



L'observation locale en santé, quelle *nécessité* pour les élus ?



Laurent El Ghozi

Président de l'association Élus, Santé Publique et Territoires

L'observation locale en santé et ses déterminants

25 mai 2010 – POITIERS

L'observation locale en santé, outil de gouvernance pour les élus

- De plus en plus de villes engagées dans des actions de santé
- 240 Ateliers Santé Ville sur près de 500 CUCS
- Ayant nécessité plus de 300 diagnostics locaux
- Dont 21 avec un Observatoire local de santé
- L'ARS
 - Doit mettre en œuvre les programmes régionaux de santé,
 - Avec une territorialisation croissante des actions financées
 - en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région
 - A partir de données locales objectives

Dans la loi HPST... (1)

- Le Projet Régional de Santé est constitué
 - Du Plan Stratégique de Santé
 - Des Schémas Régionaux: SREPS, SROS, SROMS
 - Et de Programmes: «pouvant prendre la forme de programme territoriaux de santé, pouvant donner lieu à un CLS ».
- Les Contrats locaux de Santé de la loi HPST
 - « la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un CLS, conclu notamment avec les Collectivités locales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »

Dans la loi HPST... (2)

- Autonomie croissante des CT, lieu de mise en œuvre inter-institutionnelle des politiques sectorielles de l'Etat,
- Exigence de coordination, de partage, de synergie
- Imposant des outils de pilotage

Observer ensemble pour la construction de l'action publique

Observer : pourquoi ? (1)

Mieux connaître, pour mieux comprendre, pour mieux décider

- Aide à la décision collective
 - Faciliter la concertation entre les partenaires (dont les habitants)
 - Produire de l'analyse pour l'ensemble et pour chaque partenaire
 - Eclairer les enjeux, produire du débat et du sens
 - Construire une connaissance partagée et évolutive du territoire
 - Rendre cette connaissance opérante

Observer : pourquoi ? (2)

- A partir d'un Diagnostic initial partagé
- Choix des priorités d'action
- Légitimation de l'action auprès des décideurs: maire, financeurs, population
- Gestion « éclairée » des affaires publiques

Ensuite...

- Evaluation des actions et de leur impact sur la santé
- Adaptation des actions
- Transversalité: impact des autres politiques sur la santé
- Cohérence: impact de la politique de santé sur les autres thématiques
- Comparaison dans l'espace: quartiers, moyenne régionale...
- Comparaison dans le temps
- Retour auprès des producteurs et de la population

>> *Pilotage de la politique de santé, en lien avec l'ensemble de la politique municipale*

Sur quel territoire ?

- REGION= programmation, allocation équitable de moyens
- Territoire de SANTE: hospitalo-centré sur les futures CHT
- VILLE ou AGGLO = mise en place d'une politique locale de santé, intégrée à la politique municipale et intégrant la programmation régionale;
- QUARTIER voire IRIS = lieu de vie et de proximité, lieu de mobilisation de la population, de mise en lien des acteurs; territoire de l'action

Chaque niveau territorial a des responsabilités et des objectifs spécifiques qui déterminent les critères de l'observation

Quels indicateurs ? Fonction de l'objectif et donc du territoire d'observation et d'action (1)

- Pour la Ville:
 - faciliter l'accès à la prévention et aux soins
 - Réduire les ISS et ITS
 - Mobiliser la population et les acteurs

Quels indicateurs ? Fonction de l'objectif et donc du territoire d'observation et d'action (2)

- Panel d'indicateurs, mutualisé au niveau de territoire de santé ou du département, permettant une
- Connaissance fine du territoire en croisant les données:
 - Population, socio-démo, cultures
 - Etat de santé «objectif»: principales pathologies, médicaments consommés
 - Besoins ressentis et attentes des habitants
 - Point de vue des professionnels (sanitaires, sociaux, éducatifs...)
 - Ressources: Offre de soins, Tissu social, Associations,
 - Déterminants: logement, cadre de vie, transports,
 - Indicateurs de suivi de chaque programme

Exigences

- Ouverture conventionnée des « cimetières » de données
- Indicateurs fiables, reproductibles, accessibles en routine
- Intégrant le niveau infra
- Intégrés au niveau régional
- Contractualisée avec l'ARS dans le CLS
- Analyse objective des données
- Mise en forme
 - intelligible,
 - pédagogique,
 - Opératoire
- Homogénéiser les périmètres des « territoires »

Un exemple : la promotion de la santé bucco-dentaire (1)

- BESOIN prouvé: en 1998, enquête auprès des enfants des centres de loisirs
- INDICATEUR fiable, reproductible, suivi
- METHODE: Santé communautaire
 - Recrutement d'habitantes
 - Intégrée à la vie des quartiers
- 6700 enfants examinés en 2006-2007
 - Dont 1148 en écoles élémentaires
 - 16 écoles concernées (puis 22)
 - dont 6 en ZEP, 4 en REP et 6 hors ZEP

Un exemple : la promotion de la santé bucco-dentaire (2)

- RESULTAT manifeste: Un besoin en soin moyen passé en dix ans **de 41,2% à 23,8%**
- Fortement corrélé aux caractéristiques socio-économiques de la population
- Des besoins très variables selon les écoles > ADAPTATION
- Fiche de recueil pour un suivi épidémiologique par école, sur dix ans
- Amélioration des indicateurs > PROGRAMME VALIDE
- ELARGI aux questions d'hygiène alimentaire

Exemple : la santé bucco-dentaire

Objectif: amélioration et réduction des ISS et ITS, suivi sur dix ans

Territoire = Ecoles Élémentaires

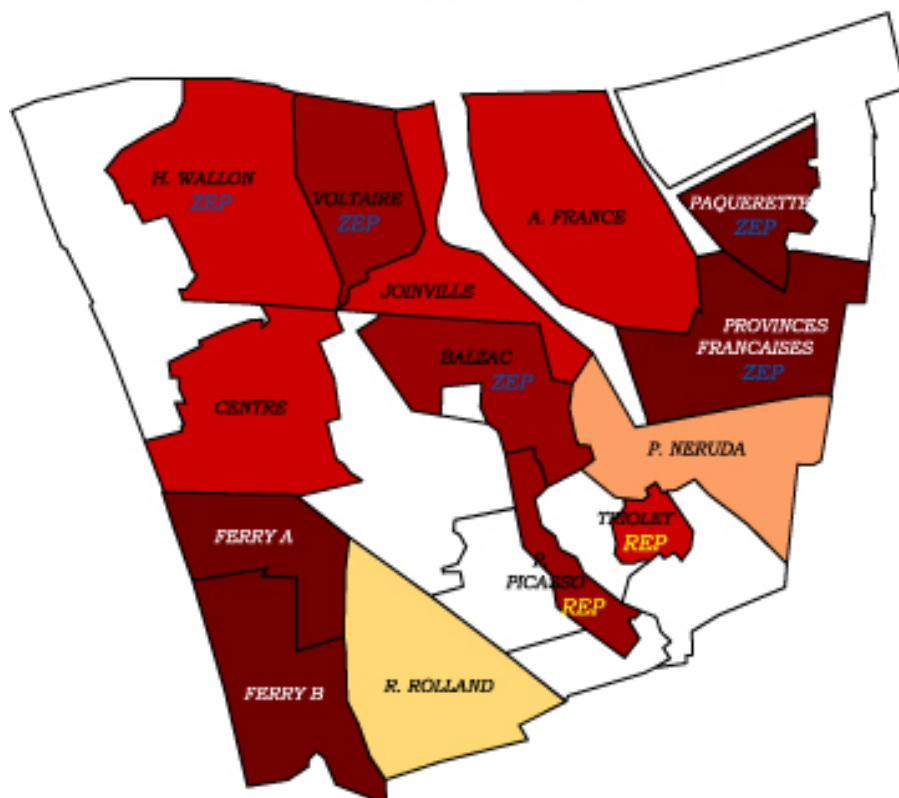
Indicateurs = Besoin en soins dentaires

	1998	2003	2006
Provinces Françaises	54 %	29 %	28 %
Pâquerettes	66 %	46 %	28 %
Jules Ferry	46 %	24 %	13 %
Centre	39 %	23 %	21 %
Pablo Picasso	43 %	39 %	34 %

Programme de santé bucco-dentaire dans les écoles.

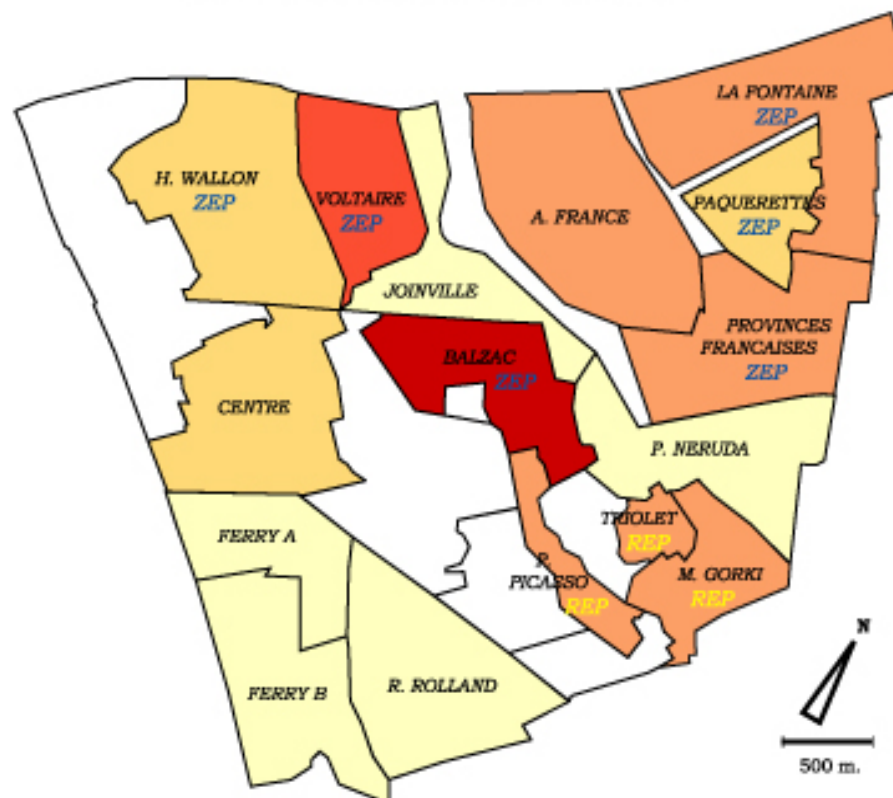
Evolution du besoin en soins des enfants dépistés en élémentaire en 1997-1998 et en 2007-2008

1997-1998: 1ere année d'intervention

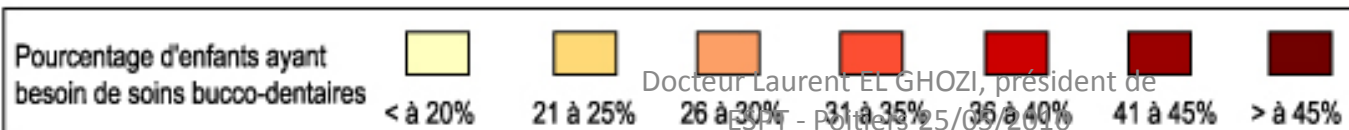


Besoin en soins moyen en 1997-1998: 41,4%

2007-2008: 11eme année d'intervention



Besoin en soins moyen en 2007-2008: 23,8%



Docteur Laurent EL GHOZI, président de
ESF4 - Poitiers 25/09/2010

Conditions nécessaires pour un OLS (1)

- Vocation inter-institutionnelle, multiples partenaires
- Comité de pilotage indépendant
- Comité scientifique et technique associant des compétences en
 - Santé publique
 - Démographie
 - Sociologie
 - Géographie de la santé
 - Statistiques

Conditions nécessaires pour un OLS (2)

- Financement engageant tous les partenaires
- Sur une échelle suffisante pour dégager les moyens nécessaires, dont un chargé de mission temps plein

Dire le « vrai » - scientifique -, pour faire le « bien » - politique -