

Dossier suivi par :
veronique.bounaud@ors-poitou-charentes.org
jullen.giraud@ors-poitou-charentes.org
☎ 05 49 38 33 12
P.J. : Liste Indicateurs

CAHIER DES CHARGES POUR LA REALISATION DE DIAGNOSTICS SANTE-SOCIAL SUR LES INTERCOMMUNALITES

Version 3 – Septembre 2012

I. Préambule

Maître d'ouvrage :

- Collectivités locales et EPCI

Maître d'œuvre :

- ORS, IAAT

Financement :

- ARS – Service Promotion de la santé : 40 %
- Conseil régional dans le cadre des CRDD 2007-2013 des pays et agglomérations : 40 %
- Maître d'ouvrage : 20 %

II. Contexte de l'étude

Le champ des politiques publiques de santé est très vaste (surveillance, observation, prévention, éducation à la santé, qualité et sécurité des soins, démographie des professions de santé, etc.) et relève de la responsabilité première de l'Etat. Pour autant, depuis 1970 (Loi hospitalière de 1970 qui définit les premiers territoires de santé), les différentes réformes du système de santé n'ont cessé de renforcer la territorialisation. Récemment, la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 institue le territoire comme le socle de l'organisation territoriale de la santé, et plus seulement du soin, en impliquant l'ensemble des acteurs concernés : services de l'Etat, médecine du travail, santé scolaire, protection maternelle et infantile, acteurs de l'aménagement du territoire, élus locaux...

Parallèlement à ces différentes réformes, et sans que cela ne soit une compétence obligatoire pour elles, la santé est devenue un enjeu de développement local de plus en plus investie par les intercommunalités. Au-delà de la pertinence de cette échelle pour définir, conduire et suivre les politiques publiques en matière de santé (c'est localement que les besoins de santé s'expriment, que les acteurs dialoguent, que les plans d'actions s'engagent, que les ressources disponibles s'organisent, que sont bâtis des projets en adéquation avec le réel), la concurrence territoriale oblige désormais à penser son attractivité aussi en matière de santé : inciter la complémentarité, attirer et retenir les professionnels de santé, penser l'accès des habitants à un système de santé de qualité, etc. Autant de défis de développement local qui nécessitent de s'organiser localement, de définir un projet puis de s'insérer dans les programmes nationaux et régionaux. Amorcées pour certaines depuis de nombreuses années, ces démarches trouvent maintenant un cadre formel avec la mise en place des contrats locaux de santé.

L'engagement des intercommunalités se traduit par différents type d'action : diagnostic territorial en santé, animation par l'intercommunalité de groupes de travail avec l'ensemble des acteurs de santé, création d'une maison ou d'un pôle de santé, inscription de la santé dans les contrats locaux de santé, soutien à l'organisation de la permanence des soins, voire animation d'un programme territorial de santé coordonnant l'ensemble des actions de santé : de l'éducation pour la santé à la démographie médicale.

Or c'est principalement le niveau d'information et de perception des enjeux de santé qui conditionne l'intérêt des élus intercommunaux pour la santé : l'état de santé de la population et la démographie médicale sont des déclencheurs évidents, particulièrement lorsqu'ils sont problématiques ou en passe de le devenir. D'autres thèmes constituent des portes d'entrée pour aborder la santé : la sensibilité aux thèmes sociaux, au potentiel de développement économique, aux questions d'environnement ou encore la présence d'une ingénierie locale dans les services de l'agglomération.

Dans ce cadre, l'ARS et le Conseil régional Poitou-Charentes se sont associés pour permettre aux territoires de bénéficier d'un état des lieux de la santé sur leur territoire, soit pour amorcer une mobilisation sur ce thème, soit pour servir un projet en cours sur le territoire.

III. Objectifs

III.1. Objectifs généraux

- Permettre aux acteurs locaux, notamment les élus et l'ensemble des partenaires et institutions concernés, de mieux appréhender les problèmes de santé constatés sur leur territoire, de se les approprier pour déboucher sur des actions concrètes à développer sur leur territoire
- Mettre à disposition des territoires une méthodologie rigoureuse, validée par les partenaires (Conseil régional, Agence régionale de santé, territoires) et harmonisée de façon à permettre une extension à d'autres territoires ainsi qu'une lecture régionale, à partir de données déjà disponibles

III.2. Objectifs spécifiques

- Réaliser un état des lieux de la santé sur les territoires qui en font la demande et après approbation du Conseil régional et de l'ARS
- Mobiliser les acteurs locaux, des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs autour des questions de santé sur leur territoire

Il convient de préciser que ce travail constitue une approche multithématique des questions de santé. Les éléments apportés devront permettre de définir des thèmes à investir par le territoire en priorité mais un important travail d'analyse sera nécessaire en aval de cet état des lieux pour définir des priorités d'actions.

D'autre part, le cahier des charges régional fixe un cadre pour tous les diagnostics réalisés. Cependant, certains éléments du cahier des charges peuvent faire l'objet d'adaptations en fonction des besoins du territoire, tout en restant dans le cadre fixé. Les éléments pouvant faire l'objet d'aménagements sont les suivants :

- Méthodologie retenue pour les entretiens (Voir IV.3.5)
- Délais de réalisation (en fonction de la méthodologie retenue)
- Restitutions intermédiaire et finale (restitution publique ou non)

IV. Méthodologie

IV.1. Constitution des instances de travail

IV.1.1. Comité de pilotage régional

Composition : ARS, Conseil régional, IAAT, ORS

Missions :

- Définition et mise à jour du cahier des charges régional
- Suivi des travaux
- Choix des territoires bénéficiaires d'un diagnostic
- Participation aux comités de pilotage locaux

IV.1.2. Comité de pilotage local

Composition (fonction des territoires) : ARS, Conseil régional, IAAT, ORS, Techniciens et/ou élus du territoire, acteurs clés du territoire sur les questions de santé, représentants d'habitants du territoire

Missions :

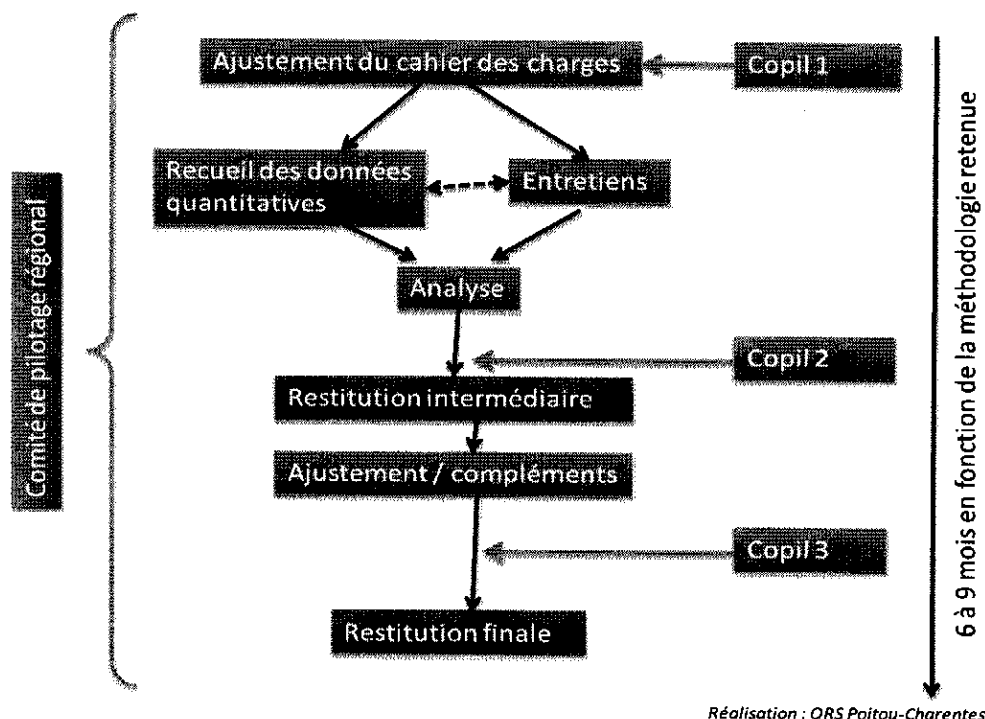
- Définition du cahier des charges local (méthodologie retenue pour les entretiens, calendrier : restitutions intermédiaires et finales)
- Organisation technique du travail sur le terrain : ressources mobilisables, organisation des entretiens et des restitutions
- Aide à l'interprétation des données

Une première rencontre du comité de pilotage permettra de présenter la démarche de diagnostic santé-social, de procéder aux ajustements du cahier des charges sur les éléments suivants : méthodologie pour les entretiens, délais de réalisation du diagnostic, restitutions intermédiaire et finale.

Ce premier temps permettra également, d'une part aux techniciens du Territoire de mieux s'approprier le thème de la santé, et d'autre part de définir les ressources mobilisables pour la réalisation du diagnostic.

IV.2. Les étapes du diagnostic

Organisation d'un diagnostic local de santé en Poitou-Charentes en 2012



IV.3. Contenu

Le diagnostic santé-social sera réalisé sur la base d'indicateurs commentés. Selon les territoires, certains indicateurs ne pourront pas être renseignés pour des raisons de disponibilité ou de confidentialité.

A chaque fois que cela sera possible l'échelle la plus fine de traitement des indicateurs sera utilisée pour identifier des disparités au sein du territoire.

La liste des indicateurs recherchés est présentée en annexe 1.

IV.3.1. Présentation du territoire et données de cadrage

Les indicateurs de cadrage, tel que ceux relatifs à la démographie du territoire par exemple, sont en général déjà bien connus par les acteurs des territoires ; ces indicateurs ont été étudiés lors de l'élaboration du projet de territoire.

La synthèse de ces différents indicateurs sera réalisée en partenariat entre le territoire, l'ORS et l'IAAT.

IV.3.2. Etat de santé de la population

La morbidité

L'état de santé de la population ne se résume pas à l'analyse de la mortalité. La morbidité, c'est-à-dire ce qui relève de la maladie, est également à prendre en considération.

Les deux grandes sources d'information concernant la morbidité sont les Affections de longue durée (ALD) et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Incidence des affections de longue durée (ALD)¹

Malgré des imperfections dont il est nécessaire de tenir compte, les systèmes d'information médicaux de l'Assurance maladie relatifs aux affections de longue durée constituent une source précieuse d'information sur la morbidité.

Des données d'ALD seront recherchées auprès des 3 principales caisses d'assurance maladie : MSA, RSI et Régime général.

Données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)²

L'exploitation de ces données fait référence aux patients domiciliés en Poitou-Charentes et sur le territoire d'étude ayant eu un séjour effectué dans les unités de soins de courte durée MCO (Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique) des établissements de santé, publics et privés.

La mortalité³

Dans la mesure du possible, les causes de mortalité qui sont proposées reprennent celles du Panorama de la santé⁴. Cependant, certaines causes ne peuvent pas être traitées à l'échelle du territoire du fait de la faiblesse des effectifs de décès : mortalité infantile. Lorsque les effectifs le permettront, les causes de décès seront observées à l'échelle des cantons du territoire.

IV.3.3. Environnement

Les indicateurs proposés ne sont pas des indicateurs d'impact sur la santé, mais des indicateurs de qualité de l'environnement.

Les données seront recherchées auprès de l'ARS (qualité des eaux), d'ATMO Poitou-Charentes (qualité de l'air) et de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et de logement (DREAL).

IV.3.4. Offre de soins et services

Les professions libérales : offre et consommations de soins

L'offre de soin sera étudiée. L'organisation du système des gardes des pharmacies et de la permanence des soins des médecins généralistes fera l'objet d'un paragraphe en fonction de l'accessibilité et de la disponibilité des données. Les données utilisées seront transmises par l'ARS.

D'autre part, lorsqu'une étude sur la démographie médicale a été réalisée récemment ou est en cours, l'ORS s'assurera de la cohérence des travaux.

L'offre hospitalière

L'offre hospitalière sera décrite. Cependant, pour les indicateurs proposés relatifs aux temps d'accès à la maternité et au service d'urgence les plus proches, les limites des territoires ne correspondent pas toujours aux limites cantonales.

Les données seront issues des services de l'ARS.

La prise en charge des personnes âgées

Une attention sera portée à la prise en charge des personnes âgées à domicile et en établissements.

Les données seront recherchées auprès des centres locaux d'information et de coordination lorsqu'ils existent, des conseils généraux et de l'ARS pour l'offre de prise en charge.

La prise en charge du handicap

Seront recensés les structures et services accueillant des enfants, adolescents et adultes en situation de handicap sur le territoire. Les données seront recherchées auprès de l'ARS.

¹ Voir annexe 1

² Voir annexe 1

³ Voir annexe 1

⁴ ORS Poitou-Charentes. Panorama de la santé 2010 Poitou-Charentes. 152 p. 2010

La prise en charge des enfants de 0 à 6 ans

Les services de protection maternelle et infantile des conseils généraux et les services de promotion de la santé en faveur des élèves seront sollicités pour donner des informations concernant leur fonctionnement ainsi que des données issues des bilans réalisés auprès des enfants et des certificats de santé. Sous réserve de disponibilité.

La santé mentale

L'organisation des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et adulte sera décrite et les établissements présents sur le territoire ou couvrant ce territoire seront recensés. Les informations seront recherchées directement auprès des établissements.

Des données de consommations de médicaments psychotropes seront recherchées auprès des trois principaux régimes d'assurance maladie : MSA, RSI et Régime général.

La prise en charge des addictions

Les structures dédiées à la prise en charge des addictions seront décrites. Les informations seront recherchées directement auprès de ces structures.

Pour l'ensemble des fiches relatives à la prise en charge, des données concernant les délais d'attente pourront être recherchées via les entretiens.

IV.3.5. Les entretiens auprès d'acteurs clés du territoire

L'objectif des entretiens est de compléter l'approche quantitative par le recueil du point de vue des acteurs sur les problèmes de santé à prendre en compte de manière prioritaire.

En fonction des besoins des territoires, l'approche par entretiens pourra être menée parallèlement au recueil des données quantitatives, ou bien après une première analyse de ces données.

Les objectifs sont les suivants :

- Recueillir le point de vue d'acteurs clés du territoire concernant les problèmes prioritaires de santé sur le territoire
- Identifier les déterminants, notamment ceux sur lesquels un projet local de santé peut influencer
- Identifier des actions existantes concernant les problèmes repérés
- Repérer les besoins et attentes des acteurs concernant la mise en place d'un projet local de santé
- Affiner les éléments issus de l'analyse des indicateurs chiffrés et aider à leur interprétation (uniquement dans le cas où les entretiens sont réalisés après le traitement des indicateurs).

Nombre d'entretiens

Le nombre de jours de travail permet de réaliser 10 entretiens individuels ou entre 5 et 8 entretiens collectifs, en fonction de la possibilité pour les acteurs du territoire d'organiser les réunions (repérage des participants, choix des dates, réservations de salle, mobilisation des partenaires...). La mobilisation du coordinateur local (s'il existe) pourra être importante à cette étape.

Les entretiens individuels sont plus pertinents pour une première mobilisation, notamment si les acteurs ont peu d'habitudes de travail en partenariat.

Les entretiens collectifs ont en plus du recueil des points de vue des acteurs, un objectif de mobilisation dans la démarche. Ils sont pertinents si le territoire est d'ores et déjà en mesure de les mobiliser suite au diagnostic sur une phase plus opérationnelle.

Personnes à rencontrer

La méthodologie retenue (entretiens individuels et/ou collectifs, entretiens réalisés parallèlement au recueil de données ou après une première analyse des indicateurs chiffrés), ainsi que la liste des personnes à rencontrer sera définie en comité de pilotage local.

IV.3.6. La valorisation d'initiatives locales

Un certain nombre de données qualitatives (existence de réseaux, d'associations, initiatives particulières...) feront l'objet d'encadrés au sein de certaines fiches selon les ressources disponibles sur le territoire.

IV.3.7. Les actions de promotion de la santé réalisées sur le territoire

Il n'est pas envisageable dans le cadre de ce travail de décrire exhaustivement toutes les actions de promotion de la santé réalisées sur le territoire d'étude. Toutefois, il sera possible de recenser les actions financées ou cofinancées par l'ARS en se servant de l'outil interactif (OSCARS®) et par la Région. Les actions recensées seront les actions s'étant déroulées l'année précédente.

IV.3.8. Synthèse et principaux enseignements

Une fiche synthétisant les principaux éléments sera réalisée. En fonction des éléments quantitatifs et qualitatifs, des thèmes prioritaires à investir sur le territoire seront définis. Le comité de pilotage local sera associé à la définition de ces thèmes prioritaires.

V. Restitutions

V.1.Document final

Le document final se présente sous forme d'une compilation de fiches thématiques suivant le plan suivant :

Thème 1 : Données générales

- Fiche 1.1 : Présentation du Territoire
- Fiche 1.2 : Revenus, emploi et données sociales
- Fiche 1.3 : Minima sociaux et bas revenus
- Fiche 1.4 : Accès aux soins et au logement

Thème 2 : Mortalité, morbidité et facteurs de risque

- Fiche 2.1 : La mortalité
- Fiche 2.2 : La morbidité
- Fiche 2.3 : Alcool, tabac et autres addictions

Thème 3 : Environnement et santé

- Fiche 3.1 : Eau et santé
- Fiche 3.2 : Air et santé

Thème 4 : Offre de soins et services

- Fiche 4.1 : Les médecins libéraux
- Fiche 4.2 : Les professionnels de santé libéraux (hors médecins)
- Fiche 4.3 : L'offre hospitalière
- Fiche 4.4 : La prise en charge des personnes âgées à domicile
- Fiche 4.5 : La prise en charge des personnes âgées en établissement
- Fiche 4.6 : La prise en charge du handicap
- Fiche 4.7 : La prise en charge des enfants de moins de 6 ans
- Fiche 4.8 : La santé mentale
- Fiche 4.9 : les actions de promotion de la santé financées par l'ARS et la Région

Fiches 5 : Synthèse des entretiens réalisés auprès d'acteurs locaux

Fiche 6 : Synthèse et principaux enseignements

V.2. Présentation orale

Deux restitutions orales seront réalisées sur le territoire. Le public est à définir avec le comité de pilotage local.

VI. Calendrier

- Charge de travail : 57 jours soit 26 000 € (dont 970 de frais annexes)
- Durée de réalisation du diagnostic : 6 à 9 mois à partir de la date de signature

Les affections longue durée (ALD)

En cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites « de longue durée » comporte trente affections ou groupes d'affections. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit donc une évaluation de l'incidence de cette maladie.

Les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais.

Tout d'abord, il existe des risques de sous-estimation de la morbidité réelle mais également, dans certains cas, de sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante qui ne justifie pas d'entrer dans ce dispositif. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états cancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et maligne n'est pas très nette.

D'autre part, ces données sont disponibles à l'échelle des codes postaux, qui ne correspondent pas aux limites des territoires.

Enfin, les données utilisables dans le cadre de ces diagnostics sont des données d'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas. Nous n'avons pas d'informations sur le nombre total de cas à un moment donné.

Le PMSI

Le programme de médicalisation des systèmes d'information est un système de mesure de l'activité hospitalière en termes médico-économiques. Il consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, en un enregistrement standardisé reposant sur la collecte d'un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les données ainsi collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin.

Les diagnostics, un principal et des associés, recueillis à l'occasion de chaque séjour sont codés avec la classification internationale des maladies (Cim) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa 10^{ème} révision (Cim 10).

Cette information permet d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers sur l'exploitation du diagnostic principal défini, à la fin du séjour du patient, comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Cette base de données n'est pas constituée initialement dans une perspective épidémiologique, elle comporte donc des limites dont la principale est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins.

La mortalité

Etablie à partir du certificat et du bulletin de décès, la statistique nationale des causes médicales de décès est élaborée annuellement depuis 1968 par le CépiDC de l'Inserm, en collaboration avec l'Insee. Les décès des personnes domiciliées au niveau régional et national sont enregistrés de manière quasi-exhaustive⁵. Les causes de décès sont codées selon la classification internationale des maladies (Cim) régulièrement révisée (10^{ème} révision).

L'indicateur de mortalité qui est proposé est l'Indice comparatif de mortalité (ICM) (voir définition ci-dessous). Au vu des caractéristiques de l'ICM, les territoires ne seront pas comparés entre eux, mais comparés un à un avec la mortalité de la population de référence. De même pour les comparaisons homme/femme.

Se pose ainsi le choix de la population de référence. Le niveau de mortalité régionale étant globalement plus faible que celui observé au niveau de la France entière, le choix du Poitou-Charentes comme population de référence (comme élément de comparaison) peut paraître plus pertinent.

Par ailleurs, pour la période de calculs des ICM, il faudra observer auparavant les effectifs de décès par cause. Une période de 9 années sera *a priori* un minimum.

Le choix des ICM par maladies de l'appareil circulatoire, par tumeurs, par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, et par maladies de l'appareil respiratoire repose sur le fait que ces causes de décès sont les principales en France et en Poitou-Charentes.

L'Indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux d'une population de référence. Il est de préférence utilisé lorsque l'on souhaite comparer une population à une population de référence (un territoire par rapport à la région ou à la France).

⁵ Ne sont pas inclus les décès à l'étranger, les décès des mort-nés, les décès de personnes non identifiées (morts dans la rue) et quelques certificats de décès non transmis

N° SIRET : 328375811 00051

CTN : HH Risque : 731ZC

Projet traité par : Nathalie Texier
nathalie.texier@ors-poitou-charentes.org
☎ 05 49 38 33 12

Monsieur le Président
Communauté d'agglomération niortaise
28, rue Blaise Pascal - BP 193
79006 Niort cedex

Objet : Diagnostic santé social

Financeurs : ARS, Communauté d'agglomération niortaise, Région (CRDD)

Description des tâches	Jours de travail
• Coordination du projet	8 j
• Recueil de données et traitement des indicateurs	22 j
• Préparation, réalisation des entretiens	16 j
• Rédaction des fiches	10 j
• Valorisation, diffusion du document	1 j
• Frais annexes (déplacements...)	970 €
Total en jours* =	
	57 j
Total en Euros =	
	26 000 €* .

*La journée de travail ORS est fixée à 439 €.

Répartition des financements :

- 10 400 € (ARS Poitou-Charentes) : 40 %
- 10 400 € (Région Poitou-Charentes via le CRDD) : 40 %
- 5 200 € (Communauté d'agglomération niortaise) : 20 %

Devis valable 2 mois à compter de la date d'édition.

Signature du client précédée de la mention manuscrite « bon pour accord »