

éléments
de préconisations

éléments de préconisations

ELEMENTS

DE PRECONISATIONS

éléments
de préconisations

ELEMENTS

PRECONISATIONS



VERS UN PROFIL **SANTÉ**
DE VILLE

Systeme local d'observation en santé

Vers un Profil Santé de Ville :
systeme local d'observation en santé

Groupe de travail : profil santé de ville
Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
2005

DETOUTR Publicité • 03 83 37 95 69 • Nancy 2005

éléments de préconisations

VERS UN PROFIL **SANTÉ** DE VILLE

Systeme local d'observation en santé

Comité de rédaction

Au sein du Réseau Français des Villes-Santé de l'O.M.S, ce guide a été rédigé par un groupe de travail de 10 villes, piloté par la ville de Nancy et constitué en comité de rédaction.

Les membres de ce groupe sont :

Mikaël ANDRE (chargé de mission service Nancy ville santé)	Ville de Nancy
Fabienne ANTIGNY (coordinatrice service santé publique)	Ville de Châteauroux
Viviane BAYAD (directrice service Nancy ville santé)	Ville de Nancy
Alain COUBLIN (directeur adjoint CCAS)	Ville de Lormont
Michèle CORBIN (adjointe au Maire à l'écologie urbaine et santé)	Ville de Bourgoin-Jallieu
Mathieu FORTIN (agent de développement santé)	Ville de Villeurbanne
Marie Claire GONTIER (coordinatrice service santé)	Ville de Bourgoin-Jallieu
Patrick KERROS (chargé de mission ville santé)	Ville d'Amiens
Sophie LE BRIS (médecin directeur SCHS)	Ville de Rennes
Manuelle MILHAU (responsable service solidarité santé)	Ville de Lille
Françoise REGNIER (médecin directeur adjointe service prévention santé enfant)	Ville de Lyon
Patricia SARAUX (médecin service santé publique)	Ville de Brest
Myriam LE TALLEC (responsable Dijon Ville-santé)	Ville de Dijon

Le groupe de travail a été accompagné par **Zoé HERITAGE** de l'association **SANS-THE**.

Comités de validation

- Les membres du Bureau du Réseau Français des Villes-Santé de l'O.M.S. ont suivi et validé l'avancement des travaux.
- Le document a également été soumis à l'approbation du Conseil d'Administration élargi du Réseau.
- Un Comité de suivi collégial entre la Direction Générale de la Santé et le Réseau Français des Villes-Santé a validé, deux fois par an, l'avancée des travaux.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les élus des villes suivantes pour leurs soutien et conseils :

Valérie LEVY-JURIN , Présidente du Réseau	Ville de Nancy
Michèle CORBIN	Ville de Bourgoin-Jallieu
Hubert DELARUE	Ville d'Amiens
Elisabeth DURIEUX ROUSSEL	Ville de Châteauroux
Sylvie GUILLAUME	Ville de Lyon
Marc SAWICKI	Ville de Brest
Charles SULMAN	Ville de Lille
Clotilde TASCAN-MENNETRIER	Ville de Rennes
Françoise TENENBAUM	Ville de Dijon
Jean TOUZEAU	Ville de Lormont

Un grand merci à Monsieur **Antoine GUENIFFEY** de la Direction Générale de la Santé pour le suivi des travaux et ses éclairages sur de nombreux points.

Tous nos remerciements à Monsieur le Docteur **Jean-François COLLIN** de l'Ecole de Santé Publique de Nancy pour son travail de relecture.

Editoriaux	3-4
Préface : Les Villes-Santé	7
Introduction	8

CHAPITRE 1 Des systèmes d'observation en santé **12**

1.1 Pourquoi faire un profil santé de ville ?	12
1.2 Quels sont les objectifs d'un profil santé de ville ?	12
1.3 Les champs d'intervention d'un profil santé de ville	13
1.4 A qui est destiné un profil santé de ville ?	14
1.5 L'observation de la santé	15
En résumé	19

CHAPITRE 2 Préconisations pour constituer un cahier des charges permettant la mise en place d'un profil santé de ville **20**

2.1 L'éthique	20
2.2 Le territoire de l'étude	21
2.3 Observer des thèmes généraux ou spécifiques	23
2.4 Les partenariats	24
2.5 Les moyens	25
2.6 La périodicité	26
2.7 La communication et la restitution	27
En résumé	29

CHAPITRE 3 Les expériences des Villes-Santé **30**

3.1 Synthèse des réponses des Villes-Santé françaises	30
3.2 Le diagnostic santé de Rennes	32
3.3 Historique d'un recueil d'indicateurs à Nancy	34
3.4 Observatoire Local de la Santé (O. L. S.) des élèves de Châteauroux	38
3.5 Exemple du système d'observation en santé scolaire de Villeurbanne	41
3.6 Lille, Lomme et Hellemmes : d'un diagnostic partagé de santé à la création d'un Observatoire Local de Santé	44
3.7 Marseille : bilan de santé 2004	48
3.8 L'observation de la santé à Rotterdam, Pays-Bas en 3 phases	52

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques institutions ressources dans une ville	58
Annexe 2 : Exemples de quelques indicateurs santé	59
Annexe 3 : Un projet de système d'informations statistiques locales sur la santé publique en Rhône-Alpes	60
Annexe 4 : Liste des abréviations	62
Annexe 5 : Liste des figures	63
Bibliographie	64

Depuis sa création, il y a près de vingt ans, le mouvement « Villes-Santé » de l'OMS réfléchit et travaille à la mise en place d'outils d'observation locale dans le domaine de la Santé, outils directement inspirés des principes de la Charte d'Ottawa, s'appuyant sur une approche globale et positive de la santé et sur la nécessité de travailler de façon transversale, partenariale et participative.

Elément indispensable à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques municipales de santé pertinentes, l'observation permet aussi leur suivi, leur actualisation et contribue à leur lisibilité et leur légitimité.

S'il faut saluer l'apport marquant du projet Villes-Santé de Rotterdam dans le champ de l'observation, il est à souligner que de nombreuses expériences ont vu le jour en France. Notre réseau peut ainsi s'enorgueillir d'un savoir-faire certain dans ce domaine. Témoin privilégié de l'évolution des idées et des pratiques, il peut attester qu'il ne s'agit plus aujourd'hui d'obtenir une accumulation de données sans tenir compte de leur utilité pratique, de leur disponibilité et de leur mise à jour, mais bien de disposer d'outils d'observation souples, évolutifs, apportant une aide efficace à la décision et favorisant un débat public de qualité.

On peut comprendre, dans ces conditions, que le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale nous ait sollicité, à travers une convention, pour travailler sur les « dispositifs d'observation, d'analyse et de débat concernant la prise de décision et le suivi d'une politique locale et partenariale de santé publique ».

Porté par un groupe de travail motivé et exigeant, réunissant des élus et des techniciens issus de villes différentes par leur taille, leur situation, leur histoires et leurs orientations, cet ouvrage s'attache à dégager les lignes de force de tout projet local d'observation. Nourri de leurs expériences de terrain, il permettra à tout acteur local souhaitant se lancer dans la mise en place d'un tel dispositif de disposer d'éléments de préconisation à la fois théoriques et pratiques.

Puisse-t-il apporter une aide efficace pour tous ceux qui, à nos côtés, au plus proche des habitants, entendent agir sur l'ensemble des déterminants de santé et s'inscrire dans l'objectif de l'OMS de la « Santé pour Tous ».

Valérie LEVY-JURIN

Présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

Ce guide vient très opportunément alors que s'élaborent les instruments régionaux - plans et groupements - de la politique de santé publique. Il souligne la contribution des villes, souvent de longue date, à la santé des populations.

En fixant pour la 1ère fois les objectifs de santé de la Nation, la loi du 9 août dernier relative à la politique de santé publique a imposé d'en clarifier et d'en consolider le cadre d'orientation et de pilotage, notamment pour renforcer la prévention. Dans le vaste champ de la santé - qui va du soin médical aux conditions de l'épanouissement individuel et social - grande est, en effet, la diversité des acteurs publics et privés susceptibles de concourir à ces objectifs et les villes sont naturellement convoquées pour les cohérences et les solidarités locales.

Ainsi, loin de signifier une " étatisation " de la politique de santé publique, la responsabilité de pilotage confiée par la loi à l'Etat, lui impose au contraire de savoir animer et rendre compte de l'effort collectif et ce, dans un double contexte :

- d'une part, celui désormais particulièrement exigeant de la réforme de la gestion des budgets d'Etat, qui implique une plus grande lisibilité de l'effort public et de son efficacité,
- d'autre part, celui de la territorialisation de l'action publique avec d'un côté, la réorganisation en cours des services de l'Etat et de l'autre, le développement des intercommunalités.

La transparence s'exprimera en particulier au travers des nouvelles conférences régionales de santé, qui se mettront en place cette année et auront à débattre ouvertement de la conception et de la mise en œuvre de cette politique, au travers notamment du plan régional de santé publique.

Sans qu'il puisse bien sûr y avoir de monopoles en la matière, les " villes santé " de l'Organisation Mondiale de la Santé, regroupées pour la France, dans le cadre du seul réseau de villes à vocation spécifique et généraliste en matière de santé, s'avèrent dans cette perspective comme des acteurs singuliers. Elles ont choisi de s'engager délibérément sur la santé, parfois depuis longtemps, selon des principes d'action intersectorielle et participative. Elles offrent ainsi l'ancrage local indispensable, a fortiori le cas échéant dans le cadre des contrats avec l'Etat, notamment au titre de la politique de la ville, pour mobiliser largement autour des objectifs de santé et répondre ainsi aux limites d'action des politiques sectorielles. Les principes de promotion de la santé nous rappellent justement que cette mobilisation doit porter jusque dans des secteurs a priori non directement impliqués par les affaires de santé : l'action sociale, l'éducation, le logement,...

De fait, la ville définit, au plus près des populations, un espace de rencontre entre politiques publiques - " descendantes " et " ascendantes " - propice à la compréhension des responsabilités institutionnelles et professionnelles conditionnant le bon développement de la santé, voire sa préservation ou sa restauration. Toutefois, bien entendu, un tel espace doit être employé en tenant pleinement compte des cadres de concertation des politiques publiques interrogées, surtout pour ce qui concerne les dispositions structurant le territoire (au titre de l'organisation de l'offre de soins, de l'aménagement et des transports ...). Cette lisibilité de l'action publique s'avère aujourd'hui sans doute plus que jamais nécessaire, au moment où on en appelle au sens de la responsabilité personnelle, avec d'autant plus de force que les comportements ont pris une place très prépondérante dans l'explication des problèmes de santé de la population, notamment de la mortalité dite " prématurée ".

Ce guide est consacré aux systèmes d'information et à leur utilisation par les villes. Résultant du soutien apporté par la Direction générale de la santé au Réseau français des villes santé, il est le 1er d'une série de 3 qui comportera donc cette année, deux autres guides sur l'action locale, l'un relatif au plan national nutrition santé, l'autre au plan cancer.

La présente publication, nous donne à voir la diversité des approches possibles (plus ou moins globales) et des contributions particulières telles que liées aux différents publics et thématiques de santé. Elle donne un éclairage fondé sur l'expérience locale, sur les façons de faire, les sources de données utiles et les nécessaires précautions d'interprétation. Elle illustre aussi je crois, l'enjeu qui, dans le contexte, implique de développer des articulations d'une part, entre niveaux communal et intercommunal et d'autre part, avec les démarches en cours au titre du plan régional de santé publique pour la " divulgation " des statistiques sanitaires et sociales au niveau des territoires.

Sans doute, tout autant que le produit lui-même, l'intérêt de ce travail consiste dans les échanges internes qui ont accompagné sa réalisation et qui marquent de toute évidence le renforcement d'une dynamique de réseau que j'ai plaisir à saluer. Par delà le réseau français des villes santé, il suscitera je l'espère au niveau des villes membres, comme de toute autre ville, des implications et des partenariats fondés sur une utilisation raisonnée de la donnée de santé et la juste compréhension des possibilités d'action au bénéfice de la santé de tous, en particulier des plus vulnérables.

Professeur Didier HOUSSIN

Directeur Général de la Santé

Le mouvement Villes-Santé a bientôt vingt ans. Créé en 1986 à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé il rassemble aujourd'hui de très nombreuses villes d'Europe et des autres Régions du monde pour qui la santé et la qualité de vie de la population sont des objectifs prioritaires. Les responsables de ces villes se reconnaissent une responsabilité majeure vis à vis de la santé de leurs concitoyens, puisque pour eux de la bonne santé de la ville dépendra celle de ceux qui y vivent et travaillent.

L'action en réseau qui associe des villes très diverses en lien avec l'OMS donne une dynamique particulière à ce mouvement grâce à une grande diversité d'expériences et de travaux.

Le mouvement Villes-Santé permet de promouvoir des politiques et des programmes fondés sur les principes de la « Santé pour tous », de la Charte d'Ottawa et du développement durable notamment avec l'Agenda 21 local. Il incite les villes à prendre des mesures novatrices : travail de coopération entre différents secteurs d'activité, large partenariat avec des institutions et organismes divers, mise en pratique d'une participation active de la population sont les principes qui doivent guider l'action.

Si l'action locale et de proximité est le fondement de l'action Ville-Santé, celle-ci n'est pas pour autant déconnectée des autres échelons géographiques ou administratifs. Le partenariat mentionné précédemment comme essentiel concerne très largement les organismes représentatifs de l'Etat au niveau central, régional et local.

Les Villes-Santé se doivent d'être aussi des acteurs des politiques nationales et régionales et c'est bien dans cet esprit que la convention qui lie le Réseau Français des Villes-Santé au Ministère de la Santé a été établie. Le travail mené par les villes du Réseau Français dans ce cadre a permis la réalisation de ces ouvrages qui devraient être largement utilisés par les villes et leurs partenaires et renforcer ainsi la coopération à tous les niveaux.

Annette Sabouraud

Présidente de S2D/Centre Collaborateur de l'OMS
pour les Villes-Santé francophones

Principes généraux et éléments de méthode

Pourquoi des préconisations pour la mise en place d'un profil santé ?

Le Réseau Français des Villes-Santé vous propose ici un guide de travail qui s'apparente plus à un recueil de préconisations qu'à un livre de recettes pour créer un profil santé de ville. Les démarches de projet que revendiquent les Villes-Santé comportent plusieurs composantes essentielles qui ont motivé ce choix. Ce sont des dynamiques locales, adaptées aux réalités de terrain, s'appuyant sur un partenariat et une participation toujours renouvelés où les acteurs s'impliquent dans la construction de chaque programme. Un projet Ville-Santé ne peut donc jamais être un projet " clé en main ". Dès lors, il est évident que ce guide n'offre pas un modèle à transposer mais un cadre de réflexion pouvant accompagner l'appropriation de l'outil profil santé de ville selon les objectifs politiques de chaque ville en matière de santé.

Les préconisations qui constituent ce guide sont issues des travaux de réflexion du Réseau Français des Villes-Santé. Elles s'appuient sur les expériences et analyses des pratiques de dix Villes Santé de tailles diverses et possédant des moyens différents. C'est pourquoi, ce guide n'est pas un document théorique mais un recueil de réflexions enseignées par les réussites et les difficultés rencontrées dans nos missions au sein des Villes.

Nous vous présentons ici un document concret où des élus et des techniciens s'adressent à d'autres élus et techniciens. Ce guide comporte volontairement des répétitions permettant d'avoir une lecture sélective ou " en diagonale ".

Qu'est-ce qu'un profil santé de ville ?

Dans la conception dynamique et globale de la santé, prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé, chercher à améliorer " la Santé Pour Tous " et réduire les inégalités de santé, signifie s'attaquer, de manière transversale, à l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé. Au-delà des soins et de la médecine, c'est-à-dire du curatif, il faut s'intéresser aux conditions de vie (logement, scolarité, transports, travail), à la qualité de l'environnement, aux relations sociales et à la culture, pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la qualité de vie et donc de la santé.

Cela implique d'agir de manière cohérente, coordonnée et participative sur ces facteurs. C'est pourquoi il est nécessaire de s'appuyer sur des outils d'aide à la décision dressant un état des lieux multidimensionnel de la santé des populations, des dispositifs existants et de l'environnement social, économique, sanitaire et écologique.

Ces données croisées autour de la santé sont indispensables pour mettre en place des actions locales ciblées, adaptées à la réalité de terrain, prenant en compte l'ensemble des facteurs (de santé globale) et cohérentes avec les stratégies territoriales et nationales de santé publique.

Ces données regroupées constituent le profil santé d'un territoire. Celui-ci peut viser plusieurs objectifs. Par exemple :

- partager la connaissance de la réalité de terrain ;
- aider à la prise de décision ;
- mettre en œuvre des actions cohérentes entre tous les acteurs ;
- échanger avec les partenaires ;
- faciliter la concertation et la transversalité avec les autres délégations municipales ;
- alimenter le débat entre élus et habitants ;
- apprécier les évolutions des situations locales ;
- argumenter les demandes de financement.

Pour être efficace, il est indispensable d'avoir une réflexion en amont pour cerner avec précision l'utilisation attendue de ce profil santé, sinon le risque est grand de produire un outil inutilisable car inadéquat. Bien entendu, l'objectif de ce profil peut évoluer dans l'espace (adaptation d'un profil de ville à un profil de quartier par exemple) et dans le temps (ainsi l'expérience a montré qu'un temps long d'appropriation est indispensable avant de pouvoir utiliser cet outil dans un débat démocratique).

Il faut aussi noter que si ce profil peut constituer un outil d'aide à la décision, il ne permet pas d'évaluer l'impact d'une action ou d'un programme d'actions qui ne sont jamais seuls à influencer sur la santé d'une population.

Comment adapter cet outil à chaque ville ?

Il est un préalable à toutes les actions des Villes-Santé : adapter chaque démarche à la réalité locale. Ainsi le profil santé de la ville doit être élaboré en tenant compte de la taille de la ville et surtout des moyens dont disposent les opérateurs. Il est toujours dommageable de se croire une montagne et de ne pouvoir accoucher que d'une souris.

Cet outil d'observations croisées peut contenir, au départ seulement, et suite à un important travail de sélection en amont, un nombre restreint d'indicateurs choisis en fonction de leur pertinence par rapport aux objectifs visés et à leurs disponibilités. De même, le mode de recueil de données sera choisi en fonction des moyens : il peut s'agir d'un courrier de l'élus aux partenaires ou d'une enquête plus large. La mutualisation des moyens étant souvent la clé de ces difficultés.

Il ne faut pas négliger les données locales que détiennent les services municipaux et autres acteurs locaux (nombre de seringues ramassées par les services techniques, nombre de bancs publics, rapport d'activités des associations travaillant autour de la précarité...). Mieux vaut commencer petit et concret ; mieux vaut jouer la grenouille que le bœuf !

Qui sommes nous ?

Le Réseau Français des Villes-Santé a signé une convention pluri-annuelle avec le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale autour de plusieurs axes, dont le "renforcement de la cohérence de l'intervention publique locale du point de vue de la santé pour étudier la faisabilité du transfert du baromètre santé de Rotterdam".

C'est dans ce cadre que s'est constitué un groupe de travail composé de représentants de onze Villes-Santé engagées à des stades différents dans une démarche locale d'observation de santé. Ces stades vont de la réflexion préalable au suivi, en passant par la construction du profil santé, ou encore son utilisation.

Ces onze Villes-Santé sont représentatives de la diversité des Villes-Santé françaises. Elles comprennent entre 22 000 et 445 450 habitants. Elles ont des sensibilités politiques différentes, fonctionnent avec des organisations et des moyens très divers. Pour certaines, la délégation santé s'appuie sur un service et un budget municipal autonomes, pour d'autres, il peut s'agir d'un chargé de mission rattaché au CCAS.

Ces Villes-Santé sont les suivantes :

- Amiens
- Bourgoin-Jallieu
- Brest
- Châteauroux
- Dijon
- Lille
- Lormont
- Lyon
- Nancy
- Rennes
- Villeurbanne

Nancy a assuré la coordination et le pilotage de ce travail.

En 2003-2004, ce groupe a travaillé régulièrement, de manière autonome, avant de faire appel à un consultant : l'association "**Sans-Thé**" (*L'association Sans-Thé aide à la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de santé publique, et offre des formations dans ce domaine. Zoë Heritage intervient en tant que consultante pour le programme "Ville-Santé" pour l'OMS Europe depuis 2001*). La commande était double : fournir au groupe de travail un accompagnement méthodologique dans l'étude de faisabilité du transfert du modèle du baromètre santé de Rotterdam dans le paysage français et, ensuite, aider à l'écriture d'un guide à partir des réflexions menées par le groupe.

La réflexion du groupe a été suivie et validée par le Conseil d'Administration élargi du Réseau Français des Villes-Santé et deux fois par an, par le Comité de Suivi collégial entre la Direction Générale de la Santé et les membres du Bureau du Réseau Français des Villes-Santé.

Après une première phase d'étude de faisabilité et la production d'un document "Quelle adaptation du baromètre santé de Rotterdam dans le Réseau Français des Villes-Santé ?" remis à la Direction Générale de la Santé fin 2004, le groupe de travail s'est attaché au recueil d'éléments de préconisations. Les principales étapes de travail ont été les suivantes :

- recensement des différents outils d'observation et de leurs utilisateurs ;
- enquête auprès des Villes-Santé possédant déjà un système d'observation local de santé ;
- analyse des pratiques ;
- audit du baromètre de la Ville de Rotterdam ;
- écriture de préconisations.

Le groupe a choisi de partager l'écriture entre les villes et de fonctionner ensuite en comité de lecture collégiale.

Des systèmes d'observation en santé

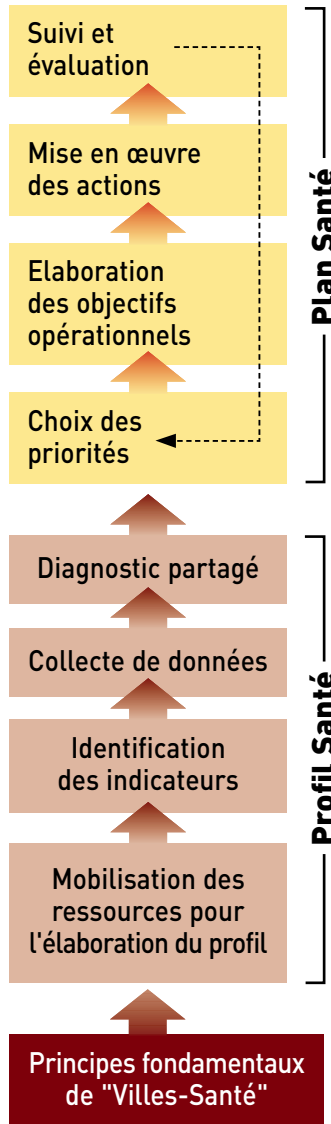


FIGURE 1 :
Adaptation du modèle en 7 étapes d'un plan d'actions des villes pour la santé et le développement durable (O.M.S. 1997)

1.1 Pourquoi faire un profil santé de ville ?

Cette question doit être posée dès le départ. Cela est d'autant plus important que les démarches de ce type peuvent nécessiter des moyens considérables en temps et en budget. De plus, chacun a en tête des recueils de données effectués qui n'ont jamais véritablement servi ! Dans tous les cas, mettre en œuvre un profil santé de ville, c'est s'inscrire dans la production de connaissances sur un territoire où il existe déjà des données souvent dispersées et hétérogènes.

Dans l'idéal, selon les termes et les préconisations de l'O.M.S. (cf. préface), un profil santé de ville se situe dans une démarche d'élaboration d'un plan local de la promotion de la santé sur le territoire d'une ville. Celle-ci s'appuie nécessairement sur une forte volonté politique et sur une coordination des moyens humains qui sont capables de suivre à la fois le processus d'élaboration mais aussi la mise en œuvre d'actions concrètes.

1.2 Quels sont les objectifs d'un profil santé de ville ?

Si la finalité première d'un profil santé de ville est l'approfondissement de la connaissance des publics et des besoins en matière de santé d'une ville, plusieurs objectifs peuvent lui être ensuite assignés :

- Observer à travers un état des lieux, à visée descriptive stricto-sensu. Il s'agit de repérer les évolutions et/ou les grandes tendances permettant ensuite d'orienter des programmes d'actions.
- Aider à la prise de décision à travers une analyse des besoins. Il s'agit de s'interroger sur l'offre existante, les perceptions et les attentes des décideurs, des acteurs de terrain et des habitants, afin de développer de nouvelles initiatives et/ou de conforter des expériences existantes.
- Mettre en alerte les décideurs/professionnels/habitants. Il s'agit de favoriser la prise en compte de nouveaux problèmes de santé et/ou de risques émergents.

Enfin, la définition des objectifs d'un profil santé va de pair avec une interrogation sur la pertinence, l'utilisation pratique et l'acceptabilité locale de la démarche. Dans ce cadre, une estimation du tissu partenarial, de sa réactivité et de sa mobilisation, doit être prise en compte.

Dans un premier temps, un inventaire des données existantes est nécessaire, par le biais d'un répertoire des personnes ressources. Il s'avère souvent utile de prolonger ce travail par une analyse partenariale permettant de hiérarchiser les besoins, les moyens d'action et d'identifier les problèmes.

Un profil santé est rarement un outil d'évaluation de l'impact d'un programme de santé d'une ville. Certes, un profil peut être un état de lieux et montrer des grandes tendances. Par contre l'évaluation de la politique santé d'une ville requiert des indicateurs très précis dont des indicateurs de processus (et non seulement des indicateurs de résultats).

Un profil santé de ville se situe donc dans les champs de la surveillance sanitaire, environnementale, sociale et de l'orientation des politiques de santé plutôt que dans celui de l'évaluation des programmes.

1.3 Les champs d'intervention d'un profil santé de ville

L'action engagée par les villes dans le domaine de la santé s'inscrit dans un objectif de promotion de la santé. En particulier, il s'agit de favoriser l'ensemble des processus qui vont permettre aux individus, individuellement et collectivement, d'augmenter le contrôle sur leur santé et sur ses déterminants, afin de l'améliorer.

Dans ce cadre, pour la production d'un profil santé dans une ville, l'accent doit être mis à la fois sur des données démographiques, sanitaires bien évidemment, mais aussi sociales, environnementales et économiques.

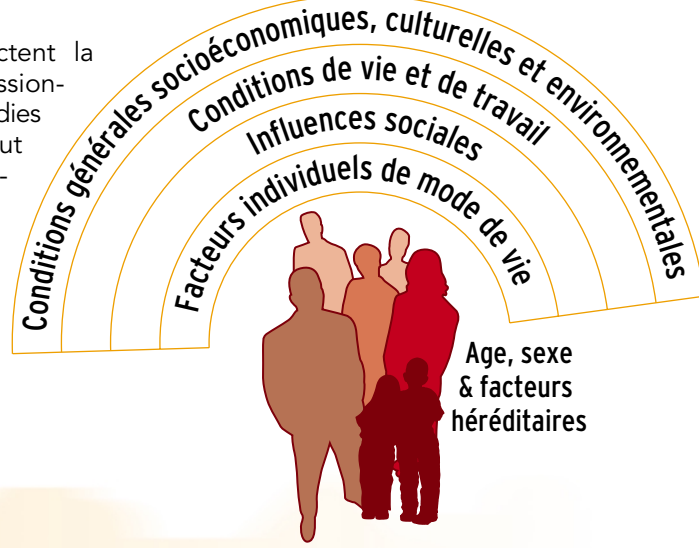
Aujourd'hui, nous connaissons le réel impact de déterminants de la santé tels que la pauvreté, le manque de soutien social, les conditions de travail, le chômage, le stress, etc¹. Un environnement social favorable et de bonnes relations interpersonnelles peuvent avoir des effets positifs sur la santé². Egalement, plus d'attention est maintenant portée sur les déterminants dus à l'environnement physique tels que la qualité des logements, l'accessibilité aux espaces verts et aux transports en commun, etc.

Des conditions socio-économiques défavorables affectent la santé. Ceux qui sont au plus bas de l'échelle socioprofessionnelle sont au moins deux fois plus exposés au risque de maladies graves ou de décès prématurés que ceux qui sont en haut de l'échelle. Entre ces deux extrêmes, il existe une relation continue entre l'état de santé et le niveau social³.

L'ensemble de ces données est à prendre en compte dans la mesure où elles contribuent fortement aux inégalités de santé. La réduction de ces dernières constitue un objectif prioritaire de nos politiques publiques de santé.

¹ Wilkinson et Marmot 2004 (voir Bibliographie, Annexe3)
² Kawachi et al 1996 ; House et al 1988, Berkman et al 2000
³ Bartly et al 2002 ; Donkine et al 2002

FIGURE 2 :
Principaux déterminants de santé (Dahlgren 1995)



Donc, un profil santé de ville peut couvrir les champs suivants :

- les tendances démographiques
- les données sanitaires : mortalité et/ou morbidité⁴
- la situation sociale et économique
- l'environnement urbain
- les modes de vie
- l'offre de soins ou d'autres services
- les dynamiques ou ressources existantes.

1.4 A qui est destiné un profil santé de ville ?

Le domaine d'utilisation d'un indicateur dépend en grande partie de l'objectif que souhaite atteindre celui qui le choisit, le met en œuvre et en exploite les résultats⁵.

Dès la réflexion engagée sur la construction d'un profil santé de ville, il conviendra tout d'abord d'identifier très précisément à qui sont destinées ces informations. La nature des indicateurs à retenir sera déterminée en fonction des utilisateurs, des objectifs qui sont assignés au profil et du contexte donné.

Lors d'une démarche territoriale en matière de santé engagée par une Ville, il convient d'identifier trois orientations :

- à destination des décideurs ;
- à destination des acteurs de terrain ;
- et à destination de la population.

A chacune de ces orientations correspondent des éléments observés (groupes d'individus, sous territoires, etc) et des analyses réalisées (précises et techniques ou larges et plus globales), les méthodes et les indicateurs pertinents variant en conséquence.

A destination des décideurs

Les décideurs souhaiteront pouvoir utiliser, en amont de la décision, des indicateurs pour définir les besoins de la population et leur niveau de satisfaction ou pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles, ceci afin de donner la meilleure réponse possible en matière de prévention et de prise en charge de la santé.

Dans cette aide à la décision, les indicateurs ne peuvent être utilisés pour prendre des décisions de manière mécanique. Ils doivent être utilisés comme les bases d'une réflexion et d'un dialogue communs avec l'ensemble des partenaires.

A destination des acteurs de terrain

Les acteurs de terrain trouveront des éléments permettant d'entamer une réflexion sur leurs pratiques. Par ailleurs, ils pourront mettre en avant des mesures objectives pour argumenter ou justifier telle ou telle demande de moyens (financiers et humains) en vue de mener des actions visant à infléchir la ou les problématiques de santé ciblées. Enfin, ces indicateurs, ainsi définis, peuvent être identifiés comme un des éléments de suivi de l'activité réalisée.

Enfin à destination de la population

Pour la population, il s'agira de la "mise à disposition d'informations lui permettant de gérer sa propre santé"⁶. En effet, l'usager tient une place de plus en plus importante dans la gestion de la santé, de même en tant que citoyen dans une démarche de démocratie participative. Une information complète sur les problèmes de santé s'impose donc. Un profil santé pourra être l'occasion de donner les moyens à la population d'être actrice à part entière, en étant à la base du dialogue lors de l'élaboration des politiques locales de santé.

1.5 L'observation de la santé : indicateurs, tableaux de bord, observatoire, baromètre, de quoi parle-t-on ?

Ces dernières années, nous constatons une augmentation de termes pour désigner des analyses ou des supports d'analyses de phénomènes liés à la santé, le plus souvent utilisés au vocable du langage courant. Le choix du type d'observation de la santé est fonction :

- du contexte local ;
- des objectifs fixés au préalable ;
- des échelles d'espace et de temps ;
- des phénomènes ou champs observés ;
- et des moyens humains et financiers dont on dispose.

Avant d'aller dans le détail, deux idées sont à retenir :

(1) Un indicateur seul ne peut pas être interprété. Il faut toujours comparer un résultat dans le temps ou à un autre territoire similaire. Souvent les taux ou ratios permettent une comparaison plus aisée qu'une donnée brute.

(2) Les données qualitatives et quantitatives sont complémentaires. Souvent, les données quantitatives permettent d'identifier des situations pouvant être à risques ; celles qui sont qualitatives peuvent aider à comprendre pourquoi ces situations existent.

⁴ mortalité = décès, morbidité = maladie

⁵ Anaes 2002

⁶ Gremy 1987

L'unité de base : l'indicateur

Synthèse établie par Madame Denise Bauer (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille / Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) à partir du rapport de L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) : " Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux " (mai 2002).

Plusieurs types d'indicateurs :

- des indicateurs d'activité : par exemple des indicateurs décrivant la fréquence d'intervention des secours pour accident et malaise
- des indicateurs de structure (de ressources) : par exemple des indicateurs portant sur l'offre de soins (exemple de la densité médicale);
- des indicateurs de processus ;
- des indicateurs de résultats : par exemple des indicateurs de mortalité, indicateurs de bien être de la population

Comment assurer la qualité d'un indicateur lors de sa construction ? Quelles sont les exigences à respecter pour sa mise en œuvre ?

- Un indicateur doit être simple et acceptable : un indicateur doit être " convivial ", facile à élaborer, à recueillir et calculer, compréhensible et compris de la même façon par tous.
- Un indicateur doit être validé et pertinent : la validité est l'aptitude de l'indicateur à refléter ce qu'il est censé mesurer, c'est à dire à fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi. Un indicateur est notamment supposé varier dans le même sens que ce qu'il mesure. Un indicateur est pertinent s'il permet d'identifier simplement des problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction efficaces existent.
- Un indicateur doit être fiable, c'est-à-dire apte à une mesure précise et reproductible : La reproductibilité est la capacité de produire plusieurs fois le même résultat lorsque la mesure est répétée dans le temps, dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments.
- Un indicateur doit être sensible et spécifique : La sensibilité est l'aptitude à varier beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des variations, même de faible amplitude, du phénomène étudié. Un indicateur est dit spécifique, lorsqu'il ne varie que si le phénomène à l'étude subit une modification.
- Les résultats observés doivent être restitués de façon claire : La clarté de la présentation des résultats des mesures est déterminante pour l'utilité et la pérennité de la démarche. Le choix du mode de présentation doit être adapté à l'audience visée.
- Un indicateur peut avoir des effets secondaires imprévus, négatifs ou paradoxaux : Un indicateur peut donner lieu à une interprétation erronée. Sa signification peut ne pas être la même pour tout le monde. Attention à force d'utiliser un indicateur, on peut finir par le confondre avec le phénomène concerné.

Pour toutes ces raisons, il convient de ne retenir dans un processus d'évaluation qu'un nombre limité d'indicateurs dont la liste a été définie par consensus entre l'ensemble des partenaires et qui pourront être présentés dans un tableau de bord facilement compréhensible. L'utilisation d'indice est plus délicate, car un indice concatène différentes sortes d'informations ce qui le rend parfois opaque, en tous les cas d'interprétation complexe.

Il faut retenir que les indicateurs⁷ doivent être à la fois stables et évolutifs, c'est-à-dire, sensibles à l'évolution des situations, surtout celles des populations.

Il est essentiel de bien définir l'objectif recherché par rapport à un indicateur, et de savoir ce que l'indicateur va apporter.

Un indicateur donne une image d'un état de santé à un moment donné.

Il suppose l'existence d'une question qu'il contribue à éclairer.

Un indicateur donne une idée, c'est-à-dire, une information incomplète, mais utile, sur un phénomène, un dysfonctionnement ou une situation. Construit à partir de données brutes, objectives ou subjectives, l'indicateur est le plus simple instrument de mesure quantitatif ou qualitatif d'un phénomène.

Le choix d'un indicateur dépend de certaines caractéristiques parmi lesquelles :

- **la disponibilité** ;
- **l'utilisation facile** ;
- **la fiabilité** : reproductible (lors d'utilisation par des personnes différentes ou à des moments différents) ;
- **l'exactitude** : sensible (apte à mesurer des variations même minimes) ;
- **la validité** : apte à mesurer effectivement le paramètre qu'il est censé mesurer (plus le phénomène étudié est abstrait, plus cette validité est difficile à établir).

Et surtout, l'exploitation de l'indicateur sur lequel on pourra agir.

La plupart des guides sur les indicateurs commencent par une description des différentes typologies d'indicateurs (de processus, de résultats, de moyens...). Cette typologie peut être utile pour mettre au point l'indicateur adapté aux objectifs fixés et au contexte dans lequel il s'insère.

L'approche par indicateurs consiste à compiler des données existantes. Ces indicateurs ont le pouvoir de résumer et de représenter un grand nombre d'éléments de statistiques disponibles. Ils analysent l'existant permettant ainsi des interprétations.

Les indicateurs peuvent aussi faire l'objet de biais d'analyse ou être facteurs de confusion. Des résultats sous-estimés, surestimés, voire incohérents par rapport à la situation réelle peuvent parfois exister. En situation d'aide à la décision, l'indicateur ne doit pas rester isolé car il donne une information qui doit être corrélée à un contexte. Ainsi sur certains quartiers, les indicateurs sont toujours négatifs malgré les programmes mis en place. Cela s'explique par un turn-over rapide de la population. Par exemple, le quartier centre ville de Rotterdam accueillant principalement des primo-arrivants a toujours des indicateurs négatifs depuis 10 ans car lorsque les états de " santé globale " et économiques des personnes s'améliorent, celles-ci quittent ce quartier et s'installent en zone périphérique où les indicateurs sont meilleurs.

En définitive, un indicateur n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation, notamment les critères précis de sa définition et le contexte de sa mise en œuvre (calcul, recueil et traitement).

⁷ Rusch & Thelot 1994, Pineault & Daveluy 1995, Ledesert 1995)

EXEMPLES :

INDICES	INDICATEURS
(1) Santé mentale	- taux de suicide - utilisation des médicaments anti-dépresseurs - nombre de personnes admises au service d'urgences psychiatriques
(2) Qualité de l'environnement urbain	- densité d'habitation par km ² - surface moyenne des habitations par pers. en m ² - nombre de plaintes de bruit (pour 10 000 hab) - nombre de bancs publics

(voir aussi Fig 13, Chapitre 3.8, Baromètre de Rotterdam)

L'indice

Un indice est composé de plusieurs indicateurs et permet une appréciation plus globale. Il est possible de construire un indice en combinant par addition et/ou pondération les valeurs de divers indicateurs pour obtenir une nouvelle valeur unique. L'indice boursier est un exemple bien connu. L'avantage d'un indice est de permettre la réduction d'un grand nombre de données pour donner une meilleure vision de la situation.

Il ne faut pas oublier cependant que les étapes successives de construction et de pondération d'un indicateur synthétique ou indice sont le plus

souvent inconnues des utilisateurs de celui-ci. Dans ce cas une grande vigilance doit être requise lors du traitement de l'information.

Recueil des données

Il existe plusieurs façons de recueillir des données. En voici quelques unes :

I - Les indicateurs avec système permanent

Ces sources d'informations sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances, grâce à leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. On peut citer : le recensement national de l'INSEE, les registres (décès, cancers, ...), les bases sanitaires ou sociales (BDSP, STATISS, ...) ou encore les données d'activités de structures et de services.

Dans une ville, chaque organisme recueille ses propres données, mais traditionnellement, il existe peu de partage de ces biens.

Au commencement de la collecte d'informations pour construire un profil, il vaut mieux essayer d'avoir accès aux données existantes que de commencer un processus coûteux.

Comme toute source de données, il est important de bien prendre en compte leurs limites. Notamment leur inertie issue du processus de production qui ne permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène.

II - Les enquêtes de population

Cette méthode d'observation repose sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population interrogée. Ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du ou des phénomènes observés en prenant en compte notamment le cadre de vie ou les déterminants de santé des personnes, ainsi qu'une mesure assez fiable de son évolution dans le temps.

Nous pouvons citer comme exemples les diagnostics participatifs et partagés (par les professionnels et par les habitants d'un territoire donné) développés depuis quelques années par la démarche des Ateliers Santé-Ville (ASV) dans le cadre des contrats de ville ou d'agglomération.

Par contre, favorisant les aspects plus qualitatifs que quantitatifs des phénomènes mesurés, les analyses issues de cette méthode sont plus difficiles à traiter et à

exploiter. De ce fait, elles sont rarement utilisées seules mais en combinaison avec d'autres outils et méthodes d'observations.

III - L'étude spécifique et ponctuelle, sans dispositif permanent

Elle correspond à une volonté de réunir l'information quantitative et qualitative, d'abord dans une démarche descriptive, mais in fine, explicative. Il est souhaitable de faire des études d'actions qui induisent l'appropriation de conclusions et de préconisations par les acteurs eux-mêmes.

IV - Des systèmes d'observation de la santé : de la veille à l'observation

Dans ce guide, pour des raisons de simplicité, nous utilisons le terme " profil santé de ville " pour désigner les concepts listés ci-dessous.

- Un système de veille est un système structuré pour anticiper et agir sur les évolutions des phénomènes observés. Il ne se justifie que s'il est un support à l'action. Ce dispositif, à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment, se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents sur lesquels nous pouvons agir.
- Le baromètre permet de disposer d'un instrument global de connaissance descriptive. Plus ciblé sur certains types de populations (étudiants, adultes, personnes âgées, ...) ou certaines zones géographiques, le baromètre procure également des éléments susceptibles d'orienter des études spécifiques et d'engager des actions de terrain auprès de la population et/ou du territoire observé.
- Le tableau de bord est l'outil d'observation de base pour décrire de manière globale un phénomène observé. Il est composé d'indicateurs essentiels et élémentaires organisés par catégories ou typologies, d'études de synthèse et de supports cartographiques comme un atlas (restitution cartographique statique de données brutes ou d'indicateurs) ou un Système d'Information Géographique (S.I.G.) qui est une restitution cartographique dynamique. Outre sa fonction d'observation, le tableau de bord peut contribuer au pilotage et à la gestion d'un projet de santé prédéfini et plus globalement à une politique de santé publique donnée (suivi, recadrage éventuel, évaluation).
- L'observatoire est une démarche complète et ultime dans les systèmes dynamiques et intégrés. La constitution d'un partenariat pour aller jusqu'à un diagnostic partagé est implicite pour toute constitution d'un observatoire qu'il soit thématique et/ou territorial. L'observatoire est un système de recueil de données, qui combine les sources d'informations existantes et les résultats de recherches locales, afin de dresser en permanence un état de la situation.

Chaque ville doit s'approprier le système d'observation qui lui semble le plus pertinent.

En résumé :

Les approches statistiques permettent de mesurer un phénomène mais n'expliquent pas toujours son sens. Les méthodes utilisées se diversifient, passant progressivement d'une observation statistique à une observation plus dynamique et intégrée. Celle-ci prend davantage en compte le point de vue des acteurs locaux, des experts et des différents partenaires impliqués dans le dispositif d'observation.

Préconisations pour constituer un cahier des charges permettant la mise en place d'un profil santé de ville

Le premier chapitre de ce guide est consacré à la définition d'un profil santé de ville, le public "visé" et les concepts à expliciter avant de commencer. Il liste les préalables nécessaires pour établir un cahier des charges.

Il est préférable que la mise en place d'un profil soit accompagnée par un comité de pilotage. Celui-ci doit définir les grands objectifs du profil :

- S'agit-il d'un dispositif permanent ou ponctuel ?
- Quel est le territoire à étudier ?
- Le profil s'attache-t-il à fournir un balisage général ou plutôt des données spécifiques ?

Ensuite, les indicateurs doivent être sélectionnés en tenant compte, bien sûr, de leur disponibilité. Aussi, selon les moyens, une enquête complémentaire peut être envisagée. Il faudra également repérer les personnes qui s'attacheront à collecter les données : s'agit-il plutôt du personnel des Villes-Santé ou bien alors d'un organisme externe ou prestataire comme par exemple les Observatoires Régionaux de Santé (ORS).

Enfin, en ce qui concerne la présentation du document, elle doit s'avérer attractive et facile à comprendre.

Le document final doit être le plus pertinent et le plus cohérent possible. Cette phase finale, et plus spécifiquement la vulgarisation du document, outil indispensable au débat démocratique, est souvent omise dans la démarche de mise en place de profil santé de ville. Bien entendu, selon les principes mêmes des villes-santé, l'idéal est que la population ne soit pas seulement bénéficiaire de cet outil de communication finale mais associée à tout le processus de construction de la démarche.

2.1 L'éthique

Comme toute étude scientifique, un profil santé de ville n'est valide que s'il est construit dans un cadre éthique. En pratique, ceci implique le souci de rester le plus objectif possible, de ne pas déformer les données par des manipulations statistiques et de respecter la confidentialité des informations (respect de l'anonymat, déclaration à la CNIL). Le cadre éthique suppose que l'observateur reste neutre et juste autant que possible.

Il faut également veiller à ne pas stigmatiser des quartiers ou des populations en difficulté. Ce dernier point pose question, car c'est souvent en soulignant les difficultés que l'on est en position de proposer des solutions.

2.2 Le territoire de l'étude

La disponibilité des indicateurs varie selon les niveaux de territoire d'étude auxquels on s'intéresse. C'est là une difficulté pratique.

A priori, les villes constituent des territoires pas toujours aisés à observer. Par exemple, la plupart des statistiques de mortalité ou de morbidité ne sont facilement disponibles qu'aux niveaux départemental et régional (ex : Tableaux de bord de la FNORS – Score-Santé). Les dix plus grandes villes de France ont la possibilité d'accéder à leurs données de mortalité sur le site de l'INSERM SC8 (voir Annexes). Cependant les villes disposent de leurs propres informations concernant des aspects sanitaires, sociaux et environnementaux. Un excellent point de départ puisque ces informations peuvent contribuer à un recueil de données à visées plus directement opérationnelles.

Exemple concret avec une liste des données qu'une ville peut fournir pour un profil :

A l'échelon de la Ville, bon nombre d'indicateurs peuvent y être produits sur des thématiques diverses. Des données sur les tendances démographiques peuvent être issues du service de l'état civil (solde naturel, taux de solde naturel, renouvellement de la population, etc.), des indicateurs autour de la petite enfance auprès notamment des Centres Communaux d'Action Sociale (nombre de crèches, de haltes-garderies, leurs capacités d'accueil, l'âge des enfants accueillis). Concernant particulièrement la population des personnes âgées, des données sont également disponibles auprès des CCAS des communes. Ainsi, des indicateurs tels que le nombre de foyers résidences, le nombre de places, leur répartition dans la commune, le nombre de services de soins à domicile, la répartition de l'aide ménagère, de garde à domicile, de systèmes de téléalarmes et des prises de repas en établissement sont autant d'indicateurs qui sont disponibles au sein de la Ville et qui s'avèrent fortement intéressants lors de la mise en place, à l'échelon local, d'un Profil Santé de Ville.

Enfin, des indicateurs intéressant le champ du cadre de vie lié à la santé peuvent être issus d'autres services communaux comme les services de santé environnement : les données sur la thématique du bruit comme par exemple la répartition des plaintes concernant le bruit en fonction de la nature des dossiers ou encore, le nombre total des interventions pour nuisances sonores. Le service des Parcs et Jardins peut aussi être un pourvoyeur de données illustrant le bien-être environnemental des habitants. Ainsi la moyenne par quartier de la surface par habitant des parcs, jardins et squares accessibles au public peut être un indicateur pertinent. Le service propreté peut fournir des données plus surprenantes mais tout autant intéressantes : le nombre de seringues ramassées par quartier. Enfin, les services circulation d'une commune peuvent offrir des indicateurs mesurant l'accidentologie des piétons. On peut citer par exemple le nombre d'accidents corporels de la circulation impliquant un piéton, la gravité* des accidents corporels de la circulation impliquant un piéton.

* **Gravité = ((nombre de blessés graves) + (nombre de tués) / (nombre total d'accidents piétons)) x 100**

Ainsi, des diagnostics territoriaux ont été réalisés dans le cadre de dispositifs contractuels (contrat de ville, contrat territorial de santé). Il s'agit là d'une photographie à un moment donné portant davantage sur des indicateurs relatifs à des déterminants de santé tels que ceux cités ci-dessus ; les indicateurs propres de santé ne sont souvent pas disponibles. Ceci dit, ces diagnostics territoriaux ont l'avantage d'exister et de constituer une première base de travail. Ce point justifie que les villes cherchent à se doter d'un système d'observation plus fin en matière de santé.

Pour obtenir une observation à une échelle plus fine encore que celle de la ville entière, le découpage géographique varie selon la source d'information et les compétences institutionnelles.

Ainsi en est-il des territoires administratifs du Conseil Général, US de l'Education Nationale, circonscriptions de l'Assurance Maladie, sectorisations psychiatriques,.... Autre difficulté : certaines structures comptent, par exemple, le nombre d'usagers, sans référence à leur lieu de domicile, ce qui empêche de rapporter ces informations à un découpage particulier. Il existe aussi un découpage de l'INSEE appelé les 'Ilots'. Ce sont des groupements de 5 000 personnes. Tout cela rend difficile la comparaison entre indicateurs.

En règle générale, plus le niveau d'observation est fin, moins les données sont disponibles.

Exemple concret d'une ville : découpage de la ville d'Amiens

Lors de l'étude préliminaire dans le mise en place d'un " profil santé de Ville " à Amiens, la multiplicité et la diversité des découpages ont été soulignées.

Plus de 12 découpages différents du territoire de la Ville d'Amiens ont été inventoriés.

Les plus remarquables sont :

- Amiens en un seul tenant
- les 3 territoires d'action médico-sociale du Conseil Général
- les 4 communautés de la politique de la ville
- les 5 inter secteurs de psychiatrie
- les 6 mairies de secteur
- les 8 cantons
- les 26 comités de quartiers
- les 40 périmètres scolaires
- les 57 IRIS et les 23 grands quartiers INSEE

L'utilisation des données et de leurs interprétations devient particulièrement complexe quand certains découpages débordent du territoire communal et ne couvrent pas la totalité d'une autre entité comme la communauté de communes.

C'est le cas pour le 8 cantons qui intègrent deux communes qui ne sont pas parties intégrantes d'Amiens Métropole et qui par ailleurs en excluent 9 communes (sur les 26 communes composant la communauté de communes).

Pour qu'il soit possible d'en tirer des enseignements, un indicateur doit être mis en relief dans le temps et/ou dans l'espace. Une ville peut ainsi comparer l'évolution d'un taux avec l'évolution du même taux à l'échelon du département, de même qu'avec d'autres villes de taille égale. Lorsque les données sont disponibles, des différences entre les quartiers d'une même ville peuvent produire des débats intéressants, mais la prudence est nécessaire pour ne pas stigmatiser les quartiers en difficulté.

2.3 Observer des thèmes généraux ou spécifiques

Le choix des thèmes est très important pour l'approche que l'on souhaite donner au projet. En premier lieu, il semble important de s'interroger sur ce qui est recherché.

- soit il est décidé d'avoir une approche globale de la santé de l'ensemble de la population de la ville ;
- soit il est recherché le maximum de données concernant une population spécifique, délimitée ou non sur un territoire ;
- soit il est choisi une thématique particulière.

Un profil santé d'une ville doit, idéalement, prendre en considération l'ensemble de la ville. En réalité, il est difficile de réussir à obtenir des informations précises concernant toute la population de ce territoire. Par faute de temps et de moyens, il est souvent trop compliqué de balayer l'intégralité d'une population. Il paraît plus approprié de se limiter, par exemple, à l'échelle d'un quartier, d'une catégorie de population précise ou d'une thématique spécifique. Cette approche, plus limitée, nous permet de dégager des données pertinentes sur lesquelles nous pouvons réagir.

Mieux vaut commencer par un territoire ou un thème spécifique et donc limité et, finaliser la démarche.

Les thèmes spécifiques

Un thème spécifique peut être un problème de santé ou une pathologie particulière, comme les toxicomanies ou l'obésité. Il faut définir un territoire d'observation et choisir de s'intéresser à l'ensemble de la population de ce périmètre ou encore décider de limiter l'étude à une population définie par des critères précis (les moins de 18 ans, les demandeurs d'emploi, les enfants scolarisés etc.).

S'il est décidé de faire une enquête sur l'état de santé des enfants scolarisés, selon les objectifs de l'étude, il faut préciser la ou les tranches d'âges et délimiter le territoire à une ville, un quartier, ou un établissement. Si l'étude porte sur le diabète ou une autre maladie, la recherche peut se limiter aux personnes malades, de tel âge, sur tel territoire.

Dans tous les cas, pour que la population observée puisse être représentative, le choix de l'échelle est déterminant. Nos principes éthiques nous alertent sur la nécessité d'être prudent dans la communication afin de ne pas stigmatiser un quartier ou les personnes atteintes de pathologies spécifiques. Cependant, travailler à l'échelle d'un territoire défini tel que le quartier prioritaire défini dans le contrat de ville, permet d'affiner le diagnostic, la connaissance des problèmes à régler et de privilégier la participation des habitants et de tous les acteurs locaux.

Groupe de Pilotage**Instance décisionnelle**

- Valider le cahier des charges : les objectifs, la méthode, le territoire, les moyens, le calendrier,...

- Valider les informations et leur analyse

- Définir les orientations du programme d'actions santé à partir des propositions formulées par le groupe de suivi

Groupe de suivi**Instance consultative**

- Affiner l'analyse des données recueillies et traitées

- Poser des perspectives d'actions

2.4 Les partenariats

Le mot " partenariat ", comme celui de " réseau ", est un terme communément utilisé aujourd'hui, que ce soit dans le champ institutionnel, associatif ou industriel.

Il convient avant tout de tenter de définir et de préciser ce que recouvre ce terme. Pour Bouchard⁸, le partenariat consiste à créer et développer des démarches synergiques et complémentaires. Il s'agit donc de définir ensemble le ou les objectif(s) poursuivi(s), les actions à mettre en œuvre ainsi que les moyens à engager (humains, matériels et financiers). Aussi, il faut partager inévitablement une éthique commune, sans quoi le partenariat ne vivra pas. La connaissance, la reconnaissance réciproque de chacun, le respect mutuel, et la tolérance entre les membres sont des valeurs essentielles à préserver dans la démarche partenariale.

Concrètement, un groupe de pilotage et un groupe de suivi peuvent être mis en place, sauf si ces instances préexistent.

Le groupe de pilotage est une instance décisionnelle, composée des " décideurs " impliqués directement ou non dans le projet. Ses missions peuvent être notamment de valider le cahier des charges : choix des objectifs, de la méthode, du territoire, des moyens, ... Ensuite, il peut définir les orientations du plan santé à partir de propositions formulées par le groupe de suivi.

Le groupe de suivi, instance consultative, peut être composé de partenaires institutionnels et associatifs, d'habitants ou usagers. Les critères définissant leur participation dépendent des thèmes retenus par l'observation. Les missions essentielles du groupe de suivi sont, à partir des données traitées, de faire une lecture commune visant à affiner l'analyse et de poser des perspectives d'actions. Sur ces bases, ce partenariat prend alors plusieurs formes avec des degrés d'implication plus ou moins forts : l'écoute, la consultation, la concertation. Il repose sur une démarche participative qui vise à échanger sur des points de vues.

Exemple concret d'une ville : les partenaires à Lille

Les structures composant le groupe de suivi de l'Observatoire Local de Santé à Lille sont :

la Ville, le Centre Communal d'Action Sociale, le Département, les Hôpitaux, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'Education Nationale, l'Observatoire Régional de la Santé, l'Institut Pasteur, la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, l'Association de Prévention et d'Education Sanitaire Actions Sociales...

La collecte d'informations à l'échelon communal ou infracommunal, implique d'aller chercher ces informations auprès des structures qui les détiennent. Il s'agit, avant tout, de bien déterminer le niveau territorial sur lequel le profil santé de ville doit porter et de définir précisément les indicateurs que l'on cherche. Toute démarche aura du sens si la commande est précise à tous les niveaux.

Après avoir listé l'ensemble des structures répondant à l'objectif visé, les démarches commencent auprès de ces " fournisseurs " de données avec toute une phase, loin d'être négligeable en temps, de négociations. De façon générale et comme cela a été exposé ci-dessus, cette période aboutira s'il y a des intérêts communs, des synergies, à développer une démarche d'observation et à formaliser un partenariat par contrat, convention ou charte.

Cette contractualisation peut se concrétiser par une convention qui stipule notamment les conditions de transmission des informations. A ce titre, le texte précise les règles éthiques, le respect des déclarations faites à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) et des obligations auxquelles l'organisme s'engage, les modalités de transmission de données, du pilotage et du suivi du projet.

2.5 Les moyens

Dans tout projet d'observation, il faut définir les moyens humains et financiers nécessaires pour sa réalisation. Cette phase est également le point de départ d'une dynamique partenariale très riche à l'échelle d'un territoire avec le croisement des informations, des regards, des différents acteurs. A partir des expériences des villes, nous avons vu que la phase d'élaboration et de mise en œuvre de l'outil d'observation représente un travail important et souvent sous-estimé en temps.

Les moyens nécessaires peuvent varier. Les représentants de la ville, avec le comité de pilotage, vont décider des objectifs du profil et des indicateurs souhaités. Ensuite, la collecte de données, leurs traitements statistiques et la présentation graphique peuvent être faits par des services de la ville ou par une structure externe comme l'Observatoire Régional de la Santé (ORS).

Cette deuxième option devra être budgétisée (les fichiers comme ceux de l'ORS sont souvent payants), mais peut réduire les coûts en personnel de la ville. En règle générale les ORS n'ont que peu de données traitées à l'échelle d'une commune. Quelle que soit la méthodologie retenue, l'équipe chargée du profil santé de ville doit prévoir un temps important pour mettre en place des conventions sur le partage des données des autres institutions comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (voir Annexes).

Une enquête auprès de la population peut être un complément d'information très riche pour un profil santé. Elle peut être menée par téléphone, par courrier ou par le " porte à porte ". L'échantillon retenu doit être représentatif de la population observée. Il est rare qu'une ville ait les moyens nécessaires pour mener une enquête sans l'aide de structures spécialisées, et celles-ci coûtent cher !

⁸ Bouchard 2001

Aussi il peut sembler intéressant, au vu des moyens mobilisés, de pérenniser l'outil à moyen terme. Cela suppose d'intégrer le profil santé comme outil de la démarche santé engagée par la ville. Si les coûts humains et financiers ne sont pas pris en compte dès le début, le risque est de mobiliser beaucoup d'énergie lors de son élaboration, et de rester à une photographie qui ne sera pas actualisée.

Un profil santé de ville ne peut se réduire seulement à la mesure et à la publication d'indicateurs.

Travailler avec les partenaires nécessite de prévoir des temps de réunions et des moments de partage, un temps d'animation.

Une publication nécessite de prévoir un temps de diffusion et un temps d'animation pour faire vivre cette démarche d'analyse (voir 2.7).

Ce temps et son coût ne sont pas à négliger.

2.6 La périodicité

La périodicité dépend des objectifs définis en amont de l'élaboration du profil santé ainsi que des moyens mobilisables, sur le plan humain, matériel et financier, pour faire vivre cet outil d'observation à court, moyen voire long terme.

Les objectifs visés

Cherche-t-on :

- à faire un état des lieux définissant les priorités à un moment donné ?
- à élaborer un système d'observations pérenne pour aider à la décision ?
- à engager une démarche participative avec la population, dans le but d'alimenter une démarche territoriale de santé ?

Un état des lieux ponctuel comme un système d'observation pérenne demande un travail en amont mais il est plus aisé à mettre en place. Par contre, un système durable semble plus performant comme aide à la décision ou méthode d'engagement avec les partenaires inter-institutionnels. Il permet un réajustement permanent du cahier des charges.

Au delà de cette première question sur les objectifs, un certain nombre d'autres éléments sont à prendre en compte pour décider de la périodicité du profil santé de ville.

Pour qu'un système soit pérenne, il faut prévoir les moyens humains, notamment un responsable ou un coordinateur. Cette personne ne sera pas seulement chargée d'organiser la réactualisation des indicateurs mais aussi de vulgariser le profil. Elle va avoir besoin des orientations données par le groupe de pilotage.

Une ville en perpétuel mouvement

Pérenniser la publication d'indicateurs à moyen et long terme, pour observer une évolution ou la pertinence de certaines actions engagées, suppose d'être attentif au choix des indicateurs. Une ville est une entité en perpétuel mouvement, nous ne travaillons pas sur un environnement constant. Les populations changent, notamment en fonction de l'âge, de l'activité et du pouvoir d'achat. Le paysage politique peut aussi évoluer et insuffler de nouvelles dynamiques.

Un certain nombre de facteurs influencent ces mouvements : l'organisation de l'habitat sur la ville, par exemple, est un élément discriminant dont il faut tenir compte. Les indicateurs peuvent se révéler désespérément stables et stigmatisants pour la population d'un quartier, avec le risque de démobiliser les différents acteurs. Malgré le " turnover " de certaines CSP dans les zones d'habitat dites sensibles, une certaine stabilité statistique est due à la venue de personnes ayant les mêmes " profils " que les partants.

Il faut prendre en compte les problématiques sur lesquelles il n'est pas toujours possible d'intervenir directement à l'échelle d'une ville, par exemple le chômage. Il est primordial de choisir la périodicité d'observation en fonction des objectifs fixés et de formaliser en amont les moyens correspondants.

La révision des indicateurs ne dépend pas seulement des moyens disponibles mais aussi de la fréquence de disponibilité des nouvelles données. Certains indicateurs sont révisés très souvent comme la qualité de l'air, les nuisances sonores, ou le nombre de billets de transport vendus. D'autres indicateurs évoluent peu (% de m² d'espaces verts dans un quartier) ou ne sont mesurés qu'au moment des recensements (par exemple, nombre de logements sans WC). A titre indicatif, une révision annuelle est suffisante pour la plupart des mesures.

La périodicité est également fonction du contenu de l'observation et de la capacité à intervenir sur les indicateurs retenus, d'où l'intérêt de commencer par une thématique spécifique (voir 2.3) ou un échelle géographique modeste si les moyens sont limités.

2.7 La communication et la restitution

La construction d'un profil santé d'une ville est un projet important en temps et en moyens : il est donc essentiel que la communication des résultats soit une étape tout aussi importante que la construction des indicateurs.

En même temps que la mise en place du système d'observation, le comité de pilotage doit répondre à ces questions :

- Qui seront les destinataires de l'information ?
- Quel est le type d'information le plus pertinent ?
- Sous quelle forme ?
- Par quels moyens l'information pourrait-elle être impulsée ?
- Quels sont les moyens humains et financiers disponibles pour la communication ?

Les premières questions portent sur les publics et sur les attentes des différents utilisateurs tels que les citoyens et/ou les élus, afin d'imaginer la technique de communication la plus adaptée. Il ne faut pas omettre de fournir les moyens d'une démarche interactive avec les destinataires de ces informations.

Dans un second temps, les interrogations peuvent porter sur l'utilisation pragmatique ou non des observations, et plus profondément sur la coexistence de mesures et d'échelons territoriaux hétérogènes.

Propositions de différentes approches pour différents publics

Plusieurs types d'informations peuvent ainsi être envisagés, par exemple :

PUBLICS	SUPPORTS	LIEUX DE DIFFUSION
Les élus municipaux	Des brochures (avec possibilité d'obtenir un classeur complet sur demande)	Une séance en Conseil Municipal
Les partenaires institutionnels et associatifs ; les différents services de la Mairie	Des brochures (avec possibilité d'obtenir un classeur complet sur demande)	Présentations lors de réunions institutionnelles
Les journalistes	Un dossier de presse	Réunions de presse
Le grand public	Un résumé dans une brochure distribuée avec le bulletin municipal ou un journal local Une exposition circulant dans les bibliothèques, maison des quartiers	Présentations lors des Conseils de quartiers...
Comités de pilotage et de suivi	Le classeur complet. CD Rom	Réunions

FIGURE 3 : Exemple d'une page du classeur de Nancy présentant un indicateur



Les supports

Bien sûr, il appartient à chaque ville de décider de sa propre stratégie de communication pour permettre la diffusion d'informations pertinentes sans gaspillage de ressources.

Il faut prévoir plusieurs types de supports. Ainsi, nous proposons trois types de supports :

■ **Le CD Rom ou classeur ou le fascicule complet**

Le classeur ou fascicule complet est le document qui contient toutes les informations essentielles d'un profil santé de ville (figure 5). Ce document qui peut atteindre une centaine de pages est onéreux à produire. La forme de ce document peut être un classeur composé de fiches ou un fascicule relié.

Un classeur présentant sous une forme originale les indicateurs produits paraît être l'outil le plus judicieux puisque réactualisable, si l'objectif de votre profil santé est d'être pérennisé. Le classeur est à moindre coût sur le long terme, même si l'investissement initial est plus important par rapport à un fascicule relié.

Ces informations peuvent également être enregistrées sur CD Rom avec un avantage de coût.

■ **La brochure**

La brochure résume en 2 à 8 pages les points majeurs d'un profil santé de ville. Parmi les différents supports, ce document aura probablement la diffusion la plus large. Ainsi, il doit être attractif, facile à comprendre et en couleur si possible. Il doit indiquer les sources d'informations supplémentaires comme le classeur complet ou le site Internet.

■ **Le site Internet**

Le site Internet permet une réactualisation aisée des données et facilite une présentation originale.

Un site de ce type peut être un vrai support, mais pas une substitution aux autres formes de communication comme la brochure.

Les lieux de restitution

Là encore, le choix dépend des objectifs du profil santé de ville. La présentation de la finalité de l'outil d'observation peut faire l'objet d'une séance en Conseil Municipal. Les réunions avec les partenaires sont également des lieux incontournables qui permettent une discussion en profondeur quant aux actions à entreprendre, suite à l'identification des problématiques et priorités.

Des débats avec les habitants dans les quartiers nécessitent des moyens humains importants. Mais ces forums sont importants pour engager leur participation et pour encourager les échanges et faire émerger des pistes d'actions possibles au plus près de la population. Cette participation devrait permettre une plus grande visibilité et favoriser une légitimité nouvelle aux pratiques de démocratie locale.

En résumé : points clefs dans les préconisations pour la mise en œuvre d'un système d'observation en santé

- Etre clair sur les objectifs du profil santé de ville.
- Etre clair sur les moyens dont on dispose pour réaliser ce travail.
- Chaque indicateur retenu doit pouvoir amener une action visant à améliorer cet indicateur.
- L'intérêt de l'outil ne réside pas dans la recherche de données mais dans l'aide et l'accompagnement des décisions locales qu'elles vont entraîner.
- Constituer un groupe de travail avec les partenaires qui sont intéressés pour mettre en place une politique santé. Si nécessaire réunir un deuxième groupe avec les structures qui pourront fournir les informations.
- Ne pas choisir un trop grand nombre d'indicateurs au début (ce qui nécessite un important travail de sélection en amont).
- Les indicateurs doivent être le reflet d'une vision très large de la santé. Donc couvrir les champs "sociaux et environnementaux" en plus du champ "sanitaire".
- Un indicateur seul ne peut être interprété. Il faut systématiquement l'inclure dans un contexte.
- Le découpage géographique des différentes administrations pose un problème pour mutualiser les données.
- La communication et la diffusion sont essentielles pour la présentation de la démarche. Il est donc indispensable de les prévoir en amont.
- Il est possible de faire appel à des compétences en matière de communication, soit au sein de la ville, soit auprès d'une agence spécialisée dans la communication afin d'aboutir à un projet final attractif et attrayant pour tous les destinataires. Cette notion de coût (matériel et humain) doit ainsi être pensée en amont du projet et être incluse dans le budget prévisionnel.
- Valoriser la complémentarité des approches qualitatives et quantitatives

Les expériences des Villes-Santé

Ce chapitre est consacré aux exemples de la mise en place de différents types de profil santé dans les villes. La plupart des exemples sont français mais le système d'observation de la ville de Rotterdam (Villes-Santé OMS), Pays-Bas est également présenté.

Au début des réflexions de notre groupe de travail, une enquête a été menée afin d'identifier les différents types d'observation existants dans le Réseau français des Villes-Santé de l'O.M.S. Après une synthèse des réponses de cette enquête, des études de cas seront présentées :

- Rennes présente un diagnostic qualitatif sur les problèmes de santé et les populations perçus comme prioritaires.
- Nancy nous montre un historique de son recueil d'indicateurs.
- Châteauroux et Villeurbanne ont observé la santé des élèves dans leurs villes.
- Lille, avec deux communes voisines, présente son observatoire local de la santé.
- L'expérience de Rotterdam montre comment un système d'observation a évolué sur 12 années.

3.1 Synthèse des réponses des Villes-Santé françaises

L'enquête

En 2003, une enquête a été menée auprès des villes membres du Réseau français des Villes-Santé. Les informations sollicitées portaient tout particulièrement sur les différents types d'observation : les objectifs inhérents, les principaux utilisateurs, les producteurs de données, et aussi, les principales thématiques d'indicateurs.

Les Villes d'Angers, Besançon, Cannes, La Roche-sur-Yon, Marseille, Saint-Brieuc, Toulouse, Bourgoin-Jallieu, Villeurbanne, Châteauroux, Lyon, Brest, Rennes, Lille, Nancy et Dijon ont répondu à cette enquête.

Suite à l'enquête, trois grands types d'observation ont pu être regroupés, même si les dénominations ou appellations de ces systèmes sont différentes dans chaque ville. Ces trois types identifiés sont :

- les observatoires sanitaires, sociaux et environnementaux (systèmes dynamiques car évolutifs dans le temps) ;
- les données d'activité (systèmes fixes ou statiques) ;
- les systèmes de veille et d'alerte (systèmes de veille sanitaire).

Les objectifs divergents

Au regard des différents types d'observation signalés auparavant, il apparaît incontestable que les objectifs de telles observations divergent d'une ville à l'autre. Les principaux objectifs ont été classés en fonction de six grands domaines d'utilisation possible des indicateurs :

- avoir une meilleure connaissance d'un territoire, pour appréhender plus précisément les publics, connaître une situation de santé ou adapter l'offre des services ;
- aider à la décision politique pour orienter les actions de santé, construire des réponses plus adaptées ou être un outil de négociation ;
- développer des actions de prévention ;
- mettre en place des systèmes d'alertes, par exemple, anticiper la survenue d'une maladie chronique ou estimer les risques sanitaires liés à l'environnement ;
- soutenir le tissu partenarial par des échanges de compétences ;
- développer l'expertise et l'évaluation, par exemple, améliorer le suivi épidémiologique d'une infection, évaluer une action ponctuelle ou réaliser un tableau de bord de l'état de santé d'une population.

Principaux indicateurs

Les divers indicateurs produits peuvent être regroupés en quatre grandes thématiques :

l'environnement urbain : par exemple, les nuisances sonores, la qualité de l'air, le logement, la sécurité, l'insalubrité publique, les animaux errants ;

la démographie : la population en général et plus particulièrement les personnes âgées, l'adolescence, la petite enfance, la problématique des migrants ;

la situation sociale : la monoparentalité, l'emploi, la problématique du Revenu Minimum d'Insertion, le handicap et les données mesurant la pauvreté et la précarité ;

la santé stricto sensu du terme : par exemple les bilans de santé à l'école maternelle, la santé bucco-dentaire, l'épidémiologie du Sida, la santé mentale, les maladies infectieuses et l'offre de soins.

Les utilisateurs

Les principaux utilisateurs des données cités dans les réponses à l'enquête sont nombreux et variés.

En général, les utilisateurs privilégiés sont les décideurs publics et locaux et notamment certains membres des Collectivités Territoriales (Ville et Conseil Général) ou des services déconcentrés de l'Etat (DDASS, DRASS et Préfecture). Les associations et les professionnels des champs de la santé et du social paraissent aussi être d'importants utilisateurs de ce type de données. Enfin, on peut mentionner d'autres utilisateurs " sporadiques " tels que les structures privées, les entreprises, les urbanistes, et plus surprenant, les gestionnaires.

Quelques villes enquêtées ont noté qu'il est souhaitable, dans une véritable démarche de Villes-Santé, que les particuliers (habitants, usagers) puissent avoir accès à ces documents.

Les producteurs

En ce qui concerne les producteurs d'indicateurs, la ville paraît être l'un des échelons idéal en matière de source de données. En effet, la ville est le producteur qui a été mentionné par l'ensemble des Villes-Santé sondées ; les services de la ville peuvent ainsi produire des indicateurs en matière d'environnement (salubrité publique, nuisances sonores, qualité de l'air, etc.), de qualité de vie (parcs et jardins, aménagements urbains, etc.), d'accidentologie, etc.

Les Observatoires Régionaux de Santé sont également beaucoup cités et permettent de recueillir des données sanitaires sur une problématique de santé publique spécifique. D'autres producteurs sont également fréquemment évoqués : les associations, les Caisses d'Allocations Familiales, les Conseils Généraux, les agences de l'urbanisme, les observatoires régionaux de l'air, l'INSEE, les CCAS, l'Education Nationale, les DDASS, les DRASS ou encore les Commissions Locales d'Insertion. Pour des problématiques particulières, des organismes tels que les Chambres de Commerce et d'Industrie, l'INSERM, les préfetures, les missions locales peuvent aussi être sources d'informations intéressantes.



3.2 Le diagnostic santé de Rennes

A Rennes, un nouvel état des lieux qui s'est voulu partagé

Le contexte

Dès 1996, Rennes qui appartient au réseau européen des Villes-Santé décidait de confier à l'observatoire Régional de la Santé en Bretagne une réactualisation de son " profil " de ville afin de préparer en grande concertation le " plan santé " pour les prochaines années...

En avril 2004 un nouvel état des lieux- diagnostic partagé- était nécessaire...et réalisé sur le territoire de la Ville.

L'enjeu est en effet de réactualiser les objectifs locaux de la ville, de manière partagée, à un moment clé où s'élabore la première version du futur Plan Régional de Santé Publique et le programme départemental de prévention de l'usage des

drogues, et se décident les actions qui devront être soutenues notamment dans les quartiers contrat de ville.

Cet état des lieux vient en complément de l'étude menée sur l'état de santé des Bretons, étude qui vise à définir les priorités de santé publique pour notre Région. Il s'inscrit dans la mise en œuvre d'un contrat territorial de promotion de la santé et dans le prolongement du plan d'actions menés dans les années antérieures.

Il s'agit d'une analyse partagée des besoins et d'une évaluation des actions existantes afin de définir un nouveau programme local d'actions de santé (actions devant être renforcées ou soutenues prioritairement, actions nouvelles ou adaptations nécessaires).

Le contrat territorial de promotion de la santé, mis en place sur le territoire de la Ville de Rennes, s'inscrit de fait dans un objectif de prolongement et de renforcement de l'action développée par la Ville dans ce domaine, en particulier pour l'articulation avec les politiques nationales et régionales.

Les objectifs

L'objectif de ce diagnostic Santé était de repérer les besoins de santé prioritaires sur le territoire de Rennes en apportant une attention majeure à la fois :

- à la mobilisation des acteurs (institutions, professionnels de santé, associations, habitants) qui ont été associés à l'analyse de ces besoins et à la définition des priorités,
- aux populations repérées comme fragiles par ces acteurs,
- et aux démarches déjà engagées dans le domaine de la santé sur le territoire de Rennes, en particulier dans les quartiers Contrat de Ville.

Et de confronter les regards et points de vue.

La réalisation du diagnostic, préalable à la mise en œuvre de ce contrat territorial de santé, a été confiée à l'Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale, association rennaise qui assure une mission d'observation sociale et d'accompagnement de démarches partenariales.

La méthode

Prenant appui sur ce que nous connaissions déjà de la santé des Rennais, elle a consisté en la réalisation d'entretiens auprès d'une soixantaine d'acteurs (habitants, institutions, professionnels, associations) destinés à connaître leur appréciation des problèmes de santé perçus par eux comme prioritaires.

Ainsi, les entretiens ont-ils été construits autour de trois questions :

- Quelles sont pour vous et à l'échelle de Rennes les questions de santé auxquelles il vous semble prioritaire de répondre ?
- Quels sont les publics les plus touchés ?

- Pourriez-vous me citer une ou deux actions de promotion de la santé actuellement menées à Rennes qui visent à répondre au mieux aux difficultés de santé que vous avez repérées ?

(à noter que l'échantillon de personnes enquêtées a regroupé des acteurs intervenant sur la ville et sur un quartier choisi, il a intégré en particulier les membres de collectifs d'habitants sur le quartier).

A l'issue de cette première phase, ont ensuite été proposés des ateliers d'analyse et de réflexion croisés avec l'ensemble des acteurs rencontrés et quelques autres acteurs clés qui n'avaient pu être rencontrés, et cela afin de construire une analyse partagée voire commune de la perception des problèmes de santé jugés comme prioritaires et d'échanger sur les modalités de leurs résolutions (pistes d'actions).

Dans le même temps, a été réalisé un premier inventaire des données existantes et des personnes ressources permettant de consolider ce travail d'identification et de hiérarchisation des besoins et des moyens d'actions.

Perspectives

Les échanges se poursuivent au sein des instances de concertation qui existent sur la ville. (Comité consultatif "Pour la santé dans la ville" et instances de quartier).

Le plan d'action à venir devrait être un outil à la fois synthétique, précis et interactif pour l'ensemble des acteurs (institutionnels, professionnels et habitants) affichant clairement l'ambition, les objectifs partagés, de la ville et de ses partenaires sur le territoire rennais.

Contact > Philippe Caffin, Directeur, APRAS - 6 cours des Alliés, 35043 Rennes Cedex - Courriel : ph.caffin@apras.asso.fr



3.3 Historique d'un recueil d'indicateurs à Nancy

Contexte

La Ville de Nancy, devenue Ville Santé de l'O.M.S. en 1989, fut choisie en 1990 pour accueillir un colloque international réunissant des groupes de travail composés d'experts. A partir des principes fondateurs définissant les Villes-Santé, ces experts ont élaboré une liste d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pouvant mesurer d'éventuelles améliorations et freins dans l'accès aux soins de la population et ce à l'échelon communal.

Suite à ce colloque, le Centre de Médecine Préventive de Nancy et l'Agence de l'Eau ont conçu en 1992, des cartographies permettant de repérer les besoins de santé de la population nancéenne et à l'époque celle de son district, à partir des examens de santé de 47 000 personnes. Une plaquette intitulée " Les indicateurs de Santé dans la Ville " a ainsi été publiée et exposée aux décideurs locaux.

En 1998, la Ville de Nancy a créé un nouveau service municipal : Nancy Ville-Santé, dont l'un des premiers projets consistait en une actualisation de ces indicateurs de santé. L'objectif du projet était ainsi formulé en avril 1998 :

" Elaborer un instrument apportant une connaissance commune de l'état de santé de la population, de l'environnement sanitaire et social (en terme de dispositifs) ".

Cet instrument devait permettre de suivre l'évolution des besoins de santé et les réponses apportées, afin de constituer un outil d'aide à la décision.

La mise en place de ce système d'observation se basait sur le travail conduit en 1992 (cité plus haut). L'usage prévu était d'obtenir un outil de travail pour tous les services et structures intéressés. Son élaboration supposait sa réactualisation annuelle et une utilisation à la portée de tous.

Objectifs

- Permettre aux différents partenaires de s'assurer de la pertinence des actions en santé.
- Favoriser la cohérence des actions.
- Permettre une politique globale de santé au niveau municipal sans stigmatiser les quartiers.

Démarche

Cet instrument a été construit avec la collaboration de différents services, institutions et associations afin d'évaluer leurs besoins de données mais aussi de recueillir leurs indicateurs. Le service municipal Nancy Ville-Santé fut le chef d'orchestre de ce recueil en assurant la coordination des groupes de travail, le soutien logistique, la réactualisation, la publication et la diffusion. Il fut accompagné par l'École de santé Publique de Nancy.

La démarche poursuivie fut la suivante :

- Recherche documentaire sur la problématique, complétée par un classement thématique d'indicateurs ;
- Réalisation de courriers et prise de contacts téléphoniques afin d'entreprendre la mise en œuvre du projet ;
- Entretiens avec les personnes-ressources ;
- Organisation d'une réunion avec l'ensemble des personnes ressources pour une première présentation des indicateurs, des critères à retenir, de la nécessité d'avoir des commentaires ;
- Création de trois groupes de travail thématiques : social, environnement et santé. A cette occasion, une grille de critères (disponibilité, accessibilité, périodicité, simplicité d'interprétation et possibilité de suivi) fut créée ;
- Signature de conventions avec divers organismes (CAF, INSEE, Centre de Médecine Préventive) pour fixer des modalités d'échanges de données.

Vers la fin de l'année 2000, une liste de 150 indicateurs, classés dans diverses catégories thématiques fut ainsi élaborée par les trois groupes de travail à partir de la grille de critères (définie plus haut). Ces indicateurs, sanitaires, sociaux et environnementaux, ne prétendaient pas caractériser de façon exhaustive l'état de santé des nancéiens. Suite à ce travail, quelques indicateurs se sont trouvés être sources de confusion ; d'autres se sont avérés trop complexes à restituer dans un contexte de politique locale de santé ; d'autres enfin posaient des problèmes d'ordre éthique car stigmatisant à l'échelle de la ville voire d'un quartier.

Une sélection des informations devant figurer sur les fiches de présentation fut ensuite entreprise. Le choix de présentation s'est porté sur un classeur car il permettait une mise à jour régulière des fiches donc une actualisation périodique. La mise en forme des fiches de présentation des indicateurs fut décidée de la manière suivante : chapitre, thème, définition de l'indicateur, objectif de l'indicateur, représentation graphique de la donnée, commentaires éventuels (figures 3, 4 et 5). La collaboration d'un graphiste s'est avérée nécessaire afin de rendre la présentation de chaque donnée plus parlante et plus attractive.

Difficultés et Perspectives

Avec le nouveau " Contrat de Ville-Agglomération " et le renforcement de son volet santé, l'échelle d'application territoriale fut remise en question. Dès lors, le recueil devait s'attacher à apporter des informations au niveau de l'agglomération tout en privilégiant les quartiers prioritaires. L'objectif principal du recueil d'indicateurs fut de constituer une aide à la décision pour le comité de pilotage du " Contrat de Ville-Agglomération ".

Face à ce nouvel usage, l'ensemble des indicateurs furent à nouveau travaillés et 103 indicateurs relatifs à la santé des Nancéiens à l'échelle de la Communauté Urbaine du Grand Nancy furent retenus. Ce changement d'échelle et d'usage nous a obligés à modifier les indicateurs précédemment définis : certains ont été éliminés car ils ne correspondaient plus à l'échelle désirée et d'autres ont été créés.

Le recueil final " Aspects sanitaires sociaux et environnementaux : indicateurs de Nancy et du Grand Nancy " a reçu un accueil très favorable des élus et des partenaires.

En 2003, les responsables du " Contrat de Ville-Agglomération " ont sollicité l'ORS Lorraine et l'Ecole de Santé Publique de Nancy afin de réfléchir à la mise en place d'un observatoire de santé. L'élaboration de cet observatoire s'est inspirée du recueil d'indicateurs réalisé en 2002.

Contact > Mikaël André, Ville de Nancy service municipal Nancy Ville Santé,
5/ 7, Rue Léopold Lallement, BP 270, 54005 Nancy
courriel : nancyvillesante@mairie-nancy.fr



FIGURE 4 : Exemple de fiche du recueil d'indicateurs de Nancy (recto)



FIGURE 5 : Exemple de fiche du recueil d'indicateurs de Nancy (verso)



3.4 Observatoire Local de la Santé (O.L.S.) des élèves de Châteauroux

Contexte

Châteauroux, chef-lieu du département de l'Indre en Région Centre, est à la fois la capitale administrative et économique du Sud Berry. Cette ville de 49 632 habitants fait partie des 9 villes de la Communauté d'Agglomération Castelroussine.

Analyse de la demande

Le souhait de la Municipalité est d'améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants scolarisés sur Châteauroux afin d'adapter les actions de terrain.

D'octobre 2000 à janvier 2004, la Ville de Châteauroux, en partenariat avec l'Education Nationale, a œuvré à la mise en place d'un Observatoire Local de la Santé des Elèves. La Ville de Châteauroux est le porteur du projet. Elle organise, au minimum, une réunion de synthèse par an pour assurer le retour de l'information et développer une dynamique locale.

L'ORS du Centre est l'animateur des réunions de cette démarche. En collaboration avec les médecins et les infirmières de P.M.I. et du service de Promotion de la Santé en faveur des élèves, il est chargé de mettre en place des outils (masques de saisie), de définir des indicateurs appropriés, de recueillir les données et de fournir des conseils méthodologiques.

Objectifs de l'Observatoire Local de la Santé

- Repérer précocement les troubles de santé des enfants ;
- Identifier des indicateurs de santé pertinents ;
- Favoriser la circulation des informations entre partenaires.

L'O.L.S. doit devenir un outil de connaissance de la santé des élèves au service des acteurs locaux. Cet observatoire a une vocation multiple : l'élaboration d'actions pragmatiques, la promotion d'actions de formation, le développement du travail en réseau et la création d'un pôle de ressources documentaires.

Méthodes d'observations utilisées

Des fiches d'examen ont été conçues par l'ORS du Centre, en collaboration avec les médecins et les infirmières. La C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a donné un avis favorable concernant le recueil de ces données médicales.

De la rentrée 2001 jusqu'à la fin de l'année scolaire 2002, les médecins et les infirmières de P.M.I. et du service de Promotion de la Santé en faveur des élèves ont utilisé ces fiches spécifiques pour la plupart des enfants de Châteauroux, des quatre classes d'âge concernées : 3-4 ans, 5-6 ans, 11-12 ans et 14-16 ans.

Lorsque les fiches de ces tranches d'âge sont parvenues à l'ORS, elles ont été traitées statistiquement. En 2003, un bilan des points marquants des quatre tranches d'âge pour l'année 2001-2002 a été présenté. Il témoigne qu'il est parfois difficile de confronter les données de ces quatre tranches d'âge car elles ne sont pas forcément représentatives. En effet, pour les 5-6 ans et les 14-16 ans, seule la moitié des enfants de ces deux groupes a été comptabilisée. Le peu de données pour ces 2 groupes d'âges s'explique par le fait que les médecins du service de Promotion de la Santé en faveur des élèves, ayant effectué les bilans médicaux auprès de ces enfants, n'ont pas eu assez de temps pour recevoir tous ceux du département. Mais, il ne leur avait été donné comme priorité que les enfants de la Ville de Châteauroux. Le bilan médical des 3-4 ans a été réalisé par les médecins de P.M.I. et le dépistage infirmier des 11-12 ans par les infirmières du service de Promotion de la Santé en faveur des élèves. Ces personnels de santé ont essayé, malgré cela de les faire de façon exhaustive pour les élèves des classes d'âge concernées de Châteauroux.

Sept thèmes principaux ressortent de l'étude :

1. Les troubles du langage et autres troubles somatiques
2. Les allergies
3. L'indice de Masse Corporelle (I.M.C.)
4. Le petit déjeuner
5. Les repas
6. Les activités extra-scolaires
7. Les conduites addictives.

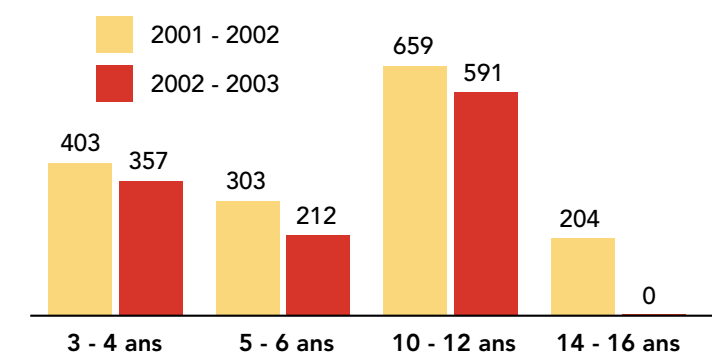


FIGURE 6 :
Questionnaires recueillis pour les années scolaires 2001-2002 et 2002-2003 selon les tranches d'âge observées

Pour les 11-12 ans, plus d'un élève sur quatre présente une surcharge pondérale, 9,9% sont en surpoids et 16,3 % sont obèses. L'étude montre également que cette situation est plus problématique pour les enfants :

- uniques ou aînés d'une fratrie,
- chez les filles,
- vivant avec un parent isolé ou dans une famille recomposée,
- dont les parents sont ouvriers.

Il en ressort principalement, un I.M.C. supérieur à la moyenne nationale pour les 10-12 ans. Cet I.M.C. confirme celui évalué en 2001/2002. De plus, l'étude de l'examen psychomoteur chez les 3-4 ans montre un retard de la parole pour 11,5 % des enfants examinés et des troubles du langage pour 14,5 % d'entre eux.

L'objectif de la dernière réunion de l'O.L.S. a été de croiser les résultats sur deux années scolaires pour permettre d'ajuster, de réajuster ou de créer des actions

santé en faveur des élèves de 3 à 16 ans. En d'autres termes, les membres de l'O.L.S. envisagent l'orientation d'actions futures en fonction des résultats du bilan de l'ORS. Au vue de ces résultats, l'élue à la Santé Publique de la Ville de Châteauroux a proposé la création de groupes de pilotage en ciblant les thèmes et les tranches d'âges concernées et en évaluant les moyens humains et financiers impliqués dans les actions futures. L'idée de créer des groupes de travail a été validée par l'ensemble des partenaires.

Tableau 7 : Proportion d'enfants présentant un trouble du langage selon la CSP des parents

	Effectifs	% d'enfants présentant un trouble	IC 95 %
Ouvrier	23	45,1	[31,0 - 59,2]
Cadre	8	16,0	[5,5 - 26,5]

Lorsque la mère est au foyer, les enfants présentent significativement plus souvent un trouble du langage : 39 % contre 29 % (p=0,06)

Tableau 8 : Proportion d'enfants présentant un trouble du langage selon l'activité de la mère

	Effectifs	% d'enfants présentant un trouble	IC 95 %
Mère active	50	28,7	[21,9 - 35,5]
Mère au foyer	43	38,7	[29,5 - 47,9]

FIGURE 7 :
Proportion d'enfants présentant un trouble du langage selon différents critères

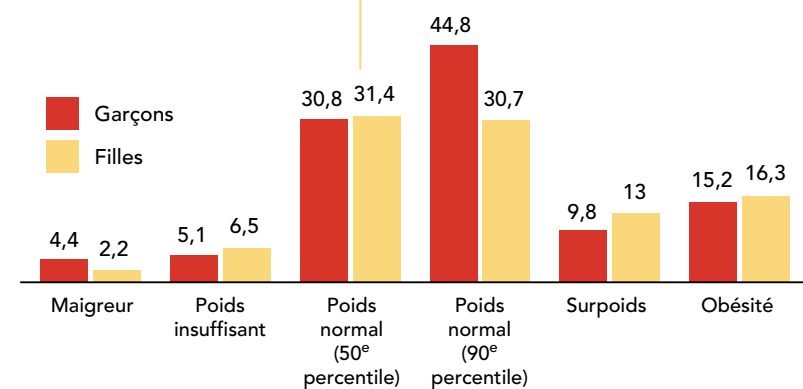


FIGURE 8 :
Répartition des enfants par sexe selon l'IMC (%)

Difficultés

La participation à l'enquête pour la tranche d'âge 10-12 ans a été massive : 659 pour 2001/2002 et 573 pour 2002/2003, soit plus de 92 % des jeunes. Les résultats ont ainsi pu être exploités correctement. Ce n'est pas le cas pour les tranches d'âge 5-6 ans et 14-16 ans. En effet, trop peu d'éléments sont parvenus à l'ORS pour tirer des conclusions pertinentes sur l'état de santé de ces enfants. De plus, pour la tranche d'âge 3-4 ans, l'outil conçu pour l'O.L.S. n'a pas été pris en compte. D'anciens documents ont été utilisés.

Avenir de l'O.L.S

Après cette phase d'observation, les différents membres de l'O.L.S. ont mis en place deux groupes de travail : un premier groupe sur " les troubles du langage chez les 3-4 ans ", et un second groupe sur " le surpoids et l'obésité chez les 10-12 ans ". Les premiers objectifs seront de recenser les actions déjà existantes et d'évaluer les manques. Les groupes se sont réunis deux fois chacun, aux mois de mai et de septembre 2004, et les actions de terrain ont été définies pour l'année 2005.

Pour le premier groupe, les orthophonistes se sont rendus compte que les enfants ne souffraient pas de troubles du langage en tant que tels. Ils ont soulevé, entre autres, le grave problème du bilinguisme source de non intégration. Pour le second groupe, une action spécifique va être mise en place à destination des enfants des quatre écoles élémentaires de la Z.E.P. Les directeurs de ces écoles, l'infirmière scolaire du secteur, la coordinatrice de la Z.E.P., une diététicienne, le CODES de l'Indre et le service Santé Publique de la ville travaillent sur l'élaboration d'un questionnaire à destination des enfants et des parents.

Contact > Fabienne Antigny, Ville de Châteauroux, Service de santé publique, Hôtel de Ville, 36 012 Châteauroux.

3.5 Exemple du système d'observation en santé scolaire de Villeurbanne

Villeurbanne, ville de 127 000 habitants fait partie de l'agglomération de Lyon. Elle a adhéré au Réseau français des Villes-Santé en 1991. La particularité de la Municipalité est de posséder un service de santé scolaire à part entière depuis 1935.

En 1998, la Municipalité décide de mieux adapter l'activité de ce service aux besoins des enfants scolarisés. En effet, ceux-ci paraissent avoir évolué de façon différente suivant les quartiers. Une démarche de planification est alors engagée. Le tableau de bord du Service Municipal de Santé Scolaire (SMSS) est une première étape à un Observatoire Local de Santé.

Objectifs

L'objectif principal est d'objectiver et de suivre dans le temps l'intensité des problèmes sanitaires et sociaux des élèves scolarisés de la grande section maternelle au C.M.2.

L'objectif secondaire est de gérer le temps de travail du personnel du SMSS afin de répondre au mieux aux besoins identifiés.



Villeurbanne

Le système d'information permet :

- de suivre les évolutions de l'état sanitaire et social des enfants par groupe scolaire et de façon globale sur la ville ;
- d'apprécier les tendances suite aux actions menées par le service (dépistages audio métriques, campagne de vaccination, dépistage bucco-dentaire, ...) ;
- de classer les écoles tous les trois ans en quatre groupes (de I à IV) selon leur niveau de problèmes sanitaires et sociaux afin de différencier les actions et d'établir des priorités d'allocation de ressources humaines du SMSS.

Mise en place du tableau de bord

Élaboré à partir de 1999, le système d'information est composé d'indicateurs : sanitaires et sociaux, de ressources (ou de structure) et de processus. Il fut créé à partir des missions du service de santé scolaire en partenariat avec l'Education Nationale. Le système fut rediscuté en interne à la fin de chaque année scolaire afin d'apporter et de valider des réajustements sur les indicateurs et les outils de recueil des données⁹.

On est passé de 58 à 42 indicateurs utilisés en 2003-2004 répartis en trois groupes :

- les caractéristiques structurelles du groupe scolaire (5 indicateurs) ;
- la santé et environnement social des élèves (33 indicateurs) ;
- et l'environnement médico-social du groupe scolaire (4 indicateurs).

L'analyse annuelle des indicateurs se fait à partir des moyennes villeurbannaises (distribution en quartiles).

Analyse en composantes principales et élaboration d'un score de priorité

Depuis l'évaluation du système d'observation réalisée par l'ORS Rhône-Alpes en 2003, la classification des groupes scolaires est réalisée à l'aide d'une Analyse en Composantes Principales (ACP). Sur les 42 indicateurs, 20 variables sont utilisées pour décrire les écoles. Le procédé statistique de l'ACP est une méthode factorielle qui permet la construction par calcul mathématique de nouvelles variables synthétiques obtenues en combinant les variables initiales.

Pour atténuer les effets de la variabilité des indicateurs d'une année sur l'autre, les données sont agrégées sur deux ans, tout en les analysant chaque année sous la forme d'une moyenne glissante.

La diffusion des informations

Les données produites sont utilisées en interne¹⁰. Elles sont mises à disposition des élus, accompagnées de commentaires d'analyses. La diffusion externe est limitée aux inspecteurs de l'Education Nationale pour éviter des interprétations "sauvages" et la discrimination des groupes scolaires marqués comme ayant un niveau important de problèmes.

Prenons deux exemples :

Premièrement, lors des visites médicales d'admission en classe de CP¹¹ (effectuées selon le protocole BSEDS 5-6), on remarque un gradient des troubles visuels selon les typologies des groupes scolaires (fig 9). Les troubles très importants en typologie IV, sont sans doute dus à une insuffisance de prise en charge par les parents et justifient l'importance de l'accompagnement mis en place dans ces groupes scolaires.

Deuxièmement, depuis 5 ans, nous organisons en collaboration avec l'UFSBD, un dépistage bucco-dentaire en classe de CM1 (fig 10). Après 4 ans de suivi, nous constatons une forte diminution du nombre de caries sur dents définitives (tout en gardant un gradient selon les typologies) qui peut s'expliquer par l'impact des actions de prévention et d'éducation de santé bucco-dentaire réalisées par les infirmières scolaires et ceux plus spécifiquement en groupes scolaires de typologies III et IV.

Deuxièmement, depuis 5 ans, nous organisons en collaboration avec l'UFSBD, un dépistage bucco-dentaire en classe de CM1 (fig 11). Après 4 ans de suivi, nous constatons une forte diminution du nombre de caries sur dents définitives (tout en gardant un gradient selon les typologies) qui peut s'expliquer par l'impact des actions de prévention et d'éducation de santé bucco dentaire réalisées par les infirmières scolaires et ceux plus spécifiquement en groupes scolaires de typologies III et IV.

Freins

L'ACP a l'avantage de synthétiser et de rendre plus objective l'analyse globale. Les difficultés majeures sont : le maniement de l'ACP (logiciel spécifique), l'analyse et le rendu des résultats. Seul un épidémiologiste peut effectuer ce travail.

L'alternative à l'ACP, est l'exploitation standardisée simple basée sur les écarts à la distribution moyenne de chaque variable (méthode utilisée par le baromètre santé de Rotterdam). Cette méthode permet d'établir rapidement un score de priorité par groupe scolaire qui est lui-même concordant avec l'ACP. Toutefois, ce procédé n'est pas actuellement utilisé pour classer les écoles par typologie car il est plus sensible aux variations des indicateurs que l'ACP.

¹¹ Selon l'article L 191 du code de la santé publique, au cours de la 6^{ème} année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Il est nécessaire, pour la bonne scolarité de l'enfant, que le dépistage des handicaps soit effectué le plus précocement possible

FIGURE 9 : Visite d'admission en CP dépistages visuels avec suivi préconisé par typologie (%)

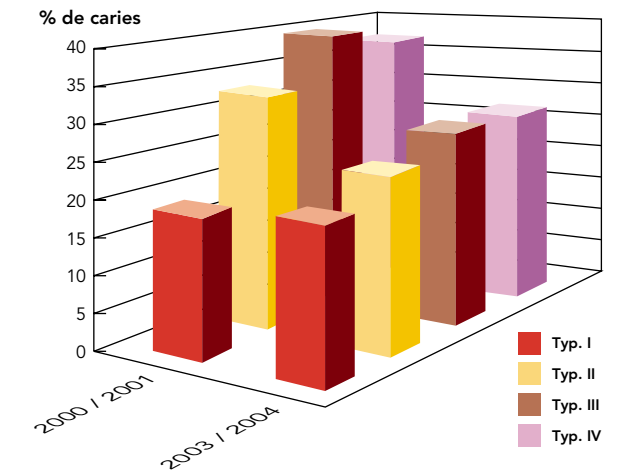
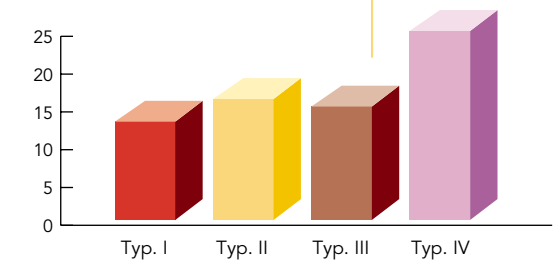


FIGURE 10 : Dépistage bucco-dentaire en C.M.1. Evolution de la prévalence des caries sur dents définitives

⁹ Carnets de bord médecins et infirmières, relevé d'activité standardisé par groupe scolaire et le guide méthodologique du tableau de bord

¹⁰ Par la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique, la Direction de la Démocratie locale, du Développement et de la Vie de Quartier et la Direction Prévention, Médiation et Sécurité

Perspectives

Au total, la mise en place du système d'information nous a permis d'atteindre nos objectifs : mieux connaître l'état de santé des enfants et adapter l'activité du service aux besoins qui s'avèrent différents selon les écoles. Il reste encore perfectible (simplification, ajout d'indicateurs plus pertinents, amélioration de la qualité du recueil...) mais joue déjà correctement trois fonctions principales :

- le classement des écoles ;
- la gestion du temps des infirmières et le suivi de l'activité du service ;
- et l'observation de l'état de santé des enfants villeurbannais.

Concernant le classement, nous avons décidé de le revoir tous les trois ans pour continuer à nous adapter aux besoins sans remettre en cause chaque année l'organisation du service. Il sera réalisé à l'aide d'une ACP à partir de la moyenne des indicateurs recueillis sur trois ans.

Le Tableau de Bord annuel nous sera utile chaque année pour faire le point sur l'activité du service et pour l'adapter dans le temps. Nous restons attentifs en particulier aux tendances à l'échelle de la ville car si elles évoluent dans un sens ou dans un autre, nous devons modifier nos actions et adapter les moyens à mettre en œuvre.

Enfin, l'exploitation des données sanitaires du système d'information est un axe que nous souhaitons encore développer pour notre propre utilisation en lien avec la démarche des Ateliers Santé-Ville (ASV) (ASV de coordination sur la santé de l'enfant et les diagnostics participatifs des besoins de santé sur les quartiers), ainsi que pour nos partenaires tels le Conseil Général et l'Inspection Académique.

Contact > Mathieu Fortin, Ville de Villeurbanne, DHSP, BP 5051, 69 601 Villeurbanne cedex - Courriel : mathieu.fortin@mairie-villeurbanne.fr.



3.6 Lille, Lomme et Hellemmes : d'un diagnostic partagé de santé à la création d'un Observatoire Local de Santé

Contexte géographique et administratif

Lille, préfecture du Département du Nord et ses deux communes associées d'Hellemmes et de Lomme comptent 212 566 habitants. Tout comme la Région, Lille (Lomme et Hellemmes) est une ville jeune, 40,2 % des habitants ont moins de 25 ans. La Ville de Lille est découpée en 10 quartiers ; chaque quartier comprend une mairie de quartier avec un Président délégué au Conseil de Quartier.

Opportunité

Afin de mieux prendre en compte les préoccupations liées à la santé des citoyens, de promouvoir des actions de prévention et d'éducation pour la santé, la Ville de Lille a adhéré au Réseau Français des Villes-Santé de l'O.M.S. en juin 1997. Pour conforter sa démarche et son engagement volontariste, les Villes de Lille, Lomme

et Hellemmes ont décidé de s'engager en 2000 dans un Contrat Territorial de Santé (CTS) avec le Département du Nord. Le CTS est un outil élaboré par le Département du Nord pour une politique adaptée et concertée de Santé Publique, associant l'Etat, les Collectivités Territoriales et les institutions concernées. Il se veut également instrument de mobilisation et de cohérence locale, de coordination des volontés publiques sur ce territoire.

Ce contrat s'est appuyé sur une première phase essentielle (février à septembre 2000) : un diagnostic partagé de santé par l'ensemble des acteurs locaux (associatifs, institutionnels, professionnels de santé, bénévoles, élus). Ce diagnostic a bénéficié de la contribution de l'ORS Nord/Pas-de-Calais, en termes d'ingénierie et de méthodologie. Après consultation des Conseils de Quartiers, il s'est axé autour de trois priorités :

- santé des enfants et des jeunes ;
- conduites de consommation à risque ;
- santé des personnes en situation de précarité.

Il s'agissait de recueillir des données socio-sanitaires et d'obtenir la perception des acteurs locaux (groupes de travail, questionnaire " boules de neige ") afin de dégager des tendances et/ou des spécificités.

Ce diagnostic constitue une première photographie de la situation socio-sanitaire sur ce territoire d'étude. Les acteurs locaux et les membres du Comité de Pilotage ont souhaité poursuivre la dynamique et alimenter ainsi un Observatoire Local de Santé (OLS) autour des trois thématiques déjà citées.

Ainsi, des Ateliers Santé Ville ont été mis en place. Pour des raisons de temps, il n'avait pas été possible d'obtenir un certain nombre de données à l'échelle de la Ville et de ses deux communes associées, ni de " descendre " à l'échelon quartier, et donc de fournir des données infra-locales destinées à faire apparaître les spécificités et problématiques de santé des quartiers.

Le Programme de Santé ne peut être efficace et adapté que si les actions mises en place répondent temporellement aux besoins et attentes de la population ; ceux-ci peuvent évoluer assez rapidement dans le temps. Les modes et les types de consommation de substances psychoactives en sont un exemple. Ceci implique donc de suivre l'état de santé des habitants dans le temps à travers quelques indicateurs.

Les acteurs locaux qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce diagnostic ont souhaité qu'un recensement des actions et des acteurs concernés par la santé soit effectué.

Public cible

Les enfants et les jeunes, les personnes en situation de précarité dont le public bénéficiaire du RMI, les personnes âgées.

Composants de l'OLS

L'OLS se fonde sur :

- Le recensement des acteurs locaux concernés par les trois thématiques de santé publique retenues;
- Le recensement et la répartition annuelle des actions de santé par thème, par typologie (accueil- écoute - accompagnement, prévention, formation, étude et recherches...), par dispositif de financement, par territoire (ville, quartier);
- Le suivi de la situation socio-sanitaire du territoire de Lille, Lomme et Hellemmes par des indicateurs quantitatifs et des données qualitatives (enquêtes, rapports).

Données et méthodes d'observation utilisées

Le recensement des acteurs locaux concernés par les trois thématiques de santé publique retenues.

Des cartographies des ressources locales ont ainsi été réalisées selon chaque priorité thématique illustrant la couverture géographique du territoire. Cependant, la cartographie portant sur la santé mentale et la souffrance psychique démontre une offre insuffisante. Celle concernant le Réseau Ville Hôpital Santé Précarité comprend un " noyau dur " de structures intervenant dans le champ de la grande exclusion mais n'y figure pas la médecine de ville, ni les structures intervenant dans le champ général de la précarité. En conséquence, ce réseau est en cours de développement.

Une fiche technique de renseignements a été élaborée afin de constituer un annuaire des ressources locales en santé à l'attention des acteurs associatifs, institutionnels, professionnels de la santé et des habitants.

Le recensement et la répartition annuelle des actions de santé par thème, par typologie, par dispositif de financement et par territoire.

Chaque année, un tableau de bord est tenu à jour, afin de recenser les actions financées par les différents dispositifs. Il donne lieu à des présentations graphiques lors de l'assemblée générale annuelle du Programme de Santé de Lille, Lomme et Hellemmes.

Le suivi de la situation socio-sanitaire du territoire de Lille, Lomme et Hellemmes par des indicateurs quantitatifs et des données qualitatives (enquêtes, rapports).

A partir des trois priorités thématiques, la réflexion s'est portée sur deux champs :

- Quelles sont les données disponibles ? (Auprès de qui ? A quel niveau territorial ? Dans quels délais ?)

- Quelles sont les données manquantes ? (Comment les obtenir ? Auprès de qui ? Dans quels délais ?).

Après l'exploration de " l'univers des possibles ", il nous a fallu prioriser les données que nous souhaitons obtenir au regard de divers facteurs (accessibilité, utilité, pertinence). Cette démarche a nécessité un temps de négociation avec les fournisseurs de données et a donné lieu à des conventions. L'obtention de ces données implique de coder les adresses (en cours) afin de respecter la CNIL (de 5 000 à 200 000 adresses) ; certains indicateurs seront observables à l'infra-territoire (soit le quartier).

Les fournisseurs de données sont :

- **la CPAM de Lille** (données relatives à la consommation de soins de l'ordre de 35 indicateurs) ;
- **l'Institut Pasteur de Lille** (données issues du bilan de santé 16-25 et public en situation de précarité) ;
- **la CAF** (grossesses chez les mineures) ;
- **le Centre Anti Poison** (intoxications chez les 0-25 ans) ;
- **le Département du Nord** (une dizaine d'indicateurs issus du bilan de 4 ans) ;
- **l'Association de Prévention et d'Education Sanitaire Actions Locales** (données relatives aux campagnes annuelles de repérage des " troubles du langage ", des dépistages bucco-dentaires et de l'acuité visuelle dans les écoles de maternelles et primaires) ;
- **les centres hospitaliers** (données sociales).

Une fois traitées, elles seront analysées avec le groupe de travail OLS puis validées par le Comité de Pilotage (voir Chapitre 2.4). Les données seront régulièrement mises à jour. Plusieurs enquêtes et rapports ont été réalisés. Ces travaux sont menés par la Ville, par des universitaires ou par des acteurs associatifs, en liens avec les Ateliers Santé Ville.

Limites

Cet outil n'a pas la prétention d'être un outil épidémiologique, il est destiné à dégager des tendances, voire des spécificités. En effet, le niveau géographique étudié ne le permet pas (par exemple, il concerne une population restreinte pour certaines pathologies). La volonté est d'enrichir les données quantitatives d'ordre statistique par des données qualitatives qui ne présentent certes pas les mêmes garanties mais permettent de recueillir le " ressenti " des professionnels ou bénévoles de terrain, de mieux cerner la perception de la santé des habitants.

Il est important d'indiquer que l'évolution des données ne pourra pas nécessairement être directement imputable au Programme de Santé, un certain nombre de facteurs (actions ou événements nationaux, nouvelles lois, changement de dispositifs...) entrent en jeu et peuvent expliquer des fluctuations. En cela, l'OLS ne constitue pas un outil d'évaluation.

Par ailleurs, plus on atteint un niveau de proximité, plus il devient difficile d'obtenir des données. Certaines existent à l'échelon régional, départemental, de l'arrondissement... avec plus de difficultés pour la ville ou sur un quartier. Il a fallu plusieurs mois de négociation avec des fournisseurs de données pour arriver à un accord de transmission de données. Il faut donc partir du principe que cette démarche s'inscrit dans la durée.

La mise en place d'un tel outil implique une charge de travail conséquente et régulière, l'Observatoire Local de Santé se met donc très progressivement en place...

Contact > Manuelle Milhau, Service Solidarité Santé, Ville de Lille,
Place Roger Salengro, BP 667, 59033 Lille



3.7 Marseille : bilan de santé 2004

Le contexte

En tant qu'acteur majeur de la proximité, Marseille, deuxième ville de France par sa population, a souhaité réaliser un état des lieux en matière de santé. Ce bilan permettra de disposer d'une " photographie " de la situation sanitaire qui mettra en évidence les problèmes existants, les solutions déjà apportées et favorisera la mise en place d'initiatives pertinentes en réponse aux difficultés constatées.

La démarche

Les principaux objectifs de cette initiative municipale forte se déclinent selon les axes suivants :

- Disposer d'un état des lieux de la situation sanitaire actuelle de Marseille et des dispositifs socio-sanitaires existants
- Aider à la prise de décision et permettre le développement d'actions spécifiques en réponse aux carences mises en exergue et aux problèmes émergents
- Informer et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par la problématique santé au plan marseillais
- Favoriser la collaboration entre ces acteurs et faciliter le développement de réseaux sanitaires et sociaux
- Suivre l'évolution de la situation actuelle et évaluer les actions engagées pour l'améliorer.

Il s'agit là d'une initiative originale qui pousse relativement loin l'analyse de la situation sanitaire d'un territoire urbain cohérent, à savoir ici la Ville de Marseille. C'est l'Observatoire Régional de la Santé (ORS- PACA) qui a été chargé d'effectuer ce travail.

La méthode consiste en fait à comparer, à partir des mêmes indicateurs classiques, la situation marseillaise avec ce que l'on peut observer au plan national et régional (Cf. Tableau de bord santé régionaux et national réalisés par les ORS). Il nous est apparu pertinent d'innover et de procéder à des analyses complémentaires :

- En premier lieu, en mettant en perspective les résultats marseillais avec ceux obtenus à partir des données concernant 9 autres grandes villes françaises
- En second lieu, en poussant l'analyse, lorsque cela est possible, jusqu'au niveau infracommunal, par arrondissement.

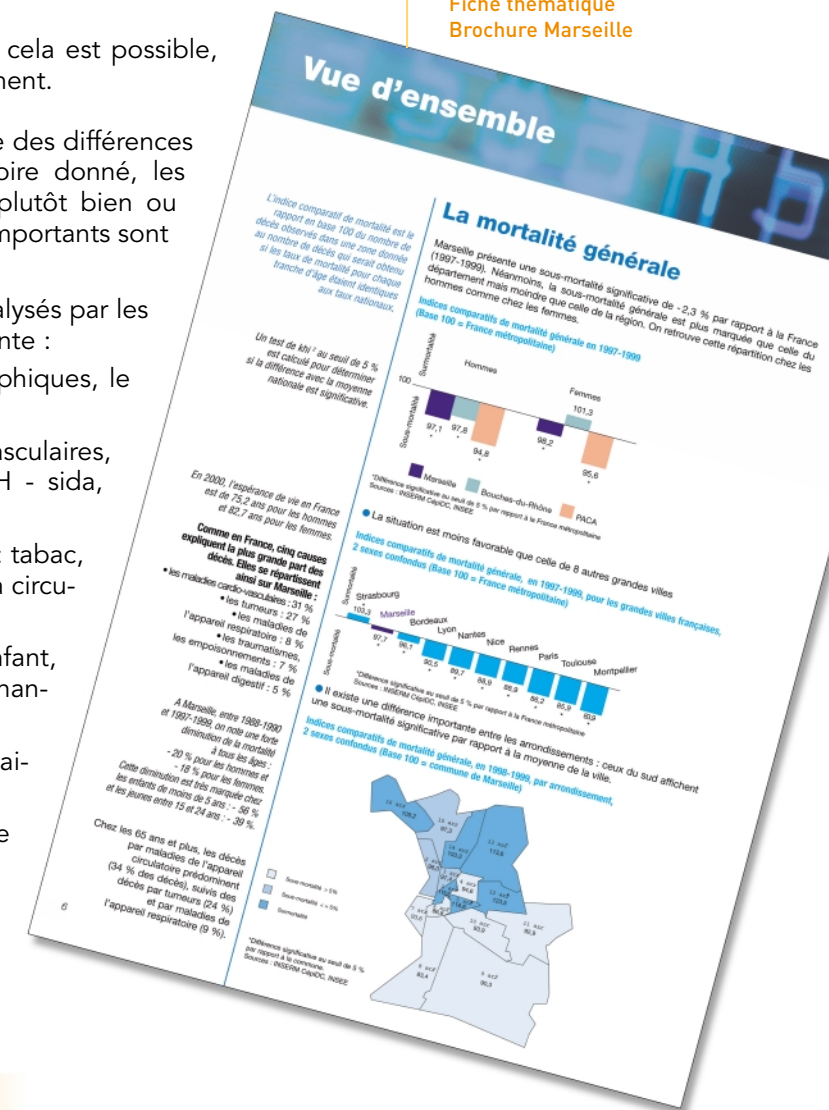
Avec cette approche, on peut mettre en évidence des différences entre les territoires et identifier, pour un territoire donné, les domaines pour lesquels les choses se passent plutôt bien ou d'autres pour lesquels des efforts plus ou moins importants sont à faire.

Les thèmes traités, qui sont ceux couramment analysés par les ORS, peuvent être regroupés de la manière suivante :

- Une vue d'ensemble : les tendances démographiques, le contexte économique et social, la mortalité.
- Les principales pathologies : maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies respiratoires, infection à VIH - sida, tuberculose
- Les conséquences des comportements à risque: tabac, alcool, drogues illicites, suicides, accidents de la circulation
- Certains groupes de population : la mère et l'enfant, les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées
- Santé et environnement : l'eau (potable et de baignade), de l'air (pollution atmosphérique)
- L'offre de soins sur Marseille : les professions de santé et les équipements de santé disponibles.

Concrètement, le travail réalisé est compilé sous la forme de fiches thématiques présentant les indicateurs étudiés. Il nous est apparu pertinent de résumer ces données dans un document de

FIGURE 11 :
Fiche thématique
Brochure Marseille



synthèse présentant les éléments les plus marquants, mis à disposition de tous les acteurs de la santé, du social et de l'éducation oeuvrant sur Marseille : institutions, professionnels, associations. L'ensemble des fiches contenant les données exhaustives est consultable sur le site internet de l'ORS PACA.

Les résultats

Les éléments les plus significatifs qui émergent de ce travail sont les suivants :

Démographie, contexte économique et social :

- Arrêt du déclin démographique, population vieillissante
- Maîtrise du taux de chômage, proportion importante de bénéficiaires du RMI et de la CMU,
- Spécificités territoriales marquées au plan socio-économique si l'on compare les arrondissements du nord, du centre et du sud.

Mortalité générale et prématurée

- Baisse très significative de la mortalité générale, en particulier chez les enfants, mais mortalité prématurée (moins de 65 ans) mal maîtrisée.
- Différence constatées selon les caractéristiques suivantes : âge, sexe, arrondissements.

Pathologies

- Cinq causes majeures de mortalité à Marseille comme dans l'hexagone : maladies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil respiratoire, accidents, maladies de l'appareil digestif.
- Surmortalité (par rapport à la France) par cancer du sein, augmentation des maladies respiratoires, forte surmortalité par sida pour les 15/34 ans, recrudescence de la tuberculose.

Comportements à risques

- Situation favorable concernant les conséquences liées à la consommation exagérée d'alcool et les suicides.
- Etat des lieux plus préoccupant pour ce qui des effets du tabac et des pratiques toxicomaniaques d'une part, de la survenue d'accidents d'autre part.

Environnement

- Bonne qualité des eaux de consommation et de baignade.
- Pollution atmosphérique importante.

Populations spécifiques

- La mère et l'enfant : taux de fécondité et de natalité en augmentation, nombre d'interruptions volontaires de grossesse élevé,

- Les jeunes : situation favorable sauf pour les accidents, surtout ceux de la circulation,
- Les personnes handicapées : bonne prise en charge pour les dispositifs d'aide financière mais déficit en établissements pour adultes,
- Les personnes âgées : en grand nombre surtout en centre-ville, déficit en établissements d'accueil.

Offres de soins

- Nombre élevé de praticiens mais forte disparité entre arrondissements.
- Structures hospitalières : taux d'équipement élevé pour les soins de courte durée, mais faible potentiel pour les soins de suite, de réadaptation, de longue durée et pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Les perspectives

Les priorités qui émergent à l'analyse des résultats du tableau de bord santé de Marseille se résument ainsi :

- Résoudre les problèmes mis en évidence en :
 - développant la prévention, mise en avant par la nouvelle loi de santé publique.
 - facilitant la mise en commun des savoir-faire et des compétences à travers la mise en place de réseaux de proximité réunissant l'ensemble des acteurs oeuvrant au quotidien dans le domaine de la santé.
- Répondre aux problématiques actuelles des populations les plus vulnérables : faire bénéficier les personnes âgées d'un accompagnement de proximité, améliorer la prise en charge des jeunes et des adolescents, faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les plus démunis,
- Prendre en compte de manière volontariste et pallier les difficultés actuellement posées par la conjonction de deux situations nouvelles :
 - l'évolution des pratiques professionnelles des professionnels de santé, médecins notamment, qui entraîne une difficulté croissante à assurer la permanence des soins,
 - le comportement d'une partie de la population qui préfère faire appel aux structures hospitalières plutôt qu'aux professionnels de proximité exerçant dans les quartiers,
- Mettre en place les conditions pour mieux répondre à la demande, chaque jour plus forte, émanant des patients et de leur famille de vivre mieux la maladie et la dépendance ; il s'agit de promouvoir le maintien à domicile pour les malades et les personnes âgées et d'appuyer les acteurs sociaux pour développer les alternatives à l'institutionnalisation,

- Participer à la préservation de l'environnement dans une perspective de santé publique pour vivre mieux ensemble.

De toute évidence, les thèmes qui méritent un engagement fort pour les années à venir afin de préserver voire d'améliorer la santé et la qualité de vie des Marseillais, sont d'une grande diversité. Une réponse efficace et adaptée au contexte ne pourra être donnée que si elle implique la mobilisation de l'ensemble des intervenants, professionnels de la santé, du social ou de l'éducation, qu'ils soient issus du secteur public ou privé, du monde institutionnel ou associatif.

Contact > Dr P. Baraize, Ville de Marseille, direction santé environnement
Courriel : pbaraize@mairie-marseille.fr



3.7 L'observation de la santé à Rotterdam, Pays-Bas en 3 phases

Les Pays-Bas ont mené une réflexion très approfondie sur le concept de la santé publique et les méthodes de prévention. Les communes ont aujourd'hui une responsabilité entière dans l'administration financière et dans la mise en œuvre de la politique de santé publique. La Ville de Rotterdam (500 000 habitants) par exemple a son propre service communal de santé et compte en son sein pas moins de 500 salariés.

La Municipalité de Rotterdam s'étant donné pour priorité de lutter contre les inégalités de santé, a souhaité focaliser ses efforts dans les quartiers cumulant handicaps et problèmes. Elle a adhéré au mouvement européen des Villes-Santé dès son origine en 1990.

Objectifs

Il y a 12 ans, le service municipal de santé de Rotterdam a été chargé de réaliser une analyse de l'état de santé de sa population, obligation née d'une nouvelle loi. Notamment, le but était, au départ, d'avoir un système le plus complet possible.

Les objectifs principaux :

- suivre l'état de santé et les facteurs liés à la santé ;
- aider à la mise en œuvre d'une politique locale de santé ;
- donner une information de référence pour d'autres projets ;
- collecter des données au niveau des 83 quartiers.

Méthodes d'observation et diffusion du dispositif

Les données sont produites et issues des services de santé et des organismes extérieurs, tels que la police pour connaître le nombre de vols. En parallèle, tous

les deux ans, le service municipal de santé de Rotterdam propose un questionnaire postal sur la santé à un échantillon représentatif de 3 000 habitants.

L'observation de la santé à Rotterdam a pu débuter grâce à une base de données intitulée REBUS (le système d'information sur la santé locale de Rotterdam). Ce système d'observation a évolué dans le temps : 3 phases progressives d'observation pendant les 12 dernières années. La première phase était REBUS Vision, la deuxième, le baromètre et aujourd'hui c'est un système intitulé les " cartes de santé " qui est utilisé.

1) REBUS Vision

A partir des 120 indicateurs identifiés, REBUS Vision a produit de nombreuses cartes et graphiques (fig.12). Le système REBUS Vision a permis de collecter de nombreuses informations mais n'a pas apporté tout ce qui était attendu. Au commencement, les décideurs politiques de Rotterdam étaient satisfaits de bénéficier d'une information visuelle, sur des cartes, pour identifier les quartiers en difficulté, mais ils se sont rapidement rendus compte de la difficulté de faire ressortir les points clés du fait du nombre important de cartographies. En particulier, il leur manquait une information globale sur la santé dans les quartiers en vue d'entreprendre des actions dirigées vers ceux qui cumulent les problèmes. Ils avaient besoin d'une approche plus intégrée.

2) Le Baromètre

Le baromètre de Rotterdam comporte six dimensions. Cinq dimensions correspondent aux thèmes identifiés dans le rapport Lalonde (le premier grand rapport sur les déterminants sociaux de la santé publié en 1974 au Canada). Le sixième thème, la " sécurité " était inclus comme une priorité de la politique locale. Ces six dimensions sont :

- la santé ;
- la sécurité ;
- le statut social ;
- la démographie ;
- les styles de vie (mode de vie) ;
- l'environnement physique.

Chaque dimension correspond à l'addition de 4 à 5 indicateurs (voir fig.13). Les indicateurs sélectionnés ont été choisis pour leur pertinence et leur capacité à varier suite à des modifications de la politique locale. Elles sont surtout composées de données " dures ", mais, des indicateurs comme la santé ressentie, issus du questionnaire sont également inclus.

FIGURE 12 :
Carte des quartiers de Rotterdam indiquant les pourcentages de personnes ayant des difficultés psychosociales

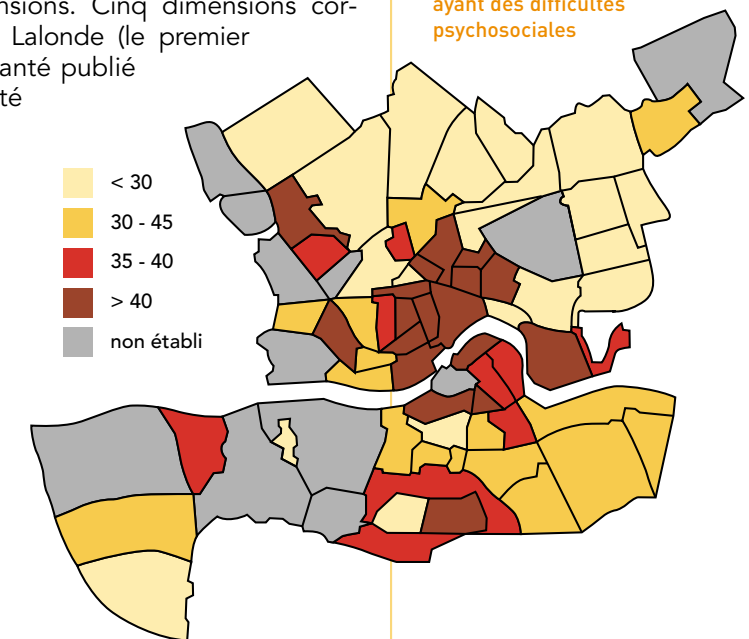


FIGURE 13 :
Les 6 dimensions du baromètre de Rotterdam avec les indicateurs correspondants.

<p>1 - SANTÉ</p> <p>a) nombre moyen de visites chez le médecin généraliste *</p> <p>b) % de gens percevant leur santé comme moyenne ou mauvaise*</p> <p>c) % de population ayant des problèmes psycho-sociaux*</p> <p>d) mortalité de femmes</p> <p>e) mortalité des hommes</p>
<p>2. SÉCURITÉ</p> <p>a) nombre de cas de violence (nombre de plaintes à la police pour 10 000 habitants)</p> <p>b) nombre de cas de cambriolages et de vols idem</p> <p>c) nombre de cas de vandalismes idem</p> <p>d) nombre de cas d'autres motifs idem</p>
<p>3. QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT</p> <p>a) densité d'habitations par km₂</p> <p>b) ancienneté moyenne des habitations</p> <p>c) surface moyenne d'habitation par personne en m²</p> <p>d) nombre de plaintes pour mauvaises odeurs (pour 10 000 habitants)</p> <p>e) nombre de plaintes de bruit (pour 10 000 habitants)</p>
<p>4. DÉMOGRAPHIE</p> <p>a) % personnes de plus 55 ans</p> <p>b) % personnes divorcées</p> <p>c) % d'origine étrangère</p> <p>d) % de personnes vivant seules</p> <p>e) mobilité de la population (changement d'adresse pour 10 000 habitants)</p>
<p>5. STATUT SOCIAL</p> <p>a) niveau moyen d'éducation*</p> <p>b) % des personnes qui reçoivent des allocations sociales*</p> <p>c) % de demandeurs d'emploi</p>
<p>6. MODE DE VIE</p> <p>a) % des fumeurs*</p> <p>b) % des buveurs excessifs *</p> <p>c) nombre de personnes bénéficiant de méthadone (pour 10 000 habitants)</p> <p>d) nombre de personnes inscrites dans des programmes "alcool assistance" (pour 10 000 habitants)</p>

(* issu du questionnaire annuel fait par le Service Municipal de santé auprès de 3 000 habitants)

La construction du Baromètre

Les scores des valeurs relatives à chaque dimension sont établis de 1 à 10. Les quartiers ayant une meilleure situation ont une valeur supérieure à 5, et inversement. Rotterdam (tous quartiers confondus) a toujours une valeur de 5.

Les quartiers peuvent être comparés entre eux. La Fig. 14 indique que Molenlaankwartier est un quartier privilégié, en revanche Oude Westen a des difficultés. Il est aussi possible de suivre les évolutions dans le temps. Des données, portant sur plusieurs années, peuvent être présentées sur le même graphique.

Le baromètre a surtout été utilisé comme outil de concertation et d'aide à la décision. Il a permis de connaître la situation d'un quartier pour ensuite prendre des décisions et ce, afin d'apporter des améliorations lorsque cela paraissait nécessaire. Le baromètre a largement rempli son rôle, comme le coordinateur de Ville-Santé à Rotterdam nous le dit : " grâce à cet instrument certains quartiers défavorisés ont bénéficié d'une augmentation de leur financement (par exemple, pour un programme d'éducation par les pairs immigrants, et la réalisation de plus de projets pilotes dans les quartiers en difficulté) ".

3) Les cartes santé

Après un changement de Municipalité en 2001, les responsables politiques étaient moins convaincus de l'utilité du baromètre qui avait montré ses limites en matière de réorientation de la politique locale, face à la persistance de la situation préjudiciable. Certains quartiers étaient stigmatisés, la population était découragée par le fait qu'on ne signale que les problèmes, et qu'on ne fasse pas de propositions d'amélioration.

Durant les quatre dernières années, à partir des informations émanant des systèmes REBUS et baromètre, le service avec les groupes de travail ont produit huit " rapports de base " (téléchargeable : www.ggd.rotterdam.nl) qui sont des outils d'aide à la décision politique. Les rapports couvrent soit une partie de la population (les personnes âgées, les jeunes, les personnes qui ont un handicap), soit un sujet précis (l'environnement urbain, les maladies infectieuses).

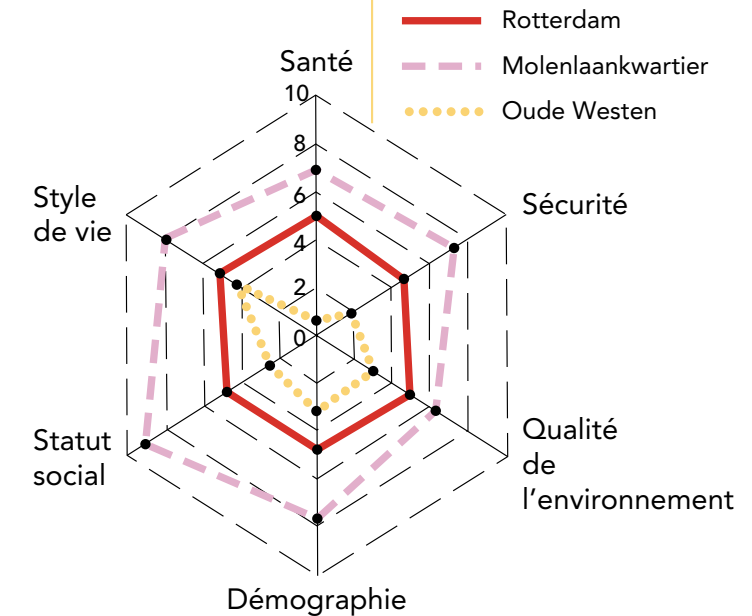


FIGURE 14 :
Les résultats pour Rotterdam et 2 quartiers

Public cible

Le service de santé municipal de Rotterdam travaille essentiellement pour un groupe d'élus afin de conduire plus efficacement la politique de santé publique locale. Ainsi, même si les trois méthodes d'observation des indicateurs de santé (Rebus Vision, baromètre, et cartes santé) furent conçues à destination des décideurs locaux, elles ont permis au grand public d'être également bénéficiaire de cette information. De plus, ils ont servi de support aux échanges et débats avec la population notamment dans les réunions de quartiers où le baromètre était très apprécié, car c'est une façon claire de présenter un résumé d'indicateurs.

Les cartographies à l'échelle des quartiers (Rebus Vision), le baromètre et les cartes santé, ont été mises à disposition des élus et des différents services de santé de Rotterdam. Elles pouvaient être également consultées par les partenaires contributeurs du système et par la population via les bibliothèques.

Le service a également réalisé à destination du grand public des magazines en couleur qui présentent des extraits des rapports des " cartes santé ". Ces informations à l'attention du grand public soulignent, certes, des problèmes mais elles identifient également des réponses.

Difficultés pour transférer ce modèle en France

Il est difficile d'appliquer tel quel le modèle de l'observation de la santé de Rotterdam en France. Les statistiques disponibles à l'échelle des quartiers d'une ville et les moyens humains dans les municipalités ne peuvent être comparés entre les deux pays. Rotterdam emploie 3 personnes à temps plein pour sa réalisation.

Enseignements

La plupart des systèmes d'observation évoluent avec le temps, le système de Rotterdam n'est pas une exception.

L'expérience de Rotterdam nous montre surtout l'importance de retenir des indicateurs de déterminants sur lesquels il sera possible d'agir.

Le baromètre néerlandais comportait 120 indicateurs, ce qui était sans doute trop.

Les systèmes d'observation à Rotterdam ne sont pas des outils d'évaluation mais des outils d'aide à la décision.

Un outil d'évaluation a besoin d'indicateurs très précis, en opposition avec une politique Villes-santé qui est par définition, très large.

Le baromètre, en forme de toile d'araignée, peut établir des comparaisons entre les quartiers, entre la ville et la moyenne du pays, et entre différentes périodes de temps susceptibles d'intéresser une municipalité française.

L'intérêt de cet outil ne réside pas seulement dans la recherche de données mais plutôt dans les idées d'actions qu'elles vont entraîner ainsi que dans l'aide aux décisions locales. Ce débat sera mené principalement entre les élus. Un baromètre peut faciliter la concertation avec les habitants dans une démarche Villes-Santé, mais à condition qu'une présentation claire des données soit réalisée.

Plus d'information :

Groupe de travail " profil santé de ville du Réseau Français des Villes-Santé " a produit un rapport " Quelle adaptation du baromètre santé de Rotterdam dans le Réseau Français des Villes-Santé ? - Etude de faisabilité " , disponible auprès de l'Association S2D/ Centre collaborateur de l'O.M.S., téléphone : +33 (0)2 99 50 33 95

Quelques institutions ressources dans une ville :

INSTITUTION	DONNEES
Caisse d'Allocations Familiales	Minima sociaux et CMU
Hôpitaux	Impayés, usage du numéro 15, données sur la Permanence, Accès aux Soins de Santé, donneurs et collectes de sang (EFG et EFS)
Caisse Primaire d'Assurance Maladie	Consommation et dépenses de soins
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie	Les bénéficiaires et typologie des bénéficiaires CMU (couverture maladie Universelle)
Des associations comme : ADMR association du service à domicile Médecins du Monde - SOS Médecin...	Caractéristiques de population
Police	Sécurité, suicide
Observatoire régional de santé	Mortalité par cause et par sexe
Mairie	Bruit, accidentologie des piétons, structures d'accueil petite enfance, personnes âgées Services personnes âgées, M ² d'espaces verts Volume de seringues collectées...
Office HLM	Offre locative, enquêtes de population
Institut National des statistiques et des études économiques	Indicateurs de natalité, mortalité, Solde Naturel Nombre d'habitants, Répartition habitants par quartier, Mono parentalité, Ménages : Taille, Typologie, Statut et capacités de logement
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales	Nombre d'IVG (interruption volontaire de grossesse), Activités des établissements hospitaliers (nombre de lits, nombre de passage aux urgences). OFFRE de SOINS : Nombre de professionnels médicaux et paramédicaux, Médecins spécialisés
Conseil Général	Certificats de Santé, Bilans de santé dans les écoles maternelles, Maisons de retraites (population et typologie), Emplois et hébergement des personnes âgées et handicapées, Bénéficiaires des Minima sociaux (AAH, RMI, ...)

Il peut être utile de vérifier si les institutions régionales disposent d'un site Internet sur lequel elles mettent des informations en libre accès (DRASS, ORS, URCAM...).

Des données sur Internet :

NOM	ADRESSE ET CONDITIONS D'ACCÈS	INFORMATIONS
INSEE	www.insee.fr Accès : libre	Recensement de 1999 par commune et canton Age, CSP, niveau d'éducation, migration, propriétaires de logements et voitures, familles monoparentales, logements sans chauffage central ou sans WC intérieur
INSERM SC8	http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/ Accès : libre	Données sur les causes de décès pour les départements et les 10 plus grandes villes (Parfois possible de demander des données sur une commune, mais ce service est payant)
BDSL Banque des données sociales localisées	http://bdsl.social.gouv.fr Accès : Besoin d'un mot de passe	Enfants en échec scolaire ; bénéficiaires de certaines allocations
FNORS Fédération Nationale des Observatoires Régionales de Santé	www.fnors.org Score Santé Accès : libre	NB : Taille géographique le plus fin est le pays car en fait analyse possible sur le canton seulement Mortalité, morbidité, qualité d'air...

Exemples de quelques indicateurs santé

Les indicateurs donnent une image d'un état de santé à un moment donné. Il suppose l'existence d'une question qu'ils contribuent à éclairer. Un indicateur donne une idée, c'est-à-dire une information partielle, mais utile, sur un phénomène ou un dysfonctionnement.

Il faut retenir que les indicateurs doivent être à la fois stables et évolutifs, c'est à dire sensibles à l'évolution des situations surtout celle des populations. Il est essentiel de bien définir l'objectif recherché par rapport à un indicateur, et de savoir ce que l'indicateur va apporter.

Ce guide n'a pas pour but d'être exhaustif, mais à titre indicatif voici les champs à couvrir pour tenter de décrire le bien-être d'une population :

- Les problèmes de santé ;
- Les déterminants de santé comportementaux (tabac, alcool, drogue, nutrition,...) ;
- Les déterminants de santé environnementaux (eau, air, bruit, circulation, environnement de l'habitat, déchets,...) ;
- Les réponses apportées : offres de soins et de prévention, dispositifs d'accompagnement mis en place et utilisation.

Quelques exemples :

INDICE / CHAMP	INDICATEURS
Vie associative	- nombre d'associations sportives/sociales/culturelles - nombre d'associations créées cette année - nombre de personnes qui déclarent être membre d'un bureau (par enquête seulement)
Mortalité prématurée	- mortalité infantile - décès (45 - 65 ans) /10 000 habitants

Il ne faut pas oublier de comparer les résultats de ces indicateurs soit dans le temps, entre les quartiers, avec des autres villes de taille égale...

Remarque :

Les indicateurs sociodémographiques ne sont pas des indicateurs de santé, mais vont permettre de déterminer les problèmes de santé attendus, compte tenu de ce qui est connu à travers la littérature (populations jeunes ou âgées, populations en situation de précarité, par exemple).

Un projet de système d'informations statistiques locales sur la santé publique en Rhône-Alpes

(DRASS Rhône-Alpes, Service Etudes et Statistiques)

1. Un constat

L'information statistique " construite " sur la santé publique est rare à un niveau géographique inférieur au département. Lorsqu'elle existe, elle est très dispersée entre plusieurs fournisseurs (INSERM, INSEE, ARH, Assurance Maladie...). La mobilisation de cette information par les chargés d'études spécialisés est donc aléatoire et coûteuse en temps.

C'est à partir de ce constat qu'est né à la DRASS l'idée de réunir ces données dans une base unique accessible sur le Web. Cette construction a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. A ce jour fonctionne une maquette du produit final.

2. La nature du projet

La philosophie du produit est d'être un " outil de travail " pour spécialiste ce qui sous-entend que son utilisation nécessite une compétence qui n'est pas à la portée de tout internaute. Il exclut donc, pour le moment, des outils de facilitation (graphiques, cartes) qui sont plutôt de type " grand public ". Il est tourné vers la fourniture documentée de statistiques qui ont vocation à être retravaillées dans un second temps par le chargé d'études. Il se veut pragmatique, d'une montée en charge progressive au fur et à mesure que de nouvelles collaborations viendront s'y agréger. En effet, une recherche actuelle de partenaires financiers permettrait d'accélérer le projet, de lui donner plus d'ampleur et plus de pertinence quant aux besoins des institutions.

De plus, il s'agit clairement d'un outil statistique. Ce qui signifie qu'il ne délivrera pas de liste d'établissements ou d'informations nominatives : il s'agit toujours de " nombre de... ". Le niveau géographique " minimal " de fourniture de la donnée respectera évidemment les règles liées au secret statistique d'une part et à la significativité des données d'autre part.

3. Les échéances

La base de données sera donc ouverte d'ici la fin 2005 aux partenaires régionaux de la santé publique. Le projet préfigure ce que pourrait être la collaboration des partenaires au sein du Groupement Régional de Santé Publique sur le thème de l'observation et de l'évaluation en santé publique.

4. Les données

Son ambition est à l'heure actuelle mesurée puisqu'il ne réunit pour le moment que des sources d'informations " éprouvées " et bien maîtrisées. Néanmoins dans un stade ultérieur, le produit est conçu de manière à intégrer des sources de données de production " locale " sans forcément qu'elles couvrent l'ensemble de la région.

Les données sont accompagnées d'outils (définitions de taux, limites de l'information etc...) qui aident l'utilisateur dans son travail.

5. L'accessibilité des données

L'intérêt de raisonner par " producteur " de données est de pouvoir entamer cas par cas les discussions qui ouvriront droit à diffusion de celles-ci. En fonction des contraintes

de chacun, des restrictions d'accès seront gérées par le logiciel selon le profil de l'utilisateur. " Dans l'esprit ", et sous réserve des règles s'appliquant à la diffusion de l'information statistique, le but est bien d'ouvrir la base au plus grand nombre possible de spécialistes.

Les informations actuellement dans le base de données ou envisageables rapidement

La source INSEE :

- nombre d'habitants par sexe et tranche d'âge (recensement de 1999),
- nombre d'habitants de 15 ans et plus par sexe et par catégories socio-professionnelles (recensement de 1999)
- nombre de jeunes de 15 à 24 ans par tranche d'âge et niveau du dernier diplôme obtenu (recensement de 1999)

La source FINESS

- le nombre d'établissements sanitaires et sociaux et leur capacité à une date donnée :
 - établissements de MCO
 - établissements pour enfants handicapés
 - établissements pour adultes handicapés
 - établissements pour personnes âgées
 - établissements pour population défavorisée
- centres de soins spécialisés (alcoologie et toxicomanie)
- Laboratoires et pharmacies d'officine

La source Adeli

- le nombre de professionnels salariés et libéraux :
 - médecins généralistes et spécialistes
 - infirmiers
 - masseurs-kinésithérapeutes
 - pharmaciens
 - chirurgiens dentistes

La source Statistique Annuelle des établissements (enquête annuelle auprès des établissements hospitaliers)

- par commune d'implantation des établissements :
 - nombre de lits installés (médecine, chirurgie, obstétrique)
 - nombre d'entrées totales (médecine, chirurgie, obstétrique)
 - nombre total d'IVG
 - nombre de passages aux urgences
 - nombre d'infirmières
 - nombre d'aides-soignantes
 - effectifs personnels médicaux (ETP)

La source PMSI

- nombre de séjours hospitaliers selon la zone de résidence des patients et pathologies (à définir)

La source INSERM

- nombre de décès selon le canton de résidence et les principales causes à définir

La source CAF

- par pseudo-canton : nombre d'allocataires total et nombre de bénéficiaires et populations couvertes par eux pour le RMI, l'AAH, l'API, la perception d'au moins un minimum social, les bas revenus

Liste des abréviations :

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACP	Analyse par Composante Principale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
API	Allocation Parent Isolé
APRAS	Association Pour la Recherche en Anthropologie Sociale
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASV	Atelier Santé-Ville
BDSL	Banque de Données Sociales Localisées
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BSEDS	Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité
CA	Conseil d'Administration
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Information et des Libertés
CODES	Comité Départemental D'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
CTS	Contrat Territorial de Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EFG	Etablissement Français des greffes
EFS	Etablissement Français du Sang
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRIS	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OLS	Observatoire Local de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
REBUS	Le système d'information sur la santé locale de Rotterdam
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SIG	Système d'Information Géographique
SMSS	Service Municipal de Santé Scolaire
STATISS	Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
UFSBD	Union Française de Santé Bucco-Dentaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZEP	Zone d'Education Prioritaire

Liste des figures :

Figure 1 :	Adaptation du modèle en 7 étapes d'un plan d'actions des villes pour la santé et le développement durable (O.M.S. 1997)	p.12
Figure 2 :	Principaux déterminants de santé (Dahlgren 1995)	p.13
Figure 3 :	Exemple d'une page du classeur de Nancy présentant un indicateur	p.28
Figure 4 :	Exemple de fiche du recueil d'indicateurs de Nancy (recto)	p.37
Figure 5 :	Exemple de fiche du recueil d'indicateurs de Nancy (verso)	p.37
Figure 6 :	Questionnaires recueillis pour les années scolaires 2001-2002 et 2002-2003 selon les tranches d'âge observées	p.39
Figure 7 :	Proportion d'enfants présentant un trouble du langage selon différents critères	p.40
Figure 8 :	Répartition des enfants par sexe selon l'IMC (%)	p.40
Figure 9 :	Visite d'admission en CP dépistages visuels avec suivi préconisé par typologie (%)	p.43
Figure 10 :	Dépistage bucco-dentaire en C.M.1. Evolution de la prévalence des caries sur dents définitives	p.43
Figure 11 :	Fiche thématique - Brochure Marseille	p.49
Figure 12 :	Carte des quartiers de Rotterdam indiquant les pourcentages de personnes ayant des difficultés psychosociales	p.53
Figure 13 :	Les 6 dimensions du baromètre de Rotterdam avec les indicateurs correspondants.	p.54
Figure 14 :	Les résultats pour Rotterdam et 2 quartiers	p.55

Bibliographie

ANAES - Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux, mai 2002, ANAES, Paris

ACKERMANN-LIEBRICH U., MAYSTRE L.Y, PERRITAZ N. - " Etude de l'impact des facteurs de l'environnement sur le santé des Genevois (IFESAGE) ", Institut de génie de l'environnement, février 1995.

Agence de l'eau Nancy " Les indicateurs de santé dans la Ville ", Nancy, France, avril 1992.

Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale. RENNES : Tableaux de bord social 2004 (sur CD rom) APRAS, Rennes.

BARTLEY, M. & PLEWIS I. - Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. 2002 Int J of Epid. 31: 336-341

BARTON H. & TOURSOU C. - Urbanisme et Santé 2004 OMS/ S2D, Rennes.

BERKMAN LF et al. From social integration to health - Durkheim in the new millennium. 2000 Social Science & Médecine 51: 843-857.

BOUCHARD JM - " S'il en faut du coeur, il faut aussi des partenaires " Dans Un minimum d'actions négociées visant la résolution d'un problème commun en complémentarité : Education pour la santé des jeunes, démarches et méthodes. Inserm, Mai 2001, 241p, p 72.

CARDINAL L., PAGEAU M. - " Indicateurs sanitaires, sociaux et environnementaux pour une municipalité en santé : Un cadre opérationnel ", Réseau québécois " Villes et Villages en Santé ", Nancy, mai 1990.

CHEVALIER S., CHOINIERE R., FERLAND M., PAGEAU M., SAUVAGEAU Y. - Indicateurs socio-sanitaires : Définition et interprétation. Institut Canadien d'Information sur la santé, 1995 ; Ottawa-Canada.

CLAPPIER P., DURAND G., TREHONY A. - " Etat des lieux des principaux indicateurs de santé immédiatement disponibles sur la Ville de Rennes ", Edition ORS Bretagne, Rennes, juillet 1997.

CURTICE L., DRAPER R., GOUMANS M., HOOPER J. - " WHO Healthy Cities Project. Review of the first five years (1987-1992) : A working tool and a reference framework for evaluating the project ". Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, Genève, 1993.

DAHLGREN G. - In European Health Policy Conferences : opportunities for the future. Vol II - Intersectoral action for health. Copenhagen WHO. 1995.

DESSARY B. - Comment optimiser le partenariat en milieu scolaire entre les acteurs locaux et les enseignants ? DESS pratiques et politiques locales de santé - Université de Lille 2002-3.

DONKIN, A et al Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999. Health Statistics Quarterly (2002) 15: 2-15.

DREES - Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens. Collection Études. N° 4, septembre 2000.

FORTIN M. - Observation sanitaire et sociale des enfants scolarisés à Villeurbanne : approche par indicateur, Mémoire de maîtrise de sciences sanitaires et sociales, 1999 ; Université Claude Bernard - Lyon.

GARRETSEN H, VAN GILST E. & VAN OERS H. - Collecting health information at a local level. 1991 Health Promotion International Vol, N°6 p121-133.

" Géographie de la santé dans les Centres d'exams de santé ", Données régionales 1998, Editions Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé, Nancy, octobre 2000.

GHINET S., PERRITAZ N., PICTET J., ROSSEL D., VESCOVI L. - " La santé de l'environnement genevois ", Les Cahiers de la Santé, n°4, Genève, septembre 1993.

GOFFIC C. - " Construction d'un support d'information sanitaire et environnementale à partir d'une actualisation d'indicateurs ", Mémoire DESS " Promotion de la Santé et Développement Social ", Ecole de Santé Publique, Nancy, juin 1998.

GOLBERG M., DAB W., CHAPERON J., FUHRER R., GREMY F. - Indicateurs de santé et "sanométrie" : Les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. 1979, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 27 : 51-68 et 133-152.

GREMY F. - Information médicale : Introduction à la méthodologie en médecine et santé publique 1987, Edition Médecine - Sciences Flammarion.

Guide méthodologique - Respect. Référentiel d'évaluation et de suivi des politiques environnementales des collectivités territoriales. Un tableau de bord environnement pour les collectivités européennes. Manuel d'utilisation. Édition CNFPT, 2000.

HOUSE J. et al. Social relations and health. 1988 Science 241: 540-545.

INPES Santé - Des enquêtes à la prévention. mai-juin 2003 La Santé de l'homme, INPES.

InVS - Rapport annuel 2000, 2001 Saint-Maurice.

JOUBERT M. & MANNONI C. - Les Ateliers Santé Ville : Expérimentations en Seine- Saint- Denis. Profession Banlieue mars 2003 (Rescom en partenariat avec la Direction Générale de la Santé, la Délégation Interministérielle à la Ville, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Seine Saint-Denis, la Mission Ville de la Préfecture de Région).

KAWACHI, I. - A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men. 1996 J of Epid & Community Health 50 245-251.

"Les indicateurs et le système de soins" - Planification - Evaluation Santé Services Sociaux, Collection Méthodologie et Instrumentation n°13, Québec, février 1999.

LEDESERT B. - Guide méthodologique sur les indicateurs ORS. Languedoc-Roussillon de Montpellier / ODEE de Bucarest, novembre 1995.

OMS - Les indicateurs retenus par l'OMS pour les villes candidates à la 3^{ème} phase. Copenhagen 1998.

OMS - Plan d'action des villes pour la santé et le développement - Collection européenne Développement durable et santé n°2 (Original : anglais) 1997.

OMS " Guide note for the healthy-Cities Indicators " - Healthy Cities, MCAP Indicators, novembre 1992, 124p.

PERNEGER T, WARNER P. - " La santé des genevois selon les buts OMS de la santé pour tous ", Les Cahiers de la Santé, n°1, Genève, juin 1993, 84p.

PINEAULT R. & DAVELUY C. - La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies - Éditions Nouvelles, 1995 ; Montréal : 480 pages

RESEAU FRANCAIS des Ville Santé. Journées de travail " Baromètre santé " - Indicateurs et profils de villes. Centre Collaborateur de l'OMS pour les villes santé francophones fév. 2002, 36p.

RUSCH E. & THELOT B. - Dictionnaire de l'information en santé publique à l'usage des professionnels de santé. Editions Frisson-Roche, 1994 ; Paris.

SACKETTE D. L., CHAMBERS L. W., MACPHERSON A. S. - The development and application of indices of health. General methods and results 1977 American Journal of Public Health; 67 : 423-428.

SAULOU J.Y. - Le tableau de bord du décideur, méthodologie de mise en place Éditions de l'organisation, 1982 ; Paris-France.

SFSP - Développement social et Promotion de la santé, la démarche communautaire, Collection santé & société n°9 avril 2000 - 183 p.

Tableau de bord d'environnement urbain - Référentiel d'Evaluation et de Suivi des Politiques Environnementales des Collectivités Territoriales (RESPECT), Rennes, 1999, 146p.

Tableau de bord de la santé dans la Communauté Urbaine du Grand Nancy - Années 1996 à 2000, Centre de Médecine Préventive de Nancy, Nancy, avril 2002, 105p.

Ville d'AMIENS - Le tableau de bord réalisé par la ville d'Amiens avec l'ORS de Picardie. 1996.

Ville de ROTTERDAM - Health Barometer. GGD Rotterdam, Pays-Bas.

Ville de VIENNE, Autriche - Le profil de ville établi dans le cadre du Réseau Européen des Villes Santé.

WEBSTER P, MCCARTHY M. - " W.H.O. Healthy Cities : Questionnaire Indicators", Seixal Healthy Project, mai 1998, 75p.

WEBESTER P - City Health Profiles, p88-102 dans 'WHO Healthy Cities in Europe : a compilation of papers on progress and achievements.' 2003 WHO Copenhagen.

WHITE K.L., ANDERSON D. O., KALIMO E., et al - Concepts et information pour la planification et la gestion nationale des services de santé 1977; Cahiers de Santé Publique, n° 67, 116-124 OMS Genève, Suisse.

WHO City Health Profiles - A review of progress. 1998 WHO Europe, Copenhagen.

WILKINSON R. & MARMOT M. - (eds), Les déterminants sociaux de la santé : les faits - 2^{ème} édition - 2004 OMS Europe, Copenhagen.