissement de la population...). Ce type d'analyse peut également s'avérer pertinent dans une démarche prospective à court et moyen termes (5 ans, 10 ans…) basée sur des hypothèses à préciser (poursuite des tendances observées au cours des dernières années). La réalisation d'une projection démographique aide, après une mise en perspective avec les équipements présents, à identifier les besoins futurs d'équipements de santé, médico-sociaux (établissements pour personnes âgées...), et le type d'actions ou de dispositifs à mettre en œuvre (maintien à domicile des personnes âgées et des personnes dépendantes). À l'opposé, l'arrivée de populations jeunes sur un territoire, suite par exemple au développement de l'offre immobilière, peut impliquer d'autres besoins nouveaux (garde de petite enfance…).

Les principales sources de données statistiques mobilisables sont le recensement de la population et les fichiers d'état civil.

Le recensement de la population, réalisé par l'Insee, fournit des statistiques sur le nombre d'habitants et sur leurs caractéristiques (sexe, âge, profession exercée, niveau de formation, conditions de logement...). Il permet ainsi de disposer d'un certain nombre d'indicateurs à des échelons géographiques fins (communal, voire infracommunal pour certains indicateurs) et de réaliser des comparaisons entre territoires. Le système d'information géographique (SIG) de la politique de la ville précise les données disponibles jusqu'à l'échelon du quartier[7]. On peut aussi consulter les données localisées sur le site de l'INSEE[8].

Les données issues des fichiers d'état civil sont disponibles annuellement par type d'événements domiciliés (naissances, décès, mariages...) et sont accessibles par commune. La disponibilité par quartier est variable selon les communes.

- **Situation socioéconomique d'un territoire**

Cf. fiches indicateurs A2.1- Structure familiale des ménages, A2.2- Niveau de formation, A2.3- Revenus, A2.4- Pauvreté et précarité, A3.1- Tissu productif, A3.2- Emploi, A3.3- Chômage

Le diagnostic local de santé doit également étudier la situation socioéconomique du territoire. Les revenus, les situations de fragilité professionnelle, la profession exercée, le niveau de formation, la situation familiale sont des déterminants de l'état de santé de la population contribuant fortement aux disparités de santé et du recours aux soins au niveau local, dans la vie quotidienne. À titre d'exemple, en 2008, selon l'Enquête sur la santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze mois précédant l'enquête.

De nombreuses sources de données nationales sont mobilisables pour décrire le dynamisme économique, le niveau de vie et la pauvreté[9]. Elles permettent de pointer certains facteurs impliqués dans la production des inégalités sociales de santé. La disponibilité de ces données et l'échelon géographique mobilisable varient d'une source de données à l'autre. Les fiches thématiques présentées en annexe de ce document donnent de plus amples informations sur ces différentes sources.

- **Déterminants comportementaux de santé**

Les déterminants comportementaux de santé (tabagisme, abus d'alcool et autres addictions, comportement suicidaire, régime alimentaire inapproprié, activité physique et sédentarité...) ont également une influence directe sur l'état de santé des individus. De nombreuses études nationales

[7] http://sig.ville.gouv.fr/
[8] http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/default.asp?page=magazine_iam/iam60/iam60_sommaire.htm
[9] Sirene (Insee), le fichier des demandeurs d'emploi en fin de mois (Pôle emploi), les revenus fiscaux localisés des ménages (Insee – Direction générale des impôts), les fichiers des allocataires (organismes versant des prestations sociales), le fichier des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CPAM, MSA, RSI)...

mettent en avant par exemple le fait que la lutte contre la mortalité et la morbidité évitables avant 65 ans ne relève pas seulement d'un renforcement du système de soins, mais également d'une modification des comportements individuels et collectifs[10].

Ces déterminants ne sont pas couverts à un échelon infradépartemental par les dispositifs statistiques régionaux et nationaux. Il peut parfois être pertinent, en fonction des besoins de connaissance pour la programmation locale et des moyens disponibles, de mettre en œuvre des enquêtes spécifiques par questionnaire pour collecter des informations complémentaires non disponibles au travers des systèmes d'informations statistiques existants. Une réflexion doit alors être conduite sur l'utilité de disposer de données de santé à un niveau géographique fin en regard des coûts d'enquêtes et de l'interprétation qui pourra en être faite. Dans tous les cas, il est recommandé de prendre connaissance d'enquêtes nationales, dont certaines comportent des déclinaisons régionales, voire départementales, dont il est possible de s'inspirer pour la mise en place d'enquêtes locales.

À titre d'exemples, l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad)[11] mise en œuvre par l'OFDT, renseigne, à un échelon régional, sur les niveaux d'usage et les évolutions en termes de produits et de modalités de consommation de produits psycho-actifs des jeunes Français ; l'enquête Baromètre santé de l'Inpes[12] aborde les différents comportements et attitudes de santé des Français ; l'enquête Health behavior in school-aged childrens (HBSC)[13], permet de recueillir des données sur la santé, les comportements, le vécu scolaire, les relations avec les parents et les amis, l'environnement socio-économique des élèves de 11, 13 et 15 ans...

Il faut néanmoins souligner que les enquêtes complémentaires spécifiques sont coûteuses en termes de mobilisation humaine et financière, et nécessitent une disponibilité calendaire (élaboration protocole et questionnaire, autorisation CNIL, mise en œuvre passation, saisie des informations, validation, analyse, interprétation…) pas toujours compatible avec une démarche de diagnostic et sont parfois peu informatives du fait d'une faible puissance statistique... La présentation de données de cadrage et des éléments de compréhension des problèmes issus de ces enquêtes réalisées à un autre échelon géographique peut s'avérer plus pertinente.

- **Déterminants environnementaux**

Cf. fiches indicateurs A4- Santé et Environnement physique, C4- Santé – travail

Les liens entre environnement physique et santé sont connus depuis longtemps, mais les risques sanitaires associés sont complexes et particulièrement difficiles à caractériser précisément et à quantifier. De manière générale, il existe donc peu d'indicateurs concernant les relations entre santé et environnement directement accessibles, a fortiori à un échelon géographique fin.

Il s'agit souvent d'indicateurs d'exposition des populations à des facteurs environnementaux et non d'indicateurs d'impact sanitaire. Les outils et les méthodes de mesure, le maillage du territoire sont extrêmement variables selon l'indicateur recherché. Cependant, la protection des populations fait l'objet de normes sanitaires et de dispositions correspondantes de contrôle réglementaire. Les données recueillies au titre du plan régional santé environnement constitueront des informations essentielles.

Le recueil d'informations dans ce domaine permet une ouverture des débats et des pistes de réflexion pour le projet territorial de santé axé sur ce déterminant important de l'état de santé. Les élus locaux ont une implication importante sur ces questions, qui touchent à la vie quotidienne de leurs administrés et qui relèvent souvent de leur responsabilité.

Les données sur les déterminants environnementaux peuvent être collectées par milieu (eau, air, habitat, sols et alimentation). Selon les situations, elles peuvent concerner certains polluants spécifiques avec, parfois, des éléments sur leurs conséquences avérées sur la santé.

---

[10] Quelques références peuvent être citées :
Canarelli T., Cadet-Tairou A., Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, septembre 2006, n°34-35
Kunst A.E. et al. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. La Découverte, Inserm, 2000, 448 P.

[11] Beck F., Legleye S., Spilka S. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français – Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003. OFDT, 222 p.

[12] Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005. Éditions Inpes, 574p.

[13] Godeau E., Grandjean H., Navarro F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2002, Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children. Éditions Inpes, 289 p.

Pour une première approche, des outils de consultation de données sont accessibles sur le site du service de l'Observation et des Statistiques du ministère en charge de l'environnement[14] et le site du ministère en charge de la santé. Il est également utile de se référer à la synthèse nationale réalisée par la Fnors sur ce thème[15].

En dehors de ces expositions toxiques de l'environnement physique, dans le contexte des diagnostics locaux de santé, il est important de se référer à une définition élargie de l'environnement. Selon l'OMS (Conférence d'Helsinki, 1994), la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, mais aussi sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement.

Les travaux de recherche actuels explorent les liens entre environnements géographiques de vie (de résidence, de travail), comportements et modes de vie[16, 17]. On pourra par exemple s'intéresser à l'environnement construit (aménagements urbains, parcs, végétation…), aux aires de stationnement réservées aux gens du voyage, aux services et équipements (sportifs, alimentaires, transports publics…), mais aussi à l'environnement d'interactions sociales (réseaux de voisinage, tissu associatif, insécurité…) ou à l'environnement symbolique (identité du territoire, réputation d'un quartier, stigmatisation…).

À titre d'illustration, de nombreux projets concernent la lutte contre la sédentarité. L'environnement et la vie quotidienne en sont des facteurs déterminants. On recherchera alors la présence des équipements sportifs, les parcs et lieux de promenade, l'existence de pistes cyclables, les possibilités d'activité physique et leur accessibilité financière… Les actions développées pourront ensuite concerner la création de milieux favorables au-delà des seuls comportements individuels.

Même si certaines bases de données peuvent être accessibles, comme celle des données détaillées localisées de l'Insee sur les services et équipements, les informations sont à rechercher d'abord par analyse documentaire ou auprès des partenaires (cf. supra).

Enfin l'environnement professionnel, les conditions de vie et de sécurité au travail ont une influence très importante sur l'état de santé des populations. Là encore, les indicateurs disponibles à un échelon local sont rares. Les principales sources de données se structurent autour de trois approches : les expositions et les risques, la sinistralité et les pathologies d'origine professionnelle ainsi que les inaptitudes.

- ### Offre de soins, offre de prévention et offre médico-sociale

Cf. fiches indicateurs B1.1- Offre de soins libérale, B1.2- Offre de soins hospitalière, B2– Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées, B3- Établissements pour personnes handicapées, C5.1- Recours aux soins libéraux, C5.2- Participation aux programmes de dépistages des cancers

Le système de santé et médico-social, constitue, au même titre que la situation démographique, socio-économique, l'environnement ou les comportements de santé, un déterminant de la santé des populations. Il doit être entendu ici dans un sens large comprenant aussi bien l'offre de soins curative (soins libéraux, hospitaliers...), que l'offre préventive (programmes de dépistage, protection maternelle et infantile (PMI), actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé…) ou encore l'offre médico-sociale (structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées, établissements pour personnes handicapées…).

Concernant l'offre et le recours aux soins, les sources de données mobilisables sont nombreuses : Statistique annuelle des établissements (SAE) et PMSI (offre et recours aux soins hospitaliers), fichier Adeli et fichiers des différents régimes d'assurance maladie (offre recours aux soins libéraux), données des Conseils généraux (PMI), données des structures de gestion des programmes de dépistage des cancers, fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)… Ces différentes sources de données, qui ont chacune leurs limites, permettent d'avoir une vision relativement précise de l'offre de soins (curative et préventive) dans un territoire donné.

[14] http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/bases-de-donnees.html
[15] Fnors, Santé et environnement dans les régions de France. Collection « Les études du réseau des ORS ». Fnors, septembre 2008.
[16] Chauvin P., Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS (2005). Éditions de la DIV (coll. Les documents de l'ONZUS), 2009, 105 p.
[17] Chaix B., Leal C., Evans D., Havard S., Baudet N. Étude Record : quel lien entre poids, activité physique et environnement urbain ? Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation, La santé de l'Homme, n°402, 2009/07-08, p22-23.

La création d'un volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins par la loi HPST peut conduire, selon les caractéristiques du territoire de réalisation du diagnostic, à l'élaboration d'un schéma territorial de l'offre socio-sanitaire concerté avec les élus locaux, notamment au titre d'un contrat local de santé. Ce schéma peut intégrer les capacités d'action de santé publique et de prévention et promotion de la santé.

Obtenir une vision globale des actions et des ressources dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé (EPS/PS) s'avère actuellement plus difficile, en raison du grand nombre d'acteurs et de financeurs potentiels. Cependant, des dispositifs régionaux visant à recenser l'ensemble des actions réalisées se développent. Ainsi il peut être particulièrement utile de se tourner vers les pôles régionaux de compétence (PRC) en éducation et promotion de la santé, dispositifs soutenus par l'Inpes, qui sont le plus souvent portés par les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Selon la région considérée, différents systèmes d'information ont été construits (portails d'information, bases de données d'acteurs et d'actions de prévention, répertoires…). Il est ainsi souvent possible d'identifier le nombre d'acteurs de prévention par thématique ainsi que le nombre et les types d'actions de prévention sur le territoire. De plus, nombre d'ARS ont procédé, à l'occasion de la rédaction des schémas de prévention, à un recensement des acteurs de prévention auquel il est possible de se référer.

L'Observatoire régional de la santé, souvent membre de ces PRC, peut également être consulté pour savoir s'il existe des bases de données dans ce domaine à un échelon territorial fin.

Le répertoire des actions financées par l'ARS, les schémas régionaux au titre du projet régional de santé porté par l'ARS en matière de prévention, de soins (notamment ambulatoires), et d'action médico-sociale, le bilan des plans et programmes de santé publique des ARS, services de l'État ou des Conseils généraux sont des documents utiles à consulter (cf. analyse documentaire).

Dans le cadre d'un diagnostic local de santé ce sont en général les soins de premier recours (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute…) et les dispositifs de prévention qui font l'objet de la plus grande attention, prioritairement par exemple par rapport aux soins hospitaliers.

Ces données peuvent faire l'objet d'analyses très diversifiées dont en particulier :

- l'accessibilité géographique aux dispositifs (distance ou temps d'accès, densité d'offre locale et aux alentours du territoire d'étude, analyse des flux géographiques en fonction du lieu de domicile et du lieu de consommation de soins),
- l'accessibilité économique (pratiques de dépassements d'honoraires par les médecins libéraux, couverture sociale de la population…),
- le recours (consommation de soins).

Le diagnostic local de santé peut permettre de préciser les conditions de recours et d'accès aux soins des habitants par une exploitation spécifique des données de l'Assurance maladie. Ainsi, les données de participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein, produites par l'InVS à l'échelle des départements, peuvent être analysées en lien avec les structures de gestion départementales, au niveau des communes, voire même au niveau des quartiers[18].

▪ Mortalité

Cf. fiches indicateurs C1- Mortalité

Faisant l'objet d'un enregistrement exhaustif, les données de mortalité représentent une source d'indicateurs essentielle pour décrire l'état de santé d'une population, soit de manière globale (taux de mortalité, espérance de vie) soit de manière ciblée (taux de mortalité spécifique pour telle ou telle pathologie, taux de mortalité évitable, taux de mortalité par âge). L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. Dans ce but, il peut être préférable de s'intéresser non pas à l'ensemble de la mortalité, mais seulement aux décès survenant avant 65 ans. Ce taux de mortalité prématurée est alors un indicateur à privilégier sur la mortalité générale pour mettre en évidence les disparités d'état de santé.

[18] Expérience de géocodage en Seine-Saint-Denis en coopération avec l'Observatoire national des zones urbaines sensibles.

De même, on peut plus spécifiquement cibler la mortalité qualifiée d'évitable. Ceci renvoie à certaines causes de décès qui pourraient être réduites par une amélioration de la performance du système de soins, par une modification des comportements de la population ou par une amélioration des conditions de vie et de travail.

Au-delà de certains biais liés à la qualité des informations renseignées sur les certificats de décès, et malgré le délai de disponibilité qui reste important ainsi que l'inertie des évolutions observées, ces indicateurs de mortalité sont incontournables. Cependant, il convient de rappeler, dans le cadre de démarches locales, que la pertinence de ces indicateurs dépend de la taille de la population concernée et qu'il est souvent nécessaire de cumuler plusieurs années d'observation pour disposer d'effectifs suffisants. On rappelle que pour comparer la mortalité, entre différentes populations, il est indispensable de procéder à une standardisation des données sur l'âge[19].

Dans cette logique de comparaison d'états de santé, cette nécessité de standardisation se retrouve également pour la plupart des indicateurs de santé, dès qu'ils ne concernent pas une sous-population ciblée (tranche d'âge). C'est le cas des indicateurs de recours évoqués ci-dessus et des indicateurs de morbidité ci-après.

Il faut souligner que la mortalité observée sur une période donnée est le reflet de conditions de vie et de comportements récents pour certains déterminants, mais anciens pour d'autres. Pour certaines pathologies ce décalage temporel peut être important (ex. : cancer du poumon et tabagisme).

- Morbidité

Cf. fiches indicateurs C2.1- Affections de longue durée, C2.2- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), C2.3- Les médicaments traceurs, C6.1- Périnatalité

Les sources de données sur la morbidité (incidence ou prévalence de pathologies) sont diverses et souvent complexes : données d'hospitalisation (PMSI), prévalence de patients sous traitement (données de remboursement de soins libéraux), admissions en affections de longue durée par motifs (ALD). Si ces informations sont d'une extrême richesse et d'un apport unique dans une démarche de diagnostic local de santé, elles présentent un certain nombre de limites plus ou moins fortes selon le type de données, mais relativement communes, notamment pour les systèmes d'information liés aux structures ou acteurs de soins.

Ces systèmes d'information ont été conçus le plus souvent dans une logique de gestion (gestion d'activité, attribution de moyens, remboursements…) plus que dans une logique d'observation épidémiologique des populations. Ainsi ces systèmes privilégient parfois les actes réalisés au dépend des pathologies ou symptômes présentés ou des motifs de recours, et des critères économiques peuvent parfois interférer sur la qualité des informations saisies (orientation du codage vers les informations les plus rémunératrices). De plus, il n'existe pas ou très peu d'informations sur le profil socio-économique ou professionnel des patients.

Par ailleurs, toutes ces informations ne peuvent être collectées qu'au travers du recours aux soins. Les informations recueillies dépendent de l'état de santé de la population, mais également de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales des professionnels ou encore des habitudes de recours des personnes (confusion entre recours et pathologie). Comme il n'existe pas de lien ni de cohérence entre les différents systèmes d'information qui répondent chacun à une logique propre, il est indispensable, pour une bonne interprétation, de croiser les différents indicateurs. Il faut enfin souligner que les situations de non-recours ne sont de fait pas mesurées, hors initiatives particulières[20].

> *À titre d'exemple, un taux faible d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) peut être dû à une fréquence basse de TS parmi la population du territoire, ou à une accessibilité réduite (éloignement) de l'offre ou encore à une faible part d'hospitalisation des TS. Le rapprochement avec les données de mortalité par suicide peut ainsi apporter des éléments d'interprétation. Dans le même ordre d'idée, une file active élevée de patients suivis en services de psychiatrie (CMP et établissements) peut être liée à un accès limité à l'offre libérale de psychiatrie, ou encore un taux d'admission en affection de longue durée de*

[19] La standardisation correspond à des techniques statistiques permettant la comparaison de taux ou d'indices de morbidité ou mortalité entre populations en neutralisant l'effet des différences de structures par âge (ou d'autres variables de confusion).
[20] Exemple de l'Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services (ODENORE). http://odenore.msh-alpes.fr/

certaines pathologies peut être d'autant plus élevé que les personnes sont bien suivies et le dépistage ou le diagnostic précoce mieux réalisés…

Pour toutes ces raisons auxquelles s'ajoutent la lourdeur et la complexité de ces fichiers ainsi que la nécessité, dans une logique comparative, de standardiser[21] les données, le calcul d'indicateurs et l'interprétation de ceux-ci nécessitent de nombreuses précautions d'utilisation et une indispensable expertise.

En regard de ces dispositifs, il existe peu de données issues de bilans de santé ou d'examens de santé systématiques qui pourraient fournir des informations sur la prévalence de symptômes ou de comportements non liés au recours aux soins. Les bilans de santé réalisés par les services de PMI ou par la santé scolaire auprès des enfants scolarisés constituent de vrais gisements potentiels d'information sur la santé des enfants. Mais le niveau variable d'exhaustivité, les disparités de pratiques et de modalités d'enregistrement de l'information, ou encore certaines difficultés d'accès en font des sources d'information très dépendantes du contexte local.

Toujours chez les enfants, les certificats de santé dits du 8e jour, du 9e mois et du 24e mois sont des sources d'informations à recueillir auprès des services de PMI, mais seul le premier présente un niveau d'exhaustivité suffisant pour être correctement utilisé dans une approche territoriale.

Les centres d'examens de santé de l'assurance maladie destinés à la population générale collectent des informations très précises et relativement harmonisées, mais leur couverture très parcellaire du territoire ne permet qu'exceptionnellement, là aussi, une mobilisation dans une démarche de diagnostic local.

Enfin, d'autres systèmes sont complètement dédiés à l'observation comme les registres de morbidité, mais ceux-ci ne couvrent que certains phénomènes de santé ou pathologies (cancers, accidents de la route, malformations…) et certains territoires (le plus souvent départements ou régions).

De même, les enquêtes par questionnaire (Baromètre santé, HBSC, Escapad…) qui abordent la morbidité ressentie ou les comportements ne permettent pas de fournir des informations à un échelon géographique infradépartemental, mais peuvent fournir des données de référence pour la mise en place d'une enquête locale (cf. chapitre enquêtes quantitatives).

- ### Dépendance, handicap

Cf. fiches indicateurs C3 – Personnes âgées et perte d'autonomie

Si les informations sur la santé des personnes âgées sont nombreuses, celles concernant plus spécifiquement la question de la perte d'autonomie sont beaucoup plus limitées et reposent essentiellement, dans les approches locales, sur les données de prestations (Allocation personnalisée d'autonomie – APA) gérées par les Conseils généraux.

De même dans le domaine du handicap, seules quelques enquêtes en population générale (HID, handicap santé) permettent d'approcher la prévalence des déficiences et incapacités et les données locales (infradépartementales) concernent en premier lieu les prestations délivrées et l'offre existante.

Là encore, il est conseillé de consulter le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), composante du projet régional de santé de l'ARS.

- ### Santé des enfants

Cf. fiches indicateurs C6- Santé des enfants, C6.1- Périnatalité, C6.2- Petite enfance, C6.3- Enfants et adolescents

Les indicateurs peuvent être présentés selon une approche populationnelle (santé des jeunes, santé des personnes âgées, santé des populations en situation de précarité…).

Le thème de la naissance est une question importante, avec l'organisation du suivi des femmes enceintes et de la prise en charge et de l'accompagnement des nouveau-nés et des parents. Ce sujet est particulièrement débattu dans les territoires ruraux où les fermetures de maternité sont une source d'inquiétude pour les populations et les élus. Les éléments disponibles sont en général les certificats de santé du 8ème jour avec les réserves mentionnées plus haut, les données du PMSI, ou encore les statistiques d'activité et d'offre de soins (SAE).

[21] Ib. Réf. 15

Les bilans de santé, les examens systématiques réalisés dans l'enfance offrent des informations sur le développement somatique, psychomoteur, psychoaffectif et sur l'intégration des enfants dans la vie scolaire. Quand ces éléments sont disponibles (la disponibilité est très variable selon les territoires et les structures), il s'agit d'un support très intéressant pour amorcer l'échange entre les différents acteurs que sont les professionnels de santé libéraux, hospitaliers, les services de PMI et de santé scolaire.

Les paragraphes précédents ont mis en évidence la multiplicité et la diversité des sources d'information. Les observatoires régionaux de la santé ont vocation à centraliser au niveau régional un maximum de ces informations pour en faciliter l'accès et l'utilisation par les acteurs de santé publique au travers de démarches de diagnostics locaux de santé. De plus, des bases de données ont été créées et mises en ligne dans ce but par la Fnors et les ORS (Score-santé[22] au niveau national et diverses bases régionales).

Il est enfin important de rappeler à nouveau la nécessité pour une bonne interprétation de croiser les sources d'informations et les types d'indicateurs. Par exemple, le recours aux soins devrait être interprété au regard de l'état de santé de la population, de sa structure par âge, de sa situation sociale, de sa mobilité… De même, il est indispensable de combiner ces indicateurs quantitatifs avec des informations d'ordre qualitatif qui facilitent une bonne compréhension de la situation, l'identification de facteurs explicatifs et donc l'élaboration de projets permettant de répondre aux problèmes relevés.

Recueil de données par enquêtes quantitatives

Des recueils spécifiques (quantitatifs et/ou qualitatifs) peuvent venir enrichir et soutenir les données issues des systèmes d'informations statistiques (SIS) et les explorations documentaires. Des enquêtes quantitatives peuvent être mises en œuvre dans le cadre d'un diagnostic local de santé afin de collecter des informations complémentaires et de faciliter l'interprétation des premiers constats. Elles reposent sur la passation de questionnaires auprès d'un échantillon de personnes que l'on souhaite représentatif de la population ciblée et elles ont un objectif de quantification. Elles sont distinctes des enquêtes qualitatives qui reposent sur l'analyse du discours des personnes recueilli lors d'entretiens individuels ou collectifs ou encore sur de l'observation conduite sur le terrain *(cf. chapitre suivant)*.
Même s'il faut souligner l'intérêt de pouvoir mettre en œuvre des méthodes complémentaires à la fois qualitatives et quantitatives, la réalisation des deux types d'enquêtes apparaît, en pratique, relativement lourde dans le cadre d'un diagnostic. De fait, les enquêtes qualitatives sont souvent privilégiées dans le cadre d'un diagnostic local de santé, en raison du type d'informations recherchées d'une part (représentations, compréhension des pratiques, stratégies de recours aux soins…) et des exigences méthodologiques des enquêtes quantitatives d'autre part. En effet, pour être informatives et interprétables, ces dernières doivent respecter un certain nombre de critères techniques qui peuvent s'avérer parfois très lourds.

▪ Méthodes, avantages, inconvénients

Avant d'entreprendre une enquête quantitative, il est avant toute chose nécessaire de définir précisément les objectifs de l'étude. Ces derniers peuvent être très variés : décrire le contexte local, la perception de l'offre existante et ses évolutions, appréhender la perception des habitants, des acteurs locaux (professionnels de santé, médico-sociaux, élus…), sur l'état de santé, l'accès aux soins ou la prise en charge, objectiver et quantifier des observations ou des analyses qualitatives…

En fonction de ces objectifs, plusieurs dimensions sont susceptibles d'être abordées par une approche quantitative dans le cadre d'un diagnostic : comportements de santé, connaissance et perception des déterminants de santé, état de santé perçu, dépendance et incapacité, qualité de vie, conditions de vie, conditions de travail, accès et recours aux dispositifs de soins et de prévention, freins à l'accès à ces dispositifs…

Comme pour les autres méthodes d'analyse, l'opérateur doit donc savoir qu'une enquête par questionnaire implique des objectifs clairement définis, une méthode rigoureuse et des investissements parfois importants en temps et en argent. Il est important de chiffrer dès le départ les besoins en personnel, équipement, fonctionnement…

[22] http://www.scoresante.org/score2008/index.html

Lorsque l'objectif de l'enquête est clairement défini, un protocole décrivant le déroulement de cette enquête doit être mis en place.
Ce protocole devra décrire la population cible, la taille et la méthode d'échantillonnage, la méthode de construction du questionnaire et enfin les modalités de recueil et de traitement des données.

La population cible

En fonction des objectifs définis précédemment, l'opérateur doit identifier précisément la population cible de l'enquête. Cette dernière peut concerner soit la population générale, soit des professionnels (médecins, travailleurs sociaux…). Il peut être décidé d'enquêter sur l'ensemble de cette population ou au contraire de se concentrer sur un groupe particulier (personnes de 60 ans et plus vivant à leur domicile, populations d'âge scolaire...). Dans cette phase de sélection de la population à interroger, il faut veiller à prendre en compte les difficultés éventuelles d'identification, de localisation, d'accès aux individus ainsi que d'acceptation et de compréhension du questionnaire.

Dans la plupart des cas, surtout lorsqu'il s'agit d'enquête en population, pour des raisons de coût et de temps, il n'est pas possible d'être exhaustif, c'est-à-dire d'interroger toute la population cible. Il est donc nécessaire de constituer un échantillon représentatif de cette population.

La taille de l'échantillon

Le choix de la taille de l'échantillon résulte du meilleur compromis entre plusieurs paramètres :

- le degré de précision souhaité,
- la prévalence du phénomène étudié,
- les moyens disponibles pour l'enquête,
- les contraintes temporelles (calendrier).

Il est fortement souhaitable pour déterminer la taille de l'échantillon de s'appuyer sur une expertise statistique solide.

Précisions :

La détermination du nombre de personnes à enquêter est indépendante de la taille de la population à étudier. La taille de l'échantillon est fonction de la marge d'erreur que l'opérateur accepte de prendre et qui résulte du fait que l'estimation est issue d'un échantillon. Il est inutile d'avoir l'échantillon le plus large possible : à partir d'un certain seuil, l'augmentation de la taille n'apporte qu'un gain de précision minime (voir exemple ci-dessous).

Exemples de tailles d'échantillon et marges d'erreur correspondantes
(avec un seuil de confiance de 95 % et une prévalence estimée du phénomène étudié de 50 %)

Taille de l'échantillon	Marge d'erreur
50	13,9 %
100	9,8 %
600	4,0 %
1 000	3,1 %
5 000	1,4 %
9 600	1,0 %

La méthode d'échantillonnage

L'opérateur doit ensuite choisir la méthode utilisée pour sélectionner les individus. Ce choix dépendra en partie de la possession ou non d'une liste exhaustive de la population cible (appelée base de sondage). Cette base de sondage peut être par exemple les listes électorales, l'annuaire téléphonique, la liste des élèves d'un établissement…

Il existe deux grandes catégories de techniques d'échantillonnage : le sondage probabiliste et le sondage non probabiliste.

- Lors d'un sondage probabiliste, l'échantillon est construit de façon à ce que chaque individu de la population ait la même probabilité d'être tiré au sort. Cette technique implique l'utilisation d'une liste à partir de laquelle il est possible d'extraire un échantillon. Différentes méthodes peuvent être utilisées dans ce cas : le sondage aléatoire simple, le sondage systématique, le sondage stratifié, le sondage par grappe…
- Les sondages non probabilistes sont utilisés lorsqu'aucune base de sondage n'est disponible. Cette technique consiste à identifier dans la population cible quelques critères de répartition significatifs et d'essayer de respecter cette répartition dans l'échantillon d'individus interrogés. La méthode non probabiliste la plus utilisée est la méthode des quotas.

Avantages et contraintes de réalisation de quelques méthodes de sondage

	Définition	Avantages	Contraintes de réalisation
Sondages probabilistes			
Sondage aléatoire simple	À partir de la base de sondage, un tirage au sort est organisé donnant à chaque individu une probabilité égale d'être interrogé	Échantillon représentatif, car la méthode donne à chaque individu la même probabilité d'être interrogé	Nécessité d'une base de sondage exhaustive et à jour
Sondage stratifié	1-Diviser la population en strates (sections transversales, groupes homogènes de populations) 2-Calculer combien il faut d'individus au sein de l'échantillon pour représenter chaque strate (proportionnellement à son importance dans la population) 3-Dans chacune des strates, tirer au sort le nombre nécessaire d'individus	Améliore la précision des estimations	Nécessite la connaissance de critères de stratification de la population
Sondages non probabilistes			
Méthode des quotas	Cette méthode consiste à faire en sorte que la structure de l'échantillon reproduise la structure de la population entière selon certains critères choisis préalablement, appelés variables de contrôle. 1-Définition des variables de contrôle pour lesquelles la distribution dans la population est connue (âge, sexe, CSP…). 2-L'enquêteur doit respecter les quotas et faire un nombre d'entretiens dans divers groupes établis à partir des variables de contrôle. Contrairement à un sondage probabiliste pour lequel les unités sont sélectionnées au hasard, dans la méthode des quotas, l'enquêteur détermine lui-même qui sera échantillonné.	• Ne suppose pas de liste d'individus de la population • Facile à administrer	• Libre choix de l'enquêteur • Difficultés pour obtenir les distributions des variables de contrôle • Des précautions spécifiques doivent être prises au niveau du protocole de recueil et de la formation des enquêteurs pour éviter d'être confronté à des effets de grappe[23] susceptibles d'impacter sur la représentativité des résultats.

[23] Biais causé par le fait qu'il n'y a pas indépendance entre les caractéristiques ou réponses d'individus issue d'une même grappe (d'un même groupe).

Les méthodes présentées ici ne constituent qu'un aperçu des méthodes de sondage disponibles. Pour avoir plus d'informations sur ces dernières, des ouvrages de référence sont signalés à la fin de ce chapitre.

La construction du questionnaire

Les objectifs de l'enquête définis précédemment doivent guider la rédaction du questionnaire. La phase de construction de cet outil est essentielle dans la réussite du projet : la qualité des données recueillies dépend de la qualité du questionnaire. Dans le cadre d'un diagnostic local, la détermination des thèmes abordés dans le questionnaire peut être réalisée en collaboration avec les membres du comité de pilotage de l'étude.

Afin d'utiliser des questionnaires validés et de pouvoir comparer les résultats obtenus à la situation régionale ou nationale, il est possible de s'appuyer sur des enquêtes déjà existantes, comme les enquêtes visant à mieux percevoir les connaissances, attitudes et pratiques de la population (enquête CAP), tels le Baromètre santé ou encore l'enquête HBSC. Dans le cas où ces questionnaires (ou des parties de ces questionnaires) seraient utilisés, les opérateurs devront demander l'autorisation aux auteurs d'utiliser ces outils.
Dans le cas où le questionnaire contient des données à caractère personnel permettant directement l'identification de l'individu, l'opérateur devra faire une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés[24] (Cnil).

L'opérateur doit également prévoir la rédaction d'une introduction ou d'un courrier d'accompagnement au questionnaire expliquant les objectifs de l'enquête, les thèmes abordés, les règles d'anonymat des réponses et l'intérêt de répondre.

Les variables signalétiques

Le questionnaire doit prévoir, en plus des questions relatives à l'objet de l'étude, une partie concernant des variables signalétiques correspondant souvent aux caractéristiques personnelles de l'enquêté (sexe, âge, profession, revenu, niveau de formation, statut matrimonial…). Il est préférable d'utiliser des nomenclatures établies (particulièrement celles de l'Insee). Ces variables permettent de caractériser chaque répondant. L'interprétation des résultats de l'enquête se basera sur le croisement de ces variables avec celles en lien avec l'objet de l'étude. Par ailleurs, elles constituent aussi des éléments de cadrage permettant de s'assurer de la représentativité de l'échantillon (en comparaison avec la population cible).
Lorsque l'enquête est mise en place sur plusieurs territoires (plusieurs quartiers par exemple) et tout en respectant les règles d'anonymat, il est utile de prévoir, dans les questionnaires, un identifiant spatial le plus fin possible, la localisation des personnes enquêtées pouvant apporter des informations supplémentaires, notamment lorsqu'un travail sur les distances est envisagé.

La phase de test

Une phase de test du questionnaire dans les conditions d'utilisation doit être prévue par l'opérateur dans le protocole. Ce test doit être fait sur un petit échantillon et doit permettre de vérifier la pertinence et la clarté des questions, la durée et la fluidité du questionnaire afin de repérer les incohérences dans le contenu du questionnaire. Ce peut être également l'occasion de prendre un peu de recul sur son questionnaire et de s'interroger à distance de sa création sur l'utilité de chaque question vis-à-vis des objectifs de l'enquête.

[24] Cette commission est l'autorité administrative indépendante chargée en France de garantir le respect de la vie privée, des libertés individuelles et des libertés publiques lors de traitement de données à caractère personnel. Les conditions de déclaration sont disponibles sur le site internet de la Cnil (www.cnil.fr). Le temps nécessaire à la validation du questionnaire par la CNIL devra être intégré dans le calendrier prévisionnel.

Précisions :

Taille du questionnaire

Il paraît important d'adapter la longueur du questionnaire et donc le nombre de questions aux types de personnes enquêtées et aux modes de passation du questionnaire (*voir paragraphe « les modalités de recueil des données »*). Pour des enquêtes dans la rue en face à face ou par téléphone, il est préférable de privilégier un questionnaire court, nécessitant un temps de passation restreint. De même, si les personnes enquêtées sont des professionnels, un questionnaire court augmentera certainement le taux de réponse. La taille du questionnaire peut être un peu plus importante si les personnes sont enquêtées à leur domicile. Il paraît toutefois inutile de construire un questionnaire trop long : cela peut provoquer une lassitude chez l'individu enquêté et diminuer ainsi la qualité des réponses.

Enchaînement des questions

Une certaine logique doit exister lors de l'élaboration du questionnaire : il est souvent conseillé d'enchaîner les questions du général au particulier. De même, une structuration par thèmes est préconisée pour favoriser la clarté et ainsi faciliter le remplissage du questionnaire.

Type de questions

L'opérateur doit ensuite choisir quels types de questions vont pouvoir être utilisées pour répondre aux objectifs. Il pourra utiliser des questions fermées pour lesquelles la personne interrogée doit choisir entre des réponses déjà formulées ou des questions ouvertes laissant la personne libre de répondre ce qu'elle souhaite.

Les questions fermées, qu'elles soient à choix unique (binaire oui/non), à choix multiples (une ou plusieurs réponses parmi celles proposées) ou à échelle (valeur à saisir entre « 1 et n » ou entre « toujours et jamais » par exemple) permettent la simplicité de traitement, la facilité de réponse et la production de réponses précises. Elles peuvent également permettre de se comparer dans le temps ou à d'autres enquêtes. Les modalités de réponses doivent être exclusives les unes des autres et recouvrir l'ensemble des situations possibles, quitte à proposer une modalité « autre » si nécessaire. L'inconvénient majeur des questions à réponse fermée est qu'elles offrent une information limitée et sont difficiles à utiliser pour des questions concernant l'opinion ou les attitudes des individus enquêtés.

Les questions ouvertes ont l'avantage de n'imposer aucune contrainte à la personne interrogée, de traduire une opinion et sont utiles pour valoriser la position de l'enquêté. Elles peuvent aussi permettre de dresser des « profils » par regroupement au moment de l'analyse. Ce type de questions doit cependant être utilisé avec parcimonie, car elles sont difficiles à analyser, peuvent entraîner un nombre élevé de non-réponses et des informations parfois trop dispersées ou inutilisables en référence aux préoccupations de l'enquête. De plus, si le questionnaire est administré par un enquêteur, les réponses aux questions ouvertes peuvent être influencées par ce dernier.
L'utilisation de questions ouvertes est souvent réservée à un commentaire libre en fin de questionnaire. Cependant la présence d'au moins une question ouverte est indispensable pour permettre à la personne interrogée de préciser son opinion, ses réponses, de s'exprimer sur des points qui n'auraient pas été prévus dans le questionnaire.

L'utilisation de questions semi-ouvertes peut être un compromis entre questions ouvertes et questions fermées. Ce type de questions est constitué d'une liste de modalités (comme pour les questions fermées) à laquelle est ajoutée une modalité ouverte supplémentaire (autres, précisez…).

La rédaction des questions

Les questions posées doivent être courtes, claires et directement compréhensibles. Il est d'ailleurs souhaitable d'adapter le langage utilisé aux types de population enquêtée. Tout vocabulaire technique doit être exclu. Si des professionnels sont interrogés, il est possible d'employer des termes relatifs à leur profession. De plus, l'opérateur devra veiller à développer une seule idée par question, à utiliser une formulation neutre n'induisant pas la réponse (éviter les adverbes) et à éviter les doubles négations qui pourraient entraver la bonne compréhension de la question.

Les modalités de recueil des données

Deux options s'offrent à l'opérateur concernant l'administration du questionnaire : auto-administration du questionnaire ou recours à des enquêteurs. Par ailleurs, plusieurs méthodes de recueil existent (par courrier, par internet, en face à face, par téléphone…) et peuvent être utilisées en fonction des contraintes liées à l'enquête. Celles-ci peuvent être en lien avec le budget ou le calendrier par exemple. Le mode de recueil n'est donc pas simple à déterminer et il paraît important d'y réfléchir dès le début de l'élaboration du protocole. Le comité de pilotage peut, là encore, prendre part à ce choix. Les modalités de recueil des données peuvent varier selon le type de la population enquêtée.

Questionnaire auto-administré

Le questionnaire auto-administré est souvent utilisé, car il paraît être la solution la plus économique. Cette méthode de passation peut toutefois entraîner un taux de non-réponses important ainsi que des erreurs dans les réponses (incompréhension d'une question). Afin de limiter au maximum ce biais, il est conseillé d'accompagner le questionnaire d'une notice explicative de remplissage. Cette méthode de passation exclut de fait les personnes analphabètes, illettrées ou aveugles et plus largement toutes les personnes maîtrisant mal la langue française.

L'enquête par courrier est un mode de recueil de données largement utilisé dans les enquêtes. Elle a l'avantage de proposer un coût attrayant et une simplicité de mise en place. Le risque de non-réponse est par contre important. Afin de limiter ces non-réponses, surtout lorsqu'il s'agit d'enquête en population générale, une information préalable à la mise en place de l'enquête (via un article dans la presse locale, l'envoi d'un courrier d'information, l'intervention de personnes relais locales…) peut être effectuée. Il est également souhaitable d'accompagner le questionnaire d'une enveloppe préaffranchie afin de faciliter le retour des questionnaires. Enfin, une relance téléphonique ou par courrier peut être envisagée.

L'enquête par internet (ou enquête en ligne) peut également être utilisée. Cette formule a l'avantage de donner un accès libre et rapide au questionnaire et de faciliter le traitement des données (sous réserve que certains principes ergonomiques soient respectés : possibilité de compléter son questionnaire en plusieurs fois, avoir une vision globale du questionnaire, pouvoir l'imprimer…). Cette méthode est davantage utilisée auprès des professionnels, ces derniers pouvant répondre selon leur rythme et leurs contraintes, les particuliers étant moins systématiquement équipés d'une connexion à internet. Chaque répondant ne devant répondre qu'une seule et unique fois, ce type d'enquête nécessite des dispositions techniques pour garantir l'unicité des réponses.

Recueil par enquêteurs

Même si ce mode de recueil s'avère plus coûteux que l'envoi d'un questionnaire par voie postale, le recueil des données s'appuyant sur des enquêteurs permet de garantir un taux de réponse suffisant. Cela est d'autant plus vrai lorsque des populations spécifiques sont ciblées (personnes en situation de précarité, personnes âgées, professionnels ayant peu de disponibilité, personnes ne maîtrisant pas le français écrit…). Ce mode de recueil nécessite en revanche de former les enquêteurs. Cette phase de formation est primordiale pour le bon déroulement de l'enquête et permettra de réduire les biais liés à l'enquêteur. Il est important d'exiger des enquêteurs une qualité dans le recueil des réponses (ne pas influencer le répondant, respecter les consignes…).

L'enquête peut se dérouler :

- en face à face : dans la rue, au domicile ou sur le lieu de travail de l'enquêté… Ce mode de recueil permet de collecter les réactions et les commentaires effectués par les personnes enquêtées ;
- par téléphone : c'est une méthode d'administration qui a l'avantage de pouvoir toucher des personnes dispersées géographiquement et qui permet une saisie directe des données. Un des inconvénients de ce mode de passation est la difficulté que peut parfois rencontrer l'enquêteur pour entrer en contact avec l'interlocuteur. De même, ce mode de passation ne permet pas de contrôler l'environnement du répondant : la présence de parents ou du conjoint lors du recueil peut par exemple influencer les réponses de la personne concernant des questions relatives à ses pratiques, opinions ou comportements. Dans les années récentes, le nombre d'utilisateurs de téléphones mobiles exclusifs s'est développé. Aussi, il peut être intéressant d'inclure dans l'enquête ces utilisateurs particuliers.

Dans tous les cas, en tenant compte des contraintes temporelles de réalisation du diagnostic, l'opérateur devra réfléchir au calendrier de mise en place de l'enquête et à la période du recueil des données (en prenant en compte les différentes contraintes calendaires : vacances, jours fériés…).

Le traitement des données

La codification et la saisie

Lorsque les questionnaires sont remplis, après une phase de vérification de la cohérence des réponses, il convient tout d'abord de coder les données. Cette étape consiste à transformer les réponses en variables codées informatiquement afin d'être exploitables pour l'analyse statistique. La logique de codification doit être constante. Les modalités de réponses aux questions doivent être consignées dans un « dictionnaire » de codification.
Une fois la codification effectuée, la saisie des questionnaires peut commencer. Les erreurs de saisie peuvent être réduites de manière importante avec l'utilisation d'un contrôle à la saisie qui permettra de vérifier si les données entrées correspondent à des valeurs possibles et si elles sont cohérentes. Dans le cas d'un recueil via un enquêteur, le codage effectué directement par ce dernier permettra un gain de temps.

Le taux de réponse

Le taux de réponse d'une enquête est un facteur important à prendre en compte pour juger de la qualité de l'enquête. Un taux de réponse faible (courant dans le cas d'enquêtes par voie postale) peut entraîner des biais dans les analyses, les non-répondants pouvant avoir des profils socio-économiques différents et donc des comportements de santé différents de ceux ayant répondu. Il est toutefois difficile de déterminer quel est le taux de réponse acceptable. Plusieurs méthodes comme le fait d'informer des personnes enquêtées de la mise en place de l'enquête, des objectifs et de l'importance de celle-ci ou encore faire des relances auprès des personnes non répondantes peuvent permettre d'améliorer le taux de réponse d'une enquête.

L'analyse statistique des données

Dés le protocole, il convient d'établir un plan de traitement des données prévoyant les différentes analyses statistiques à effectuer afin d'atteindre les objectifs de l'étude.
L'analyse statistique des données peut alors s'organiser sous différentes formes. Les traitements les plus fréquents sont les tris à plat et les tris croisés.

Précisions :

Le redressement des données

Il est nécessaire dans le cas où la représentativité des répondants n'a pas pu être respectée. Le redressement d'échantillons a pour objectif de rétablir les bonnes proportions en affectant un poids à chaque individu en fonction de ses caractéristiques et ainsi d'établir la représentativité de l'échantillon selon les critères de représentativité retenus. Il est fortement souhaitable pour calculer une variable de redressement de s'appuyer sur une expertise statistique.

L'analyse statistique

Les tris à plat consistent à calculer la répartition des réponses pour une seule question. Les tris croisés combinent la réponse à deux questions et indiquent la répartition des réponses aux différentes combinaisons de réponses. Il est alors possible de tester et mesurer statistiquement la liaison entre les deux variables du tri.
Certaines analyses plus avancées peuvent également être utilisées : la régression multiple (modélise la relation entre une variable principale et un ensemble de variables), les analyses factorielles (décrivent la variabilité entre plusieurs variables observées), les typologies (classent les personnes interrogées en groupes homogènes)…

Le partenariat : un élément facilitateur pour la mise en place d'une enquête

Il paraît primordial d'identifier dès le début du travail les points d'appui sur le territoire (mairie, établissements scolaires, services de PMI, médecins…) et les partenaires potentiels (professionnels de santé, associations, commerces, entreprises…). Les partenaires identifiés au niveau local auront une place importante à jouer dans la préparation de l'enquête et dans la manière dont elle sera présentée sur le terrain. La qualité de présentation de la démarche auprès de ces personnes paraît essentielle, pour limiter les risques de faibles taux de retour. Certains services peuvent également mettre à disposition des enquêteurs (professionnels dans le cadre de leur mission et auprès de leur public d'intervention…).

Une enquête par questionnaire peut aussi constituer un élément de mobilisation des acteurs (formation de membres de la population pour réaliser des enquêtes par exemple).

Pour en savoir plus :

Hap M., Association pour la Promotion de l'Éducation pour la Santé. L'enquête par questionnaire : une méthode de collecte des données. Liège: collection Méthodes au Service de l'Éducation pour la Santé, vol. 7, 1989, 15 p.

Ardilly P. Les techniques de sondage. Éditions Techni, 2006

Ancelle T. Statistiques épidémiologie. Éditions Maloine, 2002

De Singly F. L'enquête et ses méthodes, Le questionnaire. Éditions Armand Colin, Collection 128, 2005

Larmarange J., Temporal F. Support de cours – Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives. 2006

Recueil de données par approches qualitatives

Compléments indispensables aux approches quantitatives, les enquêtes qualitatives par entretiens réalisées auprès d'acteurs professionnels et associatifs ou encore auprès de la population, permettent d'interpréter et de comprendre les observations issues des approches quantitatives. Elles permettent également de repérer les besoins et demandes de la population, des dysfonctionnements des dispositifs de santé qui ne sont pas identifiés au travers des seules données statistiques ou encore de recenser les ressources et actions existantes sur le territoire. Les enquêtes qualitatives ont de plus un rôle essentiel dans la mobilisation et l'implication autour de la démarche de diagnostic.

Les approches qualitatives peuvent être mises en œuvre selon plusieurs méthodes :

- les recueils par entretiens, que ceux-ci soient individuels ou collectifs,
- l'observation de terrain.

▪ Le recueil de données par entretiens

L'objectif, les apports et les différents usages possibles d'un recueil par entretiens

L'approche qualitative par entretiens, comme l'approche quantitative, est une technique de recueil de données exploitables dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic local de santé. Alors que les recueils de type quantitatif exploitent des données collectées par questionnaires, les données de type qualitatif sont, entre autres, issues du discours produit par les personnes interviewées dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs. Contrairement aux recueils par questionnaires et aux analyses statistiques qui en découlent, les techniques qualitatives par entretiens ne visent pas à quantifier un objet d'étude, mais ont pour objectif principal de faire émerger et de repérer des récurrences et/ou des divergences entre des groupes d'individus concernant leurs pratiques, leurs représentations ou leurs systèmes de valeurs, voire d'explorer des thèmes « nouveaux », encore peu étudiés, peu quantifiés.

Les apports des recueils de données par entretiens peuvent concerner des points essentiels dans la réalisation d'un diagnostic local de santé relatifs par exemple :

- à l'offre de soins et de prévention tant professionnelle qu'associative ainsi qu'à la manière dont se l'approprient les différents acteurs et les habitants,
- au recensement des actions mises en œuvre et des ressources présentes sur le territoire vis-à-vis de telle ou telle problématique,
- aux habitudes ou volontés de travailler ensemble ou, à l'inverse, aux cloisonnements,
- aux dynamiques en place et aux acteurs qui en bénéficient ou qui au contraire en sont exclus,
- vis-à-vis de l'ensemble de ces points, à l'articulation du territoire lui-même avec les territoires voisins.

Par ailleurs, ces recueils s'effectuent via des démarches donnant lieu à des protocoles, à l'image de celles mises en œuvre à l'occasion de recueils quantitatifs.

Concernant les éléments de protocole, un certain nombre d'entre eux sont communs avec ceux relatifs aux recueils quantitatifs appréhendés dans le chapitre précédent : définition indispensable et préalable au recueil des objectifs de l'étude, mise en place d'une méthodologie rigoureuse, planification calendaire et financière, anticipation des moyens humains et matériels à mettre en œuvre, rédaction d'un protocole d'enquête (échantillonnage, guide d'entretien, grille d'analyse).

Au final et comme pour les recueils de type quantitatif, ces recueils ne s'improvisent pas et s'appuient sur la présence de professionnels formés à ces techniques.

Les recueils qualitatifs par entretiens, souvent complémentaires aux données quantitatives (que celles-ci soient issues d'exploitations des systèmes d'informations statistiques (SIS) ou d'enquêtes quantitatives mises en œuvre dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic local), peuvent avoir plusieurs usages :

- un usage exploratoire,
- un usage principal,
- un usage complémentaire.

L'usage exploratoire

Souvent construit à partir d'éléments bibliographiques et à partir du constat d'une méconnaissance des éléments saillants ou des enjeux autour d'un problème donné, l'usage exploratoire est généralement engagé auprès d'un ensemble de personnes ressources (professionnels ou représentants d'institutions, de collectivités ou d'associations…). Son objectif est de mettre en lumière des aspects d'un phénomène de santé ou d'une dynamique locale qui n'apparaissent pas spontanément ou pour lesquels la connaissance bibliographique s'avère insuffisante (éléments spécifiques ou locaux liés à une question posée par les maîtres d'ouvrage, que celle-ci soit thématique ou populationnelle). Même si ce type d'usage peut se suffire à lui-même dans le cadre d'une approche locale, il peut aussi s'avérer riche d'informations dans la perspective de la mise en place d'une seconde étape quantitative relative à la thématique explorée (thèmes ou questions à quantifier via la construction d'un questionnaire ou l'exploitation de données issues des SIS dans un second temps).

L'usage principal

À l'exception parfois de démarches très localisées portant sur des territoires fortement restreints, l'usage principal est moins souvent rencontré dans le cadre de diagnostics locaux de santé. Il consiste à analyser une situation, en faisant de l'approche qualitative la source d'information principale afin de cerner des problématiques précises. Comme pour toutes les démarches d'enquête et vis-à-vis de l'objet exploré, des hypothèses sont formulées et la démarche consiste à les vérifier, les infirmer ou les nuancer.

L'usage complémentaire

L'usage complémentaire a pour objectif d'enrichir, d'affiner, de compléter ou de resituer dans leur contexte les données quantitatives exploitées dans le cadre d'un diagnostic. Il apporte des éléments d'explication, d'information ou d'interprétation relatifs aux pratiques, aux processus, aux dynamiques ou encore à l'ensemble des contraintes subies par les individus ainsi qu'aux marges de manœuvre dont ils disposent. Il vise donc à objectiver, à partir de la réalité des pratiques et du vécu des personnes interviewées, des éléments susceptibles de contribuer à une aide à la décision en termes de politiques ou d'actions locales. Il constitue, avec l'usage exploratoire, l'approche à privilégier au cours d'un diagnostic local de santé. Il pourra être mis en œuvre auprès des habitants du territoire étudié, auprès de représentants associatifs locaux ou encore auprès de professionnels exerçant sur le territoire.

Les différents types de recueil par entretiens

Schématiquement, on peut distinguer plusieurs types de recueil par entretiens qui se différencient selon leur niveau de directivité, c'est-à-dire selon le niveau d'intervention et de latitude laissé par l'enquêteur à la personne ou au groupe de personnes interviewées.

Les entretiens non directifs

Cette technique consiste à donner une consigne de début d'entretien puis à intervenir à minima par la suite, en laissant les personnes interviewées discourir de façon la plus libre possible. Elle est utilisée dans un objectif d'exploration des cadres de référence conceptuels qui organisent la pensée et les systèmes de valeur des interviewés (par exemple la représentation de ce qu'est la maladie et du rapport qu'entretient l'interviewé avec celle-ci). Dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic de santé, cette technique de recueil ne paraît pas appropriée, car elle ne permet pas d'examiner, concrètement, les pratiques et modes de vie sur un territoire donné.

Les entretiens semi-directifs

Cette technique consiste à recueillir des informations sur un certain nombre de thèmes établis au préalable (guide d'entretien). Elle s'organise à partir d'une consigne initiale, le plus souvent narrative de type par exemple : *« Pouvez-vous me raconter… »*. Elle a pour objectif d'obtenir, via des relances au cours de l'entretien, des éléments d'information structurés par le guide d'entretien qui s'appuient sur le vécu et la réalité des personnes interviewées. Même si le plus souvent les entretiens semi-directifs abordent les thèmes inclus dans le guide d'entretien sans ordre prédéfini à l'avance (au fur et à mesure du discours produit par l'interviewé), il est aussi possible de structurer davantage l'entretien en débutant ce dernier, par exemple, par les questions concernant les pratiques pour finir par celles concernant les représentations. Les entretiens semi-directifs sont l'une des techniques à privilégier dans le cadre de recueils qualitatifs organisés au cours d'un diagnostic local de santé.

Les entretiens directifs

Cette technique consiste pour l'enquêteur à poser des questions avec une formulation identique d'un entretien à l'autre dans un ordre prédéfini à l'avance. On a donc une reproductibilité au fur et à mesure des entretiens qui pourrait se rapprocher de l'obtention de réponses à des questions ouvertes posées via la passation d'un questionnaire. Selon le nombre d'entretiens mis en œuvre, cette technique permettra de dresser des profils ou des typologies sur une problématique donnée (ce qui peut aussi être approché via la réalisation d'entretiens de type semi-directif). Avec les entretiens de type semi-directif, les entretiens directifs pourront aussi être utilisés dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic local de santé. Ils semblent, en revanche, moins adaptés à un usage exploratoire.

Qui peut-on inclure au cours d'un recueil par entretiens dans le cadre d'un diagnostic local de santé ?

Au regard des objectifs assignés au recueil de données, deux types de population présentent un intérêt certain quant aux informations recueillies dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic : les personnes ressources et les habitants.

Les personnes ressources

Selon le niveau territorial et l'objectif du recueil qualitatif (surtout si celui-ci est à vocation généraliste sans cible thématique ou populationnelle), les personnes ressources à rencontrer devront être repérées à partir d'un recensement des acteurs clés participant ou ayant une connaissance empirique directe ou indirecte des différents domaines impactant la santé de la population locale.

La participation des personnes ressources paraît essentielle pour :

- évoquer leurs missions, leurs attentes et leurs difficultés dans le cadre de ces missions,
- évoquer les partenariats, existants ou non, à prendre en compte dans le cadre de pistes de travail pour améliorer les prises en charge proposées ainsi que l'articulation entre les différents acteurs professionnels, institutionnels ou associatifs,
- prendre en compte l'expertise et la vision qu'ils peuvent avoir des problématiques, des difficultés et des pratiques des habitants du territoire comme des acteurs professionnels, dans les domaines où peu de données quantifiées sont disponibles (en tenant compte du fait que ces derniers peuvent également résider sur le territoire concerné et donc témoigner de leurs propres pratiques en tant qu'habitants),
- éventuellement enrichir l'analyse bibliographique préalable.

Contrairement aux méthodes quantitatives, il ne s'agit pas ici de constituer un échantillon représentatif au sens statistique du terme des personnes à interviewer. L'objectif est d'obtenir un échantillon constitué à partir d'un « choix raisonné » ayant pour but de balayer la diversité des situations et des catégories de personnes ressources à rencontrer.

Selon le type et la taille du territoire sur lequel porte le diagnostic (un quartier, un canton, un pays…), le nombre d'acteurs concernés peut fortement varier. S'il ne s'agit pas d'être exhaustif pour chaque thème ou problématique, plus le territoire sera réduit et plus il s'avérera important de tendre vers l'exhaustivité vis-à-vis des enjeux locaux. Bien entendu, il n'existe pas à proprement parler de nombre type de personnes ressources à inclure dans l'échantillon. Celui-ci dépend du niveau de territoire concerné par le diagnostic et des marges de manœuvre dont dispose l'enquêteur aussi bien en termes financiers que calendaires.

Concrètement et à titre d'exemple, on peut citer parmi les différentes personnes ressources susceptibles d'être incluses dans l'échantillon :

- les établissements et structures de santé, et particulièrement ceux œuvrant dans le champ du contact direct avec des publics précarisés : établissements hospitaliers, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Centres médico-psychologiques (CMP), dispensaires et centres de santé, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) par exemple,
- les autres acteurs sanitaires ou médico-sociaux : les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, etc. ; les services de santé scolaire ; les services de PMI ; les professionnels de l'aide à domicile (Service de soins infirmiers à domicile - SSIAD ou Services de soins et d'aide à domicile - SSAD) ; les établissements médico-sociaux, les services de prévention ou encore spécialisés dans la prise en charge d'une certaine tranche d'âge (Point d'accueil écoute jeune – PAEJ par exemple),
- les acteurs œuvrant dans le champ social : assistantes sociales de secteur, mission locale, prévention spécialisée, protection judiciaire de la jeunesse, Centre communal d'action sociale (CCAS), délégués du préfet dans les quartiers de la politique de la ville, médiateurs, adultes relais, centres sociaux, les antennes de la CAF, etc.,
- d'autres acteurs qui, bien qu'étant indirectement concernés par des problématiques de santé publique, peuvent être d'un apport certain vis-à-vis de la réalité concrète de la situation locale (connaissances et pratiques) : les membres d'associations, de conseils ou de maisons de quartiers, d'associations locales d'habitants, les groupes de pairs et/ou de parents constitués le plus souvent à partir des centres sociaux, les structures d'alphabétisation, les associations d'aide, sportives, culturelles implantées au niveau local, les services de police ou de gendarmerie, les bailleurs sociaux, les chefs d'établissement scolaire, etc.,
- les élus locaux.

Au final et pour le recensement comme pour le recrutement des différentes personnes ressources, il paraît important de pouvoir s'appuyer sur un comité de pilotage ou de suivi du diagnostic qui participera à la définition de la liste des personnes à inclure (certains des membres de ce comité pouvant d'ailleurs être eux-mêmes des personnes ressources à solliciter).

Les habitants

Dans le cadre d'un diagnostic généraliste et non ciblé, il faut tout d'abord souligner que plus le territoire sur lequel porte le diagnostic est vaste et :

- plus il sera délicat de constituer un échantillon témoignant de la diversité de la réalité quotidienne des habitants ;
- moins l'inclusion d'habitants présente un intérêt au regard de la connaissance des enjeux, des dynamiques ou des difficultés locales que ces derniers peuvent avoir. En effet, plus l'échelle géographique est élargie et plus elle risque de perdre en cohérence en termes de vie quotidienne des habitants, de l'accès et de l'utilisation qu'ils font des ressources locales ou encore de la lecture qu'ils ont des problèmes locaux abordés.

De façon symétrique, plus le diagnostic portera sur un territoire limité géographiquement (par exemple un quartier) et sera cohérent en terme d'habitat, de ressources, de flux de population, et moins l'enquêteur sera confronté à ce type de problème méthodologique : l'expertise des habitants au niveau de leurs pratiques et réalités quotidiennes étant dans ce cas beaucoup plus forte.

Par ailleurs, il peut être parfois difficile de rencontrer des habitants. La mobilisation et la motivation de ces derniers pour participer à des démarches diagnostiques n'allant pas de soi, il est préférable d'avoir l'appui de relais reconnus localement. Un élément facilitateur consiste à s'adresser à des acteurs du territoire concerné par le diagnostic pouvant par ailleurs être eux-mêmes des personnes ressources interviewées : centres sociaux, missions locales, associations diverses, etc. Ils constituent à ce titre des « clés » et des moyens d'accès aux habitants. De par leur légitimité locale, ces intermédiaires peuvent s'avérer nécessaires pour entrer en contact avec ces derniers et leur proposer de participer à des entretiens organisés et programmés en soulignant le besoin d'obtenir au final une diversité d'interlocuteurs (le risque majeur de ce type de recrutement étant de ne mobiliser que les personnes qui fréquentent les structures ou associations dont sont issus ces intermédiaires).

D'autres moyens de recrutement peuvent aussi être utilisés : la transmission de l'information des habitants entre eux ; l'affichage ou l'information dans les boites aux lettres, etc. L'idéal reste cependant de mélanger les vecteurs de recrutement d'habitants, en impliquant par exemple différentes structures-relais, dans l'objectif de rencontrer la plus grande diversité possible d'habitants.

Au-delà de ces difficultés méthodologiques spécifiques, il faut souligner l'intérêt et l'apport de l'expertise des habitants d'un territoire vis-à-vis des problèmes abordés au cours de la réalisation d'un diagnostic local de santé, en termes de complémentarité avec les informations obtenues auprès des personnes ressources (apports convergents ou divergents). Les habitants, tout en étant « profanes » en matière de système de santé ou en médecine, sont en effet les experts les plus pertinents vis-à-vis de leurs pratiques, des difficultés ou des contraintes auxquelles ils sont susceptibles d'être confrontés ainsi que des marges de manœuvre dont ils disposent pour éventuellement les contourner. Le vécu des habitants constitue à ce titre un apport précieux et complémentaire aux recueils réalisés auprès des professionnels ou responsables locaux.

Entretiens individuels ou collectifs ?

Il n'existe pas de normalisation de la forme que doit prendre la réalisation d'entretiens dans le cadre d'un diagnostic local de santé, celle-ci étant dépendante de plusieurs facteurs :

- de la disponibilité de l'enquêteur ainsi que des personnes enquêtées et donc de la faisabilité des entretiens,
- de l'étendue du territoire et donc des possibilités de déplacement des personnes concernées par le recueil,
- du volume financier alloué au recueil qualitatif,
- du calendrier du maître d'ouvrage,
- de la mise à disposition de lieux permettant la réalisation des entretiens.

En tout état de cause, les éléments qui suivent ne sont que des orientations susceptibles d'être adaptées aux possibilités et à la réalité de la situation locale.

Concernant les personnes ressources

Les entretiens individuels semblent constituer la meilleure formule pour mettre en place un recueil qualitatif étant donné l'hétérogénéité des personnes ressources mobilisables ainsi que des contraintes auxquelles elles sont confrontées dans leur exercice professionnel. Les professionnels libéraux par exemple seront plus facilement abordés si un entretien individuel leur est proposé, entretien dont l'organisation sera plus souple et adaptable à leurs contraintes. Par contre des regroupements (donc des entretiens de type collectif) peuvent aussi être organisés selon les lieux d'appartenance associatifs, de quartiers, institutionnels ou encore d'établissements des acteurs (par exemple : équipes de CMP, de PMI, de l'Éducation nationale, de Mission locale, etc.).

Concernant les habitants

Il paraît plus intéressant et efficace de proposer des entretiens collectifs aux habitants. Plusieurs arguments soutiennent cette proposition. Tout d'abord en termes de gestion du temps consacré au recrutement d'habitants, souvent difficiles d'accès ainsi que du temps consacré aux échanges eux-mêmes. Idéalement et en s'appuyant sur plusieurs expériences de ce type, un entretien collectif s'organise avec 8 à 10 participants, nombre qui paraît le plus approprié pour permettre à chacun une expression suffisante tout en majorant les possibilités d'échanges, voire de débats ou de constructions d'argumentaires qui s'enrichissent au fur et à mesure des prises de parole successives.

Comparativement à des entretiens individuels et pour des temps consacrés qui restent proches (voir ci-après), une dizaine d'entretiens individuels représentent un investissement en temps environ dix fois supérieur à un entretien collectif réalisé avec 10 personnes sans pour autant bénéficier de la richesse des échanges entre les participants.

En fait, chaque type d'entretien (individuel ou collectif) comporte des avantages et des inconvénients. Moins grande confidentialité, mais richesse des contenus issue de la dynamique de groupe pour les entretiens collectifs ; nécessité d'une relation de confiance, mais possibilité d'approfondissements pour les entretiens individuels par exemple. Le contexte et les éléments de faisabilité relatifs au recueil qualitatif participeront au choix de la méthode de recueil retenue.

Au final, le nombre d'entretiens et le temps consacré à leur réalisation

Concernant le nombre d'entretiens à réaliser, il n'existe pas de nombre « idéal », celui-ci étant très dépendant dans le cadre d'un diagnostic local de santé des contraintes liées aux éléments de contractualisation (éléments financiers, calendrier prévisionnel, étendue du territoire étudié, prise en compte ou non d'approches thématiques ou populationnelles ciblées).

Dans le cadre d'une étude semi-directive plus classique qui cible un public relativement homogène par rapport à une problématique donnée, il apparaît souvent que l'information collectée devient redondante à l'issue de la réalisation de 20 à 30 entretiens. La diversité des interlocuteurs susceptibles d'être inclus dans le cadre d'un recueil qualitatif au cours d'un diagnostic local pourra demander, si les contraintes évoquées ci-dessus le permettent, un nombre d'entretiens supérieur afin de bénéficier de l'ensemble des points de vue à prendre en compte.

Concernant la durée des entretiens, on observe le plus souvent qu'en moyenne, les entretiens individuels réalisés avec des personnes-ressources ont une durée comprise entre une demi-heure et une heure. Ce temps étant fonction de la disponibilité de l'interlocuteur.

S'agissant des entretiens collectifs réalisés avec les habitants, ils se déroulent sur une durée moyenne d'environ 2 heures.

Précisions méthodologiques

Les éléments méthodologiques présentés ci-après ne prétendent pas être exhaustifs. Ils concernent les entretiens semi-directifs utilisés de façon privilégiée dans le cadre d'un diagnostic de santé (voir le paragraphe consacré aux différents types de recueils par entretiens). Ces éléments sont donc donnés à titre indicatif, chaque situation locale d'enquête restant spécifique et demandant des adaptations afin d'en tirer le meilleur parti.

L'appui sur un guide d'entretien

Que l'entretien soit de type individuel ou collectif, l'enquêteur s'appuiera sur un guide d'entretien qui doit refléter les hypothèses construites et qui constitue pour celui-ci un aide-mémoire des différentes questions ou thèmes à explorer avec les personnes enquêtées (le guide pourra d'ailleurs s'enrichir de l'apparition d'axes ou de thèmes non envisagés initialement au fur et à mesure des premiers entretiens réalisés). Les axes ou thèmes à explorer ne sont pas forcément abordés au cours de l'entretien de façon successive, dans l'ordre de leur rédaction, mais doivent par contre tous être passés en revue par l'enquêteur s'ils ne sont pas abordés spontanément. Ceci pourra faire l'objet de relances en direction des personnes interviewées. Théoriquement la technique semi-directive implique le fait que les thèmes qui composent le guide d'entretien ne sont pas abordés dans un ordre chronologique, mais plutôt au fur et à mesure du discours produit par les interviewés. Dans la pratique, il peut s'avérer parfois facilitant de plus ou moins structurer l'ordre des thèmes abordés (cette question fait cependant débat au sein des professionnels formés aux techniques qualitatives).

Le guide d'entretien pourra comporter plusieurs parties, qui sont des éléments qui structurent le déroulé de l'entretien :

- Une partie de présentation incluant :
    - une introduction rappelant le promoteur, les objectifs de l'enquête, des remerciements à adresser à la personne pour sa disponibilité et sa participation au recueil,
    - la justification du choix de la personne interviewée,
    - le rappel du respect de l'anonymat du traitement des éléments recueillis et des restitutions qui en seront faites,

    - les possibilités d'accès aux résultats (restitutions orales, rapport, synthèses, etc.).
- Une partie concernant le fond du sujet incluant :
    - une consigne initiale, souvent de type narrative, permettant de lancer l'entretien,
    - une liste de thèmes à explorer au cours de l'entretien,
    - éventuellement des consignes de relance pour passer d'un thème à l'autre ou pour approfondir ou revenir sur les thèmes à explorer.
- Une partie permettant de clore l'entretien. Elle offre aussi l'occasion d'interroger les pistes d'actions susceptibles d'être proposées par les personnes interviewées si cette dimension n'a pas été suffisamment abordée au cours de l'entretien.

Ces éléments sont communs aux deux types d'entretiens, mais les entretiens collectifs présentent une spécificité vis-à-vis des entretiens individuels, spécificité relative à l'animation de la rencontre. Celle-ci ne s'improvise pas. Elle doit être pensée et construite en amont de l'entretien et doit s'adapter aux publics rencontrés (problèmes éventuels de langue, difficulté d'expression et donc au final de communication, etc.). De multiples méthodes d'animation sont envisageables, qui s'appuient à la fois sur l'expérience de l'enquêteur, mais qui peuvent aussi prendre appui sur la littérature consacrée à ce sujet. En tout état de cause et quelle que soit la méthode privilégiée, celle-ci devra permettre et garantir a minima l'expression de l'ensemble des participants à l'entretien.
Enfin, pour tirer le meilleur parti des informations collectées lors des entretiens collectifs, une solution intéressante, lorsqu'elle est possible, est d'envisager la possibilité de réaliser l'entretien en s'appuyant sur deux enquêteurs, l'un s'occupant exclusivement de la prise de note, l'autre conduisant l'animation et le déroulé de l'entretien (voir aussi à ce propos les paragraphes qui suivent).

Le déroulement des entretiens

Au-delà des représentations de ce que peut être une « bonne » ou une « mauvaise » santé, les entretiens doivent s'appuyer principalement sur l'expérience concrète et les pratiques des personnes interrogées. L'apport informatif en sera majoré (repérage de difficultés ou de facteurs facilitants, de fonctionnements ou de dysfonctionnements récurrents, de pistes d'amélioration). Néanmoins, il est également indispensable de prendre en compte et de comprendre les représentations de chacun qui pourront constituer a posteriori des freins ou des leviers par rapport aux pistes d'actions envisagées.

Concernant l'attitude de l'enquêteur, celui-ci devra montrer une certaine empathie, une « écoute compréhensive » qui restera malgré tout réservée. Ceci afin de favoriser l'émergence du discours des personnes interviewées sans pour autant biaiser les résultats obtenus (effets d'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté : voir à ce propos et pour plus de détails les références citées à la fin de ce chapitre).

Prise de note ou enregistrement ?

Il n'existe pas de règle normalisée vis-à-vis des pratiques d'enquête mises en œuvre concernant le support à utiliser.

L'enregistrement exclusif au cours de l'entretien garantit la prise en compte de l'exhaustivité du discours des enquêtés (sous condition d'accord de ces derniers). Par contre, il nécessite obligatoirement une étape de retranscription qui peut s'avérer extrêmement chronophage. La retranscription exhaustive d'un entretien individuel d'une durée d'une heure à une heure trente peut prendre une demi-journée voire plus en fonction du degré de professionnalisation et du matériel mis à disposition de la personne qui retranscrit.

La prise de note la plus exhaustive possible (qui peut être sécurisée par un enregistrement voire une retranscription partielle des entretiens à la suite), permet d'éviter cette lourde étape de retranscription, mais demande une grande rigueur et une solide expérience pour être de qualité et pouvoir mener de front l'animation de l'entretien (particulièrement quand celui-ci n'est pas directif). Cette prise de note ne doit s'appuyer que sur le discours des personnes interviewées (la meilleure façon de ne pas induire d'effets perturbateurs étant d'écrire les phrases prononcées telles qu'elles sont énoncées, sans synthétiser ni résumer, même si pour cela l'enquêteur doit demander à l'enquêté de prendre le temps nécessaire avant de poursuivre). À ce titre, le recueil de « verbatim » des habitants (discours tels que prononcés au niveau des formulations, du vocabulaire) constitue en soi le matériau reflétant leurs représentations, opinions et pratiques qu'il est indispensable d'analyser par la suite.

Concernant les personnes-ressources, il est plus délicat d'utiliser des verbatim, surtout sur les petits territoires où des problèmes d'anonymisation peuvent se poser. La liberté de parole des personnes-

ressources, dont le nom ou la fonction sera mentionné par exemple en annexe du rapport et qui interviennent au titre « d'experts techniques » (par opposition à « l'expertise du vécu » des habitants), est importante et ne doit pas être compromise par un risque de stigmatisation de l'institution d'appartenance, par des partenaires, etc.

Au final, une solution intermédiaire peut être de privilégier la prise de note tout en enregistrant l'entretien de façon à sécuriser si nécessaire le recueil de données effectué. Dans tous les cas, une relecture des notes prises au cours de l'entretien dans un intervalle de temps le plus rapproché possible de celui-ci peut s'avérer intéressante.

L'analyse des entretiens

C'est une étape de déconstruction - reconstruction. Elle sera le plus souvent transversale et thématique, réalisée à partir d'une grille d'analyse qui pourra s'approcher dans son élaboration des thèmes abordés dans le guide d'entretien. Chaque entretien fera l'objet d'un « découpage » selon cette grille d'analyse qui permettra de recomposer l'ensemble du discours recueilli selon les axes thématiques et la position des interviewés (regroupements par corps de métier ou par appartenance institutionnelle par exemple, notamment pour les personnes ressources). Au final et au-delà des critères et des thèmes les plus saillants et qui apparaissent les plus importants dans les discours recueillis, sont recherchés les points communs, les invariants, les récurrences ou à l'inverse les divergences et les variations sur un axe donné. L'analyse du discours se fait donc en traitant et en découpant tous les entretiens, selon les publics et questions posées.

La présentation des résultats

Au-delà des analyses réalisées, celles-ci pourront s'appuyer sur des extraits d'entretiens (verbatim) qui viendront illustrer l'argumentation développée, particulièrement lorsque des entretiens sont réalisés auprès d'habitants. Ces verbatim doivent absolument respecter l'anonymat des personnes interviewées en interdisant, même indirectement, l'identification des enquêtés.

Les bénéfices indirects et possibles d'un recueil qualitatif

Dans le cadre de la mise en perspective des résultats d'un diagnostic et vis-à-vis de la mise en route d'une dynamique locale en faveur de la santé de la population, les recueils qualitatifs peuvent être des moments privilégiés pour « prérecruter » des personnes susceptibles de participer ensuite à des groupes de réflexion impliqués dans des étapes de hiérarchisation, de priorisation, voire de mise en œuvre d'actions.

- L'observation de terrain

Objectif : Pour quoi faire ?

L'observation de terrain enrichit souvent les éléments du diagnostic. Elle est complémentaire des autres modes de recueil d'information et est réalisée en parallèle. C'est un moyen de mieux appréhender un territoire et d'aller au-delà des représentations et descriptions qu'en font les professionnels et les habitants. Elle permet de confirmer les déclarations de ceux-ci, ou de les nuancer voire de les infirmer. Elle peut également mettre à jour des éléments si habituels pour les personnes interrogées, qu'ils ne sont même pas mentionnés (mettre à jour les « évidences invisibles »).

Méthodes : Comment faire ?

Ci-dessous figurent des exemples de méthodes d'observation de terrain. Quel que soit l'objectif recherché, il est conseillé de construire des grilles d'observation. Il est également possible de prendre des photographies, mais leur utilisation doit être très réfléchie (droit à l'image, au risque de stigmatisation…).

Déambulation à pied, utilisation des transports en commun, des services

L'utilisation des commerces et services du territoire (la poste, les magasins d'alimentation…), le repérage de l'état de la voirie, des espaces verts, des espaces de sociabilité, etc. permettent de mettre à jour des éléments facteurs de bien-être ou de mal-être des populations.

Il s'agit d'utiliser la marche, de saisir « l'ambiance » des territoires. L'utilisation des transports en commun, notamment dans les quartiers défavorisés, donne également des indications précieuses pour mieux comprendre les ressentis des habitants.

Cette observation de terrain est conduite en parallèle des entretiens avec les personnes ressources et les habitants. L'interrogation des professionnels sur leur lieu d'exercice, des populations sur leurs lieux de vie, permet aussi une observation de l'environnement.

Le diagnostic en marchant

Il est souvent utilisé pour les questions de gestion urbaine. C'est une visite collective réalisée dans un quartier avec des habitants, des partenaires locaux, des élus, des représentants de structures gestionnaires.

Basé sur l'observation de terrain (éclairage public, ordures ménagères, espaces verts…), il permet d'échanger, de libérer la parole sur les problèmes, les besoins, les points de satisfaction, mais aussi d'évoquer les pistes de solutions avec le rôle de chacun et les modes de mise en œuvre possibles. C'est un outil rapide, qui apporte parfois des réponses concrètes aux préoccupations quotidiennes des habitants. Il nécessite néanmoins un temps de réflexion et de préparation spécifique. Cette résolution de problèmes "au fil de l'eau" ne résume bien sûr pas le travail à poursuivre dans les suites du diagnostic en matière de programmation en santé publique, dans une approche plus systémique.

Dans le même état d'esprit, se développe le "diagnostic en roulant" qui permet d'explorer l'accessibilité pour les personnes handicapées.

Un outil d'observation plus malaisé en zone rurale

L'observation de terrain est plus facile en milieu urbain, car il est en général possible de l'effectuer à pied ou en transport en commun.

Dans des territoires ruraux, l'utilisation d'un véhicule individuel est souvent indispensable. Il est néanmoins possible au fil des parcours de comprendre les contraintes de temps, de distance, voire de difficultés d'accès auxquelles sont soumises les populations. Qu'il s'agisse d'un diagnostic urbain ou rural, il est fortement recommandé de parcourir le territoire.

Ce que n'est pas l'observation de terrain

L'observation de terrain est à distinguer de l'observation participante issue de l'ethnologie et de l'anthropologie. Ce dernier concept se réfère à une immersion dans le milieu, où l'on partage durant une longue durée des pratiques quotidiennes avec les populations. Il s'agirait ici d'habiter le territoire concerné, de participer à des activités associatives, salariées et d'utiliser ce vécu pour le diagnostic.

Si cette méthodologie présente un intérêt certain, elle ne se conçoit que dans le cadre d'un travail de recherche ou de recherche-action, car elle nécessite un temps très long et un budget important.

Pour en savoir plus :

Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin, Coll 128, 2010, 126p.

Alami S., Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Que sais-je ? PUF, N° 2591, 126p.

Ghiglione R., Matalon B. Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique. Armand Colin, Coll U.Sociologie, 301p.

Club de l'observation sociale en Rhône-Alpes. Observer ensemble. Enjeux et éléments de méthode pour une observation partagée avec les habitants. Janvier 2010, 47p.

Hourst B., Thiagarajan S. Les jeux-cadres de Thiagi : techniques d'animation à l'usage du formateur. Éditions d'organisation, 2001, 360p.

Guide métaplan disponible sur internet : http://materiel.metaplan.fr/telecharger.htm

COMMUNICATION AUTOUR DE LA DEMARCHE

La communication relève avant tout du maître d'ouvrage, mais l'opérateur du diagnostic peut le sensibiliser à l'importance de celle-ci et la faciliter.

Le prérequis

Une communication efficace repose avant tout sur un recueil d'information bien conduit, une exploitation et une analyse méthodiques et pertinentes.

La diversité et la richesse de l'ensemble des informations recueillies nécessitent une prise de recul. L'opérateur produit une première analyse des éléments collectés qui est ensuite partagée avec le comité de pilotage[25] et les acteurs locaux.

Un enjeu majeur pour le projet

La communication et l'appropriation des résultats ont une influence sur la qualité du projet local de santé et de la programmation d'actions. La communication rend le projet lisible. Elle le valorise et favorise son appropriation par les acteurs locaux.

Elle constitue en soi une action du projet territorial de santé. Elle participe à la stratégie d'amélioration de la connaissance réciproque des acteurs et à leur coordination.

La communication est fondatrice de la participation, c'est une démarche interactive construite avec le comité de pilotage. Elle s'envisage pour et entre chaque public. C'est un instrument du changement.

On distingue la communication interne, entre les membres du comité de pilotage et le comité technique de réalisation du diagnostic par exemple, et la communication externe, à destination du grand public.

Une planification rigoureuse

La communication doit être prévue en amont du diagnostic, planifiée selon un calendrier dont les étapes doivent être précisées.

Les modalités de la communication envisagée sont à préciser et négocier dès le cahier des charges (Qui fait quoi ? Comment ? Avec quels moyens ?). Un appui peut être sollicité auprès des services communication des commanditaires, quand ils existent.

Les étapes et modalités sont validées par le comité de pilotage. Le calendrier et les listes de diffusion sont élaborés avec l'appui des partenaires principaux.

Communiquer à chaque étape

La communication est utile à toutes les étapes du projet :

- Avant le diagnostic, pour informer la population et les professionnels de la démarche engagée.
- Pendant le diagnostic, pour augmenter la participation des personnes sollicitées, valider et compléter les recueils déjà effectués.
- Après le diagnostic, pour restituer les résultats et lancer la programmation.

Il est utile de communiquer non seulement sur les résultats, mais aussi sur le protocole d'investigation, la méthodologie de projet envisagée, jusqu'à son évaluation.

À chaque étape, une validation des travaux est souhaitable par le comité de pilotage ou un comité technique (selon ce qui aura été défini dans le cahier des charges).

[25] Constitution d'un comité de pilotage : voir Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé. Ib réf. 2

Une présentation intermédiaire du diagnostic est souvent utile. Elle permet de valider les premiers éléments recueillis, de soulever des questions, d'orienter les suites du diagnostic par exemple en complétant le recueil d'informations sur certains sujets le nécessitant. L'appropriation progressive des éléments du diagnostic amorce une culture commune et une mobilisation collective chez les participants.

Des niveaux et des formes de restitution variés

La diffusion des résultats du diagnostic doit être la plus large possible.

L'information est bien sûr à adapter, à personnaliser selon la population concernée. Une communication spécifique est à élaborer pour les habitants du quartier, les élus, les professionnels de santé, les autres professionnels, les financeurs, les journalistes.

Le rapport complet du diagnostic sera transmis aux commanditaires, aux décideurs et aux principaux partenaires. Une synthèse ou des résumés seront communiqués plus largement. Seul le niveau de précision sera différent.

Il faut anticiper les difficultés à communiquer vers les populations les plus éloignées de l'information et vers les professionnels, souvent « saturés » d'informations. Ces derniers sont néanmoins souvent très demandeurs d'informations spécifiques à leur territoire et sur les populations avec lesquelles ils travaillent.

S'il apparaît important de cibler les outils de communication selon les publics, il est tout à fait pertinent de rendre tous les documents largement accessibles d'abord par une mise en ligne sur Internet.

Un effort particulier doit être apporté pour assurer une restitution synthétique, claire et accessible en direction de la population générale.

Pour les personnes ayant participé à l'étude, il est indispensable de leur assurer un retour d'informations. Ce peut être entre autres l'envoi du rapport complet, d'une synthèse, une invitation à participer aux séances de restitution du diagnostic et de programmation, un courrier de remerciement indiquant les lieux ou les liens internet conduisant aux documents restituant les résultats.

Pour chaque document de communication produit, les résultats obtenus doivent être structurés et présentés de manière attractive et compréhensible par tous. Pour cela, diverses techniques de visualisation des résultats, tels les tableaux, les histogrammes, les diagrammes et cartes peuvent être utilisées. Les représentations graphiques doivent être adaptées aux différents types de variables étudiées. Pour avoir une vue d'ensemble de plusieurs indicateurs, il est possible de réaliser des graphiques en radar ou en toile d'araignée. Cette représentation graphique est un outil de comparaison rapide de données entre territoires ou populations, ou bien entre deux intervalles de temps.

Afin d'adapter la communication aux différents publics, il est nécessaire de s'appuyer sur les moyens et supports de communication existants déjà localement, les relais d'information habituels, les médias locaux.

▪ Communication écrite

Le rapport est un écrit détaillé et organisé. Il comporte une dimension technique avec des données statistiques, des cartes, etc. et des analyses quantitatives ou qualitatives pas toujours accessibles au plus grand nombre.

Les autres supports écrits peuvent prendre la forme d'une synthèse, d'un résumé, d'un diaporama de présentation du diagnostic ou même d'un diaporama « parlant » téléchargeable sur Internet avec une bande enregistrée qui permet à toute personne d'en entendre le commentaire.

Parfois un guide-répertoire des acteurs et/ou des actions menées complète utilement le diagnostic.

Il ne faut pas négliger le support papier, pour des raisons de facilité de diffusion. L'accès à l'ensemble des documents peut se faire via Internet (blogs, lettres électroniques, sites et portails).

Des encarts peuvent être insérés dans les médias locaux.

▪ Communication orale

Une ou plusieurs restitutions orales sont indispensables. Elles permettent d'engager les débats, de prendre en compte les échanges avec les participants, d'enrichir le diagnostic. Elles sont aussi l'occasion

de rapidement enchaîner sur la priorisation des problèmes identifiés, seconde étape de la programmation en santé publique.

L'organisation de ces restitutions orales est à discuter. Dans l'idéal, les participants sont l'ensemble des personnes concernées, y compris les habitants. L'expérience montre que les habitants sont en général peu nombreux dans ces réunions. Par ailleurs, leur niveau de participation est souvent modeste en présence des professionnels. Néanmoins, un effort important doit être produit pour rendre les résultats du diagnostic accessibles et compris par tous. Ceci n'est pas facile, surtout avec les populations les plus vulnérables. Dans ce cas, d'autres formes de restitution plus ciblées peuvent être menées, prioritairement sur un mode oral.

La présentation d'éléments du diagnostic est réalisée lors de réunions spécifiquement organisées à cet effet. Elle peut aussi s'insérer dans le programme d'autres manifestations ou événements particuliers : une journée d'échanges entre professionnels, une réunion de quartier, une manifestation publique, un forum santé…

Le thème de la santé est volontiers abordé par les médias locaux qui peuvent ainsi relayer les informations, du diagnostic à la programmation.

- Les contenus : aller au-delà du diagnostic

Le rapport complet présente l'ensemble des informations collectées. Mais le risque est de submerger les participants lors des présentations orales et écrites par une information trop importante, une liste de risques et de problèmes. Un travail de résumé sélectionnant les problèmes pertinents est indispensable, même si cet exercice est difficile.

Outre les résultats du diagnostic santé partagé (état des lieux de l'existant, diagnostic quantitatif, diagnostic qualitatif), il est toujours plus mobilisateur pour les acteurs locaux et la population de produire des documents intégrant les priorités retenues et les pistes d'actions envisagées. Ceci implique de mener la restitution du diagnostic conjointement avec les personnes en charge des suites du diagnostic.

De même, lors des présentations publiques réalisées en cours de réalisation du diagnostic, le maître d'ouvrage devra expliquer les suites qui seront données en termes de construction ou de mise en place d'actions. Et ce, que l'opérateur du diagnostic de santé participe à la suite de la programmation ou qu'il passe le relais à d'autres intervenants locaux, ou spécialisés dans la mise en œuvre des actions de promotion de la santé, de la politique de la ville. La parole « politique » est en effet fondamentale dans la programmation.

Des précautions à prendre

La présentation des résultats du diagnostic devant un public élargi peut mettre en difficulté certains participants, population comme professionnels. En effet, l'identification de points faibles, de problèmes comporte un risque de stigmatisation, particulièrement des populations les plus en difficulté, des territoires déjà perçus comme défavorisés ou des professionnels qui peuvent se sentir en échec dans leurs missions.

Même si le diagnostic est bien conduit, il met en avant certains points de vue. À un échelon géographique fin, et pour des populations bien particulières, les éléments diagnostiques quantitatifs et qualitatifs concernent souvent de faibles effectifs. Il faut se garder d'interprétations parfois trop rapides (et bien entendu veiller, sauf accord explicite des intéressés, à préserver l'anonymat des personnes).

Il faut aussi anticiper dans les premiers comités de pilotage le fait que l'information recueillie peut renvoyer des éléments négatifs, parfois vécus comme une mise en défaut des élus locaux (critique sur les infrastructures, la gestion urbaine, questions sensibles de prise en compte des populations migrantes, de violences…). Cette situation conduit parfois *a posteriori* à une interdiction de diffusion de tout ou partie du diagnostic par les élus. Il est préférable d'avoir prévu et négocié la conduite à tenir devant ces situations. Pour limiter ces réticences, et dans un nécessaire souci d'équilibre, il est aussi important d'une part, de mettre en avant les aspects positifs et les atouts et ressources de chaque situation et d'autre part, de souligner que par essence un diagnostic de santé tend à s'attarder davantage sur les difficultés et les lacunes constatées et donc sur les points qui apparaissent à améliorer en priorité.

La liste des points faibles, des problèmes et des obstacles peut aboutir à un découragement de la population et des professionnels, ce qui constitue une raison supplémentaire de valoriser les aspects positifs, les points forts identifiés (un réseau de professionnels qui fonctionne bien, une association de quartier très dynamique, etc.).

En fonction des compétences des acteurs locaux et des commanditaires, on peut évoquer des projets naissants qui peuvent être des réponses ou apporter des pistes de réponses à des problèmes relevés. Certains problèmes peuvent ne pas faire l'objet d'actions locales, car il ne s'agit pas du bon niveau de décision. Un des enjeux du diagnostic peut être de communiquer autour de ces problèmes.

Enfin, il reste important d'échanger avec l'ARS sur les conditions d'adaptation des politiques aux situations locales, au croisement de politiques « descendantes » et de dynamiques locales (« ascendantes ») amenant à prioriser les actions à entreprendre au plus près du territoire, de ses acteurs et de ses habitants.

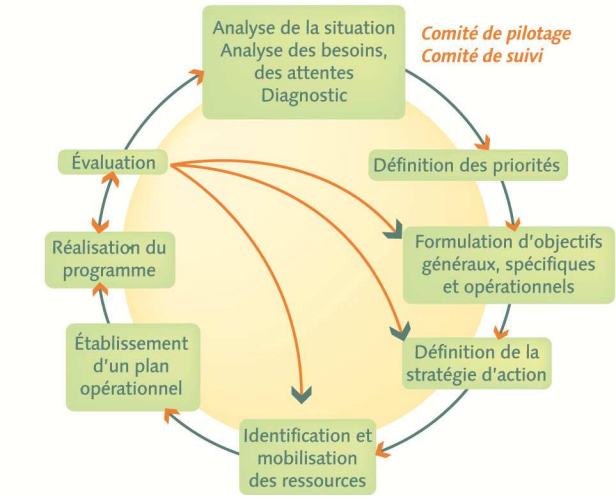
OUVERTURE SUR LES SUITES DU DIAGNOSTIC : DE LA PRIORISATION A L'EVALUATION

Il est nécessaire de bien préciser dans le cahier des charges jusqu'où va le travail du prestataire du diagnostic. Les prestataires peuvent accompagner tout ou partie du projet.

Au besoin, le commanditaire peut être appuyé pour réfléchir aux suites à donner au diagnostic. Le maître d'ouvrage doit avoir à l'esprit que le diagnostic ne lui permettra pas d'avoir des actions « clef en main », qu'il devra impulser un véritable travail de partenariat pour construire et mettre en place les actions. Le passage est délicat entre le diagnostic et la mise en œuvre d'un programme d'actions.

L'objectif général est d'aboutir à un projet local de santé publique, ce qui suppose une démarche de programmation/planification.

Les étapes de la démarche projet



Les stratégies d'intervention doivent être multiples au titre du projet local de santé. Les acteurs de la promotion de la santé se réfèrent souvent aux 5 axes de la charte d'Ottawa :

- élaborer une politique publique favorable à la santé,
- créer des environnements favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé vers la prévention et l'éducation pour la santé.

Une programmation par objectifs peut être développée à ce titre de manière transversale à ces différents axes, en réponse aux différents problèmes mis en évidence par le diagnostic.

Une démarche projet classique par étapes

▪ Après un diagnostic partagé et participatif…

La démarche globale du diagnostic associe au recueil d'informations, des restitutions à chaque étape au comité de pilotage et au comité technique.

C'est un instrument de mobilisation et de changement s'il est inséré dans une démarche de programmation en santé publique prévue bien en amont. Il est de la responsabilité du prestataire du diagnostic d'en informer le maître d'ouvrage. Selon ses compétences et les missions qui lui auront été confiées, il pourra ou non accompagner le projet dans les étapes suivant le diagnostic. Si ce n'est pas le cas, il veillera à assurer le relais à la personne ou à l'équipe référente.

Un point central : la mobilisation des acteurs

Dans les démarches de programmation participative, la mobilisation des acteurs est centrale et s'amorce dès le début du diagnostic, par exemple à l'occasion de la réalisation de recueils quantitatifs ou qualitatifs. Les niveaux de participation souhaités de la part de la population comme des professionnels conditionnent la méthodologie (de la consultation à la co-construction) ; ils sont à discuter bien en amont avec le comité de pilotage. Pour l'opérateur du diagnostic, cela revient à être précis sur les objectifs de celui-ci : s'agit-il aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux de la santé y compris les populations, de développer une dynamique de travail en partenariat…

Le processus du diagnostic santé, s'il associe tout ou partie des acteurs locaux, à la fois sujets et objets de celui-ci dans le cadre d'une dimension participative et collective, pourra être alors qualifié de

« diagnostic santé partagé ». Le travail de l'opérateur est beaucoup plus aisé s'il est possible de s'appuyer sur un animateur territorial de santé.

Ce travail de diagnostic est réalisé en privilégiant les phases collectives (réflexion, discussions, décisions) et en s'appuyant sur l'expertise des acteurs locaux afin de construire un consensus autour des problèmes perçus ou objectivés, ce consensus étant un premier pas dans le développement d'une action concertée et coordonnée.

Cette mobilisation implique un délai de réalisation suffisamment long, d'au moins une année. Ce délai n'empêche pas la mise en œuvre d'actions assez rapidement, sachant que la coordination des acteurs qui se mobilisent sur le diagnostic est une des actions fondamentales des projets.

▪ Identifier et déterminer collectivement les priorités sur lesquelles agir

Dans les suites du diagnostic, les étapes sont l'identification et la hiérarchisation des problèmes, des points forts. C'est l'appropriation collective du diagnostic qui met en avant les éléments saillants. Cette détermination des priorités dans le « catalogue » des possibles est donc réalisée collectivement.

Les points prioritaires peuvent être des points forts à renforcer, des succès à étendre, des points faibles ou des problèmes à amoindrir. De très nombreux critères peuvent être choisis pour définir les points prioritaires, tels que :

- la gravité des problèmes de santé ;
- la dégradation dans le temps ;
- la fréquence parmi l'ensemble de la population ou parmi les personnes en situation de vulnérabilité ;
- les enjeux et possibilités d'action à partir d'une connaissance de l'ensemble des activités menées au niveau local concernant les problèmes visés;
- l'efficacité des actions envisageables ;
- le délai d'actions et le délai d'impact ;
- la reconnaissance du problème et l'acceptabilité sociale des réponses et actions par la population et/ou les professionnels.

Parmi les possibilités d'intervenir, on peut parfois favoriser une thématique inscrite dans un programme national ou régional déjà établi et financé (il s'agit d'une priorité à ces échelons). À l'inverse, on peut favoriser une thématique, car elle n'est pas encore prise en compte par ailleurs.

Cependant, l'action au niveau local se caractérise par le fait qu'elle a vocation à porter sur les déterminants fondamentaux de la santé, communs à nombre de problèmes de santé (par exemple, action contre le tabagisme moyennant le renforcement de l'estime de soi et la promotion de modes de vie favorables, utile à l'objectif de réduction des cancers et des maladies cardio-vasculaires).

Chacun aura tendance à privilégier des critères de priorité différents en fonction de ses contraintes et intérêts d'actions : limitation des enjeux d'ordre politique pour le commanditaire, cantonnement à leurs champs de compétence ou spécialité pour les professionnels, problèmes plus directement perceptibles pour la population (environnement de proximité, propreté…).

Une démarche collective de priorisation est donc indispensable. Il existe différentes méthodes de choix des priorités, on peut par exemple utiliser des méthodes itératives (méthodes de type Delphi) qui proposent une liste puis un classement puis une validation du classement. Les critères de choix et de pondération sont à discuter avec le comité de pilotage, il s'agit d'un choix politique. Pour être reconnue comme légitime, la procédure doit être explicite (clairement exposer les critères de priorisation, et de préférence les avoir décidés collectivement).

▪ Fixer les objectifs

À partir de l'analyse des points prioritaires, les participants sont invités à déterminer des objectifs. Cette analyse consiste à identifier, pour chaque problème, les éléments qui concourent à son apparition, et à classer ces facteurs explicatifs en plusieurs niveaux. Ce classement permet de repérer les objectifs à retenir dans la programmation.

Les objectifs sont structurés selon plusieurs niveaux. Même si la sémantique peut varier, il existe en général une hiérarchie des objectifs : objectif général, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels.

D'autres découpages sont possibles : classement chronologique avec des objectifs intermédiaires, classement selon les résultats attendus sur la santé, sur les déterminants de santé, ou sur la mise en place d'interventions.

L'objectif général (ou objectif principal) traduit le changement que l'on souhaite obtenir à long terme. Les objectifs intermédiaires (ou objectifs secondaires ou spécifiques) correspondent aux objectifs à atteindre pour pouvoir « réaliser » l'objectif général (étapes à franchir, leviers sur lesquels jouer…), alors que les objectifs opérationnels (ou activités) décrivent les activités à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs intermédiaires (et l'objectif général).

De manière un peu schématique, un bon objectif est « SMART » :

- **S**pécifique (l'objectif doit répondre spécifiquement aux besoins identifiés) ;
- **M**esurable (chaque objectif doit s'accompagner d'indicateurs concrets permettant de mesurer la réalisation ou non en cours de projet) ;
- **A**cceptable (l'objectif décrit doit avoir été discuté et accepté par les différents partenaires du projet) ;
- **R**éalisable (il doit être adapté aux conditions matérielles de réalisation du projet et à l'environnement dans lequel il s'insère) ;
- Fixé dans le **T**emps (il doit pouvoir être atteint dans le délai de réalisation du projet).

Certains objectifs peuvent concerner l'approfondissement d'éléments du diagnostic : réaliser des enquêtes sur des secteurs peu ou mal explorés le nécessitant, mettre en œuvre un recueil en continu de données d'observation, réaliser un répertoire des acteurs et actions pour faciliter la coordination et la lisibilité de ce qui se fait par les publics...

En effet, dans un contexte d'action, dépendant du niveau d'implication des « acteurs » locaux, le processus pourra être itératif. Cela conduira à s'appuyer d'emblée sur des possibilités ouvertes pour une plus grande coordination, tout en engageant dans d'autres domaines la création de conditions plus favorables par un travail de sensibilisation et de mobilisation.

▪ Mettre en œuvre

À partir des objectifs validés sont déclinées des pistes d'actions prioritaires et des activités. Des groupes de travail programment les actions techniquement et politiquement validées. Un plan opérationnel est établi.

C'est ensuite l'étape de mise en œuvre des actions, qu'il faut réaliser et suivre avec des outils de gestion de projet (tableau de bord avec indicateurs de suivi des activités, calendrier…).

▪ Évaluer

Comme pour tout projet, l'évaluation du projet se prépare dès la conception, évaluation de processus comme de résultat. En l'occurrence, il convient de distinguer l'évaluation du projet, du programme d'actions qu'il comporte et des différentes actions qui le constituent. L'évaluation produit de la connaissance sur le projet et sur son impact, et peut permettre de valoriser le travail des acteurs. Le diagnostic lui-même peut faire l'objet d'une évaluation.

Il n'y a pas d'évaluation préétablie. Les questions évaluatives doivent là encore être débattues avec le comité de pilotage, puisqu'elles conditionnent le protocole d'évaluation.

La finalité principale de l'évaluation est de permettre une prise de décision éclairée relative à la poursuite des actions, aux modifications à apporter, voire à l'arrêt de certaines. Les décideurs ne sont pas les seuls utilisateurs de l'évaluation. Les résultats d'une action, tout comme les manières dont elle est mise en œuvre, constituent aussi des informations utiles à l'ensemble des acteurs.

Les objets d'évaluation[26] sont :

- Les ressources nécessaires à la réalisation : structures
  Adéquation des ressources aux objectifs, cohérence
- Les activités ou services : processus
  Adéquation des activités, qualité, organisation, coordination…

[26] Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Rennes : éditions ERSP Rhône-Alpes, 2004/05.
Fontaine D., Beyragued L., Medina P., Menneret F., Miachon C., Pelossse L. L'évaluation en 9 étapes. ERSP Rhône-Alpes, 2008.

- Les groupes concernés : implantation
  L'action atteint-elle le public envisagé ?
- Les objectifs : résultats, efficacité, efficience, satisfaction, pertinence
  Les services produits ont-ils provoqué les changements attendus ?
- L'impact et les retombées :
  Changements directs et indirects liés à l'action.

*Le terme **résultat** en français évoque à la fois les réalisations, les effets et l'impact d'une intervention. En situation d'évaluation, on distingue les résultats (effets directs attendus) de l'impact (tous les effets provoqués par l'action).*
***L'efficacité** apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats (au sens d'effets) obtenus aux résultats attendus, ces résultats étant imputables à cette intervention.*
***L'efficience** met en rapport les ressources mises en œuvre et les résultats (au sens d'effets) d'une intervention. Elle suppose donc d'avoir réglé la question de l'efficacité. Une intervention efficiente est une intervention efficace au moindre coût.*
*La notion de **satisfaction** est complexe. Elle recouvre au moins trois réalités : l'attente par l'usager d'un certain type de produit ou de service ; la qualité attendue une fois que ce service est défini ; enfin la qualité perçue lorsque le service est rendu.*
*La **pertinence** s'intéresse à l'adéquation entre les objectifs de l'action et le(s) problème(s) auquel(s) elle répond.*

À titre d'exemple, les deux outils suivants sont adaptés et peuvent être mobilisés pour l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé :

- Preffi 2.0
  Preffi est un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, élaboré par le NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention) et traduit en français à la demande de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).
  Sous forme de questionnaire, il reprend les différentes phases d'une démarche de projet et les ressources nécessaires pour sa réalisation en les répartissant en 8 catégories : analyse du problème, déterminants, groupes cibles, objectifs, conception de l'intervention, mise en œuvre, évaluation et ressources.

- Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention (Promotion Santé Suisse, 2005).
  Ce modèle permet de prévoir et recenser méthodiquement les résultats des projets en promotion de la santé. Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes :
  - amélioration de la santé de la population,
  - modification des déterminants de la santé (modification positive),
  - modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé.

Un accompagnement spécifique pour cette étape peut être proposé au maître d'ouvrage.

▪ Poursuivre l'observation

La réalisation du diagnostic pose souvent la question de mettre en œuvre des outils d'observation pérennes. Toutes les formules sont possibles selon l'ambition (motivation et moyens humains et financiers disponibles). Cela peut reposer sur la simple valorisation de données habituellement disponibles, sur la collecte régulière de certaines informations quantitatives ou qualitatives ciblées ou aller jusqu'à la mise en place d'un véritable observatoire local de santé.

Les indicateurs et le suivi des actions peuvent être réunis dans des tableaux de bord. La sélection des indicateurs à suivre doit se faire au regard des priorités retenues et des actions envisagées. Ce dispositif pourra reposer sur les moyens et compétences du maître d'ouvrage et des différents partenaires du diagnostic ou être confié, partiellement ou totalement, à l'opérateur du diagnostic qui pourra faire des propositions et recommandations pour la mise en place d'un dispositif pérenne d'observation.

S'il est souvent pertinent d'avoir une approche large intégrant un grand nombre d'informations lors de la démarche initiale de diagnostic, il est indispensable d'avoir une approche beaucoup plus ciblée dans une logique de suivi et d'évaluation.

Ceci pourra être envisagé en amont du diagnostic lors des échanges entre le maître d'ouvrage et l'opérateur du diagnostic.

Il est également possible d'envisager l'actualisation du diagnostic (mise à jour des données statistiques par exemple) ou la réalisation secondaire d'enquêtes complémentaires ciblant une thématique ou une population spécifique.

Les compétences à mettre en œuvre, des partenariats possibles

La mise en œuvre d'une démarche de projet nécessite des compétences en planification et programmation participative en santé publique.

Une bonne connaissance des politiques régionales et des acteurs de santé publique est requise pour identifier les articulations possibles avec les différents plans et programmes en cours, avoir une vision sur les financements possibles. Les Contrats locaux de santé (CLS) prévus par la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 sont une opportunité, dans le contexte de mise en œuvre du projet régional de santé. Conclus par l'Agence régionale de santé notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Dans le cadre de la politique de la ville, le CLS et le volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) devront être articulés. En dehors de la politique de la ville, dans le cadre de dynamiques territoriales de proximité, un projet fédérateur peut aussi être contractualisé entre l'ARS, les collectivités territoriales, mais aussi avec d'autres acteurs (établissements sanitaires et sociaux, professionnels de santé, assurance maladie, associations)…

Il est possible de s'appuyer sur d'autres opérateurs pour les étapes après diagnostic (professionnels des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), acteurs du pôle de compétences en éducation et promotion de la santé, opérateurs privés-consultants en santé publique…). De même, il peut être envisagé un partage de la phase diagnostique entre plusieurs professionnels (enquête qualitative, quantitative, observation…).

Dans la mesure du possible, il est préférable que les personnes pouvant appuyer l'ensemble des suites du diagnostic soient associées dès le début de la démarche (participation au comité de pilotage ou au comité technique, participation aux séances de restitution des résultats).

Pour en savoir plus :

Les acteurs et leurs pratiques, Le diagnostic communautaire. La participation des acteurs. Documents publiés dans la Collection Santé communautaire et promotion de la santé, ASBL « Santé, communauté, participation, Bruxelles, 2000.

Société française de santé publique. Développement social et promotion de la santé : La démarche communautaire. Collection Santé et Société n°9, 2000.

Brixi O., Fayard R., Guillaud-Bataille S., Pechevis M. Santé : travailler avec les gens. ENSP Editions, 2003.

Institut national de santé publique du Québec, Direction développement des individus et des communautés, Perspectives pour une évaluation participative des villes et villages de santé. 2005.

Bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville, Assemblée nationale, 27 janvier 2005.

Leurquin B. Guide - repères méthodologiques : le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2007, 288p.

FICHES INDICATEURS

Introduction

Cette partie sur les systèmes d'informations statistiques a pour objectif de fournir un certain nombre d'informations sur les principales sources de données mobilisables dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic local de santé. Ce document ne vise pas l'exhaustivité, mais propose une sélection de sources permettant une première identification et compréhension des problématiques en jeu. 26 fiches thématiques ont été construites sur le même modèle. Elles sont structurées autour de trois grands chapitres (environnement sociodémographique et physique, offre de soins et état de santé) et répertorient et présentent succinctement une vingtaine de sources de données. Certaines thématiques, qui méritent généralement d'être abordées lors d'un diagnostic local de santé, ne font pas l'objet de fiche thématique, dans la mesure où les données statistiques ne sont que rarement disponibles à un échelon infradépartemental (comportements de santé par exemple, recensement des actions de promotion de la santé).

Pour faciliter l'analyse de données quantitatives, il est préférable de privilégier des données facilement accessibles, homogènes et déclinées localement, permettant ainsi d'établir des comparaisons entre territoires et dans le temps.

Dans ce document, la plupart des sources de données nationales à caractère exhaustif sont le plus souvent issues de fichiers administratifs ou de gestion, permettant des analyses infradépartementales (par exemple, le SNIIR système national d'informations interrégimes de l'Assurance maladie, données de mortalité produites par le CépiDc Inserm).

Des sources de données locales sont également présentées. Lors de l'exploitation statistique de ces données, des difficultés sont susceptibles d'apparaître, liées à une forte diversité des modes de recueil (supports…), voire à l'hétérogénéité des données recueillies, y compris au sein d'un même service (PMI, santé scolaire ou services communaux par exemple).

Enfin, quelques enquêtes de portée nationale sont présentées. Ces enquêtes permettent des analyses à des échelons géographiques fins lorsque des extensions régionales ou départementales ont été réalisées (par exemple, le programme « Maladies à caractère professionnel » (MCP) lancé en 2003 et étendu en 2010 à 12 régions françaises).

Compte tenu de la diversité des sources de données existantes, des sites Internet mettent à disposition des utilisateurs des indicateurs de santé à divers échelons territoriaux. À titre d'exemple, la base de données SCORE-Santé[27] recueille des données issues de plusieurs grands producteurs. Cette base permet aux décideurs, aux professionnels de santé et à la population d'obtenir des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population. Elle propose des indicateurs de santé déclinés au niveau national, régional, départemental, voire au niveau cantonal pour certains d'entre eux.

Lorsque les données souhaitées ne sont pas directement mobilisables, notamment à un échelon infradépartemental, il est possible d'établir des demandes auprès des producteurs concernés (CPAM, Conseils généraux, association de dépistage du cancer...).

Il peut également s'avérer intéressant de s'adresser aux observatoires régionaux de la santé qui, à travers la diversité de leurs interventions dans le champ sanitaire et social, centralisent de nombreuses données sur la santé et ses déterminants, nécessitant généralement des traitements statistiques. Les ORS ont également la capacité à mobiliser des compétences extérieures qui peuvent faciliter la mise en œuvre d'un diagnostic local de santé.

En complément des fiches thématiques présentées dans ce document, il est recommandé de se référer à des ouvrages de santé publique répertoriant les principales sources de données mobilisables, les principaux indicateurs susceptibles d'éclairer les politiques publiques. Citons ici le travail de recensement des sources pour le suivi des objectifs de santé publique réalisé par la Drees pour le Haut conseil de santé publique (HCSP)[28].

[27] La base de données SCORE-Santé est accessible sur Internet à l'adresse suivante : http://www.score-sante.org).
[28] Document téléchargeable : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091111_sisp_src.pdf

À titre d'exemple, les ouvrages suivants peuvent être consultés :

- Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources, Collection des études régionales, Dares, Numéro 1 - Décembre 2010.
- Les systèmes d'information pour la santé publique, Haut Conseil de la Santé Publique, La documentation Française, novembre 2009.
- Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, CNSA, Édition 2009.

Présentation des fiches thématiques

Dans cette partie, différentes sources de données ont été regroupées autour de trois grands chapitres pouvant structurer la partie quantitative d'un diagnostic local de santé :

- Environnement sociodémographique et physique
- Offres de soins et de prise en charge des personnes âgées et handicapées
- État de santé

Chaque chapitre est composé de plusieurs fiches thématiques. Ces fiches ne couvrent pas l'ensemble des champs pouvant être analysés dans le cadre d'un diagnostic, mais donnent un aperçu de la diversité des thématiques et des sources de données mobilisables.

Elles s'organisent autour de trois parties :

- Définitions et sources de données disponibles
  - Définition ou présentation de la thématique traitée.
  - Présentation succincte de la ou des sources de données permettant d'apporter des éléments quantitatifs au concept abordé, précisant où trouver ces éléments ou le cas échéant l'organisme auprès duquel les données sont disponibles, le niveau territorial le plus fin disponible, etc.
- Exemples d'indicateurs
  Sélection de quelques indicateurs, accompagnés, lorsque cela s'avère nécessaire, d'une courte définition, permettant d'apporter des éléments de réponse à la thématique traitée.
- Points de vigilance
  Présentation des principaux éléments à prendre en compte lors de l'analyse des données (éléments de prudence dans l'analyse statistique à des échelons territoriaux fins, limites de la source de données, qualité des informations recueillies...).

Liste des fiches indicateurs

Chapitre 1 - Environnement sociodémographique et physique

A1 – Situation démographique
A1.1- Densité et structure de population
A1.2- Natalité et fécondité
A1.3- Évolution de la population, mouvements naturel et migratoire de la population
A2 – Situation sociale
A2.1- Structure familiale des ménages
A2.2- Niveau de formation
A2.3- Revenus
A2.4- Pauvreté et précarité
A3 – Tissu productif et emploi
A3.1- Tissu productif
A3.2- Emploi
A3.3- Chômage
A4 – Santé et environnement physique

Chapitre 2 – Offre de soins et offre médico-sociale

B1 – Offre de soins
B1.1- Offre de soins libérale
B1.2- Offre de soins hospitalière
B2 – Offre médico-sociale
B2.1 – Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées
B2.1 – Etablissements pour personnes handicapées
B2.3- Structures spécialisées dans les addictions

Chapitre 3 – État de santé

C1 – Mortalité
C2 – Approche de la morbidité
C2.1- Affections de longue durée
C2.2- PMSI – Données hospitalières
C2.3- Les médicaments traceurs
C3 – Personnes âgées et perte d'autonomie
C4 – Santé - Travail
C5 – Accès et recours aux soins
C5.1- Recours aux soins libéraux
C5.2- Dépistages cancers
C6 – Santé des enfants
C6.1- Périnatalité
C6.2- Petite enfance
C6.3- Enfants et adolescents

A1- Situation démographique
A1.1- Densité de population et structure de la population

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

La densité de population est une mesure du nombre d'individus occupant une portion donnée d'un territoire.

L'analyse de la structure de la population sur un territoire permet d'étudier sa composition selon divers critères démographiques, tels que le sexe et l'âge, donnant ainsi des informations par exemple sur le vieillissement de la population, la population active...

En outre, examiner le poids de certaines populations spécifiques, telles que les personnes âgées et les nouveau-nés, permet de déterminer quels sont les dispositifs pour lesquels il y a des besoins particulièrement importants pour le territoire étudié (maison de retraite, maternité, crèche...).

Source et disponibilité des données

Le recensement de la population a pour objectifs le dénombrement des logements et de la population résidant en France et la connaissance de leurs principales caractéristiques : sexe, âge, activité, niveau de diplôme professions exercées, caractéristiques des ménages, taille et type de logement, modes de transport, déplacements quotidiens.

Depuis janvier 2004, le recensement de la population résidant en France est annuel. Une nouvelle méthode de recensement remplace le comptage exhaustif organisé tous les sept à neuf ans. Le recensement général de la population de 1999 aura été le dernier recensement exhaustif concernant toute la population en même temps.

Le recensement rénové de la population ne recense pas tous les habitants la même année. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent désormais un recensement exhaustif tous les cinq ans, à raison d'un cinquième des communes chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de 8 % des logements. Pour ces communes, le recensement repose alors sur un sondage intégrant 40 % des logements sur cinq ans. La collecte s'effectue en janvier et en février (en février et mars à La Réunion).

Les résultats du recensement de la population sont disponibles en téléchargement sur le site Internet de l'Insee (http://www.insee.fr). Les données sont disponibles à différents échelons géographiques, dont l'échelon communal et infracommunal pour certains thèmes.

Exemples d'indicateurs

- Densité de population par commune
  Nombre d'habitants domiciliés dans la commune rapporté à la superficie du territoire considéré.
  La densité de la population est exprimée le plus souvent en habitants par km^2.
- Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus
  Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus rapporté à la population totale.
- Proportion de la population de 75 ans ou plus vivant à domicile (hors logements-foyers)
  Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile rapporté à la population totale âgée de 75 ans ou plus.
  Au recensement de la population, les logements-foyers sont comptabilisés dans les logements ordinaires, il faut ainsi soustraire les personnes vivant en logement-foyer pour obtenir cet indicateur.

- Indice de vieillissement
  Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.
  Plus cet indicateur est élevé, plus il est révélateur d'un niveau de vieillissement important.

Points de vigilance

Le recensement de la population a fait l'objet d'une rénovation en 2004 qui s'est accompagnée de changements dans la méthode de collecte et également dans les définitions de certains concepts (population, âge de la personne, activité et emploi...) dans un souci d'adaptation du recensement aux réalités économiques et sociales actuelles et pour prendre en compte les recommandations internationales.

Il est donc important, avant toute utilisation des données du recensement, de se référer aux fiches-conseils pour l'utilisation des résultats du recensement, mises à disposition sur le site Internet de l'Insee.

A1- Situation démographique
A1.2- Natalité et fécondité

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

La **natalité** est l'étude du nombre de naissances au sein d'une population.

Toute naissance survenue sur le territoire français fait l'objet d'une déclaration à l'état civil. Depuis mars 1993, l'officier de l'état civil enregistre un acte de naissance si l'enfant a respiré. Dans le cas contraire, il enregistre un acte d'enfant né sans vie. Les renseignements sont demandés au déclarant, et chaque fois qu'il est possible, contrôlés d'après le livret de famille.

Le terme **fécondité** est employé lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).

Source et disponibilité des données

Depuis la Révolution Française, un cadre législatif régit l'enregistrement des naissances, mariages, décès, de même que les autres faits relatifs à l'état des personnes (divorces, reconnaissances, légitimations, adoptions). C'est sur cette base que s'est élaboré le recueil de données pour l'établissement des statistiques de l'état civil.

Tout événement relatif à l'état civil doit faire l'objet d'un acte dressé sur un registre spécial, selon des normes précises, par une personne en charge des fonctions d'officier de l'état civil. Chaque commune a un service de l'état civil. Le maire est officier de l'état civil de droit, mais peut déléguer ses fonctions à un adjoint, un conseiller municipal ou un agent communal. Tous les événements qui ont lieu dans la commune doivent être enregistrés.

Les statistiques d'état civil sur les naissances et les décès sont issues d'une exploitation des informations transmises par les mairies à l'Insee.

Les données sur les naissances sont mises à disposition annuellement et sont disponibles à l'échelon communal sur le site Internet de l'Insee et à l'échelon régional et départemental dans la base de données SCORE-Santé (http://www.score-sante.org).

Exemples d'indicateurs

- Taux brut de natalité
  Nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année (moyenne des populations aux deux 1er janvier successifs).
  Il s'agit d'un indicateur global, portant sur l'ensemble de la population et qui dépend de ce fait en partie de la structure par âge de la population. Il permet de mesurer la contribution des naissances à la croissance de la population.
- Taux de fécondité générale
  Nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans durant une année donnée.
  Le taux de fécondité générale est une mesure plus complexe que le taux brut de natalité, car il relie de plus près les naissances à la tranche d'âge des femmes exposées à l'évènement naissance (c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 49 ans). Les distorsions qui pourraient se produire en raison des différences de répartition par âge et par sexe dans l'ensemble d'une population sont alors éliminées.
- Indice conjoncturel de fécondité
  Somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée.

Nombre d'enfants qu'aurait une femme âgée de 15 ans tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés jusqu'à la fin de sa vie féconde.

Points de vigilance

- Pour des raisons statistiques, il faut être prudent lors de l'analyse de données relatives à la natalité et la fécondité. Par exemple, lorsqu'un taux brut de natalité est calculé sur une population d'effectif faible, il suffit de quelques naissances en plus ou en moins pour entraîner une importante modification des taux annuels. Dans ce cas, il est recommandé de travailler sur des regroupements d'années et ainsi calculer un taux brut moyen annuel de natalité.

- Jusqu'en 1997, seuls les événements déclarés et enregistrés dans les communes de la France métropolitaine étaient pris en compte dans l'exploitation statistique des fichiers d'état civil. Depuis 1998, l'exploitation statistique concerne également les événements déclarés et enregistrés dans les départements d'outre-mer (Dom), pour l'ensemble des résultats par département et région.

A1- Situation démographique
A1.3- Évolution de la population, mouvements naturel et migratoire de la population

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

La population se modifie, d'une année à l'autre, par les mouvements de la population (mouvement naturel et mouvement migratoire, indicateurs présentés ci-dessous).

Sources et disponibilité des données

L'ensemble des naissances et des décès, permettant de calculer le mouvement naturel sur un territoire, sont répertoriés dans les statistiques de l'état civil[29] ; données disponibles sur le site Internet de l'Insee, à l'échelon communal, et de SCORE-Santé.

Les résultats du recensement de la population[30], disponible sur le site Internet de l'Insee, permettent de calculer les mouvements migratoires, après déduction du mouvement naturel.

Exemples d'indicateurs

- Solde naturel
  Différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période (généralement une année).
  En général, le nombre de naissances est supérieur à celui des décès, on parle alors d'accroissement naturel. Lorsque le nombre de décès est supérieur à celui des naissances, on parle d'accroissement négatif.
- Solde migratoire
  Différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours d'une période (généralement une année).
  Cet indicateur permet de caractériser un territoire en termes d'attractivité.
- Accroissement total de la population
  L'accroissement total (ou variation totale) de population est la variation de l'effectif d'une population au cours de l'année, qu'il s'agisse d'une augmentation ou d'une diminution. C'est la somme de l'accroissement naturel, du solde migratoire, et parfois d'un ajustement destiné à rétablir la cohérence entre les différentes sources statistiques.
  Cet indicateur permet de caractériser le dynamisme démographique d'un territoire.

Points de vigilance

Le recensement de la population a fait l'objet d'une rénovation en 2004 qui s'est accompagnée de changements dans la méthode de collecte et également dans les définitions de certains concepts (contours de la population statistiques, âge de la personne, activité et emploi...) dans un souci d'adaptation du recensement aux réalités économiques et sociales actuelles et pour prendre en compte les recommandations internationales.

Il est donc important, avant toute utilisation des données du recensement, de se référer aux fiches-conseils pour l'utilisation des résultats du recensement, mises à disposition sur le site Internet de l'Insee.

[29] Pour plus de détail sur les statistiques de l'état civil et leurs disponibilités, se référer à la page 61.
[30] Cette source de données est présentée de façon détaillée p. 59.

A2- Situation sociale
A2.1- Structure familiale des ménages

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

La composition des ménages et des familles évolue, reflétant la transformation des comportements.

Un ménage, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.

Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple marié ou non, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale). Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage. Un ménage peut comprendre zéro, une ou plusieurs familles.

Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant).

Source et disponibilité des données

Le recensement de la population[31] recueille de nombreuses informations sur la structure familiale des ménages. Ces données sont disponibles sur le site Internet de l'Insee.

Exemples d'indicateurs

- Part des familles monoparentales ayant des enfants âgés de 0 à 24 ans dans l'ensemble des familles ayant des enfants dans cette classe d'âge
  Nombre de familles monoparentales ayant des enfants âgés de 0 à 24 ans rapporté à l'ensemble des familles ayant des enfants de 0 à 24 ans.
- Nombre moyen de personnes par ménage
  Nombre de personnes qui vivent dans des ménages rapporté au nombre total de ménages.

Points de vigilance

Le recensement de la population a fait l'objet d'une rénovation en 2004 qui s'est accompagnée de changements dans la méthode de collecte et également dans les définitions de certains concepts (contours de la population statistiques, âge de la personne, activité et emploi...) dans un souci d'adaptation du recensement aux réalités économiques et sociales actuelles et pour prendre en compte les recommandations internationales.

Il est donc important, avant toute utilisation des données du recensement, de se référer aux fiches-conseils pour l'utilisation des résultats du recensement, mises à disposition sur le site Internet de l'Insee.

[31] Cette source de données est présentée de façon détaillée p. 59.

A2- Situation sociale
A2.2- Niveau de formation

Définition et source de données disponible

Le niveau de formation d'une population peut être décrit par l'analyse des données statistiques issues du recensement de la population.

Les résultats du recensement de la population, disponible sur le site Internet de l'Insee, permettent d'obtenir à différents échelons géographiques, dont la commune, des données sur :

- la population scolarisée selon le sexe et l'âge,
- la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe et le diplôme le plus élevé obtenu.

Au recensement de la population[32], la population non scolarisée comprend les personnes non inscrites dans un établissement d'enseignement et est scolarisé tout individu inscrit, au moment de la collecte du recensement, dans un établissement d'enseignement (y compris apprentissage) pour l'année scolaire en cours.

Exemples d'indicateurs

- Proportion de jeunes non diplômés
  Nombre de personnes de 20-29 ans sorties du système scolaire pas ou peu diplômées rapporté au nombre de personnes âgées de 20 à 29 ans.
  Les personnes pas ou peu diplômés correspondent aux jeunes qui n'ont pas de diplôme ou qui ont uniquement le CEP (certificat d'études primaires).
- Proportion de la population scolarisée pour un groupe d'âge donné
  Nombre d'individus de ce groupe d'âge qui sont scolarisés rapporté au nombre total d'individus de ce groupe d'âge.

Points de vigilance

- Le recensement de la population a fait l'objet d'une rénovation en 2004 qui s'est accompagnée de changements dans la méthode de collecte et également dans les définitions de certains concepts (contours de la population statistiques, âge de la personne, activité et emploi...) dans un souci d'adaptation du recensement aux réalités économiques et sociales actuelles et pour prendre en compte les recommandations internationales.

  Il est donc important, avant toute utilisation des données du recensement, de se référer aux fiches-conseils pour l'utilisation des résultats du recensement, mises à disposition sur le site Internet de l'Insee.
- Le niveau de diplôme est fortement dépendant de l'âge des individus, les pratiques en matière de formation ayant évolué au fur et à mesure des générations. Ainsi, dans les générations récentes, la proportion de diplômés du supérieur est largement supérieure à celle de leurs aînés.

[32] Cette source de données est présentée de façon détaillée p. 59.

Définition et sources de données disponibles

Définition

L'étude des revenus fiscaux permet de comparer des niveaux de revenu entre plusieurs territoires ou d'analyser des inégalités de revenus au sein d'une zone géographique.

Le revenu fiscal (ou revenu déclaré) correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus, avant tout abattement et déduction. Il ne correspond pas au revenu disponible. Le revenu fiscal comprend ainsi les revenus d'activités salariées, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), les revenus d'activités non salariées, certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RMI et autres prestations sociales).

Sources et disponibilité des données

Les données sur les revenus sont issues des déclarations d'impôt sur les revenus des personnes physiques à la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Deux sources de données sont exploitées, d'une part, les statistiques des impôts et revenus des foyers fiscaux (IRPP) portant sur les foyers fiscaux (un foyer fiscal correspond à une déclaration fiscale) et d'autre part sur les statistiques des revenus fiscaux des ménages portant sur les ménages fiscaux (un ménage est reconstitué par regroupement des foyers fiscaux répertoriés dans un même logement).

La DGFiP diffuse sur son site Internet (http://www.impots.gouv.fr, rubrique Documentation / Statistiques) des données statistiques (par exemple nombre de foyers imposables ou non imposables) portant sur l'ensemble des foyers fiscaux taxés (une déclaration n°2042 compte pour un foyer fiscal) à l'échelle régionale, départementale et communale.

Les revenus fiscaux localisés des ménages (RFL), source issue de l'exploitation conjointe de trois sources fiscales (fichiers exhaustifs des déclarations de revenus des personnes physiques, de la taxe d'habitation et du fichier d'imposition des personnes physiques fournis à l'Insee par la Direction générale des impôts) permet à l'Insee de produire des statistiques sur les revenus fiscaux localisés des ménages à l'échelle communale, supra communale et infracommunale pour la France hexagonale et deux départements de l'outre-mer : la Réunion et la Martinique. De nombreux indicateurs usuels d'analyse de la distribution des revenus (nombres, quartiles, déciles, moyenne, médiane…) et d'indicateurs de structure de ces revenus (part des salaires, pensions, retraites, rentes dans le revenu fiscal…) sont ainsi disponibles sur le site Internet de l'Insee.

Exemples d'indicateurs

- Revenu moyen annuel par foyer fiscal (en euros)
  Revenus imposables annuels de l'ensemble des foyers fiscaux sur une année rapporté au nombre total de foyers fiscaux.
- Proportion de foyers fiscaux non imposables (en %)
  Nombre de foyers fiscaux non imposables rapporté à l'ensemble des foyers fiscaux.
  Il s'agit des foyers dont le revenu déclaré aux services fiscaux, après abattements, n'est pas soumis à l'impôt sur le revenu.
- Rapport inter-déciles du revenu fiscal par unité de consommation (UC)
  Le rapport inter-déciles du revenu fiscal par UC établit le rapport entre les revenus par UC les plus élevés et les revenus par UC les plus faibles, en ôtant de chaque côté les 10 % de personnes aux revenus les plus extrêmes.

Cet indicateur mesure la disparité relative entre les plus hauts et les plus bas revenus fiscaux, sans être déformé par les revenus les plus extrêmes. Il permet donc d'étudier les inégalités de revenus par UC au sein d'une zone, mais aussi entre les zones.

- Impôt moyen des foyers fiscaux sur une année (en euros)
  Impôt total de l'année rapporté au nombre de foyers fiscaux de la même année.

Points de vigilance

- Les statistiques sur l'IRPP sont soumises aux règles du secret statistique dès lors que le niveau géographie étudié a moins de 11 foyers fiscaux ou qu'un contribuable représente, à lui seul, 80 % de l'impôt déclaré. Les indicateurs des niveaux géographiques résultant d'une agrégation de plusieurs niveaux dont au moins l'un d'entre eux est soumis au secret ne sont pas diffusés.
- Il faut être prudent lors de l'analyse des statistiques sur les revenus fiscaux localisés des ménages. Les comparaisons temporelles des données peuvent poser problème en raison de révisions éventuelles tant géographiques et légales.
  Il est donc préférable avant utilisation de ces données de se référer aux notes méthodologiques mises à disposition des utilisateurs sur le site Internet de l'Insee.
- Dans le cadre d'analyses comparatives entre plusieurs zones ou d'analyse des inégalités de revenus entre les ménages au sein d'une zone, il est préconisé d'utiliser le revenu fiscal exprimé par unité de consommation qui présente l'avantage de prendre en compte les diverses compositions des ménages et donc les économies d'échelle liées à la vie en groupe.
- L'analyse des données sur les revenus fiscaux ne permet pas d'approcher l'ensemble des ressources des personnes, elles n'intègrent pas les revenus du capital (intérêts, dividendes, plus-values).
- L'interprétation des données sur les revenus fiscaux est difficile dans les communes où il y a une forte proportion de travailleurs frontaliers : les revenus déclarés peuvent être égaux à 0 lorsque les deux adultes d'un ménage sont salariés à l'étranger.
- La proportion de foyers fiscaux non imposables n'a aucune signification sur le plan de la précarité dans certains territoires frontaliers. En effet, dans certains pays (Grand Duché de Luxembourg, par exemple), les salaires sont versés après déduction des impôts. Ces personnes ne seront pas imposées une seconde fois sur leur revenu en France.

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Le champ de la pauvreté peut être caractérisé par l'analyse :

- de la pauvreté monétaire,
- des minima sociaux,
- de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

La pauvreté monétaire met en évidence une insuffisance de revenu. Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur à un montant donné, dit « seuil de pauvreté ». L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou le Canada) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie.

Les minima sociaux sont des prestations sociales versées sous conditions de ressources et visant à assurer un revenu minimum à une personne ou à sa famille. Jusqu'en mai 2009, il existait en France dix minima sociaux : neuf applicables sur l'ensemble du territoire et un spécifique aux départements d'outre-mer. En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride », assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour des travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur jusqu'au 1er janvier 2011 au plus tard.

La CMU complémentaire (CMU-C), accordée sous condition de ressources, permet la prise en charge des frais non couverts par l'Assurance maladie et qui sont à la charge de l'assuré.

Sources et disponibilité des données

Pauvreté :
L'Insee publie, à partir de deux sources de données statistiques transmises chaque année par la DGI (fichier des déclarations de revenus -déclaration n°2042, et fichier des redevables de la taxe d'habitation), des indicateurs de pauvreté (taux de pauvreté et intensité de la pauvreté), à l'échelon du département.

Minima sociaux :
Les données sur les allocataires de minima sociaux sont issues des fichiers administratifs des organismes payeurs (notamment la Cnaf et la CCMSA).

Pour les allocations versées par la Caf des données sont disponibles sur le site de :

- la Cnaf[33] : données téléchargeables (fichier Excel) présentant, pour la dernière année disponible, par département et pour toutes les communes comprenant au moins 100 allocataires (soit 92 % de la population allocataire des Caf) des tableaux contenant des données sur :
  - les personnes couvertes par les aides distribuées par les Caf (RSA, AAH, API, RMI, RSO),
  - la structure familiale des allocataires,
  - le nombre d'allocataires selon les principales prestations,
  - la précarité des allocataires à travers les différentes prestations qu'ils perçoivent.

[33] Les données concernant les allocations versées par la Caf sont disponibles sur le site http://www.caf.fr

- Sur le site de l'Insee des données sont également disponibles à un échelon infracommunal concernant les prestations légales versées par la Caf, pour les quartiers Iris des communes de plus de 10 000 habitants, et pour les zones urbaines sensibles (Zus) de la métropole et de la Réunion et les quartiers Cucs (contrats urbains de cohésion sociale) de la métropole.

Pour les allocations versées par le régime agricole (CCMSA) des données déclinées à l'échelon du département sont disponibles sur le site de la CCMSA[34].

Pour les minima sociaux versés par d'autres organismes, des demandes spécifiques de données statistiques doivent être réalisées.

CMU-C :
Les données sur les allocataires de la CMU-C sont issues des fichiers administratifs des organismes payeurs : Cnam-TS, RSI, CCMSA
Le nombre d'allocataires de la CMU-C (régime général, agricole et des professions indépendantes) est accessible sur le site internet SCORE-Santé et du Fonds-CMU[35] à l'échelon départemental.

Sur le site de l'Insee des données statistiques sur la CMU-C (régime général) sont également disponibles à un échelon infracommunal, pour les Iris des communes de plus de 10 000 habitants, et pour les Zus de la métropole et de la Réunion et les quartiers Cucs de la métropole.

Exemples d'indicateurs

- Taux de pauvreté au seuil de 60 % (en %) du revenu médian
  Nombre de personnes pauvres rapporté au nombre total d'individus.
  Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).
- Part des allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus des prestations Caf (en %)
  Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus des prestations Caf, rapporté à l'ensemble des allocataires.
- Taux d'allocataires du RSA (en %)
  Nombre d'allocataires du RSA, rapporté à l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans.
- Taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire sur une année (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) (en %)
  Nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire, rapporté à l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans.

Points de vigilance

- Pour les données statistiques issues de la Cnaf, pour des raisons de confidentialité des données individuelles, les variables ne peuvent être diffusées que sur des zones d'au moins 100 allocataires. Les décomptes portant sur des catégories d'allocataires conduisant à des effectifs de moins de 5 allocataires sont également non diffusables.

- Les allocataires des Caf sont les personnes qui perçoivent au moins une allocation en regard de leur situation monétaire et familiale. Compter des allocataires signifie compter des foyers constitués de personnes seules ou de familles. Les autres membres de la famille de l'allocataire (conjoint, enfants et autres personnes à charge au sens des prestations familiales) sont appelés les ayants droit. L'ensemble formé par les allocataires et leurs ayants droit représente les personnes couvertes.

[34] Les données concernant les allocations versées par la CCMSA sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1120156495483/S1120236405701/S1120236405716
[35] Les données concernant la CMU-C sont accessibles à partir de ce lien : http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?ld=3&style=&col=&cat=45&PHPSESSID=449731bc6b333114f6b4d20eff1b9973

- Les bénéficiaires de la protection sociale sont les personnes protégées, c'est-à-dire les personnes qui, à quelque titre que ce soit, ont droit aux prestations des régimes d'assurance maladie, obligatoire ou complémentaire. Le bénéficiaire peut être assuré ou ayant droit. En ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire, l'assuré social est la personne affiliée de façon obligatoire à un régime de Sécurité sociale de par son activité professionnelle. L'ayant droit est une personne qui peut bénéficier des prestations sociales du fait de ses liens avec l'assuré (conjoint s'il ne travaille pas, enfant de moins de 16 ans, concubin...).

A3- Tissu productif et emploi
A3.1- Tissu productif

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

L'analyse du tissu productif sur un territoire peut être dépeinte par l'étude de la démographie des entreprises et des établissements. Elle observe les mouvements affectant les populations d'entreprises et d'établissements et également leur renouvellement, par le biais des créations et des disparitions, et les principaux événements au cours de leur existence (transfert, reprise, développement).

La démographie des entreprises et des établissements concerne ceux ayant une activité marchande non agricole.

Source et disponibilité des données

Ces données sont issues du répertoire des entreprises et des établissements (REE – Sirene, Système informatique pour le répertoire des entreprises et de leurs établissements), dont la gestion a été confiée à l'Insee.

Sur le site internet de l'Insee, des fichiers sont disponibles sur les stocks d'entreprises et d'établissements en activité au 1er janvier et les créations d'entreprises et d'établissements enregistrées au cours de l'année. Ces fichiers offrent de l'information sur l'activité, la localisation géographique (jusqu'à la commune d'implantation du siège de l'entreprise ou de l'établissement), la taille des unités et la catégorie juridique.

Exemples d'indicateurs

- Nombre d'établissements par secteur d'activité sur un territoire une année donnée
  Nombre d'établissements présents sur un territoire répartis par secteur d'activité (selon la nomenclature d'activités française – NAF) au 1er janvier.
- Taux de créations d'établissements (en %)
  Nombre de créations d'établissements d'une année rapporté au nombre d'établissements au 1er janvier de l'année.

Points de vigilance

- Depuis le 1er janvier 2007, la notion de création d'établissement, en cohérence avec la notion de création d'entreprise qui s'appuie sur un concept harmonisé au niveau européen pour faciliter les comparaisons, correspond à la mise en œuvre de nouveaux moyens de production. Les créations d'entreprises correspondent aux nouvelles immatriculations dans le répertoire Sirene, qui enregistrent un début d'activité relevant de l'un des cas suivants :
  - Création de nouveaux moyens de production ;
  - Cas où l'entrepreneur redémarre une activité après une interruption de moins d'un an, mais avec un changement d'activité ;
  - Reprise par une entreprise nouvelle des activités d'une autre entreprise s'il n'y a pas continuité entre la situation du cédant et celle du repreneur, en termes d'activité et de localisation.

- La forte augmentation de créations d'établissements observée entre 2008 et 2009 est principalement due au nouveau régime d'auto-entrepreneur, créé par la loi de modernisation de l'économie (LME) d'août 2008. Il s'applique depuis le 1er janvier 2009 aux personnes physiques qui créent ou possèdent déjà une entreprise individuelle pour exercer une activité commerciale, artisanale ou libérale (hormis certaines activités), à titre principal ou complémentaire.

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

L'emploi au sein d'un territoire peut être analysé à partir des résultats du recensement de la population et des données de la DADS (Déclaration annuelle des données sociales).

Le recensement de la population permet entre autres de connaître les caractéristiques sociodémographiques de la population active occupée, le secteur d'activité d'embauche, le métier occupé, la nature du contrat de travail.

Les personnes employées au sens du recensement de la population sont celles ayant déclaré avoir un emploi dans le formulaire du recensement. Cet emploi est comptabilisé soit dans la commune de lieu de travail, soit dans la commune de résidence.

La population active ayant un emploi au sens du recensement de la population comprend les personnes qui déclarent :

- exercer une profession (salariée ou non) même à temps partiel ;
- aider un membre de la famille dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprenti, stagiaire rémunéré ;
- être étudiant ou retraité, mais occupant un emploi.

La DADS est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés à l'exception des agents des organismes de l'État, titulaires ou non, des services domestiques et des activités extraterritoriales. En revanche, sont comprises les collectivités territoriales et la fonction publique hospitalière, introduites de manière exhaustive depuis 1992. Sont inclus également les établissements publics à caractère industriel et commercial de l'agriculture et de la sylviculture, des services domestiques, et des services de l'État. Le champ des DADS recouvre donc l'essentiel des secteurs privé et semi-public. Il représente en moyenne 80 % des emplois salariés.
Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement, un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés. Pour chaque salarié les informations suivantes sont déclarées : la nature de l'emploi et la qualification, les dates de début et de fin de période de paie, le nombre d'heures salariées, la condition d'emploi (temps complet, temps partiel), le montant des rémunérations versées...

Sources de données disponibles

Les données sur l'emploi issues des résultats du recensement de la population[36], mené par l'Insee, sont disponibles sur le site Internet de l'Insee à différents niveaux géographiques, dont la commune. À noter que ces données sont absentes à l'échelon infracommunal, car, au recensement, seule la commune du lieu de travail est enregistrée.

L'Insee est destinataire officiel de la DADS, qui lui est transmise dans le but d'élaborer des statistiques sur l'emploi et les salaires. Les données des DADS sont téléchargeables sur le site Internet de l'Insee et permettent d'obtenir des indicateurs à l'échelon départemental (département de travail et département de résidence).

[36] Pour plus de détail sur le recensement de la population et la mise à disposition des résultats, se référer à la page 59 du document.

Exemples d'indicateurs

- **Proportion d'ouvriers dans la population en emploi au recensement de la population (en %)**
  Nombre d'ouvriers rapporté à la population totale en emploi.
  La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, dite PCS, est utilisée dans le recensement de la population (PCS 2003). Elle classe la population selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession exercée pour les retraités), de la position hiérarchique et du statut (salarié ou non). Elle comporte trois niveaux d'agrégation emboîtés :
  - Les groupes socioprofessionnels (8 postes) ;
  - Les catégories socioprofessionnelles (24 et 42 postes) ;
  - Les professions (486 postes).
- **Taux d'emploi des travailleurs âgés de 55 à 64 ans au recensement de la population (en %)**
  Nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans en emploi rapporté au nombre total de personnes âgées des mêmes âges.
- **Proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans en emplois précaires au recensement de la population (en %)**
  Nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans en emplois précaires rapporté au nombre total de personnes des mêmes âges en emploi, quel que soit le type de contrat ou d'emploi.
  Sous le terme emplois précaires (ou formes particulières d'emploi) sont regroupés les statuts d'emploi qui ne sont pas des contrats à durée indéterminée. Ce sont l'intérim, les contrats à durée déterminée, l'apprentissage et les contrats aidés.
- **Salaire brut horaire moyen**
  Le salaire horaire brut est obtenu en divisant la rémunération annuelle brute totale rapporté au nombre total d'heures rémunérées dans l'année.

Points de vigilance

- Le recensement de la population a fait l'objet d'une rénovation en 2004 qui s'est accompagnée de changements dans la méthode de collecte et également dans les définitions de certains concepts (contours de la population statistiques, âge de la personne, activité et emploi...) dans un souci d'adaptation du recensement aux réalités économiques et sociales actuelles et pour prendre en compte les recommandations internationales.

  Il est donc important, avant toute utilisation des données du recensement, de se référer aux fiches-conseils pour l'utilisation des résultats du recensement, mises à disposition sur le site Internet de l'Insee.
- La notion d'emploi au recensement est différente de celle de l'emploi au sens du BIT qui concerne toutes les personnes ayant travaillé pendant une durée quelconque, ne serait-ce qu'une heure, au cours d'une semaine donnée (appelée semaine de référence).

  La notion d'emploi au sens du recensement est plutôt restrictive par rapport à celle au sens du BIT. Certaines personnes peuvent, en effet, ne pas considérer que des emplois occasionnels méritent déclaration au recensement. Néanmoins, certaines activités, principalement bénévoles, peuvent être déclarées au recensement de la population.

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Le chômage peut être abordé par l'analyse de trois sources de données différentes :

- Les statistiques du marché du travail de Pôle emploi,
- Taux de chômage localisé de l'Insee,
- Taux de chômage au sens du recensement de la population.

Les statistiques du marché du travail de Pôle emploi permettent d'obtenir des données sur le nombre et les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, ancienneté d'inscription, niveau de formation...) des personnes à la recherche d'un emploi inscrites à Pôle emploi.

Les taux de chômage localisés sont estimés à partir d'une méthodologie combinant les données de l'enquête emploi de l'Insee - représentatives uniquement au niveau national - et les demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) catégorie A (anciennement catégories 1,2 et 3, hors activité réduite) de Pôle emploi qui permettent de disposer d'une clef de répartition locale des demandeurs d'emploi.

Le taux de chômage au sens du recensement de la population est la proportion du nombre de chômeurs au sens du recensement dans la population active au sens du recensement. Cet indicateur a pour avantage d'être décliné à des échelons géographiques fins, telle que la zone d'emploi.

Sources et disponibilité des données

Les données sur les demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) sont produites par Pôle emploi. Des données statistiques sur les DEFM sont disponibles sur le site Internet de l'Insee[37] à différents échelons géographiques, dont la commune. Ces données étant soumises au respect des règles sur le secret statistique, il faut utiliser ces chiffres avec précaution lors de la constitution de zonage personnalisé.

L'Insee publie sur son site internet le taux de chômage localisé trimestriel à l'échelon de la région, du département et de la zone d'emploi.

Le taux de chômage au sens du recensement peut être calculé à partir des résultats du recensement de la population, disponibles sur le site de l'Insee.
Cet indicateur est également disponible sur le site SCORE-Santé, par sexe et grande tranche d'âge à l'échelon de la région et du département.

Exemples d'indicateurs

- Nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois au 31 décembre
  En règle générale, les catégories Pôle emploi utilisées pour cet indicateur sont les catégories A, B et C. Elles regroupent les demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi (catégorie A), ou ayant exercé une activité réduite courte (c'est-à-dire 78 heures ou moins au cours du mois – catégorie B) ou ayant exercé une activité réduite longue (c'est-à-dire de plus de 78 heures au cours du mois – catégorie C).
- Taux de chômage localisé par département (en %)
  La méthode d'estimation des taux de chômage localisés repose sur l'estimation d'une part du chômage départemental (numérateur) et, d'autre part, de la population active occupée départementale (composante du dénominateur).
  Le chômage départemental est obtenu par ventilation du chômage (France métropolitaine) à l'aide de la structure géographique observée dans les DEFM à chaque trimestre. Chaque série départementale ainsi obtenue est ensuite corrigée des variations saisonnières. La population

[37] Les données statistiques sur les DEFM sont disponibles sur le site Internet de l'Insee (Rubrique Bases de données / Données locales / Chiffres-clés sur un territoire), à partir du lien suivant :
http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm

active occupée départementale s'appuie quant à elle sur les estimations d'emploi au lieu de travail par département au 31 décembre de chaque année. Ces dernières sont trimestrialisées à l'aide des évolutions trimestrielles de l'emploi observées à partir des déclarations effectuées auprès aux Urssaf. Enfin, l'emploi trimestriel au lieu de travail ainsi obtenu pour chaque département est converti au lieu de résidence par application d'une matrice « lieu de résidence - lieu de travail » issue du recensement de la population de 1999.
Le taux de chômage localisé est finalement calculé en rapportant le nombre de chômeurs à la population active (somme du nombre de chômeurs et des actifs occupés) ainsi estimée.

- Taux de chômage des 15-24 ans au recensement de la population
  Nombre de personnes de 15 à 24 ans au chômage rapporté au nombre total d'actifs (actifs ayant un emploi + chômeurs) des 15 à 24 ans.
  Il s'agit de données déclaratives, issues du recensement de la population.

Points de vigilance

- Les statistiques du marché du travail de Pôle emploi ne permettent d'approcher que les personnes qui s'inscrivent en tant que demandeur d'emploi à Pôle emploi.
- La définition du chômage au sens du recensement diffère de celles du Bureau international du travail (BIT) et du Pôle emploi. Les données ne peuvent donc pas être comparées.
- Les taux de chômage localisés sont des indicateurs statistiques dont l'estimation fait l'objet de révisions régulières, au moins une fois par an, pour tenir compte des derniers résultats d'enquête et des sources les plus récentes. Les séries sont alors recalculées en remontant sur plusieurs années. Ceci est vrai à tout niveau géographique : national, régional, départemental et zone d'emploi.
- Le taux de chômage des jeunes ne correspond pas au pourcentage d'une classe d'âges au chômage, mais porte uniquement sur une population active réduite, dans la mesure où elle ne prend pas en compte les jeunes scolarisés.

A4- Santé et Environnement physique

Définitions et sources de données disponibles

Différentes bases de données présentées ci-dessous peuvent être consultées. Elles sont de qualité variable.

Qualité de l'eau

L'eau du robinet est un des produits les mieux surveillés. Parmi les contrôles de qualité, la recherche de germes microbiens, de nitrates et de pesticides sont des indicateurs-clés de la qualité de l'eau. Les bases de données sont renseignées par unité de distribution d'eau (base Sise-eaux). Elles sont disponibles dans les Agences régionales de santé puis transmises au Ministère en charge de la santé.

Qualité de l'air

- Associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (Asqaa)

Une surveillance de la qualité de l'air est organisée dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Elle porte en priorité sur des polluants réglementés : dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, oxydes d'azote, ozone, particules, monoxyde de carbone, benzène, plomb, arsenic, cadmium, nickel et hydrocarbures aromatiques polycycliques. En fonction des besoins, des études ponctuelles peuvent être menées sur d'autres polluants. Il existe aussi des mesures spécifiquement destinées au suivi des pollutions atmosphériques de fond, situées en zones rurales. Cette surveillance porte sur le suivi des concentrations de fond en ozone, dioxydes d'azote, polluants organiques et métaux lourds ainsi que sur la composition chimique des eaux de pluie.

- Radon

Les campagnes de mesures du radon conduites depuis 1982 par l'Institut de Protection et de Sûreté Nucléaire (IPSN), devenu IRSN en 2002, ont permis d'estimer le niveau moyen annuel de radon dans l'habitat en France métropolitaine. Les concentrations élevées sont retrouvées dans les zones riches en roches granitiques ou certaines roches volcaniques.
Le seuil de risque a été défini à une concentration moyenne en radon supérieure à 100 Bq/m^3. Dans les 31 départements identifiés à risque, des mesures sont obligatoires dans les établissements d'enseignement, les établissements sanitaires et sociaux, les établissements thermaux et les établissements pénitentiaires. Les résultats de ces mesures sont destinés à alimenter la base de données Appliradon, dont la saisie est gérée par les ingénieurs sanitaires des Agences régionales de santé.

- Évaluations d'impact sanitaire

La démarche d'évaluation d'impact sanitaire (EIS) réalisée à partir de données locales (sanitaires et de qualité de l'air) est un outil d'aide à la décision dans les politiques de prévention des risques liés à la pollution atmosphérique. Recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est utilisée au niveau européen et s'inscrit dans la logique des différents plans initiés par la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie pour éclairer les choix de gestion de qualité de l'air au niveau locorégional.
Elle permet un calcul du nombre de cas attribuables à la pollution atmosphérique à l'échelle d'une agglomération. Les résultats doivent être interprétés comme des ordres de grandeur de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé de la population. Les rapports sont en général disponibles sur le site de l'InVS.

Habitat

La qualité du logement est liée à l'ancienneté de l'habitat (présence de peinture au plomb, vétusté des installations, problèmes d'isolation, précarité énergétique des habitants…).

- Logement indigne :

L'habitat indigne recouvre toute situation d'habitation portant atteinte à la santé et à la dignité des personnes ou au droit au logement (logements insalubres, habitats avec accessibilité au plomb, immeubles menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, habitats précaires). Ce type d'habitat est souvent celui des ménages les plus démunis. Le nombre réel de logements indignes n'est pas connu, mais un

nombre de logements considérés comme « potentiellement » indignes peut être appréhendé au travers des données du fichier Filocom (Fichier des logements par communes) du Ministère de l'Équipement.

- Maladies à déclaration obligatoire :

Les intoxications au monoxyde de carbone (CO) et le saturnisme (intoxication au plomb) sont des maladies à déclaration obligatoire. Leur signalement est transmis à l'ARS puis à l'Institut de veille sanitaire.

Bruit des transports

Le bruit est la première source de nuisance exprimée par les Français par rapport à l'environnement. La première exposition est celle liée aux transports, qui augmente avec le degré d'urbanisation.

Les points noirs liés au bruit ainsi que le nombre de logements exposés sont répertoriés par le Certu (Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques). Un point noir est une zone bâtie où les populations sont fortement exposées au bruit. Elles correspondent à des zones sur lesquelles une route ou une voie ferrée provoque, en façade des bâtiments existants, des niveaux sonores supérieurs de jour à 70 décibels acoustiques (db(a)) et de nuit à 65 db(a)).

Certaines agglomérations ont mis en place des observatoires du bruit avec des cartographies des mesures d'exposition des populations.

En matière de bruit des transports aériens, à partir des prévisions de développement des aérodromes sont définies des zones diversement exposées au bruit où les constructions sont interdites ou autorisées moyennant des mesures d'isolation acoustique. Ce sont des plans d'exposition au bruit établis par le préfet[38].

Sites et sols pollués

Tous les sites et sols pollués appelant une action des pouvoirs publics, qu'elle soit à visée préventive ou curative, sont recensés par les Préfectures et les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal). Ces inventaires alimentent une base de données appelée Basol, actualisée en continu. L'objectif de Basol est de dresser un tableau de bord des actions de l'administration dans la gestion des sols pollués, rendant disponibles les informations sur les différentes opérations menées par l'administration et les responsables de sites pour éviter tout risque sanitaire et toute nuisance. Cette base gérée par le Ministère en charge de l'environnement est consultable en ligne[39].

Depuis 2005, les sites n'appelant plus d'actions de la part des pouvoirs publics sont transférés dans une autre base dénommée Basias (Base des anciens sites industriels et activités de service). Cette dernière recense l'ensemble des sites qui ont hébergé par le passé des activités pouvant être à l'origine d'une pollution des sols.

Risques naturels et technologiques

Une commune est classée à risque naturel majeur lorsqu'elle est exposée à au moins un des risques tels que : inondations, avalanches, tornades, séismes, feux de forêt…
Les risques technologiques majeurs se rapportent aux installations pouvant présenter des dangers pour la santé, la sécurité, la salubrité publique, l'agriculture et l'environnement en général (industries classiques ou nucléaires, barrages hydroélectriques, transports de matières dangereuses).
En cas de risque, les communes doivent disposer d'un plan de prévention des risques approuvé.
Les informations sont collectées par le Ministère en charge de l'environnement[40].

Autres sources

Données sur l'environnement assemblées par le service de l'Observation et des Statistiques (SOeS) du Commissariat général au développement durable (CGDD) :
http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/
Données régionales Eider (Ifen) :
http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/index.php?id=89

[38] Source : direction de l'aviation civile
[39] http://basol.environnement.gouv.fr/
[40] http://www.prim.net/

Exemples d'indicateurs

Qualité de l'eau

- Proportion de la population desservie par une eau conforme pour les paramètres microbiologiques
- Proportion de population desservie par une eau conforme en permanence vis-à-vis des pesticides

Qualité de l'air

- Nombre de jours de dépassement des valeurs seuils pour les particules fines dans l'année
- Nombre de jours de dépassement des valeurs seuils pour l'ozone dans l'année

Pour les agglomérations ayant fait l'objet d'une évaluation d'impact sanitaire

- Nombre d'hospitalisations cardiovasculaires et respiratoires, et de décès attribuables à la pollution atmosphérique par agglomération
- Nombre de décès pouvant être évités par une réduction de la pollution atmosphérique de 25 % sur une année

Habitat

- Ancienneté des résidences principales
- Nombre de logements potentiellement indignes

Bruit des transports

- Nombre de logements exposés à un point noir lié au bruit

Risques naturels et technologiques

- Existence d'un classement de la ou des communes « à risque naturel majeur » et type de risque concerné
- Existence d'un classement de la ou des communes « à risque technologique majeur » et type de risque concerné

Existence de plans

- Existence d'un agenda 21 local
- Existence d'un plan climat énergie territorial

Points de vigilance

- Pour obtenir des indicateurs dans ce domaine en dehors des bases disponibles en routine, une première étape consiste à se renseigner auprès des ingénieurs santé environnement des Agences régionales de santé afin de vérifier la disponibilité et la qualité des données.

- Pour des milieux ou des thèmes spécifiques, on peut contacter les Asqaa, les observatoires du bruit (inventaire des points noirs liés au bruit), les chargés de mission des Dreal… Une articulation avec les diagnostics d'autres documents de référence doit être recherchée (Plan territorial climat énergie, Plan de déplacement urbain, Programme local de l'habitat, Contrat de plan État-Région, Plan régional santé environnement…).

- Actuellement, les sources d'information existantes sur l'habitat indigne sont très peu nombreuses et trop imparfaites. C'est dans ce contexte qu'une méthodologie de repérage du Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI) a été développée, s'appuyant sur Filocom. La base Filocom, bâtie par la Direction générale des impôts, comporte deux variables qui permettent d'appréhender la qualité d'un logement : la catégorie cadastrale et les revenus du ménage. Ces données sont à prendre avec précaution dans la mesure où elles souffrent de nombreuses limites : lenteur des

mises à jour du cadastre, contrôle variable d'une commune à l'autre d'où une hétérogénéité entre les services dans l'actualisation du classement cadastral, exclusion des logements du parc public, difficulté à distinguer population estudiantine-population des jeunes ménages en situation de pauvreté. Toute comparaison doit donc être maniée avec prudence et confrontée avec la connaissance de terrain des experts locaux.

- Pour ce qui concerne les intoxications au monoxyde de carbone et le saturnisme, on rappelle que le système de maladies à déclaration obligatoire n'est pas exhaustif (sous-déclaration importante).

B1- Offre de soins
B1.1- Offre de soins libérale

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Les professionnels de santé libéraux constituent un maillage étroit d'offre de soins sur les territoires. Professionnels au plus proches de la population, il est souhaitable de prendre en compte l'offre de premier recours, c'est-à-dire les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens d'officine ainsi que les médecins spécialistes. D'autres professionnels de santé (sages-femmes, orthophonistes, pédicures, orthoptistes…) peuvent également être pris en compte.

Sources et disponibilité des données

Actuellement, l'offre de soins libérale peut être analysée à partir de deux sources principales : le fichier Système national inter régime (Snir) élaboré par l'Assurance maladie et le répertoire Automatisation des listes (Adeli) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Le Snir est un système d'information mis en place par les Caisses nationales d'Assurance maladie. Il permet de recueillir et d'agréger au niveau national, l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'Assurance maladie. Les statistiques de dénombrement des professions de santé établies grâce au Snir retiennent tous les praticiens qui ont eu une activité libérale, aussi faible soit elle, donnant lieu à perception d'honoraires.
Pour obtenir ces données, une demande spécifique doit être déposée auprès de la caisse d'Assurance maladie de la région étudiée.

Le fichier Adeli recense les professionnels de santé médicaux et paramédicaux tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de l'ARS de leur département d'exercice. Les données portent à la fois sur les libéraux et les salariés et incluent les remplaçants. Les médecins libéraux dénombrés par la Drees sont ceux qui déclarent avoir une activité libérale comme activité principale. Il s'agit des médecins libéraux exclusifs ou avec exercice mixte.

Pour les professions à ordre (médecins, pharmaciens…), le répertoire Adeli sera dans les prochaines années remplacé par le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) géré par les ordres des professions de santé. Ce répertoire, créé par le Ministère en charge de la santé, les ordres professionnels, le Service de santé des armées, l'Assurance maladie et l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'informations partagés de santé), a pour but de rassembler et de partager des informations concernant l'ensemble des professionnels de santé au sein d'un répertoire unique de référence.

En complément des fichiers Snir et Adeli, l'utilisation des pages jaunes peut être citée afin de recenser l'offre de soins libérale existante. Dans le cadre d'un travail infracommunal sur l'accès aux soins, cette dernière source peut être utilisée, car elle constitue en général la première source d'information de la population.

Exemples d'indicateurs

- **Nombre de professionnels (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes…) par commune**
  Cet indicateur permettra de localiser géographiquement les professionnels de santé libéraux.
- **Densité des professionnels (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes…) par commune**
  Nombre de médecins généralistes du territoire rapporté à la population du territoire considéré.

- **Proportion de professionnels (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes…) âgés de 55 ans ou plus**
  Nombre de médecins généralistes âgés de 55 ans ou plus rapporté au nombre total de médecins généralistes.
  Cet indicateur permettra de repérer les territoires qui pourraient voir leur nombre de médecins généralistes diminuer dans les prochaines années.
- **Temps d'accès aux pharmacies**
  Temps d'accès moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins une officine.

Points de vigilance

- Deux sources (Snir et Adeli) sont principalement utilisées pour produire des données statistiques sur la démographie des professions de santé. Les champs couverts, la définition des spécialités et les méthodes d'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé varient d'une source à l'autre. Il est donc fortement recommandé de se reporter au descriptif de chacune des sources de données et de ne pas procéder à des comparaisons directes entre les sources.

- Certains professionnels libéraux, en particulier les infirmiers, peuvent exercer dans plusieurs cabinets et donc dans plusieurs communes. Avec l'aide du producteur de données, il est donc nécessaire de faire un choix entre deux notions : nombre de professionnels ou nombre de lieux d'exercice.

- Les médecins remplaçants ne sont généralement pas pris en compte dans le calcul des densités : ceux-ci ne peuvent en effet être attribués à un territoire spécifiquement, car leur enregistrement est lié à leur domicile personnel et non à leur lieu d'exercice.

- L'offre doit être analysée en intégrant les particularités éventuelles du territoire, comme par exemple l'activité saisonnière en zone touristique ou le caractère transfrontalier.

- Pour les médecins, l'offre et la densité peuvent être déclinées selon le secteur de conventionnement : secteur 1 (application du tarif conventionnel ou opposable sauf exigence particulière du patient hors parcours de soins pour les spécialistes) et secteur 2 (les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin : leurs dépassements d'honoraires ne sont pas considérés par l'Assurance maladie qui poursuit le remboursement sur la base d'un tarif de référence).

- Il peut être intéressant de rapporter l'offre de soins par spécialités à des populations spécifiques ayant des besoins théoriques particuliers (les infirmiers rapportés aux personnes âgées par exemple).

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Les établissements de santé constituent une structure importante de l'offre de soins. Le système hospitalier français englobe une diversité d'établissements qui relèvent soit du secteur public hospitalier soit du secteur privé hospitalier. Quel que soit le secteur, ces établissements sont répartis en hôpitaux généraux ou hôpitaux psychiatriques. À l'intérieur des hôpitaux généraux, trois types de services hospitaliers sont distingués :

- des soins de courte durée (ou court séjour) qui concernent des affections graves, pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- des soins de suite ou de réadaptation (ou moyen séjour) qui requièrent, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée (long séjour) destinés à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Sources et disponibilité des données

L'offre de soins hospitaliers peut être analysée à partir du fichier de la **statistique annuelle des établissements de santé** (SAE) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Elle produit deux types de données : une base dite « administrative » restituant les déclarations des établissements et une base dite « statistique » destinée aux études. La base administrative de la SAE est disponible en ligne[41]. Cette enquête fournit des données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé : lits entrées, journées, personnels médicaux et non médicaux qui y travaillent.

L'inventaire des établissements de santé peut également s'appuyer sur le fichier national des établissements sanitaires et sociaux[42] (Finess)**.** La Drees est responsable de ce répertoire, l'ARS et la DRJSCS en assurent la mise à jour. C'est un répertoire qui contient des renseignements sur trois types d'établissements publics et privés : les établissements sanitaires, les établissements sociaux et les établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux. Ce fichier recense des données relatives à l'établissement ainsi que des données sur ses équipements autorisés et installés (pour le social).

Exemples d'indicateurs

- **Localisation des établissements de santé**
  Cet indicateur permettra de savoir jusqu'où les habitants doivent se déplacer pour se rendre dans un établissement de santé

[41] Par internet à l'adresse suivante : www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
[42] Un serveur met à disposition une partie des informations gérées dans le répertoire à l'adresse suivante : http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp.

- **Nombre de lits et places installées en hospitalisation complète dans les différents types d'établissement**
- **Nombre de places en hospitalisation partielle dans les différents types d'établissement**
- **Taux d'équipement en hospitalisation complète dans les différents types d'établissement**
  Nombre de lits et places en hospitalisation complète rapporté au nombre total d'habitants.
- **Temps d'accès aux maternités**
  Temps d'accès moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins une maternité.

Points de vigilance

- L'enquête SAE étant basée sur du déclaratif, certaines informations ne sont pas toujours bien renseignées par les établissements.
- Les capacités d'accueil sont comptabilisées en nombre de lits pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle[43] (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Les capacités installées peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.
- Le répertoire Finess est mis à jour en continu, mais il peut y avoir un délai, parfois important, entre la date de survenue d'un événement et sa prise en compte dans le répertoire.
- Le mode de calcul des temps d'accès est basé sur le centroïde des communes. Par conséquent, les habitants d'une commune équipée d'un service se retrouvent tous à 0 minute de l'équipement.

[43] L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

B2– Offre médico-sociale
B2.1- Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Un établissement pour personnes âgées est une structure ayant pour mission d'accueillir et d'héberger des personnes âgées autonomes ou dépendantes.

Il existe plusieurs types d'établissements pour personnes âgées.

D'une part, les structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad),
- les unités de soins de longue durée (USLD).

D'autre part, des structures d'hébergement médico-social non médicalisé destinées majoritairement à l'accueil de personnes autonomes :

- les logements-foyers,
- les maisons de retraite,
- les petites unités de vie (PUV) non médicalisées.

À côté de l'hébergement permanent existent des alternatives comme les accueils de jour et les hébergements temporaires qui visent à assurer le maintien à domicile et s'inscrivent dans une politique de soutien aux aidants[44].

Sources et disponibilité des données

L'inventaire des établissements de santé peut s'appuyer sur le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)[45]. La Drees est responsable du répertoire ; l'ARS et la DRJSCS en assurent la mise à jour. C'est un répertoire qui contient des renseignements sur trois types d'établissements publics et privés : les établissements sanitaires, les établissements sociaux et les établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux. Ce fichier recense des données relatives à l'établissement ainsi que des données sur ses équipements autorisés et installés (pour le social).

Exemples d'indicateurs

- **Capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissement**
  Nombre de places installées par catégorie d'établissement (logement-foyer, maison de retraite, Ehpad, USLD, accueil de jour, hébergement temporaire).
- **Taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dépendantes**
  Nombre total de places installées en Ehpad et en USLD rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus, multiplié par 1 000.

[44] Pour plus de précisions sur les structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées, vous pouvez vous référer aux ouvrages suivants :

- Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la dépendance, CNSA, 2009.
- Jacqueline Perrin-Haynes, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées -Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007, série statistiques, document de travail, Drees, n° 142 – février 2010.

[45] Un serveur met à disposition une partie des informations gérées dans le répertoire à l'adresse suivante : http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp

Points de vigilance

Depuis 2001, dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissement est apparue : les Ehpad. Progressivement, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des conventions tripartites avec leur conseil général et l'Assurance maladie, devenant ainsi des Ehpad. Un Ehpad peut être issu d'une USLD, d'une maison de retraite et également, mais plus rarement, d'un logement-foyer.

Ainsi, suite à cette réforme, il est actuellement difficile de constituer des séries chronologiques concernant les équipements pour personnes âgées, aussi bien en termes de données brutes que de taux d'équipement, à cause des ruptures dans les séries. Les anciennes catégories (maison de retraite, logement-foyer, soins de longue durée) sont en effet progressivement abandonnées, la majorité de ces équipements ayant été transformées en Ehpad.

B2- Offre médico-sociale
B2.2- Établissements pour personnes handicapées

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Les établissements médico-sociaux (EMS) pour enfants et adolescents handicapés sont organisés par type de déficience. Il existe des :

- instituts médico-éducatifs (IME) pour enfants déficients intellectuels ;
- instituts thérapeutiques, éducatifs et scolaires (ITEP), ex-instituts de rééducation (IR), accueillant des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement ;
- instituts d'éducation motrice (IEM) : établissements accueillant des enfants présentant des déficiences motrices ;
- instituts d'éducation sensorielle (IES) : établissements accueillant des enfants déficients visuels ou auditifs ;
- instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés (IPEAP).

Il existe également des centres d'accueil familial spécialisé (CAFS) pour des enfants présentant diverses déficiences.

Les établissements pour adultes handicapés sont les :

- foyers de vie (ou foyers d'accueil spécialisé) : accueillent des personnes handicapées qui présentent un handicap important les rendant inaptes à l'exercice d'une activité professionnelle, mais qui disposent d'une certaine autonomie leur permettant d'accomplir les actes simples de la vie quotidienne ;
- services d'accueil de jour : services assurant dans la journée un accueil de personnes handicapées et proposant des activités de loisirs, du soutien social et des soins ;
- foyers d'accueil médicalisés (FAM) : accueillent des adultes lourdement handicapés nécessitant une surveillance médicale importante ;
- maisons d'accueil spécialisées (MAS) : accueillent des personnes lourdement handicapées nécessitant une aide permanente pour les actes essentiels de la vie quotidienne, d'une surveillance médicale et de soins constants[46].

Sources et disponibilité des données

L'inventaire des établissements de santé peut s'appuyer sur le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)[47]. La Drees est responsable du répertoire ; l'ARS et la DRJSCS en assurent la mise à jour. C'est un répertoire qui contient des renseignements sur trois types d'établissements publics et privés : les établissements sanitaires, les établissements sociaux et les établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux. Ce fichier recense des données relatives à l'établissement ainsi que des données sur ses équipements autorisés et installés (pour le social).

Exemples d'indicateurs

- Capacités d'accueil des EMS pour enfants et adolescents
  Nombre de places installées pour enfants et adolescents handicapés, pour chaque catégorie d'EMS.
- Taux d'équipement en EMS pour enfants et adolescents handicapés
  Nombre total de places installées en EMS rapporté à la population âgée de moins de 20 ans, multiplié par 1 000.

[46] Pour plus de précisions sur les établissements pour personnes handicapées, vous pouvez vous référer à l'ouvrage suivant : Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la dépendance, CNSA, 2009.
[47] Un serveur met à disposition une partie des informations gérées dans le répertoire à l'adresse suivante : http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp.

- **Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements**
  Nombre de places installées en établissements pour adultes handicapés, pour chaque catégorie d'établissements rapporté à la population âgée de 20 à 59 ans, multiplié par 1 000.

B2- Offre médico-sociale
B2.3- Structures spécialisées dans les addictions

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Plusieurs structures sont spécialisées dans la prise en charge, le suivi et la prévention des addictions. Trois dispositifs concourent principalement à la prise en charge des usagers :

- le dispositif de soins spécialisés en addictologie (établissements médico-sociaux : CSAPA, consultations jeunes consommateurs);
- le dispositif de soins généralistes (hôpitaux et médecins généralistes);
- le dispositif de réduction des risques.

Les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** sont la réunion des CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) sous une même dénomination d'addictologie. Chaque CSAPA assure la prise en charge et la réduction des risques soit pour toutes les addictions, soit de façon plus spécialisée pour l'alcool, ou pour les drogues illicites. Lorsqu'une spécialisation est retenue par un CSAPA, celui-ci doit cependant prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients (polyconsommation fréquente), y compris le tabac, soit directement (de préférence), soit en lien avec une autre structure. Les CSAPA ont plusieurs missions : l'accueil (qu'il s'agisse du patient ou d'un membre de son entourage), l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative et la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

Les **consultations jeunes consommateurs** sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psycho-actives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

Le dispositif de réduction des risques fait partie intégrante des politiques de santé publique dans le domaine des addictions depuis 2004. Des **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD)** ont vu le jour à partir de 2005, apportant ainsi un cadre juridique aux équipes de terrain. Les missions des CAARUD sont l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections (en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection), l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers et le développement d'actions de médiation sociale.

Sources et disponibilité des données

Les structures spécialisées dans les addictions sont répertoriées sur le site de la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT)[48]. Ce site propose une recherche par repérage géographique, domaine d'activité (alcoologie, toxicomanie…) ou par secteur d'activité (soins, prévention, réduction des risques…).

[48] Ces informations sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles-

Exemples d'indicateurs

- Localisation des structures d'accueil spécialisées dans les addictions

- Taux de recours aux CSAPA pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans
  Nombre de personnes venues consulter un CSAPA rapporté à la population âgée de 20 à 70 ans du territoire considéré, multiplié par 1 000.

Points de vigilance

Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Jusqu'ici, les CSAPA n'avaient pu se mettre en place faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que ces centres soient financés par l'Assurance maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité. Ces centres offrent un statut réglementaire commun pour les CCAA et les CSST.

C1- Mortalité

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

L'étude de la mortalité permet de mesurer l'occurrence des décès dans une population donnée. Différentes notions peuvent être étudiées (mortalité générale, mortalité par cause, mortalité prématurée, mortalité prématurée évitable...) pour appréhender l'état de santé d'une population.

La mortalité par cause

Les causes médicales de décès sont établies à partir de la cause principale du décès constatée par le médecin sur le certificat de décès et envoyées à l'Inserm avec les données sociodémographiques en provenance de l'Insee. Elles sont ensuite classées selon la Classification internationale des maladies (CIM 9 de 1968 à 1999, CIM 10 à partir de 2000) et ventilées par âge et sexe.

La mortalité prématurée

La mortalité prématurée étudie les décès survenus avant l'âge de 65 ans.

La mortalité prématurée évitable

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables ». Ce sont des décès dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau.
Les travaux européens classent les décès « évitables » en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une modification des comportements de la population, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladie hypertensive.

Sources et disponibilité des données

Les statistiques annuelles, concernant les décès domiciliés, sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil[49], établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les décès. Elles portent sur les événements survenus en France pour toutes les communes de métropole et les départements d'outre-mer. Les d'état civil ne mentionnent pas les causes de décès.

Les décès domiciliés (c'est-à-dire au lieu de domicile du défunt) par commune sont disponibles sur le site Internet de l'Insee.

Le système d'information des causes médicales des décès est géré par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Sur le site Internet du CépiDc[50], des données détaillées sur l'ensemble des causes de décès observées en France sont disponibles à différents échelons géographiques (France, région, département ou grande ville). Les données détaillées à l'échelle de la commune peuvent être demandées au du CépiDc et à l'ORS de sa région.

[49] Pour plus de détail sur cette source de données et la disponibilité des données, se référer à la page 61 du document.
[50] Les données sur les causes médicales de décès sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

Exemples d'indicateurs

- Taux brut de mortalité
  Nombre de décès enregistrés dans la population rapporté à l'effectif de la population soumise au risque pour une période donnée.
  Cet indicateur est généralement exprimé pour 1 000 personnes.
- Taux de mortalité infantile
  Nombre d'enfants décédés avant un an rapporté à l'ensemble des nés vivants pour une période donnée.
  Cet indicateur est généralement exprimé pour 1 000 naissances vivantes.
- Taux brut de mortalité par cancer du sein
  Nombre de décès dus au cancer du sein rapporté à la population féminine pour une période donnée.
  Pour la plupart des causes de décès les taux d'incidence étant faibles, les taux de mortalité par cause sont exprimés d'ordinaire pour 100 000 personnes.
- Taux standardisé de mortalité (ou taux comparatif de mortalité) par cancer du sein
  Nombre de décès dus au cancer du sein pour 100 000 que l'on observerait dans la région (ou le département ou autre territoire d'études...) si elle avait la même structure d'âge que la population de référence.
  Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les territoires d'études.

Points de vigilance

- La codification des causes médicales de décès a été profondément modifiée à partir des décès de l'an 2000. La dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim10) a remplacé la neuvième révision (Cim9) utilisée depuis 1979[51]. Il faut donc être prudent lors d'analyses temporelles des causes de décès.

- Les données de mortalité par causes présentent des biais liés d'une part au manque de précision lors du remplissage de certains certificats médicaux de décès et d'autre part à la transmission non systématique des informations après une enquête médico-légale, entraînant une sous-estimation du nombre de suicides [52].

- Pour des raisons statistiques, il faut être prudent lors de l'analyse de données relatives à la mortalité. L'analyse de la mortalité à des échelons géographiques fins (cantons, communes par exemple) se heurte à des limites méthodologiques liées à leur taille. Pour contourner cette difficulté, l'analyse peut porter sur plusieurs années. Cependant, des taux, bien que sensiblement différents des moyennes nationale et régionale, ne sont pas statistiquement différents de ces dernières. Ainsi, il faut garder à l'esprit que dans une zone faiblement peuplée ou pour une cause de décès peu fréquente, quelques décès supplémentaires peuvent rapidement creuser l'écart avec la moyenne nationale ou régionale, sans signification statistique.

- Pour réaliser des comparaisons entre deux périodes et entre territoires différents, des indicateurs de mortalité standardisés doivent être calculés (taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct et taux de mortalité standardisé indirect).

[51] Meslé F., Vallin J. Effet de l'adoption de la Cim10 sur la continuité de la statistique des décès par cause dans le cas de la France. Ined, Population, 2008/2 , vol.63, p.383-396.
[52] Michel E. et al. La fiabilité des causes médicales de décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Santé publique, 2008, vol.20, n° 1, p.29-38.

C2- Approche de la morbidité
C2.1- Affections de longue durée

Définition et sources de données disponibles

Définition

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD 30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.). Son obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.
La loi du 13 août 2004 a modifié le dispositif des ALD. Sa mise en œuvre s'est traduite par la définition, pour tout malade entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant son parcours de soins. Ce protocole est établi par le médecin traitant, validé par le médecin-conseil de l'Assurance maladie puis signé par le patient. En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardiovasculaires, infection par le VIH, diabète, troubles graves de la santé mentale…) est couverte par le champ des ALD.

Sources et disponibilité des données

Les données sur les ALD sont produites par les trois régimes d'Assurance maladie : la Cnam-TS, la CCMSA et le RSI.

Des données par ALD sont disponibles sur Internet :

- La base de données SCORE-Santé (http://www.score-sante.org) présente pour les trois régimes (régime général (Cnam-TS), régime des professions indépendantes (RSI) et régime agricole (CCMSA)) et pour chaque affection de longue durée (ALD 30) le nombre de nouveaux cas ou incidence (flux), par grande tranche d'âge et par sexe à l'échelon de la région.
- Les bases de données Eco-Santé (http://www.ecosante.fr), développées par l'Irdes, présentent des données sur les ALD à l'échelon géographique des régions et des départements.
  Pour chaque affection de longue durée (ALD 30) sont présentés pour le régime général le nombre de nouveaux cas ou incidence (flux) et le nombre de cas ou prévalence (stock), par tranche d'âge quinquennale et par sexe dans Eco-Santé France et pour les tranches d'âge suivantes dans Eco-Santé Régions et Départements : moins de 15 ans, 15-44 ans, 45-74 ans, 75 ans et plus.

Pour obtenir des données à l'échelon infradépartemental, une demande spécifique doit être faite aux trois régimes d'Assurance maladie. Ces données peuvent également être demandées à l'échelle des codes postaux à l'ORS de sa région.

Exemples d'indicateurs

- Nombre d'admissions en ALD pour cancer du sein
  Nombre annuel d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein, pour le régime général, le régime social des indépendants et le régime agricole.
- Taux comparatif d'admissions en ALD pour cancer du sein
  Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) d'admission en ALD est défini comme le taux que l'on observerait dans un territoire donné (canton, région entière...) si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (par exemple la population de la France hexagonale).
  Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

Points de vigilance

- Les ALD ne représentent pas la véritable incidence des pathologies, mais plutôt une incidence médicosociale. Les admissions ne sont pas liées aux seuls facteurs médicaux, elles peuvent également dépendre de la couverture complémentaire des assurés, de leurs comportements ou de celui de leur médecin traitant, ainsi que des avis des médecins-conseils ou des évolutions de la réglementation. Ainsi, si tous les bénéficiaires des ALD sont malades, toutes les personnes atteintes d'une pathologie faisant partie de la liste des ALD ne bénéficient pas nécessairement de ce dispositif.
- Suite au Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections de longue durée, la liste des ALD a été modifiée. Ainsi, une nouvelle série de données a été créée à partir de l'année 2005.
- À un échelon géographique fin et pour une meilleure fiabilité statistique, les données relatives aux ALD sont généralement calculées sur une période de plusieurs années. De ce fait, les données présentées en effectif sont des nombres moyens annuels.
- Par ailleurs, une autre difficulté lors du calcul de ces taux est l'accès à des données fiables sur les effectifs de bénéficiaires. Si le numérateur porte sur des données issues des trois principaux régimes de l'Assurance Maladie (le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants), il est possible de retenir comme dénominateur la population totale au recensement de la population. Cette population ne correspond pas exactement à la population protégée[53], mais est satisfaisante dans le cas où les données obtenues concernent les trois régimes.
- Dans certains territoires, une forte proportion de la population est couverte par des régimes particuliers. C'est, par exemple, le cas des anciennes régions minières pour lesquelles il est nécessaire d'inclure les admissions en ALD couvertes par les CARMI (Caisse régionale minière).

[53] De Roquefeuil L., Studer A., Neumann A., Merlière Y. L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites. Pratiques et Organisation des Soins, vol.40, n°3, juillet-septembre 2009, p.213-223.

C2- Approche de la morbidité
C2.2- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – Données hospitalières

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ». À cette fin ils doivent *« mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge »* : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Source Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Selon le Code de la santé Publique, le PMSI a pour principal objectif d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.
Dans le champ couvert par le PMSI, un recueil d'informations administratives (âge, sexe, lieu de domicile du patient…) et médicales (diagnostics, actes médicaux réalisés…) est réalisé pour chaque séjour hospitalier réalisé dans les services sanitaires des établissements de santé publics et privés.

Sources et disponibilité des données

PMSI Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)
Établissement hospitalier
Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumé(s) d'unité médicale (RUM), selon le fait que le malade a fréquenté une ou plusieurs unités médicales pendant son séjour. Chaque RUM contient un nombre limité de rubriques qui doivent être systématiquement renseignées avec des informations d'ordre administratif et médical. Une classification des RSS en groupes homogènes de malades (GHM) est ensuite réalisée selon la durée de séjour, les diagnostics principaux et le type d'actes. Cette classification évolue chaque année (ex. : à partir du 01/03/2011, version 11C en vigueur).

La transmission des données du PMSI à la tutelle à des fins d'analyses statistiques et de tarification à l'activité s'effectue au moyen du résumé de sortie anonyme (RSA) produit de façon automatisée à partir d'un fichier de RSS groupés. Les RSA contiennent des éléments caractérisant le séjour et le numéro d'identification de l'établissement (numéro Finess), le sexe du patient et son âge à l'entrée dans l'établissement de soins, les mois et année de sortie, la durée du séjour, le code géographique de résidence du patient, les modes d'entrée et de sortie (domicile, transfert/mutation, décès), le diagnostic principal de l'hospitalisation, les diagnostics associés ainsi que les actes réalisés.

Les nomenclatures utilisées pour coder les RUM sont :

- pour le codage des diagnostics, la Classification internationale des maladies (CIM10) avec ses extensions françaises propres au PMSI, définies par l'Atih ;
- pour le codage des actes, la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Chaînage des séjours
Une procédure de chaînage des séjours permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même patient, quels que soient l'établissement, public ou privé, et le champ (MCO, HAD, SSR, PSY). L'anonymisation est réalisée à l'aide de la procédure « Foin » (Fonction d'occultation des informations nominatives), sur la base du numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe du patient.
Grâce au chaînage des séjours, qui permet d'attribuer à une même personne tous les séjours hospitaliers qui la concernent, les données du PMSI peuvent contribuer à l'estimation de la prévalence et de l'incidence de certaines maladies ayant donné lieu à un séjour hospitalier.

L'utilisation des données du PMSI chaînées nécessite néanmoins que le chaînage issu de la procédure Foin soit de bonne qualité. Or, certaines anomalies de production du numéro de patient anonyme peuvent conduire à un mauvais chaînage : erreurs de saisie (longueur ou structure du numéro d'assuré social non valide), absence de certains renseignements administratifs lors de l'enregistrement (inexistence du numéro d'assuré social pour les patients étrangers, affiliés à un régime d'assurance privée comme les frontaliers, ou encore en situation de clandestinité) ou absence de saisie (entrée en urgence avec sortie précoce le soir ou le week-end).
Au-delà des aspects épidémiologiques, le PMSI renseigne également sur les niveaux de recours et sur les trajectoires d'hospitalisation soit de manière globale (ex. : lieux d'hospitalisation des habitants d'un territoire donné) soit en lien avec une pathologie ou un groupe de population (les enfants par exemple).

Disponibilité des données
Les données du PMSI sont transmises par les établissements, après validation des données par les tutelles (ARS), à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Pour les analyses statistiques et études épidémiologiques à partir des données du PMSI, les bases régionales du PMSI peuvent être demandées auprès de chaque ARS et les bases nationales auprès de l'Atih. Selon les régions des indicateurs issus du PMSI peuvent être demandés aux ORS.

Concernant le code géographique de résidence du patient, il s'agit dans la majeure partie des cas du code postal. Pour certains codes postaux qui couvrent une population faible (moins de 1 000 habitants), un regroupement de codes postaux est réalisé et un nouveau code est créé. Les communes avec plusieurs codes postaux sont également regroupées sous un même code[54].

Exemples d'indicateurs

À partir de l'exemple de l'insuffisance cardiaque :

- Nombre d'hospitalisations en MCO pour insuffisance cardiaque
  Nombre de séjours hospitaliers en MCO en lien avec une insuffisance cardiaque (codes diagnostic principal, relié ou associé correspondant aux codes Cim de l'insuffisance cardiaque).
- Nombre de personnes hospitalisées en MCO pour insuffisance cardiaque
  Nombre de patients hospitalisés au moins une fois pour un motif en lien avec une insuffisance cardiaque (codes diagnostic principal, reliés ou associés correspondant aux codes Cim de l'insuffisance cardiaque). Nécessite de recourir aux données chainées.
- Taux d'hospitalisations en MCO avec insuffisance cardiaque
  Nombre de séjours hospitaliers en MCO en lien avec une insuffisance cardiaque (codes diagnostic principal, relié ou associé correspondant aux codes Cim de l'insuffisance cardiaque), rapporté à l'effectif de la population de la même période.
  Ce taux peut être brut ou standardisé et est habituellement exprimé pour 100 000 personnes.
- Taux de patients hospitalisés en MCO avec insuffisance cardiaque
  Nombre de patients hospitalisés au moins une fois pour un motif en lien avec une insuffisance cardiaque (codes diagnostic principal, relié ou associé correspondant aux codes Cim de l'insuffisance cardiaque), rapporté à l'effectif de la population de la même période.
  Ce taux peut être brut ou standardisé et est habituellement exprimé pour 100 000 personnes

Points de vigilance principaux

- La qualité du codage. Le codage peut varier d'un établissement à l'autre surtout pour ce qui concerne les variables non obligatoires et les diagnostics associés ou reliés.
- Le taux d'exhaustivité et le taux de chaînage de la base PMSI - MCO, bien que très élevés aujourd'hui.
- Le PMSI - MCO est mis en place de façon systématique dans les établissements de santé depuis une vingtaine d'années. Ces bases sont en général de bonne qualité pour procéder à des

[54] Source : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100002FF

analyses statistiques et à certaines études épidémiologiques. Le PMSI est un outil d'information médicale riche et complexe. Il décrit l'ensemble des prises en charge hospitalières avec l'hétérogénéité de la pratique médicale qui pourrait exister entre praticiens et entre les établissements. Ainsi pour chaque problématique étudiée, il est nécessaire de définir une méthodologie d'analyse et ses limites, particulièrement concernant la qualité du chaînage des données et l'algorithme de sélection des séjours qui peut varier selon la classification des GHM en vigueur chaque année.

- Les modalités de codage varient parfois fortement dans le temps. Par exemple à partir de la version 11 du guide méthodologique de l'Atih, le diagnostic principal est défini comme le motif d'admission en hospitalisation et non comme le diagnostic ayant mobilisé le plus de soins.
- Les autres champs sanitaires concernés par le PMSI (PMSI en SSR, RIM-P en Psychiatrie) ne sont pas encore soumis à la tarification à l'activité (T2A), sauf le PMSI en HAD. En général, la T2A contraint les établissements à améliorer fortement la qualité et l'exhaustivité des informations recueillies. Ainsi les résultats issus de l'exploitation de ces systèmes d'information sont encore à interpréter avec beaucoup de prudence.

C2 – Approche de la morbidité
C2.3- Les médicaments traceurs

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Les données de remboursements de l'Assurance maladie collectées de façon continue et informatisée permettent d'évaluer l'incidence ou la prévalence pharmacologique de certaines pathologies et de construire des indicateurs reflétant les pratiques de prescription.

À titre d'exemple, les traitements médicamenteux suivants peuvent être étudiés :

- traitement contre la maladie d'Alzheimer,
- traitements psychotropes (avec sous-catégories anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques…),
- traitement anti-asthmatique,
- traitement antidiabétique,
- traitement antihypertenseur.

Pour chaque type de traitement étudié, il est nécessaire de définir précisément les classes thérapeutiques (classification ATC) à prendre en compte.

Sources et disponibilité des données

Les données sur les médicaments traceurs sont issues des bases de remboursements des régimes d'assurance maladie. Elles peuvent être disponibles sur demande auprès du régime général (Cnam-Ts), du régime agricole (CCMSA) et du régime social des indépendants (RSI).

Ces données sont potentiellement disponibles à l'échelon communal. Certaines caisses codent cependant dans leurs bases non pas la commune de domicile, mais le code postal de la commune, sachant qu'un code postal peut correspondre à un regroupement de communes. Par ailleurs, il est théoriquement possible d'extraire des données à l'échelon infracommunal (Iris par exemple). Ceci nécessite cependant un travail préalable de géocodage à partir des adresses postales, travail qui n'est en général pas réalisé en routine et qui nécessite un très important investissement en moyens humains.

Selon les régions certaines de ces données peuvent être demandées aux ORS.

Exemples d'indicateurs

- Nombre d'assurés diabétiques traités
  Nombre d'assurés ayant eu au moins trois remboursements d'insuline ou d'antidiabétiques oraux au cours de l'année.
- Taux standardisé d'assurés sous traitement antidiabétique
  Le taux standardisé d'assurés ayant eu au moins trois remboursements d'insuline ou d'antidiabétiques oraux est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence.

Points de vigilance

- Les bases de remboursements de l'Assurance maladie ne renseignent pas sur les motifs de prescription, ni sur l'observance des traitements prescrits ou sur l'automédication et n'incluent pas les prestations non présentées au remboursement.

- Par ailleurs, une autre difficulté lors de calcul de taux est l'accès à des données fiables sur les effectifs de bénéficiaires.

    - **Si le numérateur porte sur des données issues des trois principaux régimes** (régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants), il est possible de retenir comme dénominateur la population totale au recensement de la population. Cette population ne correspond pas exactement à la population protégée[55], mais est satisfaisante dans le cas où les données obtenues concernent les trois régimes.

    - **Si le numérateur porte uniquement sur des données issues des bases de remboursements du régime général *stricto sensu* de l'Assurance maladie,** il est possible de recourir à la base régionale des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Depuis 2003, le nombre d'assurés du régime général est obtenu à partir du Répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'Assurance maladie (RNIAM). Il est redressé par calage sur les données de population issues de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) depuis 2004.

      Une étude réalisée conjointement par l'Inserm, l'ORS PACA et l'Urcam PACA[56], met en évidence qu'il est préférable pour le calcul d'indicateurs à différentes échelles territoriales, de ne retenir comme dénominateur que les bénéficiaires « effectifs » (Indicateur RNIAM – code E) qui correspondent aux bénéficiaires dont la situation administrative vis-à-vis de l'Assurance maladie est régularisée et gérée par le régime général stricto sensu de l'Assurance maladie. À noter, que les changements à venir au niveau de la mise à jour de la modalité RNIAM permettra de connaître la date à laquelle les bénéficiaires sont entrés dans ou ont quitté le régime, et ainsi d'avoir des éléments plus précis qui permettront d'affiner la sélection des bénéficiaires et d'améliorer la méthode de construction d'indicateurs.

[55] L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites. Pratiques et Organisation des Soins, vol. 40, n°3, juillet-septembre 2009, p.213-223

[56] Jardin M. et al. Impact de l'estimation de la population affiliée à l'assurance-maladie sur le calcul de la prévalence pharmacologique du diabète à l'échelle régionale et territoriale. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 57, 2009, p.159 – 167

C3 – Personnes âgées et perte d'autonomie

Définition et sources de données disponibles

Définitions

En dehors d'enquêtes nationales en population générale qui ne permettent pas d'obtenir des informations à un échelon local (infradépartemental), les informations sur la prévalence des situations de perte d'autonomie chez les personnes âgées reposent essentiellement sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Mise en place en 2002, l'APA est versée par les conseils généraux aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme en situation de perte d'autonomie d'après la grille AGGIR, qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) est un outil qui permet de repérer les incapacités à réaliser les actes de la vie courante et les problèmes de cohérence et d'orientation. Elle est destinée à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, selon des « groupes iso-ressources » qui rassemblent des individus ayant des niveaux proches de besoins. On distingue 6 groupes iso-ressources ou GIR, les GIR 1 à 4 donnent accès à l'APA. Les personnes qui relèvent des GIR 5 et 6, peuvent éventuellement bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Ce groupe concerne également les personnes en fin de vie ;
- Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
    - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
    - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
- Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :
    - celles n'assumant pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage,
    - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais qui ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Toutes les personnes qui relèvent des GIR 1 à 4 et qui remplissent les conditions d'âge, de résidence sont éligibles à l'APA. Le montant de l'aide dépendra cependant des ressources dont disposent les personnes.

Sources et disponibilité des données

L'APA est une prestation gérée par les conseils généraux. Les données sur ces prestations sont à demander aux services de chaque département, le niveau de détail disponible (localisation géographique, âge, sexe, GIR) peut varier selon les départements.

Les conseils généraux sont tenus par la loi de transmettre à la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, du ministère en charge de la santé) des données agrégées permettant de suivre l'évolution du dispositif. Deux enquêtes de la DREES collectent ces informations :

- une enquête trimestrielle, qui fournit une estimation des résultats nationaux quatre fois par an ;
- une enquête annuelle, qui permet de disposer de données définitives sur tous les départements au 31 décembre de chaque année.

Ces données sont accessibles sur le site et dans les publications de la DREES.

Exemples d'indicateurs

- Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile
  Nombre de personnes bénéficiaires de l'APA à domicile rapporté à la population résidente de la même tranche d'âge.
  Ce taux peut être calculé parmi la population de 60 ans et plus (âge d'éligibilité à l'APA) ou plus classiquement parmi les personnes âgées de 75 ans, la très grande majorité des bénéficiaires étant âgée de plus de 75 ans. Les taux sont habituellement exprimés pour 1 000 personnes.

- Taux de nouveaux bénéficiaires de l'APA à domicile
  Nombre de personnes nouvellement bénéficiaires de l'APA à domicile sur une année rapporté à la population résidente de la même tranche d'âge.

Points de vigilance

- Bien que toute personne satisfaisant les conditions d'âge, de résidence et de niveau de dépendance puisse bénéficier de l'APA, les bénéficiaires de l'APA ne représentent pas l'exhaustivité des personnes présentant des niveaux de perte d'autonomie relevant des GIR 1 à 4. Ce taux d'exhaustivité peut varier selon l'accessibilité des aides ou selon le niveau de ressources des personnes (pour la tranche de revenus la plus élevée, l'allocation ne couvre que 10% du plan d'aide).

- Les taux de bénéficiaires en établissements ou à domicile sont à interpréter en lien avec l'offre en établissements pour personnes âgées présente sur le territoire.

C4- Santé - travail

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Souvent sous-estimé dans les approches de santé publique, l'impact des conséquences des activités professionnelles sur la santé est pourtant à considérer, au regard d'une part des risques engendrés par ces activités, d'autre part du temps « d'exposition » passé par chaque individu au travail au cours de sa vie.

Trois grandes approches peuvent être prises en compte :

Les éléments relatifs aux expositions et aux risques
Ce sont l'ensemble des contraintes subies par les travailleurs au cours de leur activité professionnelle. Elles concernent :

- Les contraintes organisationnelles et relationnelles
- Les ambiances et les contraintes physiques
- Les expositions à des agents biologiques
- Les expositions à des agents chimiques, notamment aux produits qualifiés de cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR).

Les éléments relatifs à la sinistralité et aux pathologies d'origine professionnelle
Sont concernés :

- Les maladies professionnelles : « *maladies issues de conséquences directes de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou qui résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle* »[57].
- Les accidents de travail : « *accidents, quelle qu'en soit leur cause, survenus par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* »[1].
- Les accidents liés au risque routier (qui sont également des accidents de travail) et qui peuvent être dissociés entre accidents de trajet et accidents de mission.

Les éléments relatifs aux inaptitudes
Ces éléments concernent l'employabilité des personnes vis-à-vis des inaptitudes, que celles-ci soient partielles, totales et/ou définitives.

Sources et disponibilité des données

Au-delà d'études spécifiques régionales ou infra régionales promues par les différents acteurs du champ santé travail (Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi : Direccte ; services de santé au travail ; organismes préventeurs de branches professionnelles…), les principales sources se structurent autour des différentes approches possibles.

Les éléments relatifs aux expositions et aux risques

- L'enquête Sumer (SUrveillance MEdicale des expositions aux Risques professionnels), dont la dernière version (2009) est en cours d'exploitation en 2010-2011 a pour vocation la représentativité au niveau national. La possibilité d'exploitation des résultats au niveau régional devra être explorée à l'issue de la diffusion des premiers résultats.
- Les Maladies à caractère professionnel (MCP). Cet enregistrement repose sur l'obligation faite à tout médecin (Code de la Sécurité sociale) de signaler à l'inspection médicale régionale du travail toutes les maladies dont l'origine professionnelle est vraisemblable, mais qui n'entrent pas dans le cadre juridique strictement défini par les tableaux de réparation.

[57] Sources : Code de la Sécurité sociale.

- Les quinzaines « Maladies à caractère professionnel » (MCP). Cette enquête transversale promue par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et mise en œuvre en 2010 dans 12 régions françaises a pour objectifs principaux, au-delà de l'estimation de la prévalence et de l'incidence des MCP, la description des agents d'exposition professionnelle associés. Elle se réalise sur la base d'un recueil qui s'appuie sur la participation volontaire de médecins du travail. Des exploitations des échantillons régionaux et des comparaisons avec l'agrégation des données des régions participantes sont possibles.
- L'Observatoire évolutions et relations en santé travail (Evrest). Mis en œuvre dans 12 régions françaises en 2010, ce recueil a pour objectifs principaux la constitution d'une base de données nationale (avec possibilité de production de données régionales ou locales selon les besoins des médecins participants), à partir d'un questionnaire simple concernant un échantillon de salariés suivis dans le temps (objectif de suivi longitudinal d'une cohorte) concernant les risques psychosociaux, les horaires, la pénibilité physique, la formation, la mobilité….
- L'enquête Samotrace. Ce programme promu par l'InVS implanté actuellement dans 2 zones géographiques pilotes (incluant 2 régions et 3 départements), a pour objectif principal l'étude approfondie et la description des troubles de santé mentale et des risques psychosociaux associés à partir d'un tirage au sort aléatoire de salariés vus en consultation par des médecins du travail.
- Les données issues des rapports annuels des médecins du travail.

Les éléments relatifs à la sinistralité et aux pathologies d'origine professionnelles

- Les données issues des caisses d'assurance maladie, les données issues des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail régionales (Carsat) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA). Des approches géographiques allant jusqu'aux zones d'emploi sont possibles.
- Les données issues des Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) implantés dans les Centres hospitalo-universitaires et regroupés au sein du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).
- Les données issues des MCP ou des quinzaines MCP, d'Evrest, de l'enquête Samotrace (voir paragraphe ci-dessus concernant le descriptif plus précis de ces différentes sources).

Les éléments relatifs aux inaptitudes

- Les données issues des caisses d'assurance maladie, les données issues des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail régionales (Carsat) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA).
- Les données issues des rapports annuels des médecins du travail

Exemples d'indicateurs

Les éléments relatifs aux expositions et aux risques

- **Proportion de travailleurs exposés à une contrainte ou à un risque (en %)**
  Comme exprimé dans le paragraphe concernant les définitions, ces proportions peuvent concerner les contraintes organisationnelles ou relationnelles (travail de nuit, bénéfice de 2 jours de repos consécutifs, rythme imposé par une machine ou un produit, risque d'agression physique ou verbale…) ; les ambiances ou les contraintes physiques (travail sur écran, bruit, nuisances thermiques, contrainte posturale ou articulaire, manutention manuelle de charge …) ; les expositions à des agents biologiques ; les expositions à des agents chimiques et/ou aux produits CMR : Cancérogènes (huiles entières minérales, benzène, perchloroéthylène, amiante, poussières de bois…), Mutagènes (chrome et ses dérivés, benzène…), ou Reprotoxiques (plomb et ses dérivés…).

Les éléments relatifs à la sinistralité et aux pathologies d'origine professionnelles

Les exemples ci-dessous concernent les éléments issus des caisses d'assurance maladie quel que soit l'événement concerné (maladies professionnelles reconnues, accidents du travail ou de trajet).

- **L'indice de fréquence**
  Nombre d'événements pour 1 000 salariés.

- **L'indice de fréquence avec incapacité permanente**
  Nombre d'événements (chez les salariés du régime général) ayant occasionné une incapacité entraînant l'attribution d'une indemnité ou d'une rente pour 1 000 salariés.

- **Le taux moyen d'incapacité permanente partielle**
  Rapport (chez les salariés du régime agricole) entre la somme des taux d'incapacité permanente partielle et le nombre d'accidents graves (accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle avec attribution d'un capital ou d'une rente).

- **Le taux de gravité**
  Nombre de journées perdues relatives à l'événement pour 1 000 heures travaillées pour les salariés du régime général et correspond au nombre de jours indemnisés par million d'heures travaillées pour les salariés du régime agricole.
  Cet indicateur utilisé le plus souvent à travers une grille de lecture médico-économique peut être exploité comme un indicateur indirect de la gravité de l'événement subi par le salarié. Le fait que d'autres facteurs puissent impacter sur le niveau de cet indicateur (hétérogénéité des pratiques médicales, présence d'heures perdues sans que l'événement subi par le salarié ait des conséquences sur sa santé à long terme, etc.) en constitue sa limite. Au-delà d'analyses plus fines, et plus spécifiques, il est donc à interpréter avec prudence et en complément de l'indice de fréquence des incapacités permanentes (voir ci-dessus) pour tenter d'approcher la réalité de la gravité de l'événement.

Les éléments relatifs aux inaptitudes

- **Nombre et proportion d'inaptitudes dans l'ensemble des conclusions professionnelles des médecins du travail (en %)**
- **Nombre et proportion d'inaptitudes temporaires, d'inaptitudes au poste, d'inaptitudes à tous postes dans l'ensemble des inaptitudes déclarées par les médecins du travail (en %)**

Points de vigilance

- Concernant les données relatives aux expositions et aux risques et au-delà des éventuelles enquêtes ad hoc mises en œuvre au sein des régions, il existe très peu de données exploitables à des échelles locales ou infra régionales.

- Concernant les données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles reconnues, indépendamment du fait qu'elles ne concernent généralement que les salariés du régime général ou agricole (accès plus difficile aux données concernant les salariés des régimes maritimes, de la fonction publique, des collectivités territoriales…), il existe un phénomène de sous déclaration et/ou de sous reconnaissance lié à un ensemble de facteurs. Parmi ceux-ci, on peut citer un manque d'information aussi bien des salariés que du corps médical ; la réticence des victimes à déclarer leur accident ou leur maladie, en particulier lorsque les salariés sont en situation précaire ; la difficulté pour les médecins de faire le lien entre le travail et l'affection ; le comportement de certains employeurs qui font pression sur les salariés afin que ces derniers ne déclarent pas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ; une sous reconnaissance par les caisses en lien avec la non-prise en compte par les tableaux de maladies professionnelles. En termes de maladies professionnelles par exemple, le phénomène de sous déclaration peut être estimé : dans une fourchette variant de 99% (cancer de la vessie) à 80% (cancer du poumon) pour les principales localisations cancéreuses ; à environ 50% pour les Troubles musculo-squelettiques (TMS) autres que le syndrome du canal carpien ; a minima à plus de 80% pour les dermatoses ; considéré (pas d'estimation possible) comme élevé pour les surdités ; considéré comme très élevé pour les risques psychosociaux[58].

- Concernant les Maladies à caractère professionnel (MCP), l'obligation réglementaire faite à tout médecin de signaler une MCP ne se traduit pas dans la réalité par une pratique partagée. Un manque d'information et de sensibilisation (notamment auprès des médecins libéraux même si

[58] Rapport Diricq de la « Commission instituée par l'article L 176-2 du code de la sécurité sociale », Juillet 2008.

l'ensemble du corps médical est concerné par cette faible adhésion), un manque de motivation, voire de disponibilité et de compréhension des enjeux font probablement partie des éléments qui impactent sur le niveau de signalement.

- Concernant les données issues des rapports annuels des médecins du travail, les données ne concernent généralement que les salariés du régime général. Par ailleurs, des catégories de population sont mal cernées, voire, du fait de leur statut même, sont susceptibles d'induire des biais importants d'analyse dans le cadre d'un regard porté sur la population au travail : salariés en Contrats à durée déterminée (CDD) qui peuvent bénéficier de plusieurs visites annuelles ; intérimaires ; travailleurs à domicile et/ou télétravailleurs peu ou pas pris en compte, etc. À l'inverse et toujours dans la perspective d'un regard porté sur la population salariée (représentativité), il n'y a bien entendu pas de visites annuelles pour tous les salariés et l'adhésion des entreprises est susceptible d'être soumise à des variations importantes.

C5- Accès et recours aux soins
C5.1- Recours aux soins libéraux

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Les données de remboursements de l'Assurance maladie collectées de façon continue et informatisée permettent d'évaluer le recours aux soins libéraux lorsque ceux-ci ont fait l'objet d'un remboursement au moins partiel, par l'Assurance maladie, du ou des actes effectués.

Toutes les professions de santé, médicales ou paramédicales, qui font l'objet d'un conventionnement avec l'Assurance maladie sont concernées. Les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code de la sécurité sociale). Cette liste[59] comprend plusieurs parties dont :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), en vigueur pour les actes cliniques médicaux, et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM),
- la liste des produits et prestations (LPP) qui concerne des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques, articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques ;
- et les bases des médicaments.

Tout acte est désigné par une lettre clé (ex. : C pour les consultations de médecin généraliste, AMO : actes pratiqués par un orthophoniste,…) et un coefficient. À chaque lettre clé correspond une valeur monétaire qui détermine le tarif des soins. Le coefficient indique la valeur relative de chaque acte professionnel.

Les données sont enregistrées en type d'actes et coefficient d'actes ou somme de coefficients d'actes.

De nombreuses déclinaisons sont possibles en termes de niveau de recours (part de la population ayant eu recours au moins une fois à tel ou tel professionnel, nombre moyen de recours par habitant, taux d'actes par habitant…) ou en termes de montant (montant moyen de dépenses).

Dans le cadre des diagnostics locaux de santé, les indicateurs les plus pertinents concernent les actes de la NGAP. Ils sont habituellement la part de la population ayant eu recours au moins une fois, sur une période donnée, à tel type de professionnel ou le nombre moyen de recours par assuré.

Sources et disponibilité des données

Les données sur le recours aux soins libéraux sont issues des bases de remboursements des régimes d'assurance maladie. Elles sont disponibles sur demande auprès du régime général (Cnam-Ts), du régime agricole (CCMSA) et du régime social des indépendants (RSI).

Ces données sont potentiellement disponibles à l'échelon communal. Certaines caisses codent cependant dans leurs bases non pas la commune de domicile, mais le code postal de la commune, sachant qu'un code postal peut correspondre à un regroupement de communes. Par ailleurs, il est théoriquement possible d'extraire des données à l'échelon infracommunal (Iris par exemple). Ceci nécessite cependant un travail préalable de géocodage à partir des adresses postales, travail qui n'est en général pas réalisé en routine et qui nécessite un très important investissement en moyens humains.

Selon les régions certaines de ces données peuvent être demandées aux ORS.

---

[59] Le détail de toutes ces listes est accessible sur le site de l'Assurance maladie : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/index.php

Exemples d'indicateurs

- **Taux standardisé de consultations auprès d'un médecin généraliste parmi les assurés**

  Le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence.

- **Taux d'assurés de moins de 16 ans ayant eu recours à une consultation de médecin pédiatre dans l'année**
- **Taux d'assurés de moins de 16 ans ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral**

Points de vigilance

- Les bases de remboursements de l'Assurance maladie ne renseignent pas sur les motifs de recours et n'incluent pas les prestations non remboursables ou non présentées au remboursement.
- Ces données ne concernent que le recours aux soins libéraux. Celui-ci est à interpréter en fonction de l'accessibilité de l'offre libérale et en fonction de l'offre non libérale présente (consultations hospitalières, CMP, centres de soins infirmiers,…).
- Pour les territoires frontaliers, des particularités de recours ou de couverture sociale de la population résidente peuvent entraîner des biais d'interprétation.
- Par ailleurs, une autre difficulté lors de calcul de taux est l'accès à des données fiables sur les effectifs de bénéficiaires.
  - **Si le numérateur porte sur des données issues des trois principaux régimes** (régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants), il est possible de retenir comme dénominateur la population totale au recensement de la population. Cette population ne correspond pas exactement à la population protégée[60], mais est satisfaisante dans le cas où les données obtenues concernent les trois régimes.
  - **Si le numérateur porte uniquement sur des données issues des bases de remboursements du régime général *stricto sensu* de l'Assurance maladie,** il est possible de recourir à la base régionale des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Depuis 2003, le nombre d'assurés du régime général est obtenu à partir du Répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'Assurance maladie (RNIAM). Il est redressé par calage sur les données de population issues de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) depuis 2004.

    Une étude réalisée conjointement par l'Inserm, l'ORS PACA et l'Urcam PACA[61], met en évidence qu'il est préférable pour le calcul d'indicateurs à différentes échelles territoriales, de ne retenir comme dénominateur que les bénéficiaires « effectifs » (Indicateur RNIAM – code E) qui correspondent aux bénéficiaires dont la situation administrative vis-à-vis de l'Assurance maladie est régularisée et gérée par le régime général stricto sensu de l'Assurance maladie. À noter, que les changements à venir au niveau de la mise à jour de la modalité RNIAM permettra de connaître la date à laquelle les bénéficiaires sont entrés dans ou ont quitté le régime, et ainsi d'avoir des éléments plus précis qui permettront d'affiner la sélection des bénéficiaires et d'améliorer la méthode de construction d'indicateurs.

[60] L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites. Pratiques et Organisation des Soins, vol.40, n°3, juillet-septembre 2009, p.213-223.

[61] Jardin M. et al. Impact de l'estimation de la population affiliée à l'assurance-maladie sur le calcul de la prévalence pharmacologique du diabète à l'échelle régionale et territoriale. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 57, 2009, p.159 – 167.

C5 - Accès et recours aux soins
C5.2- Dépistages cancers

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Il est aujourd'hui possible de dépister ou de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (cancer du sein, cancer colorectal), soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient (cancer du col de l'utérus).

Le dépistage du cancer du sein, organisé par les pouvoirs publics, est généralisé sur l'ensemble du territoire depuis 2004. Il est coordonné par des structures de gestion. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui sont invitées à se faire dépister tous les deux ans, sans avance de frais.
Le dépistage du cancer de l'utérus, recommandé aux femmes âgées de 25 à 65 ans, est majoritairement individuel et repose sur l'initiative du gynécologue, du médecin traitant ou de la sage-femme. Des expériences pilotes de dépistage organisé ont été lancées dans 13 départements (Haut-Rhin, Bas-Rhin, Isère, Martinique, Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne).

Le dépistage du cancer colorectal est proposé par les pouvoirs publics aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans. Ce dispositif a été généralisé sur l'ensemble du territoire français à la fin de l'année 2008. Des structures de gestion sont chargées d'organiser ce dépistage à l'échelon départemental en lien avec les professionnels de santé concernés.

Sources et disponibilité des données

L'InVS publie des données sur le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal à l'échelon de la région et du département.

Pour obtenir des données infradépartementales concernant le dépistage des cancers du sein, de l'utérus et colorectal une demande de données doit être faite localement aux différentes structures de gestion en charge du dépistage.

Exemples d'indicateurs

- **Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans sur une période donnée (en %)**
  Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du programme (après la première invitation ou après relance) rapporté au nombre de femmes invitées.
  Attention : cet indicateur ne prend pas en compte les dépistages individuels nécessaires au calcul du taux de couverture de la population.
  Sur le site de l'InVS le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein publié par département est calculé de la manière suivante : nombre de femmes dépistées (effectif fourni par les structures de gestion, selon un questionnaire annuel standardisé) rapporté à la population cible, c'est-à-dire à l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans (données de population fournies par l'Insee). Cette méthode de calcul permet ainsi de réaliser des comparaisons entre départements.

Points de vigilance

Les comparaisons entre territoires doivent être réalisées avec prudence ; les méthodes de calcul retenues par les structures de gestion peuvent varier d'un territoire à l'autre.

C6- Santé des enfants
C6.1- Périnatalité

Définitions et sources de données disponibles

Définitions

La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Il s'agit de la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Aujourd'hui, le terme de périnatalité - littéralement " autour de la naissance " - couvre la période " avant, pendant et après la naissance " dans une acception plus large que la définition épidémiologique.

Sources et disponibilité des données

L'outil actuellement utilisé pour recueillir des informations sur les femmes enceintes et les enfants à la naissance est le premier certificat de santé (dit certificat du 8e jour – CS8) géré par les services départementaux de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux.

Chaque département transmet ses fichiers de données à la Drees. Ces bases sont ensuite validées et les statistiques sont publiées par département.

Selon le département, il est possible d'obtenir des indicateurs à un échelon plus fin.

Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet d'identifier les motifs d'hospitalisation. Dans le champ de la périnatalité, des indications sont disponibles sur les hospitalisations prénatales, le poids de naissance et la prématurité (*voir fiche C 2.2)*.

L'offre de soins et l'activité des services d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale peuvent être analysées à partir du fichier de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), (*voir fiche B 1.2)*.

Ces deux dernières sources de données peuvent être exploitées à des échelons géographiques fins. S'adresser à l'Agence régionale de santé ou à l'ORS de la région.

Exemples d'indicateurs

- Taux de prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée)
  Nombre d'enfants nés avant 37 SA (semaines d'aménorrhée) rapporté au nombre de certificats du 8e jour exploités (en %).
- Taux de petits poids de naissance (< 2 500 g)
  Nombre d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes rapporté au nombre de certificats du 8e jour exploités (en %).
- Taux d'hospitalisation prénatale
  Les taux sont en général élevés lorsque la distance à une maternité est importante.
- Nombre de mères mineures
  Cet indicateur peut être calculé à partir des données CS8 ou des fichiers d'état civil de l'Insee.
- Taux d'allaitement maternel
  La prévalence de l'allaitement maternel est faible en France et il existe de fortes disparités territoriales. La fréquence est faible dans les milieux socioculturels défavorisés. Il peut représenter un thème fédérateur pour mobiliser l'ensemble des acteurs et de la population, ce qui peut lancer une dynamique. Collecté à l'occasion du 1er certificat de santé de l'enfant, cet indicateur mesure plutôt l'intention d'allaiter.
- Nombre de césariennes pratiquées
  Cet indicateur peut être calculé à partir des données CS8 ou du fichier SAE.

Points de vigilance

Certificats de santé de l'enfant :
Certains départements ne font pas remonter l'information. Pour certains, seul un échantillon de certificats est saisi. Les calculs d'indicateurs sont effectués à partir du nombre de CS8 fournis et ce nombre peut être inférieur à celui des naissances.
Il faut donc se rapprocher du Conseil général concerné pour connaître la disponibilité des indicateurs et la possibilité d'exploitation à un échelon géographique fin.

Hospitalisations :
Le codage du PMSI est complexe et les pratiques peuvent varier selon les établissements, ce qui peut conduire à une hétérogénéité des données. *Pour plus de détails sur le PMSI, cf. fiche T 2.2.*

Définition et sources de données disponibles

Définition

La petite enfance va de la naissance à l'âge de 6 ans (âge de l'entrée obligatoire à l'école en France). Le suivi systématique des enfants constitue une des mesures préventives essentielles susceptibles de diminuer la morbidité et la mortalité dans l'enfance. Les objectifs du suivi systématique sont multiples allant du dépistage à la prévention. Il porte sur le développement somatique, psychomoteur, psychoaffectif et sur l'intégration dans la vie scolaire. Il repose sur les acteurs de la médecine libérale et sur les services de la PMI pour la petite enfance, relayés par la médecine scolaire. Des examens systématiques sont réalisés pendant cette période.

Un bilan de santé en école maternelle est réalisé en moyenne section (enfants de 3-4 ans) par le service de protection maternelle et infantile des Conseils généraux.
Un autre bilan de santé est effectué entre 5 ans et 6 ans, soit en grande section de maternelle, soit au cours préparatoire par les services de promotion de la santé en faveur des élèves des Inspections académiques. Ces deux examens médicaux complets comprennent le dépistage systématique des handicaps et des pathologies (vue, audition, troubles du langage, du comportement).

Ces éléments, quand ils sont disponibles, sont souvent les seuls à fournir des indicateurs sur l'état de santé général des enfants de cet âge (en dehors des hospitalisations et des affections de longue durée).

Sources et disponibilité des données

La saisie et l'exploitation des bilans de santé en école maternelle par les services de PMI sont réalisées dans chaque département. Selon le département, il est possible d'obtenir des indicateurs à un échelon plus fin.

Les statistiques des bilans de santé de la 6e année collectées par les services de santé scolaire sont transmises au Ministère en charge de l'Éducation nationale de manière agrégée pour l'ensemble de la région par le Rectorat. Cependant, dans de nombreuses régions, une exploitation départementale, voire locale par école est possible.

Exemples d'indicateurs

- Nombre et taux de réalisation des bilans de santé à l'âge de 3-4 ans
  Le taux de réalisation dépend de la présence de professionnels de PMI sur le territoire.
- Nombre et taux de réalisation des bilans de la 6e année
  Le taux de réalisation dépend de la présence de professionnels de santé scolaire sur le territoire.

En moyenne section de maternelle comme à l'âge de 5-6 ans :

- Prévalence des troubles du langage des enfants
- Proportion d'enfants ayant au moins deux caries non soignées
- Prévalence des anomalies de la vision dépistées
  Cet indicateur repère les anomalies non connues avant le bilan de santé.

- **Statut vaccinal par rapport aux vaccinations obligatoires** (diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche)
- **Taux de couverture par le vaccin contre l'hépatite B**
- **Taux de couverture pour la rougeole, les oreillons et la rubéole**
- **Proportion d'enfants ayant soit un asthme diagnostiqué soit des symptômes évocateurs d'asthme**
- **Prévalence du surpoids et de l'obésité**
  L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport : poids/(taille)^2 en kg/m^2[62].

Points de vigilance

Il existe de fortes disparités de recueil et d'exploitation des données des bilans de santé dans chaque département. Il est nécessaire de se rapprocher des services des Conseils généraux et des services de promotion de la santé en faveur des élèves de chaque Inspection académique pour connaître la disponibilité des indicateurs et la possibilité d'exploitation à un échelon géographique fin.

[62] Les seuils retenus pour estimer le surpoids et l'obésité correspondent aux références du Childhood Obesity Working Group de l'International Obesity Task Force (IOTF), groupe de travail sous l'égide de l'OMS.

Définition et sources de données disponibles

Définition

L'enfance (après 6 ans) et l'adolescence sont associées à des problématiques de santé spécifiques.

En dehors des hospitalisations et des affections de longue durée, et éventuellement des consommations de médicaments traceurs, les principales sources de données sont comme pour la petite enfance, les services de promotion de la santé en faveur des élèves.

Des bilans de santé sont réalisés par les infirmières, parfois en présence des médecins, pour les élèves de CM2 et ceux de 3e. Par ailleurs, les collégiens et lycéens fréquentent les infirmeries scolaires. Les infirmières scolaires utilisent le logiciel national Sagesse pour saisir l'activité de suivi des élèves et de soins infirmiers assurés en continu.

Les Projets d'Accueil Individualisé (PAI), destinés aux enfants ayant des besoins spécifiques (maladie signalée, pathologie chronique, dyslexie…), constituent également une source de données supplémentaire. C'est un protocole établi entre les parents, l'établissement scolaire et des partenaires extérieurs pour permettre l'accueil d'un enfant souffrant d'un handicap temporaire ou d'une maladie. On peut ainsi estimer le nombre d'enfants scolarisés atteints de certaines pathologies nécessitant un protocole spécifique (diabète, allergies, asthme…).

Les Inspections Académiques recueillent également des données sur les situations de handicap. Une partie des enfants porteurs de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire. Ils bénéficient d'une intégration individuelle (au sein d'une classe ordinaire) ou collective (classes spécifiquement prévues pour l'accueil des enfants handicapés ou ayant des difficultés spécifiques), ils peuvent être accompagnés d'auxiliaires de vie scolaire, et parfois bénéficier de matériel pédagogique adapté.

Des éléments sur la santé psychique des jeunes peuvent être apportés par les services de psychiatrie infanto-juvénile (enfants de moins de 16 ans).

Les données sur l'enfance en danger constituent quant à elles une source d'information sur la santé des enfants et adolescents, puisque les situations de maltraitance avérée ou risque de maltraitance retentissent très certainement sur la santé des jeunes concernés.

Sources et disponibilité des données

Pour les hospitalisations, les affections de longue durée, les consommations de médicaments traceurs, se reporter aux fiches correspondantes.

Les statistiques des bilans de santé des élèves de CM2 et de 3e, et de soins et suivis infirmiers collectées par les infirmier(ère)s scolaires sont transmises au Ministère de manière agrégée pour l'ensemble de la région par le Rectorat. De même, les données concernant les PAI, collectées par les médecins scolaires, sont regroupées à l'échelon régional puis transmises à la Drees. Les données sur les enfants porteurs de handicap sont également transmises par les Rectorats au ministère. L'ensemble de ces indicateurs peut être disponible, selon la région et le département, à un échelon géographique fin.

L'activité des services de psychiatrie infanto-juvénile peut être analysée à partir du fichier de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Un bordereau spécifique est consacré à l'activité des services de psychiatrie avec une distinction entre secteur infanto-juvénile et psychiatrie générale.

Les indicateurs sur l'enfance en danger sont recueillis par les Conseils Généraux, et centralisés par l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned). Il est nécessaire de se rapprocher des services des Conseils Généraux du département pour connaître la disponibilité des indicateurs et la possibilité d'exploitation à un échelon géographique fin.

Exemples d'indicateurs

- Nombre, taux et principaux motifs d'hospitalisations des enfants de 1 à 15 ans
  Source : PMSI
- Nombre et motifs des PAI
  Source : statistiques des médecins scolaires
- Nombre d'élèves ayant bénéficié de contraception d'urgence
  Source : statistiques des infirmières scolaires
- Nombre d'accidents survenus en milieu scolaire, connus des services de santé scolaire
  Source : statistiques des infirmières scolaires
- Nombre de tentatives de suicide connues des services de santé scolaire
  Source : statistiques des infirmières scolaires
- Nombre d'enfants handicapés scolarisés en établissement ordinaire, à temps partiel ou à temps complet
  Source : Inspection académique
- Nature des troubles des enfants handicapés scolarisés en établissement ordinaire
  Source : Inspection académique
- File active des services de psychiatrie infanto-juvénile
  Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.
  Source : SAE
- Nombre d'enfants en danger et en risque de danger
  Les enfants en danger sont victimes de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.
  Les enfants en risque de danger connaissent des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation, ou leur entretien, mais qui ne sont pas pour autant maltraités.
  Sources : Conseils Généraux, Oned.

Points de vigilance

- Comme pour les bilans de santé, les collectes et systèmes d'information sont variables d'un département à l'autre pour les données concernant la santé scolaire et l'enfance en danger. Se renseigner auprès des médecins et infirmiers conseillers techniques des Inspections académiques, et des services sociaux des Conseils Généraux.
- Dans le champ des addictions, il est fréquent de ne pas disposer de statistiques de consommation de substances psycho-actives. Dans ce cas, il est souvent utile de présenter des données issues d'enquêtes nationales ou régionales, qui fournissent des ordres de grandeur, utiles pour aborder le thème.

ABREVIATIONS

AAH	Allocation pour adulte handicapé
Adeli	Automatisation des listes
ALD	Affection de longue durée
Apa	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation parent isolé
ARS	Agence régionale de santé
Asqaa	Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Basias	Base des anciens sites industriels et activités de services
BIT	Bureau international du travail
Bq	Becquerel
Caf	Caisse d'allocations familiales
CAFS	Centre d'accueil familial spécialisé
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCPP	Centre de consultation de pathologies professionnelles
CDD	Contrat à durée déterminée
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
Certu	Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques
Cim	Classification internationale des maladies
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMR	Cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnam-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CO	Monoxyde de carbone
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Csapa	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CS8	Certificat de santé du 8e jour
CS9	Certificat de santé du 9e mois
CS24	Certificat de santé du 24e mois
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Datar	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DEFM	Demandeurs d'emploi en fin de mois
DGI	Direction générale des impôts
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGS	Direction générale de la santé
Direccte	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
Dom	Département d'outre-mer
Dreal	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIS	Évaluation d'impact sanitaire
EMS	Établissement médico-social
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPS/PS	Éducation pour la santé / Promotion de la santé

Escapad	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ERSP	Espace régional de santé publique
Evrest	Évolution et relation en santé travail
Fam	Foyer d'accueil médicalisé
Filocom	Fichier des logements par communes
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Foin	Fonction d'occultation des informations nominatives
GHM	Groupe homogène de malades
GIP-CPS	Groupement d'intérêt public – Carte de professionnel de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HBSC	Health behavior in school aged children
HID	Handicaps Incapacités Dépendance
HPST	Hôpital patients, santé et territoires (loi du 21 juillet 2009)
IEM	Institut d'éducation motrice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IOTF	International obesity task force
IPEAP	Institut pour enfants et adolescents polyhandicapés
IPSN	Institut de protection et de sûreté nucléaire (devenu IRSN en 2002)
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRPP	Impôt sur les revenus des personnes physiques
Itep	Institut thérapeutique, éducatif et scolaire
LME	Loi de modernisation de l'économie
Mas	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCP	Maladie à caractère professionnel
MSA	Mutualité sociale agricole
NIGZ	Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Oned	Observatoire national de l'enfance en danger
ORS	Observatoire régional de la santé
Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Paej	Point d'accueil écoute jeune
PAI	Projet d'accueil individualisé
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPPI	Parc privé potentiellement indigne
PRC	Pôle régional de compétence
PRE	Programme de réussite éducative
PUV	Petites unités de vie
REE	Répertoire des entreprises et des établissements
RFL	Revenus fiscaux localisés
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'Assurance maladie
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention de pathologies professionnelles
RPPS	Répertoire partagé des professions de santé
RSA	Revenu de solidarité active
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSI	Régime social des indépendants

RSO	Revenu de solidarité (dispositif spécifique aux Dom)
RSS	Résumé de sortie standardisée
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements
Samotrace	Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes Centre
SCORE-Santé	Site commun d'observation régionale en santé
SGCIV	Secrétariat général du Comité interministériel des villes
Sirene	Système informatique pour le répertoire des entreprises et des établissements
SIS	Systèmes d'information statistiques
Snir	Système national inter-régimes
Ssad	Services de soins et d'aide à domicile
Ssiad	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
T2A	Tarification à l'activité
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TS	Tentative de suicide
UC	Unité de consommation
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie (transférée vers l'ARS en 2010)
Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
Zus	Zone urbaine sensible

Ce document est téléchargeable
sur le site de la Fnors

www.fnors.org

**FÉDÉRATION NATIONALE
DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX
DE LA SANTÉ**

62 boulevard Garibaldi – 75015 Paris
Tél : 01 56 58 52 40
info@fnors.org – www.fnors.org

Mise en page : Valérie GONON - ORS Rhône-Alpes