



## LA SANTE EN ILE-DE-FRANCE

ACTES DE LA RENCONTRE « MESURER POUR AGIR »

DU 27 SEPTEMBRE 2007

Comité régional pour l'information  
économique et sociale  
29, rue Barbet de Jouy  
75007 PARIS

FEVRIER 2008



## SOMMAIRE

<u>Ouverture de la rencontre</u>	5
Jean-Claude Boucherat, président du CESR d'Île-de-France Claude Michel, président du CRIES d'Île-de-France	7
<u>Le Plan régional de santé publique (PRSP) et les aspects méthodologiques</u>	
Le Plan régional de santé publique (PRSP) Marie-Claire L'Helgoualc'h, directrice adjointe de la DRASS	9
Surveiller la morbidité et la mortalité en Île-de-France : SUMMO, un système d'information pour la veille sanitaire Hubert Isnard, coordonnateur scientifique de la Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Île-de-France (InVS-DRASS)	12
Le tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein Marie-France d'Acremont, médecin inspecteur de santé publique (DRASS)	17
Le suivi et l'évaluation du Plan régional de santé publique (PRSP) Isabelle Gremy, directrice de l'Observatoire régional de santé (ORS)	21
<u>Les déterminants de la santé</u>	
Santé et territoires : de l'Atlas de la santé à un SIG (système d'information géographique) Catherine Mangeney, IAURIF	27
L'enquête décennale santé 2002-2003 et la mesure des inégalités de santé Laurence Jaluzot, INSEE	31
Disparités sociales et santé (table ronde) Guy Atlan - professeur de médecine/conseiller au CESR, Pierre Chauvin - chercheur en santé publique à l'INSERM/responsable de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins Anne Guichard - chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé	37
<b>Conclusions</b>	43
Francine Bavay, Vice-présidente du Conseil régional d'Île-de-France chargée du développement social, de l'économie sociale et solidaire, de la santé et du handicap Michel Peltier, directeur de la DRASS	44
<b>Annexes</b>	47
*****	
Animation de la matinée sur le Plan régional de santé publique (PRSP) et ses aspects méthodologiques : Sylvie Marchand, Vice-présidente du CRIES et directrice régionale de l'INSEE Animation de l'après-midi sur les déterminants de la santé : Gérard Lacoste, directeur général adjoint de l'IAURIF	



## OUVERTURE DE LA RENCONTRE

Jean-Claude Boucherat, président du CESR d'Île-de-France

C'est avec un grand plaisir que je me retrouve parmi vous, à l'occasion de cette rencontre du Comité régional pour l'information économique et sociale auquel le Conseil économique et social d'Île-de-France est particulièrement attaché.

Il s'agit de la quatrième rencontre « mesurer pour agir » dont le thème cette année porte sur la santé en Île-de-France.

Un thème, ô combien d'actualité, dont le CESR s'est emparé depuis de nombreuses années. J'en veux pour preuve les travaux menés par la commission santé, solidarité et affaires sociales :

- en 1993, « l'hospitalisation en Île-de-France » ;
- en 2003, « l'éducation pour la santé : une politique de prévention en Île-de-France » ;
- en 2006, « le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération » (SROS 3).

Et tout récemment, « les inégalités sociales de santé en Île-de-France », rapport de mon ami Guy Atlan qui participera à la table ronde de cet après midi et que je salue.

Bien sûr ces divers rapports, avis et communications de la société civile organisée qu'est le CESR n'ont pas la même ambition que le CRIES qui a pour mission :

- de recenser et analyser les besoins des utilisateurs d'information économique et sociale ;
- d'examiner la manière de les satisfaire ;
- enfin de délivrer des avis d'opportunité pour la réalisation des enquêtes régionales.

Le CESR pour sa part participe, par ses avis, à l'administration de la région. Dire cela signifie qu'il se doit de rappeler les compétences institutionnelles et responsabilités territoriales des différents échelons.

Dans le domaine de la santé c'est souligner que le partage des compétences entre l'État et les collectivités ne suit pas des frontières claires.

Bien sûr, il est amené à utiliser les données produites par d'autres : l'INSEE, l'Observatoire Régional de Santé, l'IAURIF, etc. Des statistiques qui permettent par exemple de constater l'existence d'inégalités fortes en matière de santé en Île-de-France.

Pour en rendre compte le CESR a dû aussi prendre en compte divers facteurs, économiques et sociaux culturels. Une démarche qui lui a permis de montrer l'existence d'un lien évident entre facteurs sociaux et état de santé.

C'est ainsi, pour prolonger notre réflexion, que le chômage et l'inactivité ont une part prépondérante avec à la fois :

- des phénomènes de sélection et d'exclusion de l'emploi liés à la santé ;
- mais aussi qu'ils ont un rôle spécifique avec les périodes de chômage et de précarité.

Ce sont des périodes qui, « lorsqu'elles se prolongent, peuvent aboutir à la combinaison de troubles physiques, psychiques et de comportements à risque qui s'additionnent ».

Un autre rapport nous a permis de dire que, dans la perspective de la mise en place d'une politique de prévention sanitaire régionale, le CESR estime qu'il est fondamental de connaître finement le profil épidémiologique des jeunes Franciliens.

Aussi préconise-t-il de partager les données médicales détenues par des institutions diverses (CRAMIF, DRASSIF, INSERM, ORS, ORST, PMI, Rectorats, URCAM, etc.) au sein de l'Observatoire Régional de la Santé.

En effet, la collecte périodique de ces données et leur organisation en ensembles pertinents s'impose pour parvenir à une connaissance épidémiologique attendue par les professionnels. Une banque de données qui serait accessible à des organismes agréés, et qui soit rassemblée au sein d'un centre de documentation et de ressources, accessible à tous :

- La **CRAMIF** : Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;
- La **DRASSIF** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (État) ;
- L'**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale ;
- L'**ORS** : Observatoire régional de la santé ;
- L'**ORST** : Observatoire régional de santé au travail ;
- La **PMI** : Protection maternelle et infantile ;
- L'**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie.

Pour finir, je dirai que le CESR est à la fois cette capacité d'écoute du terrain et cette expression des besoins et des attentes. C'est dans cet esprit que nous nous sommes investis dans notre dernier rapport sur les inégalités sociales de santé en Île-de-France pour intégrer la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les critères de choix des investissements et financements régionaux.

Vous allez, tout au long de cette journée, partager avec les intervenants qui vont se succéder et traiter sous divers aspects cette question de la santé : les approches classantes et leurs limites, l'apport des approches statistiques et thématiques, le point de vue du médecin et du praticien, en commençant, bien entendu, par définir le sujet dont on va parler.

Madame Bavay, vice-présidente du Conseil régional, clôturera cette journée, en présentant la vision de l'exécutif régional sur la prise en compte de ces questions de santé traitées notamment dans le SDRIF.

Que l'équipe qui a préparé cette quatrième rencontre « mesurer pour agir » soit ici remerciée. Je laisse maintenant la parole au président du CRIES, mon ami Claude Michel.

### **Claude Michel, président du CRIES d'Île-de-France**

Je remercie Jean-Claude Boucherat de sa présence parmi nous et surtout de son intérêt vigilant pour les travaux du CRIES en rappelant qu'il en fut l'un des pères fondateurs si ce n'est le père fondateur. Pour ma part, j'ai apprécié de travailler avec une équipe du CRIES aussi professionnelle, aussi soucieuse de son éthique et qui sait, à la fois, écouter et agir. La quatrième rencontre « mesurer pour agir » sera cette année consacrée aux problèmes de santé en Île-de-France. Ce matin la réunion sera animée par Madame Sylvie Marchand, directrice régionale de l'INSEE Île-de-France et cet après-midi par Monsieur Gérard Lacoste, directeur général adjoint de l'IAURIF. Nos travaux seront conclus par Madame Francine Bavay, Vice-présidente du Conseil régional d'Île-de-France, chargée du développement social, de l'économie sociale et solidaire, de la santé et du handicap, puis par Monsieur Michel Peltier, directeur de la DRASS.

### **Sylvie Marchand, vice-présidente du CRIES et directrice régionale de l'INSEE Île-de-France**

Mon souhait est que vous puissiez réagir à ce que diront nos intervenants et que le débat soit le plus riche possible. En écho à ce qu'a dit Monsieur Boucherat, nous avons Monsieur Jurquet de PACA qui nous fait l'amitié d'être là, il y a donc quelques régions qui ont des CRIES et où ces CRIES fonctionnent. J'en profite pour vous remercier, Monsieur Boucherat, car vous nous donnez un soutien constant : vous avez une grande confiance en nous et je crois que c'est ce qui nous permet de travailler, d'avancer et de mobiliser, au-delà de notre petit cercle, des partenaires qui sont là aujourd'hui et qui vont s'exprimer.

Nous avons traité un certain nombre de thèmes dans nos rencontres : les nouvelles technologies de l'information et de la communication en 2002, l'emploi local en 2003, la qualité de vie en 2005 et aujourd'hui la santé. Je crois que ce thème est particulièrement d'actualité, il l'est aussi pour les statisticiens et les gens qui étudient ce domaine du fait des nouvelles sources d'information et des avancées réalisées dans un certain nombre de domaines. Ces avancées, par exemple le système de veille, seront exposées ce matin. Auparavant, Madame L'Helgoualc'h présentera le PRSP et un certain nombre d'illustrations qui nous permettront de comprendre comment sont construites les politiques de santé et quels sont les objectifs qu'elles visent. Madame Gremy nous parlera du suivi et de l'évaluation du PRSP qui sont au cœur des préoccupations du CRIES.



## LE PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP) ET LES ASPECTS METHODOLOGIQUES

### LE PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP)

Marie-Claire L'Helgoualc'h, directrice adjointe de la DRASS

J'ai 20 minutes pour vous présenter le PRSP d'Île-de-France qui a été élaboré entre 2004 et 2006 par une équipe de l'Assurance maladie et de l'Etat et qui se met en œuvre sur la période 2006-2010. Le PRSP vise à développer et à organiser la prévention et sa particularité est d'avoir fixé de manière concertée quelques priorités pour la région.

Dans un premier temps je vous présenterai quelques données de cadrage - état de santé de la population, caractéristiques du système de santé -, ensuite j'évoquerai les grandes lignes de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, enfin la méthode d'élaboration du PRSP et ses objectifs.

Le PRSP s'est appuyé sur quelques constats initiaux :

- une bonne espérance de vie des Français et des Franciliens, signe d'un système de soins de bonne qualité, mais une mortalité prématurée avant 65 ans relativement importante. On évalue à 19 000, le nombre de morts prématurées en Île-de-France chaque année, un objectif du PRSP sera d'essayer de réduire cette mortalité.
- de profondes inégalités de santé, inégalités sociales, géographiques ou liées au handicap ;
- un profond déséquilibre entre les ressources allouées aux soins et celles allouées à la prévention : seulement 6,4 % de la dépense courante de santé sont alloués à la prévention dans ce pays ;
- la prévention est complexe à développer car elle ne répond pas à une demande spontanée à l'instar de la demande de soins. La prévention appelle une réponse collective aux besoins de santé.

L'enjeu est de cesser d'opposer soins et prévention et de mieux organiser et développer le système de prévention.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 réaffirme quelques grands principes :

- la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé : l'Etat fixe les objectifs pluriannuels et les plans stratégiques (cent objectifs nationaux et cinq plans nationaux prioritaires) ;
- le plan national cancer ;
- le plan pour limiter l'impact sur la santé de la violence et des comportements à risque ;
- le plan relatif aux maladies rares ;
- le plan relatif à la santé environnementale ;
- le plan relatif à la qualité de vie des malades chroniques ;
- la mesure du résultat : le gouvernement rend compte tous les cinq ans de l'impact de sa politique. 37 des 100 objectifs sont quantifiables et 63 objectifs nécessitent pour leur mesure une production complémentaire d'informations épidémiologiques ou autres connaissances. Les données disponibles sont souvent insuffisantes et l'appareil de connaissances reste à développer ;
- un effort de rationalisation : la politique de santé s'exprime dans des programmes de santé structurés ;

- la régionalisation de la politique de santé : plusieurs instruments et instances permettent d'organiser la santé publique au plan régional : le plan régional de santé publique arrêté par le Préfet de région, le groupement régional de santé publique (GRSP) chargé de mettre en œuvre et d'évaluer le plan et la conférence régionale de santé (CRS) qui contribue à cette évaluation.

Le champ du PRSP est celui de la prévention primaire, du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement des personnes, soit des personnes malades soit des aidants naturels.

Le plan vise à réduire la mortalité évitable et à lutter contre les inégalités de santé. Il est un document de référence pour l'action des différents protagonistes de la santé publique dans la région. Ces protagonistes sont nombreux d'où l'importance d'une élaboration concertée. Le PRSP est la base de référence pour l'obtention des financements de santé publique.

Le cadrage national (les 100 objectifs nationaux et les 5 plans stratégiques), combiné aux spécificités régionales de santé et à la réalisation d'un premier bilan des plans et programmes de prévention en Île-de-France ont permis de réaliser un diagnostic départemental et régional partagé sur 12 thématiques majeures de santé en Île-de-France : addictions, alimentation-nutrition, cancer, environnement et santé, IVG-contraception, périnatalité, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, santé mentale, santé des personnes âgées, santé des populations en situation de vulnérabilité sociale, VIH-sida-hépatites, violence et santé.

Ce diagnostic régional s'est attaché à spécifier de façon précise :

- le champ de la thématique ;
- les populations concernées avec une attention plus particulière sur les plus vulnérables car ce sont elles les plus éloignées de la prévention ;
- les acteurs qui pouvaient être mobilisés pour la mise en œuvre des actions de prévention ;
- les données disponibles sur le plan démographique et épidémiologique en confrontant les analyses aux objectifs de la loi ;
- le bilan des plans et programmes régionaux qui a permis de repérer 143 programmes structurés en Île-de-France représentant 1940 actions et 42 millions d'euros ce qui est loin du montant global des dépenses de prévention que la conférence régionale de santé a évaluées pour la région (560 millions d'euros).

Le diagnostic a permis de faire une analyse fine des points forts et des points faibles des dispositifs pour élaborer quelques propositions d'objectifs opérationnels. La grande difficulté a été celle des choix pour se centrer sur quelques objectifs atteignables. Au final 5 axes prioritaires et 30 objectifs ont été retenus dans le PRSP.

Les 5 axes :

- lutter contre le cancer ;
- accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants ;
- promouvoir les comportements favorables à la santé ;
- promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale ;
- réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux.

Quatre objectifs transversaux ont également été retenus, qui sont les conditions nécessaires pour réaliser les objectifs précédents :

- clarifier et élargir les ressources mobilisables pour le PRSP ;

- organiser l'action dans des territoires prioritaires ;
- renforcer l'éducation pour la santé et l'organiser ;
- renforcer l'observation et mettre en place l'évaluation.

Le PRSP comprend également un plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire que je ne développerai pas ici.

En conclusion, je rappellerai quelques points importants :

- l'importance d'infléchir le système de santé vers plus de prévention ;
- la prévention cherche à agir sur les déterminants de la santé, individuels et collectifs. Ces déterminants sont bien connus et bien documentés. Mais agir sur les déterminants est compliqué, particulièrement sur les déterminants environnementaux, liés à l'habitat, aux ressources... ;
- la coordination des institutions pour mettre en œuvre le PRSP est essentielle car la santé publique est plurielle. Le GRSP est composé de l'Etat, du Conseil régional, de 3 Conseils généraux (92, 93, 95) et de 4 communes. Il est très important que les opérateurs de la santé publique puissent exercer dans un cadre institutionnel plus lisible et plus simplifié ;
- les professionnels et les associations doivent s'accorder sur les meilleures stratégies d'intervention, utiliser les méthodes validées et évaluer leurs actions ;
- les interventions doivent être adaptées aux différents publics. Tous les publics n'intègrent pas d'emblée les comportements de prévention.

**Sylvie Marchand**

Merci Marie-Claire L'Helgoualc'h de nous avoir planté le paysage dans lequel se situe la journée, en particulier cet après-midi. Je crois qu'on fera référence en permanence aux axes et aux actions du PRSP. C'était important de nous donner ces éléments. Maintenant nous écoutons Hubert Isnard.

## SURVEILLER LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN Île-de-France : SUMMO, UN SYSTEME D'INFORMATION POUR LA VEILLE SANITAIRE

Hubert Isnard, coordonnateur scientifique de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) d'Île-de-France (InVS-DRASS)

Merci d'avoir invité la CIRE Île-de-France à cette réunion.

La CIRE Île-de-France est l'antenne de l'Institut de veille sanitaire en Île-de-France. Je vais vous présenter une autre façon de parler de chiffres que celle à laquelle vous êtes habitués et au lieu de dire « mesurer pour agir » je dirai « mesurer pour réagir et alerter ». C'est un peu la spécificité de l'Institut de veille sanitaire d'être dans le champ non pas des études, mais dans celui de la veille pour l'action. Je vais faire cette présentation autour d'un outil qu'on a mis en place. Il s'appelle SUMMO : surveiller la morbidité et la mortalité en Île-de-France. J'aborderai cet outil en sept points.

### 1. SUMMO : pourquoi ?

2001 : les lettres piégées au bacille du charbon aux Etats-Unis ravivant la menace du bio terrorisme et qui ont entraîné aux Etats-Unis la mise en place de systèmes proches de celui que je vais vous décrire afin de détecter de tels événements.

Août 2003 : la canicule.

Un événement majeur qui est à l'origine d'un excès de décès chiffré à 15 000.

Hiver 2003-2004 : l'épidémie de bronchiolite qui, en particulier en Île-de-France, a désorganisé de façon assez importante l'offre de soins en pédiatrie. La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins au ministère de la santé a, dans les suites de cet événement, souhaité disposer de systèmes d'information permettant de faire face à ce type de désorganisation.

Marie Claire L'Helgoualc'h en a parlé : la loi de santé publique d'août 2004 avec la canicule très présente dans l'esprit des députés et qui tire les débats vers des points qui n'avaient pas été envisagés par le gouvernement qui sont ceux de la veille sanitaire, de la sécurité sanitaire. Ainsi, au cours des débats, un des députés dit : « Il faut tout prévoir même l'imprévisible ». Et ce sont ces débats là qui ont fait que dans le PRSP a été prévu un plan très organisationnel, très différent des autres programmes, qui est le plan régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires.

En novembre 2004, Mme Merly, Préfète de zone, affirme son souhait de disposer dans le bulletin de veille, édité chaque jour par le Centre opérationnel de zone, d'un volet sanitaire et elle demande à la CIRE de le réaliser.

Pour répondre à ces nouveaux besoins de surveillance, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place en partenariat avec Météo France le « système d'alerte canicule santé » dont l'objectif est de répondre à la question « a-t-on dans les jours qui viennent un risque d'augmentation de la mortalité du fait de la température ? ». Un deuxième système de surveillance, OSCOUR, a été initié dès 2003 avec les urgentistes. Il s'appuie sur la collecte des diagnostics qui sont issus d'un certain nombre de services d'accueil des urgences. Ce type de surveillance entre dans le cadre des surveillances non spécifiques. Les Américains utilisent le terme de surveillance syndromique pour dire qu'on surveille non pas des pathologies spécifiques mais, soit de l'activité, soit des syndromes (ensemble de signes cliniques présentés par les personnes sans qu'un diagnostic précis

n'ait encore été porté). En Île-de-France la concrétisation de cette mobilisation a été d'abord la création par l'Assistance publique et l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Centre régional de veille et d'action sur les urgences (CERVEAU), puis la mise en place à partir de la fin 2004, du système de surveillance morbidité mortalité en Île-de-France (SUMMO).

## **2. SUMMO : pour quoi faire ?**

L'idée est de détecter le plus précocement possible un événement de santé inhabituel, le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) par exemple, mais aussi un attentat de type biologique ou un événement saisonnier que l'on connaît comme la grippe pour informer les acteurs de santé de son arrivée.

L'autre idée est d'évaluer l'impact des mesures de prévention et de contrôle qui ont été mises en place après le déclenchement de l'alerte et de vérifier que l'ensemble de ces mesures sont efficaces. C'est particulièrement vrai pour la canicule.

## **3. Les acteurs.**

Un système d'information comme celui-ci, c'est un réseau de partenaires. Ce sont des sources multiples de données donc il faut vérifier la qualité. Ce sont également des transmissions automatisées : l'ère du papier est pratiquement terminée. Le système SUMMO ne fonctionne que sur la transmission électronique.

### **-Le CERVEAU centre régional de veille et d'action sur les alertes**

La page d'accueil du réseau « cyber urgences » qui est le système d'information mis en place par l'APHP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris) montre tous les hôpitaux d'Île-de-France qui participent à ce système et dont nous utilisons les informations. Nous connaissons ainsi le nombre de passages aux urgences et les diagnostics qui y sont portés pour les services disposant d'un système informatique de gestion. On connaît le nombre d'hospitalisations, on connaît le nombre d'affaires qui sont traitées par les SAMU d'Île-de-France. Tout est envoyé de façon automatique et arrive au petit matin sur les ordinateurs de l'InVS, du CERVEAU, de la CIRE.

- Les sapeurs pompiers d'Île-de-France sont des partenaires très importants pour la veille sanitaire. Ils nous permettent de suivre un indicateur qui est le nombre de sorties de véhicules pour secours à victimes. Pendant la canicule de 2003 on a vu que cet indicateur a été l'un des premiers à augmenter.

- Les services d'état civil dans les mairies qui permettent d'avoir très rapidement le nombre de décès. Nous avons fait une première expérimentation en Île-de-France avec 18 communes et aujourd'hui nous nous appuyons sur le système de l'INSEE qui collecte auprès des services d'état civil informatisés les certificats de décès par voie informatique. Ce système est devenu plus réactif pour participer à la veille sanitaire alors qu'il a été construit à des fins statistiques. En Île-de-France nous avons sélectionné 88 communes qui transmettent tous les jours et de façon fiable. Elles représentent 2/3 des décès. On a donc une masse d'informations suffisante pour détecter rapidement une modification de la mortalité.

### **- La médecine d'urgence**

SOS Médecins enregistre le motif d'appel, parfois le diagnostic quand il est posé par un médecin. Un accord entre l'InVS et la fédérations des SOS médecins nous permet d'avoir une transmission quotidienne du nombre d'appels, des motifs et, partiellement, des diagnostics.

- **Autres partenaires**

En hiver :

- le réseau GROG (grippe, bronchiolite) ;
- le réseau Bronchiolite ;

En été :

- les pompes funèbres ;
- l'Institut Médico Légal.

#### 4. Quelques indicateurs et méthodes d'analyse

Tous les jours il faut analyser cette information.

- **les passages aux urgences** (Adultes dans 34 établissements d'Île-de-France). Tous les jours nous comparons le chiffre du jour avec les chiffres des 3 mêmes jours des 3 dernières semaines. Et nous vérifions qu'il n'augmente pas. Le recours aux systèmes de soins connaît une variation au sein de la semaine qui est assez caractéristique. Quand on dépasse 20%, seuil défini de façon très pragmatique, nous considérons qu'il se passe quelque chose.
- **Les passages dans les services d'urgence** : le chiffre d'activité du jour est comparé au chiffre attendu en tenant compte de l'activité des 6 dernières années des jours fériés et des vacances. De la même façon nous considérons qu'il se passe quelque chose lors que le chiffre sort de l'intervalle de fluctuation à 95 %.
- **Les décès**  
C'est le nombre quotidien de décès enregistré à Paris ainsi que les décès des 75 ans et plus. La comparaison se fait à la moyenne mensuelle attendue parce que la fluctuation est beaucoup moins importante, la variation n'est pas d'un jour à l'autre mais d'un mois à l'autre.
- **Les diagnostics**  
La diapositive montre les passages et hospitalisations dans les services d'accueil des urgences pour asthme chez les enfants. On repère le pic de la rentrée scolaire. L'hypothèse est que dès que les enfants se retrouvent à l'école, les transmissions virales entre enfants sont favorisées et sont à l'origine de crises d'asthme.
- **Les diagnostics en ville**  
Nous suivons plus particulièrement la bronchiolite, les gastroentérites, etc.

#### 5. Un bulletin quotidien et un bulletin hebdomadaire plus détaillé

Nous l'envoyons par courrier électronique à l'ensemble des acteurs concernés. Actuellement le bulletin comprend un encadré sur la coupe du monde du rugby où l'on suit l'ensemble des événements qui peuvent se passer.

#### 6. SUMMO et la surveillance estivale 2006

Je ne vais pas vous parler de la surveillance estivale 2007 car il ne s'est rien passé. En revanche en 2006 on constate 3 pics de chaleur aux mois de juin et de juillet en Île-de-France.

On observe les pics de pathologies, liés à la chaleur, enregistrés dans les services d'accueil des urgences en Île-de-France. On se situe à 15-20 passages dans les maximums. Oui, ce système

permet de suivre l'augmentation de pathologies liées à la chaleur et il montre que les mesures prises en Île-de-France grâce au plan de canicule ont été efficaces puisque ces augmentations sont restées dans un niveau tout à fait acceptable.

On observe aussi deux événements qui se sont passés en juin et en juillet qui sont des pics de recours aux services d'accueil des urgences pour crises d'asthme, événements auxquels on ne s'attendait pas du tout. Il y a eu la conjonction « chaleur + période de production de pollen + orage » qui ont fait qu'avec la chaleur il y a eu un éclatement des spores et une concentration atmosphérique de pollen qui expliquent sans doute ces deux pics d'asthme.

Finalement cet exemple montre que le système est capable de détecter des événements auxquels on ne s'attend pas tout à fait.

## **7. Quelles perspectives ?**

Tout cela est encore très rustique, même si les seuils dont je vous ai parlé sont basés sur des méthodes statistiques de séries chronologiques qui sont assez sophistiquées. Nous testons, au sein de l'InVS de nouvelles méthodes de détection d'un dépassement de seuil pouvant déclencher une alerte. Une des interrogations porte sur l'utilisation de sources multiples : pompiers, urgences, SOS Médecins etc, qui décrivent sur un même territoire des événements qui sont liés entre eux et comment on pourrait de cette approche multi source arriver à analyser des seuils de façon plus efficace. L'autre axe sur lequel nous souhaitons travailler est la détection d'agrégats, spatio-temporels de syndromes. C'est ce sur quoi les Américains ont essentiellement travaillé. Est-on capable de détecter un agrégat de bronchopneumopathies, de troubles neurologiques ? Les Américains se sont aperçus que le téléphone est beaucoup plus rapide que ce système là. En général, avant d'apprendre la détection par les approches statistiques d'analyses des données, des acteurs de terrain les ont prévenus. Enfin, nous voudrions compléter notre système par l'analyse des appels au SAMU.

On est dans un pas de temps très différent de celui des études qui prennent des années pour donner de l'information. On est dans un pas de temps qui est celui de la journée, qui est celui d'un univers de l'information et de la donnée qui est tout à fait passionnant.

### **Sylvie Marchand**

J'ai découvert une utilisation des statistiques et des données qu'on n'a pas coutume de voir et qui est particulièrement intéressante. J'ai l'impression qu'on peut assister dans ces domaines là à des développements fort utiles pour le système de santé.

## **QUESTIONS**

### **Gérard Lacoste, directeur général adjoint de l'IAURIF**

J'ai une question sur l'approche multi sources : comment jongle-t-on avec ces informations ?

J'ai bien compris la finalité de votre institution et j'ai une deuxième question : comment se fait le pont par rapport aux études et recherches ? Comment se fait le lien par rapport aux autres institutions ?

### **Guy Atlan, professeur de médecine/conseiller au CESR**

Est-ce que la collecte des informations portait uniquement sur les pathologies ou y-a-t-il des informations plus larges ?

## Hubert Isnard

Sur l'approche multi sources ou comment travailler sur des données qui sont indépendantes les unes des autres je ne sais pas répondre à cette interrogation. Pour l'instant on fait du visuel : on a une sorte de tableau de bord sur lequel on travaille tous les jours et on fait défiler ces différentes sources, on le fait aussi au niveau de chaque département pour essayer de voir ce qui se passe mais on n'a pas du tout d'approche statistique, c'est vraiment un des enjeux des années à venir.

Le pont avec la recherche ? Il est de deux ordres sur ces approches de surveillance de données. Il y a une équipe à L'INSERM qui a beaucoup travaillé sur la modélisation de ces séries pour essayer notamment de faire de la prévision. Par exemple, il y a quelques jours ils ont dit « en modélisant ce que nous savons de l'épidémiologie de la grippe en France et du rôle des grands facteurs climatiques nous vous prédisons qu'il y aura environ 4 millions de grippés en France pendant la prochaine saison, ce qui sera une épidémie d'un haut niveau ». Voilà un des ponts qui peut exister avec la recherche.

Au sein de l'Institut de veille sanitaire nous sommes conduits à mener des études qui viennent compléter les travaux de surveillance et permettent d'explicitier, par exemple, les facteurs de risque. Je donnerai l'exemple de la canicule : non seulement nous avons mis en place des outils qui permettent de prévoir l'impact de chaleur, de suivre sur des indicateurs sanitaires l'impact réel de ces augmentations de la température mais on a aussi mis en place suite à l'été 2003 des études en population générale et dans les établissements hébergeant des personnes âgées pour essayer de mieux identifier les facteurs de risque.

S'agissant de la collecte d'information, pourquoi ce système marche ?

Parce que l'information qui est créée est une information issue de logiciels « métier ». Ce n'est pas une information pour la surveillance. C'est une information pour les soins, pour l'action. Les acteurs en ont besoin. La surveillance n'est qu'un bénéfice secondaire de la création de cette information. Et donc, l'information sur les données qui décrivent les patients, les circonstances de survenue est excessivement pauvre car le recueil est extrêmement limité.

## Marie Claire L'Helgoualc'h

Vous vous interrogez sur les moyens de la prévention. Dans un contexte où les moyens sont extrêmement dispersés comment faire pour que le GRSP joue son rôle ? Les programmes de prévention soit 560 millions d'euros concernent pour 50 % la prévention individuelle. Si on regarde la dépense courante de santé, on constate que 50 % sont consacrés à éviter la survenue d'une maladie. On est dans la prévention primaire. 25 % sont pour le dépistage et 25 % pour la prise en charge des formes précoces de maladie. L'opposition soins/prévention est un peu factice car aujourd'hui la prévention est associée au système de soins. Les moyens qui lui sont consacrés sont insuffisamment managés.

## LE TABLEAU DE BORD DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN Marie-France d'Acremont, médecin inspecteur de santé publique (DRASS)

L'axe cancer du PRSP comporte différents objectifs :

- renforcer la lutte contre les cancers professionnels ;
- développer la prévention du mélanome ;
- renforcer la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ;
- le dépistage des cancers pour lesquels les études ont montré un bénéfice, pour les patients, du dépistage précoce, c'est-à-dire la promotion du dépistage du cancer colorectal qui est en train d'être organisé et généralisé et les cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables) ;
- un autre objectif est de favoriser l'accompagnement des personnes atteintes de cancer afin d'améliorer l'information et la qualité de vie.

La promotion du dépistage du cancer du sein en particulier, vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage, regroupe 3 objectifs spécifiques :

- améliorer l'implication des médecins dans le dépistage et en particulier dans le dépistage organisé ;
- sensibiliser les femmes (défavorisées ou vulnérables) à l'écart du dépistage ;
- améliorer le fonctionnement du dépistage organisé et sa qualité.

Le dépistage organisé consiste à inviter toutes les femmes de la tranche d'âge 50 à 74 ans à bénéficier d'une mammographie tous les 2 ans avec des critères de qualité, en particulier une double lecture des mammographies. Ce dépistage est organisé par des structures de gestion départementales qui impliquent le Conseil général, l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et les représentants des usagers. Il se fait sur la base d'un cahier des charges national généralisé en 2003, certains départements ayant commencé il y a plusieurs années. Cela fait l'objet d'un pilotage régional qui nous a permis de construire ce tableau de bord. Son objectif est de documenter le fonctionnement du dépistage organisé, de définir des indicateurs utiles et accessibles facilement, ce qui est une difficulté importante, et dans un délai adapté à la prise de décision, ce qui est très problématique car beaucoup d'indicateurs sont accessibles assez tardivement, enfin dans un groupe de travail partenarial afin d'élaborer de façon consensuelle ces indicateurs.

Nous nous appuyons sur les indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004.

L'un de ces indicateurs est le taux de couverture du dépistage du cancer du sein (organisé et individuel). L'objectif est d'obtenir une couverture d'au moins 80 % de la tranche d'âge des femmes de 50 à 74 ans. La difficulté est que cet indicateur n'est pas accessible simplement. Il existe des enquêtes déclaratives qui tentent de l'approcher mais elles comportent beaucoup de biais (mémorisation, compréhension...).

Le tableau de bord comporte différents volets :

- un volet de terme de contexte : démographie, mortalité spécifique ;
- un volet fonctionnement : la participation au dépistage, l'accessibilité au dépistage ; la démographie des médecins concernés (radiologues, gynécologues, généralistes), les appareils de mammographie et leur répartition sur le territoire, les modes d'accès au dépistage ;
- un volet qualité : ce qui est très important pour les femmes c'est le délai d'accès aux résultats. Ont-elles accès aux résultats de la deuxième lecture dans un délai suffisant ?

Actuellement le délai observé est de l'ordre de 15 jours, parfois plus. La qualité des lectures radiologiques est aussi un élément important, les indicateurs sont plus complexes :

- un volet impact : le délai d'accès au traitement. En mettant en place le dépistage organisé, le risque est de dépister plus de cancers (dans un premier temps) et de surcharger le système de soins. Il est important de savoir si le premier traitement (chirurgie, radiothérapie) est réalisé dans des délais corrects ;
- les indicateurs d'efficacité (de l'InVS) comme le nombre de cancers dépistés, la taille de la tumeur (précocité du diagnostic).

### **Les sources de données**

Ce sont pour l'essentiel les structures de gestion qui sont responsables du recueil des données, de la transmission des résultats, de l'évaluation interne. Nous travaillons avec les coordonnateurs de ces structures de gestion pour construire les indicateurs. Grâce à un logiciel de gestion commun à toutes ces structures de gestion, les requêtes peuvent être partiellement automatisées, elles sont validées par le coordonnateur de la structure de gestion.

D'un autre côté, la source de données importante est l'Assurance Maladie. Nous travaillons avec l'URCAM (Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie) qui coordonne le recueil des données des CPAM (les Caisses Primaires d'Assurance Maladie) et de tous les autres régimes.

Les difficultés de ce recueil d'informations sont :

- *la multiplicité des sources*: l'InVS, l'INSEE, l'INSERM et les différents régimes d'assurance maladie...
- *la disponibilité des informations et les délais d'obtention des données* : par exemple, pour obtenir le nombre de cancers, il faut un certain temps pour le diagnostic et pour obtenir le résultat histologique. Pour les autres données, les informations de l'année 2006 sont disponibles vers mai-juin 2007. Cependant, ces informations sont incomplètes car les multiples petites caisses d'Assurance Maladie doivent chacune faire leurs requêtes et transmettre les données à l'URCAM. Pour certaines, cela peut prendre un an. Nous avons donc pris le parti de travailler sur les données des caisses les plus importantes, et qui représentent 95 % des femmes, et de faire une extrapolation. En effet, nous tentons d'obtenir des données dans un délai qui soit compatible avec les calendriers des prises de décision.
- *la qualité des données* : comme vous allez le voir sur l'exemple du taux de couverture, nous utilisons les données issues de l'Assurance maladie pour le nombre de mammographies, mais ces données ne permettent pas de distinguer les mammographies de dépistage ou de diagnostic. Sur l'information des modes d'accès au dépistage, nous voudrions savoir si les invitations sont demandées par le médecin ou par la femme, la source étant plus souvent le recueil manuel de l'information par les structures de gestion.
- *les définitions différentes selon les sources de données et rapprocher des sources différentes* peut ainsi poser des difficultés importantes.

### **Un exemple : le taux de participation et le taux de couverture**

Le taux annuel de participation au dépistage organisé est calculé avec, au numérateur, le nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans l'année dans le cadre du dépistage organisé (la source étant les structures de gestion qui recueillent très précisément ces données) et au

dénominateur, le nombre de femmes de 50 à 74 ans du département divisé par deux (cet indicateur est calculé sur une année, et la campagne d'invitation prévoit d'inviter toutes les femmes de la tranche d'âge sur deux ans).

Sur trois ans (2004, 2005, 2006), on observe une augmentation progressive du taux de participation.

Avec le taux de couverture du dépistage, on essaie d'estimer les femmes qui ont eu une mammographie dans l'année quelque soit la modalité (dépistage individuel ou dépistage organisé). Nous n'avons utilisé les données de l'Assurance Maladie que partiellement (résultats peu fiables) mais nous avons additionné le taux de participation au dépistage organisé (source : structures de gestion) et le taux de couverture mammographique hors dépistage organisé (source : Assurance-Maladie). Le dénominateur du taux de couverture est comme pour le taux de participation, le nombre de femmes de 50 à 74 ans du département (divisé par deux).

Les limites :

- pour le taux de couverture, la requête élaborée avec l'URCAM correspond à l'estimation du nombre de bénéficiaires d'une mammographie dans l'année. On estime ainsi que les femmes font une mammographie tous les 2 ans mais la difficulté est que ce rythme est parfois plus fréquent dans le cadre du dépistage individuel ;
- il y a des limites liées à l'usage des codes de liquidation spécifiques de la campagne par les radiologues ;
- il existe une sous-estimation par l'absence de données de la part des sections mutualistes et de certains régimes spéciaux ;
- il existe une sous-estimation par le manque d'informations venant de l'hôpital ;
- il existe une surestimation par l'activité de diagnostic : les données de l'Assurance Maladie approchant le dépistage individuel ne distinguent pas les mammographies dans le cadre d'un dépistage des mammographies de diagnostic (à la suite d'une tumeur cliniquement palpable).

Sur trois ans, on constate une augmentation du taux de participation au dépistage organisé mais cette augmentation se fait aux dépens du dépistage individuel : en effet, le taux de couverture est stable sur les trois années précédentes. Cela n'est pas satisfaisant car cela signifie que nous ne touchons pas les femmes à l'écart du dépistage. Or c'était précisément l'objectif du Plan régional de santé publique.

Exemple du Val de Marne (données du Dr Brixi)

La requête informatique permet de calculer les données au niveau des communes comme vous pouvez le voir sur les cartes présentées avec des résultats assez différents de taux de participation ou de couverture selon les zones géographiques.

Cela permet aux structures de gestion d'analyser les situations locales et de décider d'actions spécifiques adaptées aux communes.

En conclusion, la recherche de données et la définition d'indicateurs représentent un travail important sur une période conséquente. L'enjeu est d'obtenir des indicateurs utilisables concrètement pour la décision. Pour le groupe de travail chargé d'élaborer des indicateurs consensuels, la difficulté est de se mettre d'accord sur des indicateurs fiables et de suivre leur évolution, et d'un autre côté le besoin de nouveaux indicateurs apparaît régulièrement : par exemple, la question actuelle est de savoir si ce sont toujours les mêmes femmes qui sont à l'écart de ce dépistage sur plusieurs années. Enfin, il est question de mettre au point un tableau

de bord au niveau national, nous nous demandons alors quelle sera la place de la région dans ce dispositif.

Le tableau de bord repose beaucoup sur le travail et la disponibilité des partenaires tels que : Nadine Sannino qui est responsable du projet pour la société EFECT, ainsi que les représentants de l'URCAM, les médecins coordonnateurs des structures de gestion et les autres membres du groupe de travail.

### **Sylvie Marchand**

L'intérêt de cette présentation n'est pas à démontrer, en particulier les outils que cela peut donner pour l'action locale. On commence à aborder ici la question des informations à un niveau très localisé.

## LE SUIVI ET L'EVALUATION DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP)

Isabelle Gremy, directrice de l'Observatoire régional de santé (ORS)

Vous avez vu que le PRSP demandait beaucoup de temps de préparation, de concertation à tous les niveaux, au niveau régional et au niveau départemental. Essayer déjà de le construire, d'établir des objectifs a été en soi une gageure et un exercice extrêmement nouveau pour tout le monde et en particulier un exercice de clarification. Nous avons essayé d'aller plus loin à l'intérieur même de la DRASS, avant même que le GRSP se mette en place. Nous avons travaillé pour savoir comment faire le suivi et l'évaluation du PRSP.

Dans le cadre organisationnel du PRSP, il y a une instance de pilotage présidée par le Préfet. C'est le GRSP (Groupement régional de santé publique) qui a la tâche de mettre en œuvre le PRSP.

Il y a une instance consultative. C'est la Conférence régionale de santé avec cent vingt membres, six collèges, des élus, des usagers, (c'est la première fois que les usagers sont représentés dans une telle instance consultative de la santé publique), des associations, des personnalités qualifiées, le CESR etc...

Le PRSP est une déclinaison de différents plans stratégiques nationaux : lutter contre le cancer, limiter l'impact de la santé, de la violence, des comportements à risque, l'amélioration de la qualité de vie, la santé des facteurs environnementaux. On ne partait pas de rien : on avait fait de la santé publique avant la loi de santé publique et on avait un contexte régional préexistant avec des PRS (plans régionaux de santé) et avec des spécificités de mortalité et morbidité franciliennes et en particulier avec des très bons indicateurs en moyenne mais également des disparités extrêmement importantes au niveau territorial et au niveau des catégories socioprofessionnelles.

La loi de santé publique a prévu une évaluation avec des objectifs mesurables, même si quand on regarde dans les détails on peut vraiment n'en mesurer qu'un tiers réellement et il y a encore beaucoup d'indicateurs, d'études, de projets à mettre en œuvre pour pouvoir mesurer les autres.

Un plan d'évaluation et un programme d'études et de statistiques (PES) est prévu par la loi de santé publique. On doit évaluer le PRSP en mettant en place un programme qui permette de suivre les objectifs et d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre pour répondre aux objectifs du PRSP.

Le PRSP comporte 5 axes prioritaires, 30 objectifs d'actions avec un programme d'études et de statistiques qui est coordonné par la DRASS, la CIRE, le CRAM, le Conseil régional, l'ORS, l'URCAM, la Ville.

On a élaboré un document programme : le PES. On a essayé, pour chacun des 30 objectifs qui ont été définis dans le PRSP, de faire des propositions d'indicateurs - en cohérence bien-sûr avec ceux qui existent déjà au niveau national - des propositions d'études car on a bien vu qu'on a certains objectifs qu'on ne peut pas quantifier et puis on va proposer un pilotage transversal des gros indicateurs de la région qui ne répondent pas spécifiquement ni au sida ni à la nutrition mais qui répondent à ces grands objectifs dont on a parlé tout à l'heure : mortalité, morbidité, mortalité prématurée, etc....

Tous ces gros indicateurs, toutes ces visions de l'état de santé des Franciliens vont nous permettre d'en faire l'évaluation à moyen terme puisque le PRSP a un début et une fin, en

l'occurrence 2010. A cette date il faudra pouvoir dire : est-ce qu'on a bien fait ? Est-ce qu'on a eu des résultats évaluables ? Quels sont ces résultats ? Il faut noter que c'est un travail concerté. Certes, les collectivités territoriales n'ont pas été assez consultées probablement, même si : c'est la première fois qu'elles ont été aussi impliquées. Le travail tant au niveau de l'élaboration du PRSP qu'au niveau de l'instance du programme d'études et de statistiques a été un travail concerté avec l'idée de faire un état des lieux au début du PRSP pour les 30 objectifs avec une publication qui devrait avoir lieu en fin d'année en le comparant avec un état des lieux en fin du PRSP.

Exemple de la nutrition :

L'objectif 24 est de lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée. C'est un objectif global. Dans la loi de santé publique il a été défini par les objectifs 5 et 9 qui disaient qu'on doit réduire de 20 % la prévalence du surpoids (indice de masse corporelle (poids /taille au carré) et de l'obésité. Si on a un indice entre 25 et 30 on est en surpoids, si on a un indice supérieur on est en obésité, si on a plus de 35 on a des cas d'obésité de type II. Pour évaluer cet objectif, on a besoin de savoir l'indice de masse corporelle par âge, par sexe, la proportion de personnes interrogées qui déclarent une activité physique « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour, pendant 5 jours ». C'est très précis. C'est un indicateur qu'on va essayer de construire car pour l'instant il n'y pas une seule enquête qui nous le donne. En ce qui concerne la qualité « une alimentation équilibrée et diversifiée » c'est la proportion de personnes qui consomment au moins cinq fruits et légumes par jour. On va essayer de renseigner l'ensemble de ces objectifs en l'occurrence l'objectif 24 par ces différents indicateurs.

Les 2 indicateurs surpoids et obésité combinés sont en général moindres en Île-de-France. Surpoids et obésité sont très liés au niveau socio-économique. Pour des raisons socio-économiques évidentes. Mais ce n'est pas vrai pour les enfants et en particulier pour les très jeunes enfants qui semblent, notamment les filles, davantage en surpoids dans la région.

S'agissant de la proportion des Franciliens pratiquant une activité physique intense ou modérée à partir des données disponibles dans le Baromètre santé, il y a une différence entre l'activité physique des garçons et des filles, et en particulier aux âges jeunes de la vie avec une activité intense et modérée des femmes qui est très nettement en deçà de ce qu'on pourrait attendre. Il faudra voir dans 5 ans.

L'objectif « lutter contre la sédentarité » a été décliné en 4 objectifs spécifiques :

- agir sur les représentations ;
- rendre plus facile la pratique de l'activité physique ;
- inciter à la pratique de l'activité physique dans les populations spécifiques ;
- et chez les personnes âgées.

Jusqu'à présent on a beaucoup mis l'accent sur l'équilibre alimentaire.

Pour chacun de ces objectifs il y a différents indicateurs qu'on pourrait mettre en place. Pour agir sur les représentations, il est clair qu'il faut développer des études car on n'a pas encore la visualisation de la représentation de la nutrition au sein de la population générale et encore moins dans les populations les plus vulnérables. Cela va changer car il va y avoir un baromètre santé dont on fera un sur-échantillon en Île-de-France. Pour chaque objectif on renseignera de façon

extrêmement concise et concrète les différents indicateurs : surpoids et obésité chez les adolescents, en France et en Île-de-France, selon le sexe et l'âge.

On observe la finalité de l'exercice pour l'objectif 24 avec la consommation des fruits et légumes et l'activité physique selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP). L'idée est de faire ce schéma pour tout le monde en essayant d'être le plus synthétique possible et de coller le plus spécifiquement possible aux objectifs. Là où on n'a pas d'indicateurs, on essaie de proposer des voies d'études.

Maintenant il faut mettre en œuvre ce PRSP c'est à dire qu'il faut transformer nos objectifs en actions. D'abord on a une certaine somme de financement qui est gérée par le GRSP et on a des actions à financer. Pour les financer, on a un financement structurel (qui finance des structures qui font de la prévention) et on a un appel à projets. L'appel à projets consiste à dire : « on voudrait que vous répondiez aux objectifs du plan régional en nous faisant des propositions ». Le protocole d'instruction des dossiers qui est extrêmement précis est le même pour tous. Or il est clair qu'on ne peut pas demander la même chose à une action selon qu'elle coûte 500 euros ou 150 000 euros.

On a donc un appel à projets avec un guide pour le remplir. Il y a dans ce guide un volet évaluation qui a été beaucoup travaillé, même si on ne sait pas encore comment on va l'exploiter.

Pour lutter contre la sédentarité, on traduit les objectifs spécifiques en fiches actions. Déjà dans l'évaluation on a un problème entre la définition des objectifs spécifiques et la façon dont on les traduit en fiches actions c'est à dire en propositions concrètes pour les promoteurs.

Le résultat pour cette année et pour le seul objectif 24 « lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée » a été 93 actions soumises, 49 actions retenues, un montant total d'un demi-million d'euros. Cela représente 40 % de l'ensemble des objectifs nutrition et moins de 10 % de l'appel à projet 2007.

On est complètement focalisé en ce moment sur « comment faire ? » Mais il faudra très rapidement prendre du recul pour savoir quels sont les critères de choix à retenir pour une action car ils ne sont pas encore très clairs. Par exemple pour la nutrition va-t-on favoriser le dépistage du surpoids et de l'obésité à la fin de la primaire ? Comment va-t-on cibler les populations spécifiques ?

La cohérence des critères de choix au sein du plan régional n'est pas encore très claire.

Quels sont les types d'actions les plus efficaces ?

Pour l'évaluation, il y a l'évaluation des objectifs et l'évaluation des actions proprement dites. Cela suppose bien évidemment que la somme des actions qu'on met en œuvre va finalement, au niveau régional, infléchir les indicateurs globaux pour, d'ici à cinq ans, apporter des résultats. Cela suppose que tous les objectifs qu'on essaie de quantifier soient transformables sur une période de cinq ans ce qui n'est pas forcément évident pour tous. C'est probablement vrai pour le dépistage organisé dont parlait Marie-France d'Acremont, mais pour des cancers professionnels, le temps de latence entre exposition et développement étant de l'ordre de vingt ans, cela ne sera pas accessible à l'échelle d'une évaluation de cinq ans.

La CRS fait aussi de l'évaluation. Cette instance qui est consultative a essayé de comprendre comment on pouvait évaluer le PRSP. Que manque-t-il ? Quelle est la place de la prévention ? Qu'entend-t-on par prévention ? Quelles sont les limites du champ de la prévention ? Quelle est

la marge de manœuvre du GRSP ? Ce sont tous ces aspects que l'instance consultative essaie de mettre en place.

Que résulte-t-il de toutes ces démarches ?

- elles ont donné un formidable coup de projecteur sur des démarches qui étaient complètement éclatées, séparées, non coordonnées et qui manquaient à la fois de visibilité et de transparence. On n'avait pas de vision globale ;
- on a un lieu central de coordination et de lisibilité des stratégies de prévention y compris pour les collectivités territoriales qui jusqu'à présent étaient relativement exclues ;
- on a un regroupement des actions de prévention pour en assurer la cohérence ;
- c'est une première démarche qui est concertée et globale ;
- un premier état des lieux était absolument indispensable à l'évaluation.

On a mis aussi en évidence des failles. On avait annuellement plus de 1500 projets à réviser. Cela demande une instruction de projets colossale pour un nombre minime de personnes concernées. Il faut donc avoir des procédures pour alléger considérablement, aller vers une pluri annualisation des actions, vers une certaine cohérence des actions entre elles et favoriser les regroupements. Le montant du GRSP est faible, beaucoup d'actions sont financées en dehors du GRSP. Il faudrait rassembler. Même si les collectivités territoriales veulent garder leur visibilité, elles sauront vers quoi s'orienter le plan stratégique, être présentes au sein du GRSP et promouvoir des actions au sein des collectivités territoriales qui soient en cohérence avec le plan régional.

Le volume impliqué est très faible - par habitant - avec une hétérogénéité des critères d'attribution.

Les perspectives.

Pour le suivi des objectifs on va refaire le même exercice en 2010, pour le suivi des actions on a un plan d'évaluation mais personne pour le réaliser. Et tout cela suppose que la somme des actions engagées produira un effet mesurable à terme des grands indicateurs globaux du PRSP. Pour certains objectifs la mise en place de cette évaluation semble évidente, pour d'autres cela ne l'est pas.

Cela demandera sûrement une réorganisation du système d'information ainsi qu'une structuration et un développement des diagnostics territoriaux parce qu'au-delà du diagnostic global il sera très important de passer de ce processus réactif qui réagit à l'appel à projets à un processus pro actif c'est à dire où on pourra susciter la programmation, la pro-activité dans l'évaluation avec un repérage à la fois des thématiques des populations et des territoires déficitaires. Il faudra bien mettre en place des processus d'évaluation pour le repérage de ces thématiques populations et territoires déficitaires. Il faudra repérer les partenaires, savoir les mobiliser et impulser leurs projets avec une aide à la formulation des projets et à leur évaluation. C'est une instance que devra mettre en place le PRSP.

**Sylvie Marchand** remercie Isabelle Gremy pour cette présentation vivante et passionnée d'un projet qui n'est pas simple.

## QUESTIONS

### De la salle

Pour 100 euros donnés pour développer une action, combien sont consacrés à l'évaluation ?

### Gérard Lacoste

A la description du PRSP, il y a quelque chose qui me frappe et m'interpelle beaucoup c'est le nombre d'objectifs poursuivis. J'imagine que derrière ces objectifs il y a des politiques donc des moyens à décliner aussi bien pour les rendre accessibles que pour les évaluer dans un deuxième temps. Quand il y a tant d'objectifs, y-a-t-il des priorités ? Y-a-t-il des moyens d'arbitrage pour avoir une action pertinente et efficace ?

### Hubert Isnard

Une question à Isabelle Gremy sur la place des approches qualitatives dans le suivi de l'évaluation. Et une autre question à Marie-France d'Acremont sur une réaction qu'on entend souvent et qu'elle a elle-même formulée : le délai entre la production de l'information et la survenue de l'événement et donc son intérêt dans l'aide à la décision. Si on a les chiffres trois ans après, c'est vraiment trop long pour prendre la décision. Les évolutions sur les événements sur lesquels on travaille sont tellement importantes, tellement rapides qu'il est absolument nécessaire d'avoir une information qui date de la veille pour pouvoir agir.

### Marie-France D'Acremont

En ce qui concerne le délai d'obtention de l'information, cela dépend des indicateurs. C'est moins important d'avoir immédiatement les indicateurs de résultats en nombre de cancers dépistés par exemple. Cependant en ce qui concerne les indicateurs de fonctionnement des tableaux de bord, comme par exemple, les délais de transmission des résultats de leur mammographie aux femmes, cela paraît important d'avoir ces informations dès que possible pour pouvoir intervenir pour améliorer ces délais. Pour les taux de participation nous sommes dans une période de montée en charge avec une évolution attendue d'une année à l'autre, et nous nous appuyons sur ces résultats pour la programmation des actions. Nous sommes peu crédibles si nous produisons des résultats datant de 3 ans, car les acteurs considèrent qu'ils ne reflètent ni la situation ni leurs efforts sur les derniers mois.

### Isabelle Gremy

Si j'ai bien compris, vous vouliez parler du coût de l'instruction. Il y a un coût à l'instruction et il n'est pas négligeable. Quand on a 1000 et 100 projets à instruire, c'est énorme. Et cela mobilise des ressources qui sont assez faibles. Ce sont des crédits annuels et cela concerne des associations donc des gens qui sont un petit peu fragiles du point de vue trésorerie. Il y a une masse de travail impressionnante : j'ai vu des gens travailler jour et nuit pour essayer d'instruire des dossiers à temps. C'est une course contre la montre qui a un coût énorme. D'où l'idée d'essayer de ré homogénéiser des appels à projet, de pluri annualiser pour rendre les promoteurs de projets dans une situation plus sereine d'une année sur l'autre. Pour réduire ce coût d'instruction, on pourrait imaginer des appels à projets à géométrie variable en fonction des coûts.

Quant à l'évaluation, elle a effectivement un coût. Il va y avoir des forces mobilisées de façon permanente tous les ans et il y aura l'évaluation des actions pour lesquelles on a mis en place toute une infrastructure mais pour le moment on a personne pour faire l'évaluation des actions. Puisqu'on demande une évaluation, il faudra former des gens. Il y a toute une réorganisation très importante à réaliser. On a déjà beaucoup progressé là-dessus puisqu'on a déjà beaucoup pérennisé. Le GRSP va essayer d'avoir des conventions pluriannuelles. On a déjà beaucoup apporté d'améliorations sur la coordination. On a anticipé : on a réussi - cela s'est fait petit à petit - à remonter l'appel à projet pour que le financement 2008 arrive en 2008.

Trop d'objectifs ?

Je ne peux pas répondre à cette question. Je ne suis pas porteuse du projet. J'évalue ce qu'on me donne. Effectivement il y a beaucoup d'objectifs. La loi de santé publique n'a pas fait mieux avec ses 100 objectifs.

**Marie-Claire L'Helgoualc'h**

L'évaluation a un coût. Pour l'instant l'évaluation des actions c'est le B.A.BA qu'on peut demander à un organisme qui est financé. Cela fait partie de la démarche du promoteur d'analyser ce projet. Le coût d'évaluation est intrinsèque à l'élaboration de l'action. Il n'a pas à émerger dans le débat du GRSP. En revanche, l'évaluation des objectifs est le coût de l'investissement humain des membres du GRSP et de l'Observatoire régional de la santé (ORS), opérateur de santé. Ce coût est très important notamment dans la phase de conception. Ensuite l'évaluation externe sur un segment des objectifs peut avoir un coût qui peut être chiffré. C'est un choix du GRSP dans son programme annuel de consacrer une partie de ces financements à l'évaluation. Je refuse de dire que l'évaluation est 10 % de chaque action.

Sur la question des priorités c'est l'éternel débat.

Quand la loi de santé publique est parue avec les 100 objectifs, il a paru évident que 100 objectifs ne devaient pas donner 100 priorités. L'exercice a été de se resserrer sur quelques priorités.

Je pense qu'on n'atteindrait pas la même cible, si on se resserrait uniquement en Île-de-France sur la lutte contre le sida, par exemple. Même si on a 50 % des cas, on ne s'intéresse pas qu'au sida car on est chargé de développer la santé publique donc il faut bien qu'on travaille sur différents champs. Je défends un plan de santé publique qui brasse un spectre assez large.

**Isabelle Gremy**

Juste un mot pour répondre à la question sur la place de l'évaluation qualitative dans le PRSP : aucune.

## LES DETERMINANTS DE LA SANTE

**Gérard Lacoste, directeur général adjoint de l'IAURIF**

Nous aurons deux temps assez différents.

Tout d'abord deux interventions. La première porte sur la connaissance du système de santé et l'organisation du territoire. Catherine Mangeney présentera les travaux qui ont conduit à l'élaboration d'un Atlas de la santé. Laurence Jaluzot présentera une autre source d'information particulièrement riche et utilisée de longue date par beaucoup d'entre vous : l'enquête décennale santé. Un temps sera bien-sûr consacré aux questions : ce qu'on peut attendre de ces outils, leurs limites, les perspectives.

La seconde partie de l'après-midi s'organisera sous forme d'une table ronde sur un sujet qui vient de donner lieu à la publication d'un rapport par le Conseil économique et social régional qui porte sur la question des disparités sociales de santé. Cette présentation se fera sous forme de débat avec une présentation courte au début pour laisser ensuite la place aux questions.

### **SANTE ET TERRITOIRES : DE L'ATLAS DE LA SANTE A UN SIG (SYSTEME D'INFORMATION GEOGRAPHIQUE)**

**Catherine Mangeney, IAURIF**

#### **L'Atlas de la santé**

Je vous présenterai l'Atlas de la santé en Île-de-France tel qu'il a été réalisé avec différentes institutions entre 2003 et 2005 et ce qui nous a conduits à poursuivre le partenariat autour de la réalisation d'un outil SIG dédié aux questions de santé : le VISIAURIF santé.

Je ne vous présenterai pas précisément le contenu de ces 2 supports mais je dégagerai les quelques pistes qui peuvent alimenter les réflexions relatives à « mesurer pour agir ».

Le projet de réaliser l'Atlas de la santé en Île-de-France a été initié vers 2002-2003 avec un ensemble de partenaires : la DRASS, l'ARH, la CRAMIF, les CAF, l'IAURIF, l'URCAM, l'ORS et l'INSEE. L'objectif était de travailler collectivement, de manière coordonnée, et de réunir pour la première fois, un ensemble jusqu'alors dispersé de connaissances territorialisées, sur la santé des Franciliens et sur l'évolution de l'offre de soins dans la région. Cela afin de présenter des informations actualisées et cohérentes non seulement au grand public mais surtout aux élus et aux responsables associatifs et institutionnels.

On est bien dans le cadre d'informer pour permettre d'agir au mieux.

La publication a eu lieu en septembre 2005 et se présente sous la forme d'un grand format composé d'une cinquantaine de planches de texte accompagnées chacune d'une planche de cartes et de graphiques. Pour permettre au lecteur de s'y retrouver rapidement, chaque planche a été formatée de manière identique avec une présentation rapide de la problématique générale et de l'évolution générale du phénomène mais, surtout, - puisque l'objectif était de territorialiser l'observation des questions de santé - les résultats mettent en perspective la position de la région dans le contexte national ou européen et les disparités infra-régionales au niveau le plus

fin possible. C'est pourquoi la page de texte est aussi importante - si ce n'est plus - que la page de cartes.

Un exemple : l'article de Philippe Pepin de l'ORS nous apprend que la mortalité prématurée est plus importante en France que chez nos voisins européens. L'Île-de-France se situe grosso modo dans la moyenne nationale mais, au sein de la région, on observe de fortes inégalités de mortalité prématurée qui sont plus liées aux caractéristiques socio-économiques des populations qu'à la structure urbaine. Ce sont des informations qui restent assez généralistes mais qui présentent la question de façon assez rapide. L'objectif est de donner un point condensé des problématiques de santé, ce qui est précieux pour un non initié.

L'Atlas est composé de quatre chapitres. Le premier traite du contexte démographique et social et le deuxième de l'état de santé des Franciliens. Le chapitre trois aborde les questions de l'offre de soins en Île-de-France avec le volet hospitalier et le volet médecine de ville. Enfin, le chapitre quatre traite tout particulièrement des populations aux besoins spécifiques à savoir les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes dans une situation de précarité sociale.

Cet atlas est le premier du genre avec la mise en commun des connaissances, des études produites par les différents partenaires, un format commun et une cartographie régionale systématique, analysée et commentée avec une mise en évidence de la spécificité régionale et des disparités infra-régionales.

C'est un beau support, facile à feuilleter qui a été diffusé largement auprès des décideurs et des élus locaux et régionaux.

Ce type de support a également ses limites : la réalisation de l'Atlas a mobilisé beaucoup d'énergie (organisation du partenariat, rédaction d'articles). Sa construction a été longue ce qui fait que les données ne sont pas toujours les plus récentes disponibles au jour de la publication. L'actualisation est également difficile étant donné la lourdeur du travail nécessaire pour publier un tel ouvrage.

De plus, le format papier est un format statique avec des cartes figées qui ne sont pas interrogeables, au niveau régional uniquement et en nombre limité.

La taille des cartes est réduite ; il n'y a pas de zoom possible, les cartes deviennent très vite illisibles si on souhaite y superposer un certain nombre d'informations.

Suite à ce constat, il a été décidé de poursuivre le partenariat autour d'un outil informatique interactif et dynamique : le Visiaurif santé.

### **Le VISIAURIF santé**

Le VISIAURIF santé est un outil d'information géographique (SIG) dédié aux questions de santé et de l'offre de soins en Île-de-France. Il réunit la DRASSIF, la CRAMIF, l'URCAM, l'ORS et l'IAURIF. Il fait partie d'une série d'outils similaires qui sont développés avec l'IAURIF sur des thématiques différentes : le logement, l'éducation, le sport, le tourisme, le transport.

L'intérêt du SIG c'est son côté évolutif et l'actualisation annuelle des données. C'est un outil qui s'élabore en commun avec tous les partenaires lors de réunions semestrielles où l'on définit les

nouvelles cartes et les nouvelles fonctionnalités. Ces réunions sont aussi l'occasion de réfléchir sur les bases de données et sur les problématiques auxquelles on souhaiterait répondre. Contrairement à l'Atlas de la santé, c'est un outil en constante évolution.

Un autre avantage du SIG est que le nombre de cartes n'est pas limité. Pour reprendre l'exemple de la mortalité, on disposait dans l'Atlas d'environ vingt planches sur la mortalité avec quatre séries de cartes. Dans le SIG on a inséré une cartothèque qui contient 72 cartes. L'utilisateur peut choisir la variable à cartographier et l'échelon géographique. Par exemple, l'utilisateur peut choisir de cartographier la mortalité toutes causes, par cancer du poumon, du sein ou par maladie cardiovasculaire...Il peut aussi choisir de cartographier la mortalité chez les hommes ou chez les femmes, la mortalité générale ou la mortalité prématurée, la mortalité par canton ou la mortalité par bassin de santé, il peut enfin cartographier soit le taux de mortalité soit le nombre de décès concernés par la pathologie.

Un autre atout du SIG est la fonction calque qui permet de faire une superposition de couches thématiques. Cette juxtaposition de couches de données fait appel à d'autres fonctionnalités de l'outil : les fonctions de zoom et de déplacement. Autre intérêt : des informations qui n'apparaissent pas sur la carte originale peuvent se rajouter à partir d'une certaine échelle parce que, à cette échelle-là, cela devient lisible. Par exemple, si on rajoute le nom de communes, on obtient la densité de population à l'ilot. Ces atouts sont liés à la navigation sur une carte et à l'interrogation des données affichées.

Il y a deux autres types de fonctionnalités qui permettent d'interroger directement les bases de données avant de procéder à la cartographie. Ce sont des outils d'aide à la décision encore plus fins que ceux décrits précédemment.

Exemple d'une carte sur l'offre de soins : on interroge l'intégralité de la base de données contenant les 53 000 professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux qui exercent en Île-de-France et qui ont été géo référencés à leur adresse exacte. On peut décider de cartographier d'une couleur différente les différents types de professionnels de santé ou un même type de professionnels de santé donné mais selon les caractéristiques individuelles. On peut décider de cartographier, par exemple, les infirmières de plus de 55 ans en une couleur et dans une autre couleur, les infirmières installées avant 2002. La base de données est interrogée directement. On peut ainsi sur la carte distinguer par couleur les infirmières selon qu'elles se sont installées récemment, qu'elles sont entre 2 âges, ou qu'elles sont proches de l'âge de la retraite. A un niveau plus fin, cela permet d'avoir un diagnostic prospectif assez rapide.

On dispose de cartes à requêtes de ce type sur l'offre hospitalière, sur l'attractivité des hôpitaux, sur les flux hospitaliers domicile-lieu d'hospitalisation, sur l'offre de structure aux personnes âgées, aux personnes handicapées, etc.

Il existe un dernier type de carte à requête. C'est une carte qui sélectionne des entités géographiques (ici des communes) en fonction de critères définis par l'utilisateur.

Exemple d'une carte construite sur des données socio-démographiques : on peut choisir, par exemple, les communes présentant une part de logements HLM inférieur à 10 % et dont la part des cadres et professions libérales est supérieure à la moyenne.

On ne voit s'afficher que les communes qui répondent aux critères sélectionnés. On pourrait faire la même chose pour les communes dont la densité de médecins est inférieure à la moyenne et le nombre d'habitants de plus de 55 ans supérieur à la moyenne.

Le SIG permet donc de faire des diagnostics territoriaux simples, rapides et qui peuvent être - en fonction des données qu'on a rentrées - assez complets. Il permet de croiser les données et de superposer différentes couches d'information.

Il permet d'interroger rapidement des bases de données riches, exhaustives et qui pourraient être longues à traiter.

Il donne une représentation cartographique immédiate de ses interrogations.

Il permet de sélectionner des entités géographiques selon des critères que l'on a soi-même définis.

C'est un outil évolutif avec une actualisation annuelle et des bases de données riches mais, à l'inverse de l'Atlas diffusé très largement, le SIG a fait l'objet d'une diffusion très restreinte, limité pour le moment aux partenaires qui le construisent. Il n'est pas possible d'étendre cette diffusion plus largement. Entre autres il faudrait masquer quelques informations qui sont confidentielles.

Autre limite : c'est un outil interactif qui permet une interrogation des cartes et une navigation sur les cartes. Même si on l'a conçu le plus simple possible, il exige un niveau de technicité minimum.

La dernière limite est liée aux fonctionnalités techniques intéressantes de l'outil. Ces fonctionnalités sont à développer. C'est un travail assez lourd qui peut être restreint par les limites informatiques ou technologiques.

Les deux supports sont complémentaires l'un de l'autre. Leur intérêt dépend de l'utilisateur potentiel.

**Gérard Lacoste**

Après avoir vu la façon dont a évolué la connaissance spatialisée des questions de santé en Île-de-France, je laisse la parole à Laurence Jaluzot pour parler d'un autre outil puissant, connu de vous tous : l'enquête décennale santé.

## L'ENQUETE DECENNALE SANTE 2002-2003 ET LA MESURE DES INEGALITES DE SANTE

Laurence Jaluzot, INSEE

Les objectifs de l'enquête sont d'appréhender la consommation d'individus sur une année en terme de soins et de prévention, d'évaluer leurs comportements individuels en matière de santé et d'appréhender la morbidité ainsi que la santé perçue.

C'est une grosse enquête très riche qui a commencé en octobre 2002 et s'est terminée en octobre 2003. Cette enquête est réalisée depuis 1960, tous les dix ans.

L'intérêt de l'enquête santé est la possibilité cruciale de croiser, à partir d'une source unique, à la fois les caractéristiques des individus (et des ménages) comme l'âge, le sexe, la catégorie socio professionnelle avec leur état de santé (morbidité déclarée, indicateurs de santé) et avec leur consommation de soins ou de prévention.

C'est une enquête multi thèmes et en population générale comme d'autres enquêtes tel que le baromètre santé, l'enquête santé et protection sociale et les enquêtes permanentes sur les conditions de vie. Les données de l'Assurance Maladie sont une autre source de connaissance.

On dispose aussi des enquêtes sur des thématiques de santé spécifiques comme le VIH sida et la consommation de tabac. L'enquête décennale santé est complémentaire d'enquêtes plus ciblées sur des populations spécifiques : par exemple les personnes sans domicile, les personnes âgées.

L'enquête décennale santé est une enquête nationale. Celle de 2003 est représentative dans chacune des régions où une extension a été réalisée : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'extension de l'échantillon en Île-de-France de 3800 adresses a fait l'objet d'un cofinancement par la DRASS, l'URCAM, la CRAM et l'ARH. L'ORS nous a rejoints pour le partenariat d'études.

La collecte se déroule d'octobre 2002 à septembre 2003. C'est une collecte en cinq vagues pour étaler la charge d'enquête et avoir une estimation annuelle indépendante des variations saisonnières, qui sont non négligeables en matière de santé et de consommation de soins. Une vague dure trois mois (il y a un chevauchement des vagues). Une enquête correspond à trois visites d'enquêteur sur une période de huit semaines, à l'intérieur d'une vague donnée. C'est une collecte assistée par ordinateur. Elle démarre en face à face et après la première visite, l'enquêteur remet un carnet individuel de soins qui sert d'aide mémoire à l'enquêté. Il remet également des auto-questionnaires sur des thèmes spécifiques du type alcool, tabac, migraine, asthme, etc. Le questionnement des adultes est strictement individuel.

Comme pour une enquête classique, il y a au départ une description du ménage et de ses conditions de vie (logement, revenus, protection sociale). Puis viennent les questions individuelles sur l'état de santé de la personne, ses gênes, ses handicaps, son passé médical, ses maladies chroniques, son poids et sa taille. L'enquêteur note également les consommations médicales à partir du carnet de soins. L'enquêteur a aussi des éléments sur les déficiences et incapacités de la personne enquêtée : a-t-elle un problème de vue ? D'audition ? Rencontre-t-elle des difficultés pour faire sa toilette, son ménage ? Enfin l'enquêteur recueille des éléments sur les comportements de prévention : activités physiques, vaccinations, frottis, mammographies, dépistage hépatite C, VIH-sida, etc.

Dans les cinq régions qui ont réalisé une extension d'échantillon, l'enquêteur propose aux enquêtés de 18 ans ou plus de faire un examen de santé (dans les centres d'examen de santé). En Île-de-France il y eu 750 bilans réalisés, 1889 pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Les examens de santé permettent, entre autres, de mesurer le poids et la taille de la personne, taille et poids que l'on a recueillis par ailleurs au moment de leur déclaration lors de l'enquête.

Il est donc possible de comparer l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids et de la taille mesurés à l'indice de masse corporelle calculé à partir du poids et de la taille déclarés. On constate qu'il y a un tiers des personnes qui ont déclaré un poids et une taille qui les mettent en situation de surpoids alors qu'ils souffrent d'obésité. Il y a donc une sous-estimation de la situation d'obésité pour ces personnes. En revanche, un peu plus de 80 % des individus déclarent une taille et un poids qui conduisent à une estimation correcte de leur indice de masse corporelle. Cela montre les limites de ces enquêtes basées sur la déclaration des personnes.

*L'indice de masse corporelle IMC c'est le poids en kg sur la taille en m<sup>2</sup>.*

*Si l'IMC est inférieur à 18 il y a insuffisance pondérale ; entre 18 et 24,9 le poids est considéré comme normal. Il y a excès de poids entre 25 et 29,9 et obésité si l'IMC est supérieur ou égal à 30.*

De façon générale, les individus sous déclarent leurs troubles, quelque soit le problème de santé considéré. Ainsi un sur deux souffrant d'hypertension ou d'hypercholestérolémie n'en a pas fait état. Ils sont, au contraire, très peu à déclarer un problème alors que l'examen médical est négatif.

Pour faire le lien avec les interventions sur le PRSP et la table ronde sur les disparités sociales de santé, je vous propose l'exemple de la nutrition et de l'obésité qui font partie du volet « prévention ».

L'accès à la prévention présente un gradient social et on verra que les comportements alimentaires sont liés aux caractéristiques socio démographiques des individus. De plus, la nutrition est principalement évoquée dans le PRSP au sein de l'axe prioritaire 3 : « promouvoir les comportements favorables à la santé », de même que la prévention de l'obésité infantile et la lutte contre la sédentarité en associant une alimentation équilibrée et diversifiée.

Les trois objectifs correspondants sont regroupés sous l'appellation « activité physique et alimentation ».

L'enquête santé permet d'avoir des éléments sur l'alimentation des personnes : c'est de l'auto évaluation des individus sur l'équilibre de leur alimentation. Par exemple, on leur pose des questions du type :

« selon vous, votre alimentation est-elle, en terme de variété et de régularité, bien équilibrée, plutôt équilibrée, pas très équilibrée, pas du tout équilibrée ? ». C'est de la perception. On interroge ces mêmes personnes sur la fréquence de consommation des aliments, avec des questions comme « consommez-vous des légumes verts ? Tous les jours ou presque, au moins une fois par semaine, moins souvent, rarement ou jamais ». Et si on met en parallèle leur perception de leur équilibre alimentaire et ce qu'ils déclarent consommer, on constate que huit Franciliens sur dix estiment avoir une alimentation équilibrée alors qu'ils sont 22 % à ne manger ni fruits ni légumes verts quotidiennement.

La perception de l'équilibre de l'alimentation s'améliore avec l'âge. La consommation de fruits, légumes verts, poisson augmente avec l'âge et est plus fréquente chez les femmes. Il y a un impact assez fort de l'âge et du sexe sur les habitudes alimentaires.

Le sentiment de « manger équilibré » est fortement lié à la consommation de fruits et légumes. Ceux qui disent « avoir une alimentation équilibrée » sont plus nombreux à déclarer manger quotidiennement des fruits et des légumes. On voit aussi que, plus on avance en âge, plus on déclare manger quotidiennement des légumes verts. De même, la consommation quotidienne de légumes verts augmente avec le niveau de diplôme des personnes.

Le milieu social a une influence sur les habitudes alimentaires. A sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et diplôme comparables, plus on dispose d'un revenu élevé plus la consommation de poisson augmente, tandis que celle de lait, féculent, et boissons sucrées diminue.

A âge, sexe, catégorie sociale et revenus comparables, les consommations quotidiennes de fruits, légumes et fromage augmentent avec le niveau de diplôme tandis les consommations quotidiennes de viande, charcuterie et boissons sucrées diminuent.

Avoir un diplôme de niveau supérieur au bac favorise la consommation quotidienne de légumes. Pour terminer, je prendrai un second exemple, celui de l'obésité.

L'ensemble des catégories sociales est concerné par le surpoids et l'obésité. Néanmoins, les différences sociales en matière de surcharge pondérale sont fortes, et ce d'autant plus que l'excès de poids est important. Ces différences sont plus fortes chez les femmes que les hommes, reflétant une pression sociale plus forte exercée sur elles. Ainsi, 18 % des femmes sans diplôme ou de niveau d'études primaire présentent une obésité contre seulement 4 % des femmes d'un niveau d'études supérieur au bac. Le surpoids est également plus fréquent : 34 % contre 12 %. Chez les hommes, les écarts sont moins importants entre ces mêmes niveaux d'études : respectivement 11% contre 5% pour l'obésité et 46 % contre 30 % pour le surpoids. A âge égal, les différences observées selon le niveau d'études demeurent significatives.

En ce qui concerne le surpoids ou l'obésité infantiles, l'environnement familial a une influence déterminante. Le risque de surpoids, mais surtout d'obésité, est d'autant plus fort que le niveau d'études des parents est faible. Ainsi, lorsqu'au moins l'un des parents a un faible niveau d'études, 9 % des enfants présentent une obésité et 15 % un surpoids contre seulement 1 % d'enfants obèses et 7 % en surpoids lorsque les deux parents ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

Bien-sûr, il y a d'autres facteurs que le niveau d'études des parents, par exemple la corpulence parentale. L'importance de la surcharge pondérale parentale et le nombre de parents concernés majorent le risque d'obésité chez l'enfant. Lorsque les deux parents sont en surpoids et qu'au moins l'un d'entre eux est obèse, 30 % des enfants sont en excès de poids, dont la moitié d'enfants obèses (10%). A l'opposé, si aucun des parents ne présente d'excès de poids, seuls 12 % des enfants sont en surcharge pondérale dont un quart obèses (3 %).

De même, si les parents n'exercent aucune activité physique et sportive régulière, il y a beaucoup plus d'enfants en situation d'obésité.

Les résultats de l'enquête ont été publiés en mars 2007 dans un ouvrage « Regards sur la santé des Franciliens » réalisé dans le cadre d'un partenariat entre l'INSEE, la CRAMIF, la DRASS, l'URCAM et l'ORS. Il représente un an de travail et rassemble 9 articles. Une dizaine de thématiques comme la morbidité perçue, la santé mentale, la nutrition, le travail et la santé, le surpoids et l'obésité etc, ont été traitées et mises en regard avec les déterminants sociodémographiques.

**Gérard Lacoste**

Quelles sont les questions que vous suggèrent les 2 dernières interventions ?

**De la salle**

C'est avant tout une remarque. On a bien vu l'intérêt des cartes qui figurent dans l'Atlas de la santé. On voit sur de multiples cartes la répartition en particulier par canton qui pour nous, collectivités territoriales, est fondamentale pour l'action des uns et des autres. En revanche, je m'interroge beaucoup plus sur la pertinence des indicateurs au niveau régional. On voit bien sur une région comme l'Île-de-France que les indicateurs de niveau régional sont une moyenne qui ne correspond à aucune population de la région. Donc, dans le contexte « mesurer pour agir » je m'interroge sur l'indicateur régional « pour agir pour quelles actions ? »

**De la salle**

Sur un territoire comme celui de Saint Quentin-en-Yvelines (sept communes, 150 000 habitants), a-t-on la possibilité d'aller consulter le site d'information géographique ce qui serait vraiment pour nous plus qu'utile ? Est-il possible d'aller chez un partenaire consulter en ayant des idées bien précises ?

**Marie-Claire L'Helgoualc'h**

Sur l'enquête décennale santé on peut indiquer que l'ouvrage a pris un an de travail. Je pose plutôt la question de poursuivre l'analyse des données de cette enquête décennale sur différents champs.

**Laurence Jaluzot**

Pour la question sur l'information territorialisée, c'est moins opérationnel pour les collectivités territoriales. Vous n'avez pas de résultats fins au niveau géographique à travers l'EDS. Mais l'enquête décennale santé a été utile pour situer les grandes données de cadrage : on peut comparer ce qui se passe avec la province et avec les régions où il y a une extension. On a des éléments sur les caractéristiques des personnes, les déterminants sociodémographiques : niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle et on peut rattacher ces éléments à un territoire où les personnes ont ces caractéristiques. C'est un lien indirect mais on ne peut pas aller plus loin, sauf à faire des extensions qui permettent de descendre au moins au niveau départemental.

**Isabelle Gremy**

Les inégalités territoriales que l'on observe sont essentiellement la traduction des inégalités sociales que l'on peut parfaitement étudier à travers un plan décennal. Il est intéressant d'avoir le regard croisé des deux. On a beaucoup plus d'informations sur les déterminants et les facteurs

de risque à travers une enquête décennale, et beaucoup plus d'informations sur le niveau du territoire à travers un SIG. Mais les deux sont complémentaires car les indicateurs et les déterminants de santé sont essentiellement des déterminants qui ne viennent pas du territoire. Mais il peut se cumuler des effets de territoires (son organisation sociale et aménagement, ses transports, ses loisirs, etc) Ce n'est que parce que le territoire a un effet ségrégatif que l'on voit des inégalités de santé qui sont essentiellement de nature sociale. Ce que l'enquête décennale montre très bien. Mais de plus, les réponses à ces inégalités relèvent le plus souvent de politiques territorialisées.

### **Sylvie Marchand**

Les enquêtes, comme l'enquête santé peuvent avoir des extensions mais elles seront au mieux régionales, peut-être départementales. Il faut signaler dans le domaine de la santé une enquête qui aura lieu en 2008 : c'est l'enquête Handicap santé qui aura des questions sur la santé et pour laquelle il y a une extension départementale dans les Hauts-de-Seine.

Les grandes enquêtes, comme l'a très bien dit Isabelle Gremy, fournissent des informations de cadrage. Mais il y a aussi beaucoup de sources de données administratives qui permettent d'avoir des informations localisées qui permettent, par rapport à des données régionales ou nationales qui donnent les grandes structures, de peser ce que le territoire représente. Ce débat existe aussi au Conseil national de l'information statistique (CNIS) sur la complémentarité entre les grandes sources d'enquêtes et les sources administratives qui sont nombreuses, riches, que l'INSEE et ses partenaires essaient de mettre en cohérence dans le domaine de la santé et bien d'autres. On a fait de grands progrès ces dernières années, en particulier grâce aux demandes des collectivités territoriales.

### **Gérard Lacoste**

On vient sur un sujet qui a été évoqué ce matin : le multi-sources.

Que peut-on dire aujourd'hui sur le territoire ? Catherine, pouvez-vous apporter des éléments de réponse ?

### **Catherine Mangeney**

Dans le SIG on a des données territoriales mais j'ai insisté pour dire que dans l'atlas les pages de texte étaient aussi importantes que les pages de cartes car il faut des informations qui caractérisent les territoires pour expliquer ce que l'on voit sur les cartes. Dans le cas contraire, il est assez difficile d'interpréter si l'on ne connaît pas le sujet. Ces fiches d'aides ne sont pas encore intégrées à l'outil SIG qui est pour le moment en construction.

### **Gérard Lacoste**

Effectivement, l'outil SIG est actuellement en construction. L'exercice d'élaboration de l'Atlas est récente : fin 2005-début 2006. A l'occasion de la production de l'Atlas, l'exercice d'utilisation du système d'information géographique est bien-sûr déjà engagé. Mais il est engagé pour construire des cartes, pas pour en faire un outil de diffusion et de mise à disposition de l'information. En discutant avec tous les partenaires qui ont participé à l'élaboration de l'Atlas, on a décidé d'aller plus loin. En même temps, l'information qui est traitée aujourd'hui est une information fine qui pose des problèmes d'accessibilité et de secret statistique. On a besoin de résoudre toutes ces questions déjà avant de savoir comment mettre l'information à disposition. Il

est évident qu'il y a aujourd'hui une demande croissante d'information territorialisée sur le sujet de la santé comme sur beaucoup d'autres. On enregistre votre demande et l'intérêt pour cette question et on sait qu'il faudra y apporter une réponse rapidement. Dans le SIG il y a des cartes qui ne posent aucun problème pour être mises à disposition. Il y en a d'autres qui sont plus délicates. Plus délicates, parce qu'elles ne sont pas méthodologiquement totalement abouties, plus délicates parce qu'elles concernent des données sensibles, dont les partenaires qui les ont apportées, ne souhaitent pas qu'elles soient tout de suite mises à disposition de tous.

La cartographie est un domaine qui évolue très vite. Il y a deux semaines s'est tenu à l'initiative de l'ORS un séminaire sur les questions de géographie du territoire par rapport aux questions de santé. On voit bien que la lecture géographique de ces questions pose des questions redoutables.

### **Isabelle Gremy**

Il y a deux ordres de restrictions : des restrictions dues à la confidentialité (par exemple, on pointe de façon nominative les infirmières parce qu'elles sont géocodées à l'adresse), d'autres problèmes sont méthodologiques : l'état de santé cartographié à un niveau très fin peut ne pas être interprétable pour certaines données. Il faut éviter de se laisser emporter par les cartes et réfléchir sur les indicateurs.

## DISPARITES SOCIALES DE SANTE - TABLE RONDE

Guy Atlan, professeur de médecine / conseiller au CESR

Pierre Chauvin, chercheur en santé publique à l'INSERM/responsable de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins

Anne Guichard, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé à l'INPES

Guy Atlan

Présentation des conclusions du rapport du CESR sur les disparités sociales de santé

D'entrée de jeu, je vous rappelle le propos central : c'est une étude qui a été faite sur le gradient social de santé qui jetait les bases d'une politique sociale. A partir d'un suivi longitudinal de santé entre 1970 et 1980 de sujets appartenant à différents niveaux sociaux en Grande Bretagne, le rapport Black (1980) montrait que les personnes qui jouissent d'un statut social élevé sont en meilleure santé que celles juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Cette différence s'accroît encore pour les inactifs. Les manuels ont une probabilité 2,5 fois plus grande de mourir avant l'âge de la retraite que les non manuels.

Le rapport Black, qui a été un coup de foudre chez les épidémiologistes, a mis en place le gradient social de santé : l'état de santé évolue avec le positionnement social. On observe, en France, sur la dernière décennie, que l'espérance de vie des ouvriers est inférieure de sept ans à celle des cadres. Ces différences existent pour les femmes mais avec une moindre amplitude. Comme dans tous les pays européens, l'espérance de vie en France a beaucoup augmenté. Hommes et femmes n'ont pas la même espérance de vie. En Île-de-France, en moyenne pour les hommes et les femmes, elle a atteint le seuil de 80 ans. L'espérance de vie est différente selon les départements : les Franciliens des départements les plus pauvres ont une espérance de vie moindre que ceux qui vivent dans les Hauts-de-Seine. Les habitants de Paris sont les mieux lotis en espérance de vie. Pour montrer la différenciation socioprofessionnelle, on a utilisé l'index standardisé de mortalité (ISM) qui apporte l'information d'une mortalité plus ou moins grande d'une catégorie sociale par rapport à la population générale. Sous l'angle de la mortalité avant 65 ans, les catégories sociales les moins favorisées paient le plus lourd tribut. Cette mortalité prématurée se concentre autour de 5 facteurs de risque : le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation.

Notre pays est sous cet aspect particulièrement mauvais. Lorsqu'on regarde les évolutions, on s'aperçoit que les choses n'ont pas beaucoup changé. Il faut sensibiliser nos décideurs politiques à ce problème.

Ainsi quand on compare le taux de mortalité de 2 groupes de femmes traitées pour cancer du sein, un groupe étant sous CMU et l'autre hors CMU, on observe que le taux de mortalité des femmes sous CMU est plus de 2 fois plus élevé. Les conditions sociales qui conduisent certaines femmes à être sous CMU font que ces femmes connaissent des taux de mortalité plus élevés : les soins sont retardés, la prévention n'existe pas, etc.

L'un des aspects de l'enquête décennale santé était la perception de la santé « Comment ressentez-vous votre santé en général ? ».

A maladie égale et à nombre d'incapacités équivalentes, le mal-être est modulé à la condition sociale des personnes. Elles se sentiront d'autant plus mal qu'elles sont au chômage, qu'elles ont

un diplôme faible, qu'elles n'ont pas d'activité. Toutes les analyses faites dans des groupes plus spécifiques (personnes handicapées par exemple) traduisent les mêmes phénomènes.

### **Gérard Lacoste**

Merci de nous avoir campé de façon vigoureuse le décor.

Le CESR a mis en évidence en Île-de-France les fortes disparités régionales, spatiales et sociales en matière de santé ainsi que le lien évident entre facteurs sociaux et état de santé.

Que faut-il faire maintenant pour que cette question identifiée émerge et devienne une préoccupation publique ?

### **Anne Guichard \***

Pour commencer, il faut dire que la question des inégalités sociales de santé, contrairement à ce que l'on croit, n'est pas une question bien comprise par tous. Il faut se rendre à l'évidence, les connaissances liées au gradient social de santé sont partagées par une minorité dont les universitaires. Un énorme travail de diffusion des connaissances acquises est encore à faire.

Ensuite, on sait que le type d'action que l'on est susceptible de mettre en place pour un problème donné est étroitement lié à la façon dont on formule, dont on se représente le problème. Autrement dit, la façon dont une société va expliquer les différences de santé aura des répercussions directes sur la formulation mais aussi sur la nature des interventions proposées - ou la non formulation d'interventions. On a l'impression de sans cesse répéter la même chose et pourtant il faut le redire, quand on parle d'inégalités sociales de santé, on ne parle pas que de précarité, ce n'est pas la même chose. En France, la question des inégalités sociales de santé reste quasi exclusivement appréhendée par le prisme de la précarité. Or si la précarité croise bel et bien la problématique des inégalités sociales de santé, s'en tenir à cette seule approche a pour effet d'occulter l'essentiel du problème, et de laisser de côté des pans entiers de la population dont les difficultés ne sont pas immédiatement visibles, et pourtant.

Maintenant et si on suit les analyses de François Dubet, on aurait tendance en France -mais pas seulement- à expliquer, à attribuer un certain nombre de problèmes sociaux aux individus. C'est la logique de la « méritocratie », de la responsabilisation individuelle. Concernant la santé et si on pousse à l'extrême la logique, on dirait que le fumeur a « mérité » son cancer du poumon. Dans ce contexte, on comprend que les choses ne bougent pas suffisamment, car on n'est pas dans un schéma d'explication social des inégalités de santé.

Pour qu'un problème devienne un problème public, il faut qu'il soit perçu par la population et les politiques. Les points que je viens de développer participent de cette prise de conscience du problème. D'autres éléments jouent que je ne vais pas tous énumérer ici. Je vous renvoie à un article à paraître que nous venons d'écrire avec un collègue mais pour faire court, il faut que l'importance du phénomène en question soit reconnue, que l'on en reconnaisse les causes, et que l'on en précise les conséquences mais aussi que l'on connaisse les populations concernées. Or comme on l'a vu aujourd'hui, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour disposer de toutes ces données. Enfin pour que ce problème puisse vraiment être pris en compte, il faudrait que face à ces inégalités sociales de santé nous soyons vraiment à même de proposer des solutions « efficaces ». Et sur ces axes de l'intervention et de l'évaluation, presque tout reste à faire.

\* Précision d'Anne Guichard : les textes sont incomplets par rapport aux propos tenus le 27 septembre

## Gérard Lacoste

Merci, Anne Guichard, d'avoir évoqué en quelques mots les outils de la connaissance, de l'évaluation.

Pierre Chauvin, c'est aussi un domaine que vous explorez ?

## Pierre Chauvin

En épidémiologie sociale, il y a 2 types d'approches qui émergent dans la compréhension des causes de la production des disparités sociales de santé. Une approche d'épidémiologie biographique tout d'abord (life-course epidemiology en anglais) tente, notamment par le suivi longitudinal vie entière de populations, de distinguer les périodes de vie critiques, de la naissance à la mort, au cours desquelles les facteurs sociaux vont influencer, dans un sens ou l'autre, immédiatement ou à long terme, la santé des individus.

La seconde approche en plein essor concerne l'épidémiologie contextuelle qui cherche, grâce à des modèles statistiques spécifiques et le recours aux systèmes d'information géographique, à déterminer la part des caractéristiques du contexte (de résidence notamment) sur la santé des individus, après avoir pris en compte leurs caractéristiques individuelles. Cette approche est très novatrice par rapport à celles, classiques, de la géographie de la santé : il ne s'agit pas tant de représenter cartographiquement des données agrégées (avec toutes les limites que cela représente) mais de bien prendre en compte ces 2 niveaux d'explication : individuel et contextuel.

Ces deux approches essaient, l'une comme l'autre, de distinguer l'importance et l'impact relatifs de deux ordres de facteurs sociaux, qui renvoient à 2 types de modèles théoriques de production des disparités sociales de santé : le modèle matérialiste (les caractéristiques sociales étudiées sont alors plutôt les caractéristiques socio-économiques classiques : revenus, expositions aux facteurs de risque physique, environnementaux, conditions matérielles de vie péjoratives pour la santé, etc.) et le modèle psychosocial où les caractéristiques étudiées sont plutôt les insertions sociales et leurs ruptures, le soutien social, le capital culturel, etc.

Ces deux approches (biographique et contextuelle) pourraient être dans l'idéal conjuguées, mais on se heurte alors à la rareté des données disponibles et à la nécessité de constituer des cohortes ou des panels ad hoc pour suivre - à la fois - dans le temps et dans l'espace des individus et leur environnement. On observe aussi, dans nos travaux, en particulier contextuels, que ce ne sont pas les mêmes caractéristiques de l'environnement social qui jouent en fonction des maladies étudiées (pas plus que ce sont, d'ailleurs, les mêmes caractéristiques individuelles). Il n'y a pas de lois communes quand on entre à ce niveau de détail. Pour autant et à l'inverse, bien sûr, on peut décrire si - ou non, et dans quelle mesure - des populations et/ou des territoires méritent d'être ciblées par des programmes de prévention.

## Gérard Lacoste

Merci de nous avoir présenté ces 2 démarches. J'ai identifié 2 autres questions : la question de l'évaluation et celle de la prévention avec la question du ciblage. La prévention doit-elle s'adresser à certaines populations ou son efficacité passe-t-elle par le fait de viser un spectre plus large ?

## Anne Guichard

Est-ce qu'on doit intervenir sur l'ensemble de la population ou seulement en direction des individus ? Il s'agit d'une question cruciale lorsqu'il s'agit de décider de programmes d'actions pour résorber les écarts de santé. Dans les années 80 un célèbre épidémiologiste, Rose, a montré que les facteurs de risques individuels face à une maladie donnée étaient différents de ceux affectant la population dans son ensemble. Cette démonstration n'est pas sans conséquence dans la définition des stratégies de prévention. Plus récemment, Michael Marmot a tenté d'appliquer les propositions de Rose aux inégalités sociales de santé. Il a ainsi montré que les déterminants des différences de santé entre individus étaient différents de déterminants des états de santé entre les sous-groupes de la population. Il faut donc être très vigilant à distinguer les actions ciblant des individus et des actions ciblant des populations ou des sous-populations si vous préférez. Un certain consensus apparaît : on fait fausse route à ne cibler que les populations les plus à risque alors que le problème concerne un ensemble élargi.

Le discours ambiant serait d'adopter une approche à la fois sélective et en même temps une approche plus généraliste. En revanche, cela ne veut pas dire cibler les populations les plus pauvres.

## Gérard Lacoste

Pour continuer sur la question de la prévention, un autre point m'a surpris : vous identifiez un certain nombre de modes d'actions et vous évoquez le fait que la piste visant à cibler essentiellement les populations les plus exposées aux risques n'est pas nécessairement la plus porteuse de résultats.

Vous dites également que travailler sur le système de soins n'est qu'un aspect secondaire et qu'il faudrait plutôt travailler sur des facteurs structurels concernant l'ensemble de la population.

## Pierre Chauvin

Il y a un second aspect : la question des conduites à risque, qui rejoint d'ailleurs de plus en plus la question de la responsabilité comme paradigme de santé publique, ce qui est évidemment hautement discutable. Or, contrairement à la croyance générale selon laquelle, pour parler rapidement, si les pauvres ont plus de cancer, c'est parce qu'ils boivent plus et fument plus ; l'alcool et le tabac n'expliquent qu'une minorité des écarts sociaux relatifs en terme de morbidité ou de mortalité. La majorité de ces écarts s'explique par cet ensemble de causes matérialistes et psychosociales dont j'ai parlé. C'est totalement contre intuitif - et pas seulement pour les médecins. Cela ne remet pas en cause, bien entendu, le bien-fondé des programmes de lutte contre le tabagisme ou l'alcoolisme. Mais ce n'est pas ça qui est majoritairement en jeu pour expliquer les disparités sociales de santé, loin de là. Ce qui est en jeu, c'est finalement bien la façon dont fonctionne la société et cela renvoie à des questions de justice sociale. Les spécialistes de santé publique (les épidémiologistes en particulier et les sociologues bien sûr) utilisent d'ailleurs les termes d'*inégalités* sociales de santé.

## Guy Atlan

La construction d'une approche psycho sociale des inégalités de santé est extrêmement difficile à faire percevoir à une assemblée ordinaire de personnes de bonne volonté. Elles considèrent qu'un bon système de soins suffit. On est au B.A.BA de faire passer une compréhension de ces phénomènes. Le public du CESR a eu du mal à partager mon point de vue.

### **Anne Guichard**

Une approche individuelle de la santé n'est pas sans conséquences et on le sait bien. Plusieurs données tendent en effet à montrer que des campagnes et stratégies d'actions centrées sur les individus (tabac, par exemple) ont pour effet d'aggraver les inégalités sociales de santé.

### **Guy Atlan**

Il faut chercher des stratégies par rapport aux populations.

### **Sylvie Marchand**

Ce qui m'a beaucoup plus étonnée, c'est que les femmes se ressentent en plus mauvaise santé que les hommes. Or, si on regarde l'état réel de santé, les femmes ont un avantage par rapport aux hommes. Au-delà des idées que je peux avancer, en tant que citoyenne, qui sont peut-être liées à l'offre de soins, y-a-t-il des travaux là-dessus ?

### **Isabelle Gremy**

Quand on dit qu'il y a des programmes de prévention qui accroissent les inégalités de santé, il y a 2 façons de les augmenter :

- Faire diminuer les risques par rapport à la santé pour tout le monde mais les risques pour les classes plus favorisées baissent plus vite que les risques pour les classes moins favorisées c'est à dire qu'au final on a accru les inégalités de santé mais les risques pour l'ensemble de la population ont diminué.
- On peut imaginer une situation où les classes plus favorisées s'approprient complètement le message de santé, alors qu'il est rejeté par les classes les plus défavorisées. On a une même médiane, une même moyenne mais un accroissement et une appropriation moindre au final qu'au départ de l'action.

Quand on dit qu'il y a une appropriation différentielle des messages de prévention selon le niveau de catégorie socioprofessionnelle, je ne sais jamais dans quelle situation on se trouve. C'est important d'avoir une approche de ces mécanismes d'appropriations différentielles des messages de prévention. Cela permettra de mieux comprendre ce qu'il est légitime de faire : cibler uniquement les catégories les plus défavorisées avec une élaboration de messages spécifiques de prévention ou au contraire faire de la prévention en population générale.

### **Guy Atlan**

Comme on l'a vu dans l'enquête décennale santé, la perception négative de la santé est modulée avec la situation sociale, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

### **Sylvie Marchand**

Mais cela n'explique pas la différence hommes/femmes.

### **Pierre Chauvin**

Cette différence des perceptions de santé - en particulier de la santé ressentie - entre les hommes et les femmes se retrouve dans toutes les enquêtes. La perception du corps, le souci de soi, de sa santé, de son bien-être, j'allais dire de son fonctionnement organique, est très différent chez les femmes et chez les hommes ; comme d'ailleurs leur résistance à la douleur, par exemple, et, plus largement, leurs perceptions symptomatiques et leurs interprétations...

### **Anne Guichard**

On ne dispose malheureusement pas de suffisamment d'études de ce type sur lesquelles on pourrait s'appuyer pour orienter nos stratégies d'action et définir la nature des messages en fonction des publics. Mais il faut aller dans le sens de rendre accessible au plus grand nombre les messages de santé, il faut simplifier le langage et les supports et ne pas s'adresser uniquement aux Bac +5. Il est très difficile de savoir les effets produits en fonction du type d'action. Des données déjà anciennes avancent que dans ce champ, les actions de communication de masse menées de façon isolée tendent à accroître les inégalités sociales de santé alors que les actions de communication combinées à des actions de proximité bénéficieraient plus aux publics en situation de précarité. Ce sont de loin les actions menées à un niveau structurel qui sont les plus efficaces pour lutter contre les inégalités sociales de santé, mais ce sont les plus difficiles à mettre en place.

Aujourd'hui, un des problèmes que nous rencontrons, c'est qu'il n'existe pas de stratégie ni de cibles clairement définies dans ce combat. Par conséquent, on assiste à une démultiplication, un foisonnement d'actions juxtaposées qui se donnent plus ou moins pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé et qui n'en mesurent jamais les effets réels, qu'ils soient positifs ou négatifs. On est encore loin d'une action coordonnée.

### **Claude Michel**

Mesdames, Messieurs,

Je remercie tous les participants et en particulier les deux personnalités qui ont assisté malgré un emploi du temps chargé à toute l'après-midi. Je donne la parole à Madame Bavay.

## CONCLUSIONS

Francine Bavay, Vice-présidente du Conseil régional d'Île-de-France, chargée du développement social, de l'économie sociale et solidaire, de la santé et du handicap

Messieurs les Présidents,  
Mesdames et Messieurs,

Merci de vos propos mais je ne suis pas sûre que cela soit si exceptionnel que des acteurs institutionnels, auxquels Monsieur Atlan a fait appel tout à l'heure, essaient de trouver une réponse à des questions. Surtout quand elles concernent un territoire sur lequel ils ont des responsabilités. Et je sais que mes collègues lisent les travaux des statisticiens que ce soit au CESR ou au Conseil régional. Si je suis là cet après-midi, c'est certainement parce que pour améliorer mon état de santé, j'ai décidé de faire baisser l'angoisse du politique avant le passage à l'acte.

Mais il ne suffit pas d'être de bonne volonté, d'avoir la volonté de lutter contre les inégalités sociales de santé, pour être efficace. Dans la première partie de mon activité en matière de santé, je me suis intéressée aux personnes les plus démunies mais c'était plutôt pour vérifier leur accès aux soins que leur accès à la santé. C'est un projet beaucoup plus ambitieux. Et on connaît les difficultés à mesurer l'efficacité des approches que ce soit les messages de prévention, que ce soit les approches territoriales pour vérifier qu'on a accès aux personnes concernées. Dans la région, grâce au Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS), nous essayons d'améliorer nos messages de prévention.

Je sais qu'Isabelle Gremy - au moment où elle devait donner les résultats et montrer aux élus toute l'efficacité de leurs décisions - s'est trouvée parfois dans une situation qui l'inquiétait beaucoup.

Cela montre la nécessité de travailler en partenariat.

Nous avons depuis longtemps travaillé en partenariat avec la DRASSIF parce que, de fait, nous sommes bien conscients qu'il ne suffit pas de dire sa volonté d'améliorer l'état de la santé sur un territoire pour y arriver.

Nous avons utilisé toute l'évolution des préoccupations de l'État, nous avons utilisé l'actualité pour améliorer notre approche, notamment - Marie-Claire L'Helgoualc'h en a parlé ce matin - par notre coopération dans le PRSP et le GRSP.

Une fois réalisée cette approche coopérative avec les acteurs directement en prise en matière de santé, reste à s'affronter au plus difficile : aux inégalités sociales.

Nous avons besoin de soutenir tous ceux qui essaient de faire avancer les problématiques. Ainsi nous avons décidé de soutenir les études. Cela nous a permis de travailler en coopération avec l'INSERM où Pierre Chauvin a essayé d'éclairer un peu mieux nos politiques.

Une fois cela fait, il reste un résidu énorme : comment peut-on diminuer les inégalités sociales et les inégalités territoriales dans notre région ?

Nous essayons d'avancer en améliorant notre critérisation des territoires. C'est un exercice difficile et il faut y être précautionneux.

Évidemment le passage de la richesse à la pauvreté, le passage de l'offre de soins ou de l'offre d'hébergement aux personnes en difficulté à une mesure de la demande est un exercice difficile. Nos élus y sont très sensibles puisque un amendement a été voté en 2004 qui demandait à essayer de trouver et de nous approprier d'autres critères de mesure du développement humain en nous basant sur des travaux du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

La MIPES, notre Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale, dont nous avons dans la salle 2 éminentes représentantes, l'État et la Région côte à côte, s'est appropriée avec l'IAURIF cette demande de ma collègue Claire Villiers et de moi-même. Et nous avançons.

L'indicateur de développement humain (IDH) synthétise le niveau de santé, de savoir et de revenu. Mais nous nous sommes aperçues qu'il n'est pas pertinent pour la Région Île-de-France. Nous avons décidé de l'améliorer.

L'améliorer c'est essayer d'en organiser des déclinaisons fines sur des territoires de plus en plus petits. Nous avons demandé de réaliser un indicateur synthétique au niveau communal. C'est l'IDH2. Il nous permet de mieux appréhender la situation sur notre territoire.

Car même si l'amélioration de l'observation - on l'a vu dans le débat précédent - complexifie en général le tableau car on se rend compte de la difficulté d'observation, elle donne aussi une meilleure conscience de la complexité et donc des possibilités d'agir au mieux et au plus près. J'ai commencé en parlant de l'angoisse du politique avant le passage à l'acte. Je terminerai en disant que l'angoisse du politique c'est d'avoir un passage à l'acte qui réponde au passé et non pas à la situation présente.

Car, bien souvent, on répond avec retard, un retard de trois, quatre, cinq ans, un retard qui est lié à l'observation dont on peut disposer. L'utopie du politique est d'éviter que des situations dégénèrent surtout en matière sociale. Et bien-sûr plus rapidement on a des résultats, plus rapidement on est capable de faire l'utopie du politique. C'est une frontière utopique, j'en suis certaine. Mais ce n'est pas parce qu'il est certain que la frontière est inatteignable qu'il ne faut pas marcher vers l'avenir et vers une société un peu meilleure. Je vous souhaite à tous de travailler longtemps à ces sujets qui sont intellectuellement passionnants.

**Michel Peltier, directeur de la DRASS**

Je voudrais tout d'abord remercier le CRIES d'avoir organisé cette rencontre sur le thème « mesurer pour agir ». Ce que j'ai entendu cet après-midi m'a renforcé dans l'idée que ce type de rencontre sur ce thème là est absolument essentiel. On a bien démontré qu'il y a une nécessité d'étendre les connaissances dans le champ de la santé et une nécessité d'accroître la mesure et donc d'améliorer les instruments de mesure. On a bien montré aussi la connexion assez difficile entre la connaissance et l'action, entre la mesure et l'action. Il y a besoin de connaissance mais comme le disait aussi Madame Bavay il y a une difficulté de passer de la connaissance à l'action. Il ne faut pas néanmoins se réfugier derrière les difficultés pour arrêter. Il faut sans cesse améliorer nos connaissances. Donc, merci au CRIES d'avoir organisé cette rencontre. On a absolument besoin de se doter d'outils pour agir et d'outils pour mieux connaître l'état de santé ou les actions qui sont favorables à la santé dans la région.

Pourquoi dans la région ? Parce que la région est de plus en plus consacrée comme le niveau adéquat des politiques de santé. Il faut donc que nous soyons outillés en conséquence.

Le champ de la mesure est très grand à explorer parce que le champ de la santé n'en finit pas de s'ouvrir. Il s'est fortement élargi ces dernières années. Bien-sûr il y a l'offre de soins mais on a vu, à travers le débat, que l'offre de soins n'a qu'un impact limité sur l'état de santé. C'est un sujet sur lequel la connaissance est absolument nécessaire mais il faut aussi améliorer nos connaissances dans le champ des politiques de prévention, y compris sous l'angle d'améliorer l'action pour ne pas commettre d'impair et pour ne pas avoir une politique de prévention qui soit contre productive. Le champ de l'éducation pour la santé s'ouvre de plus en plus à nous au niveau régional et là aussi nous avons besoin de parfaire nos connaissances. Il y a aussi le champ de la santé environnementale où la problématique de la connaissance et de la mesure est encore plus importante et encore moins explorée. On a besoin de mesurer pour établir des priorités, on a besoin de mesurer au plan local pour faire converger l'action. La mesure au plan local n'est pas seulement réalisée à des fins scientifiques ou à des fins théoriques.

Aujourd'hui il faut un diagnostic partagé pour mieux agir ensemble. Les outils commencent à nous être donnés : la loi de santé publique - avec les limites qui ont été évoquées ici ou là - nous a donné un nouveau cadre qu'il nous faut mieux utiliser. Ce matin on vous a démontré que le Plan régional de santé publique est un outil absolument indispensable parce qu'il faut s'accorder sur les priorités, parce qu'il faut s'accorder sur les objectifs d'action. Sinon, notre action sera trop dispersée et elle sera certainement moins productive. Je voulais souligner les efforts consentis par le Conseil régional, par les collectivités territoriales, par les organismes d'assurance maladie pour s'associer à l'État au sein du Groupement régional de santé publique et je tiens à remercier tous les acteurs et responsables qui ont permis cette mise en commun de toutes les bonnes volontés et de tous les financements. Nous agissons dans un domaine essentiel dont la complexité est sans limite et dont le champ est vertigineux d'ouverture. J'aime répéter que faire de la santé publique c'est essayer de rendre l'ensemble des politiques publiques favorables à la santé. Ce qui a été dit notamment au cours de la dernière table ronde illustre de manière particulière et pertinente ce propos.

Merci au CRIES d'avoir organisé cette journée et je suis convaincu qu'avec le CRIES on pourra continuer à travailler pour avoir de meilleurs indicateurs et de meilleurs instruments de mesure au profit de la santé publique dans notre région.



## ANNEXES

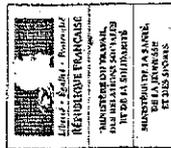
ANNEXE 1	Le Plan régional de santé publique.	49
ANNEXE 2	Surveiller la morbidité et la mortalité en Île-de-France : SUMMO, un système d'information pour la veille sanitaire.	55
ANNEXE 3	Le tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein.	65
ANNEXE 4	Le suivi et l'évaluation du Plan régional de santé publique (PRSP).	71
ANNEXE 5	Santé et territoires : de l'Atlas de la santé à un SIG (Système d'information géographique).	77
ANNEXE 6	L'enquête décennale santé 2002-2003 et la mesure des inégalités de santé.	81
ANNEXE 7	Les inégalités sociales de santé en Île-de-France - Commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales avril 2006 - juillet 2007 - Conseil économique et social d'Île-de-France.	87
ANNEXE 8	Le Programme d'études et statistiques du PRSP Île-de-France.	95
ANNEXE 9	Liste des participants à la rencontre « mesurer pour agir » du CRIES sur la santé.	99





# LE PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE EN ILE DE FRANCE

1



# L'Etat de santé : 2 paradoxes

## Espérance de vie

1<sup>er</sup> rg mondial pour les + 65 ans.  
dernier rg européen pour les - 65 ans

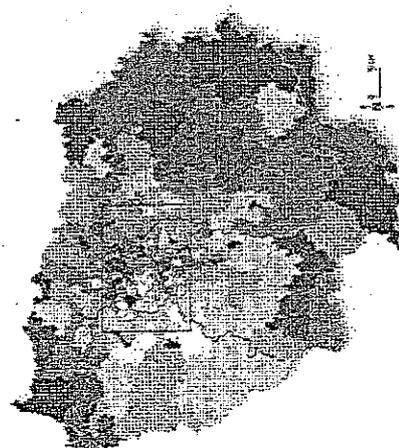
→ IDF (2001) : H : 77,5 ans    F : 83,4 ans  
France : 75,5 ans    82,8 ans

Un système de soins de qualité, accessible à la plupart des citoyens mais de profondes inégalités de santé, sociales, géographiques ou liées au handicap

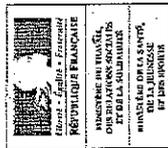
2



Montée prématurne de la mortalité par cancer



3



# Système de santé

## 2 constats :

- déséquilibre entre les ressources allouées aux soins, qui répondent à la demande spontanée (approche individuelle) et qui comportent une part importante mais inorganisée de prévention
- et la réponse collective aux besoins de santé (approche populationnelle) qui permet de compenser les insuffisances du jeu spontané des acteurs
- dispersion des acteurs

## 2 propositions :

- cesser d'opposer soins et prévention
- organiser la prévention

4

# La loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004



## Responsabilité de l'Etat Résultats Rationalisation Régionalisation

- fixe 100 objectifs nationaux de santé publique exprimés en termes de résultats sur l'amélioration de la santé de la population
- 5 plans et programmes nationaux prioritaires

## Les 100 objectifs de la loi de santé publique

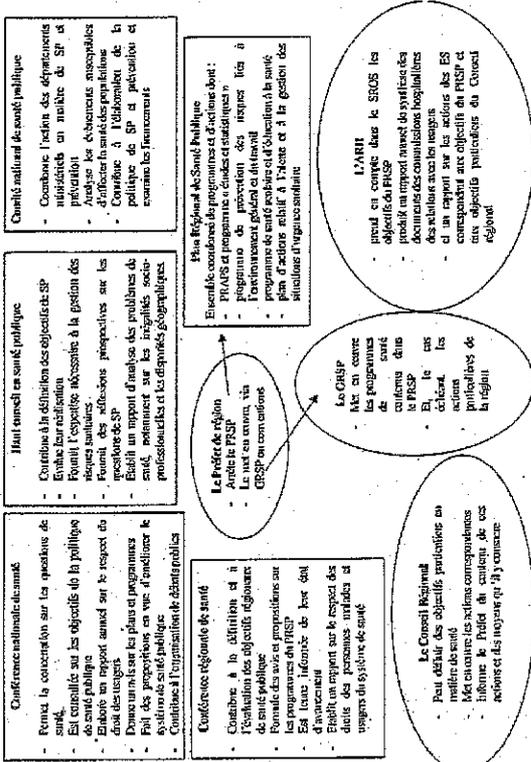


- 37 objectifs quantifiables
- 63 objectifs nécessitant au préalable la production d'information épidémiologique ou autres connaissances

### Déterminants de santé

- Alcool tabac
- Nutrition activité physique
- Santé environnementale
- Maladies infectieuses
- Santé maternelle et périnatale
- Tumeurs malignes
- Pathologies endocriniennes
- Affections neuro-psychiatriques
- Affections bucco-dentaires
- Problèmes de santé spécifiques à des groupes
- Trouble du langage
- Santé des personnes âgées

### Loi relative à la politique de santé publique Résultats nationaux et régionalisés

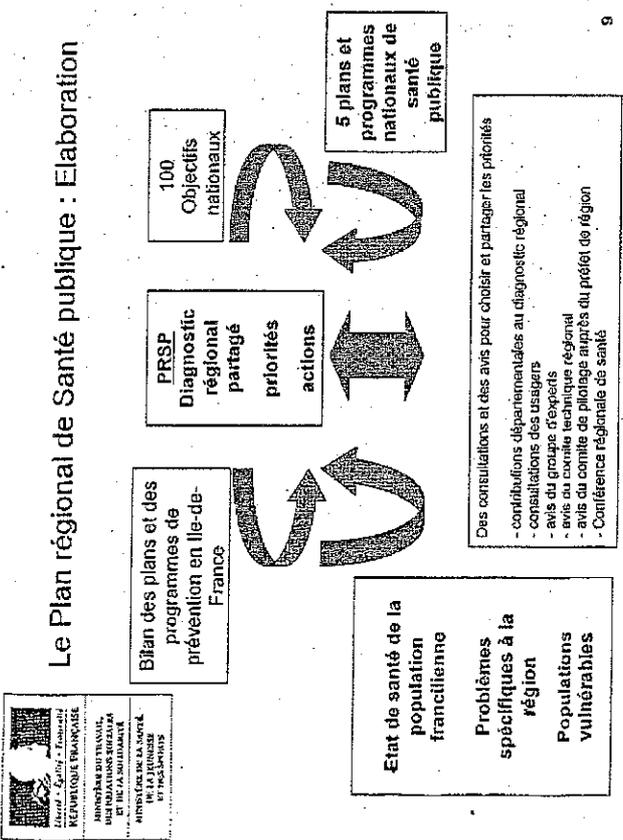


## Le plan régional de santé publique



- Des priorités qui visent à réduire la mortalité prématurée évitable et à lutter contre les inégalités de santé
- un document de référence pour l'action des différents protagonistes de la santé publique dans la région
- qui organise la cohérence entre les différentes stratégies de santé publique pour les 5 prochaines années
- une base de référence pour l'obtention des financements
- Un plan dont la mise en œuvre et l'évaluation seront conduits par le groupement régional de santé publique
- La conférence régionale de santé contribue à cette évaluation

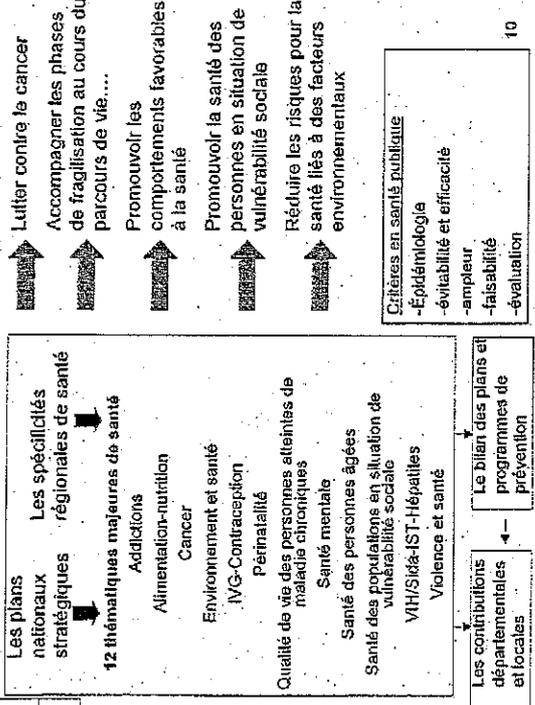
# Le Plan régional de Santé publique : Elaboration



# Données pour le diagnostic régional

Champ précis de la thématique  
 Populations concernées  
 Acteurs mobilisables  
 Synthèse des données disponibles : démographiques, épidémiologiques (+ tendances), objectifs de la loi  
 Bilan des plans et programmes régionaux : → 143 programmes recensés, 1940 actions, 42 Meuros  
 Analyser les points forts/faibles des dispositifs  
 Elaborer quelques propositions d'objectifs opérationnels

# PRSP : Du DIAGNOSTIC REGIONAL PARTAGE... aux 5 AXES PRIORITAIRES



# L'avis de la conférence régionale de santé (29 Mars 2006)

- Méthode : acte pris sur la méthode générale mais souligne l'insuffisance de la concertation avec les élus
- Critères de choix : demandé l'introduction de critères médico-économiques et de vulnérabilité sociale
- Axes : Insiste sur la précocité du dépistage, la réduction des inégalités sociales de santé, les maladies chroniques
- Conditions de mise en œuvre : territoires d'action, articulation avec les autres schémas : SROS...
- Financement du plan.

## Les objectifs du PRSP

### Axe prioritaire – 1. Lutter contre le cancer

- **Objectif 1** : Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables).
- **Objectif 2** : Promouvoir le dépistage du cancer colorectal, en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage
- **Objectif 3** : Renforcer la lutte contre les cancers professionnels.
- **Objectif 4** : Développer la prévention du mélanome.
- **Objectif** - : Renforcer la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Cf. Axe prioritaire 3 - Objectifs n°18 et 19.
- **Objectif 5** : « Mettre en place une recherche-action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) chez les sujets à haut risque ».
- **Objectif 6** : « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer »

13



## Les objectifs du PRSP (suite)

- **Axe prioritaire – 2. Accompagner les phases de fraquilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants.**
- **Naissance**
- **Objectif 7** : Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés.
- **Enfance**
- **Objectif 8** : Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés.
- **Objectif 9** : Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral.
- **Objectif 10** : Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans les groupes à risques.
- **Adolescence, jeunes**
- **Objectif 11** : Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté.

14



## Les objectifs du PRSP (suite)

### Santé mentale

- **Objectif 12** : Mieux prendre en compte la souffrance psychique
- **Objectif 13** : Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes

### Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

- **Objectif 14** : Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes.
- **Objectif 15** : Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de pathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi.
- **Objectif 16** : Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer et affections apparentées.
- **Objectif 17** : Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques

15



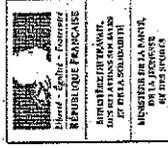
## Les objectifs du PRSP (suite)

### Axe prioritaire – 3. Promouvoir les comportements favorables à la santé

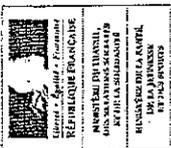
#### Addictions

- **Objectif 18** : Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions. Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool ; tabac ; cannabis et médicaments psychotropes.
  - **Objectif 19** : Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin.
  - **Objectif 20** : Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales
- VIH/ Sida - IST**
- **Objectif 21** : Diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels multipartenaires.

16



## Les objectifs du PRSP (suite)



- **Objectif 22** : Chez les personnes séropositives, améliorer la qualité de vie, induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risque.
  - **Objectif 23** : Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté. Cf. Axe prioritaire - 2 - Objectif N°11.
- Activité physique et alimentation
- **Objectif 23** : Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation et dépister précocement le surpoids chez l'enfant.
  - **Objectif 24** : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée.
  - **Objectif 25** : Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées.

17

53

## Les objectifs du PRSP (suite)



- Axe prioritaire - 4 . Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale**
- **Objectif 26** : Garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale.
  - **Objectif 27** : Développer une approche santé adaptée aux personnes en situation de vulnérabilité sociale.
  - **Objectif 28** : Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale notamment la tuberculose.

18



## Les objectifs du PRSP (suite)

### Axe prioritaire - 5 . Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

- **Objectif 29** : Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne.
  - Lutter contre l'insalubrité de l'habitat
  - Prévenir le saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte
  - Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone
  - Prévenir les allergies liées à l'habitat
- **Objectif 30** : Améliorer la qualité de l'environnement.
  - Qualité de l'air : réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
  - Eau :
    - Protection des captages d'eau potable
    - Limiter les pollutions dues aux pesticides
    - Réduire l'incidence de la légionellose
  - Bruit : Réduire les nuisances sonores

19

## 4 objectifs transversaux du PRSP



- Clarifier et élargir les ressources mobilisables pour le PRSP
  - Organiser l'action dans des territoires prioritaires
  - Renforcer l'éducation pour la santé et l'organiser
  - Renforcer l'observation et mettre en place l'évaluation
- Programme d'études et de statistiques

20



## Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire volet du PRSP

- Développer le repérage et le signalement des situations à risque sanitaire
- Améliorer la coordination des professionnels de l'alerte et de la gestion des crises
- Développer les compétences des acteurs

21

54



## En conclusion

### Quelques enjeux :

- Inflexion du système de santé vers plus de prévention
- Action sur les déterminants de la santé individuels et collectifs
- Mobilisation des professionnels et les usagers
- Coordination des institutions autour du PRSP
- S'accorder sur les meilleures stratégies d'intervention
- Adapter les interventions aux différents publics

22



**Surveiller la morbidité et la mortalité en Ile de France**  
**SUMMO, un système d'information pour la veille sanitaire**

CRIS 27 septembre 2007

Cire Ile de France



- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?



Août 2003

**Le Monde**

**Cataclicse : une catastrophe humanitaire**  
 La France en état de choc sanitaire

**Le plus meurtrier en France depuis la Libération**

**Des vacances qui ont tué**

**L'été**

**Le plus meurtrier en France depuis la Libération**



200

SENATOR DORCHER  
 500 HART SQUARE DRIVE  
 WASHINGTON, DC 20547-0200

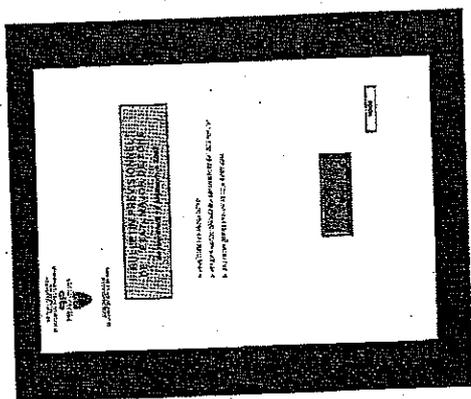
Hiver 2003-2004



**Loi santé publique août 2004**  
**« tout surveiller, même l'imprévisible »**



Novembre 2004 :



- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?



## Les réponses

- Le Système d'alerte canicule santé (InVS)
- OSCOUR (InVS)  
= surveillance non spécifique

### EN ILE DE FRANCE

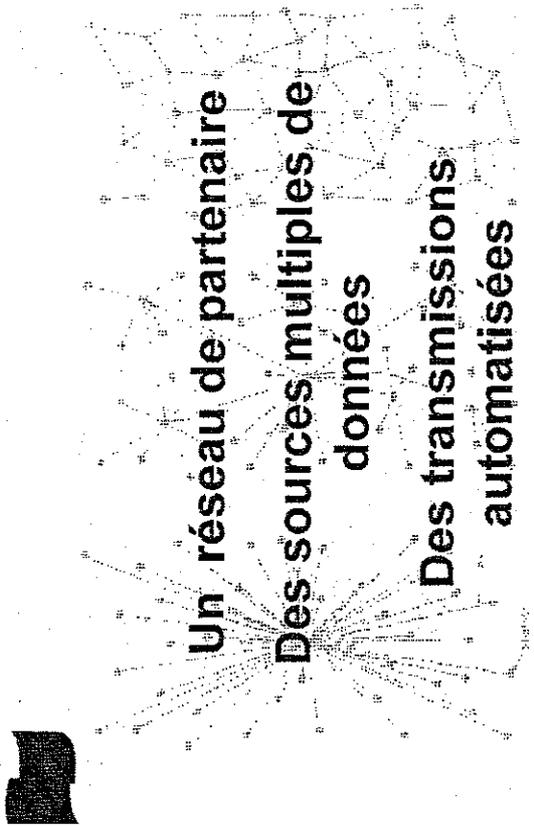
- Centre régional de veille et action sur les urgences (ARH-APHP)
- SUMMO (Cire Ile de France)



- Détecter le plus précocement possible
  - Un événement de santé inhabituel
  - Un événement saisonnier (ex : grippe, bronchiolite...)Et décrire cet événement
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de contrôle après le déclenchement d'une alerte



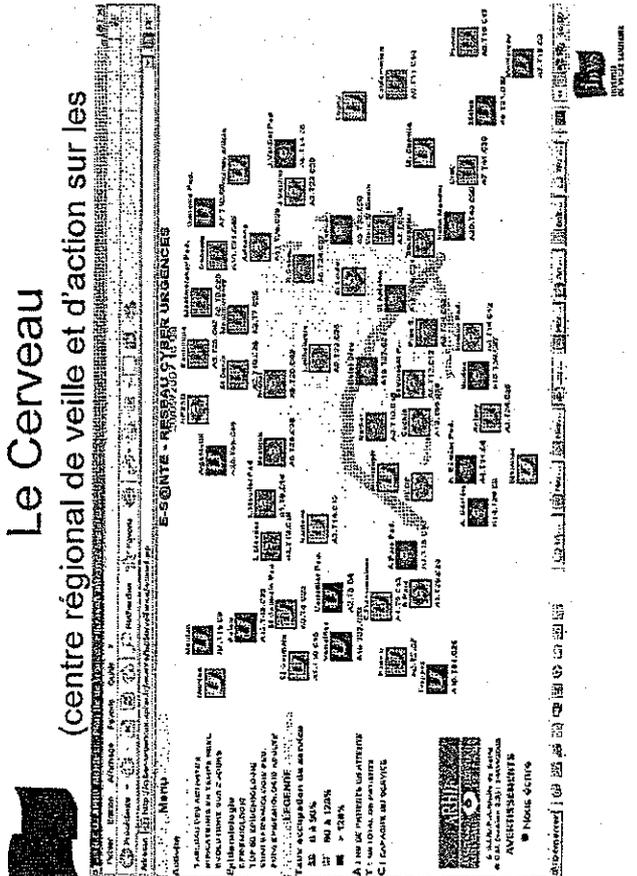
SUMMO, pourquoi ?  
 SUMMO, pour quoi faire ?  
 SUMMO, les acteurs  
 SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse  
 SUMMO, un bulletin quotidien  
 SUMMO, la surveillance estivale 2006  
 SUMMO, quelles perspectives ?



Un réseau de partenaire  
 Des sources multiples de données  
 Des transmissions automatisées

## Le Cerveau

(centre régional de veille et d'action sur les



## Cerveau



Nombre passages aux urgences + diagnostics

Nombre hospitalisations

Nombre affaires SAMU



## Les sapeurs pompiers d'Ile de France

La Brigade des sapeurs pompiers de Paris

Les 4 services d'incendie et secours (grande couronne)

• Nombre de secours à victimes

• BSPP, SDIS → EMZ → Cire



INSEE  
LE DÉPARTEMENT

## Services d'état civil

- Une expérimentation (18 communes)
- Une extension
  - 88 communes
  - 2/3 des décès franciliens
- Communes → Insee → InVS → Cire



INSEE  
LE DÉPARTEMENT

## Médecine d'urgence

- Nombre d'appel
- Motifs d'appel
- SOS médecins départemental → SOS médecin fédération → InVS → Cire
- Médi'call (91 – 77) → Cire



INSEE  
LE DÉPARTEMENT

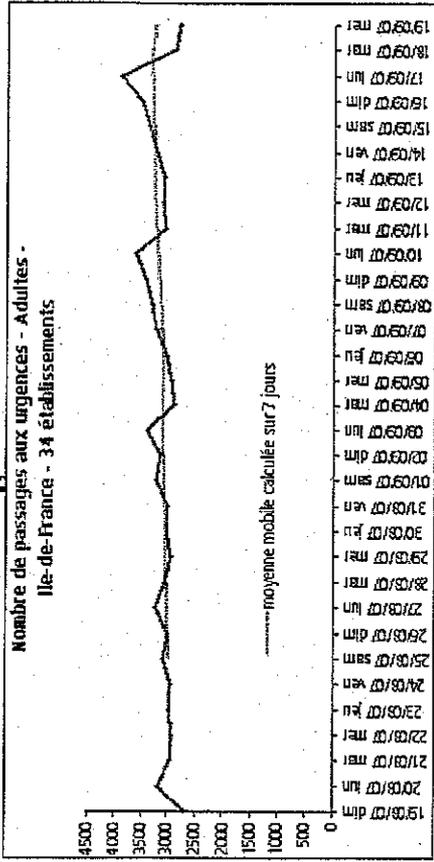
## Sans oublier

- En hiver
  - Le réseau GROG (grippe, bronchiolite)
  - Le réseau Bronchiolite
- En été
  - Les pompes funèbres général
  - L'IML



INSEE  
LE DÉPARTEMENT

# Passages dans les services



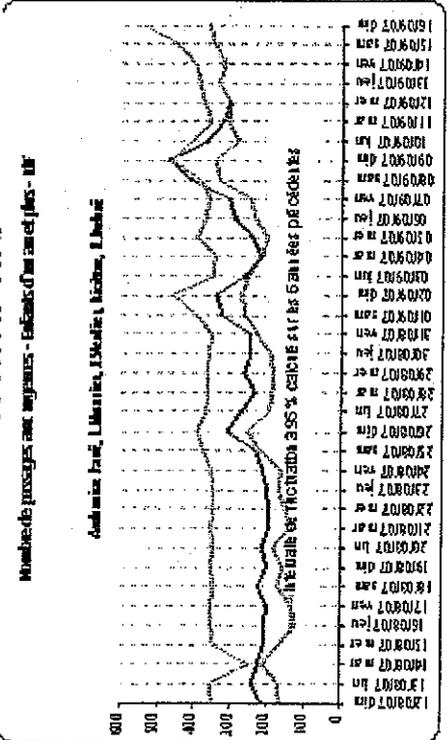
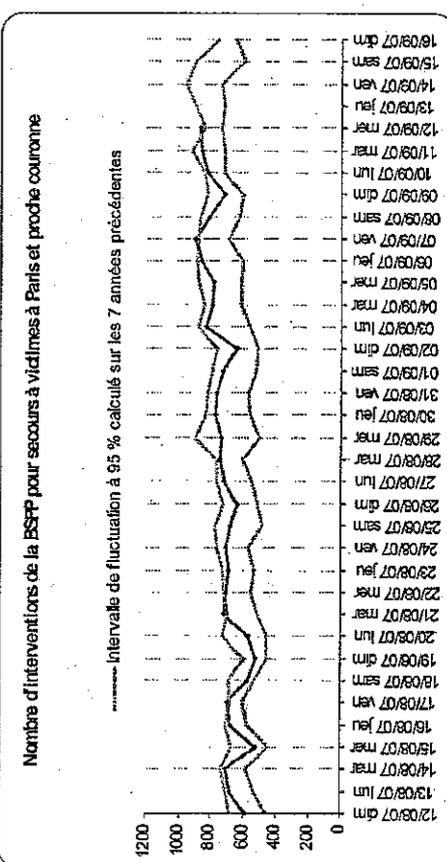
Date	Passages	Evolution
19/08/07	2000	24,1%
20/08/07	2500	25,0%
21/08/07	2800	25,6%
22/08/07	2500	25,0%
23/08/07	2200	24,4%
24/08/07	2000	23,8%
25/08/07	2500	24,4%
26/08/07	2800	25,0%
27/08/07	2500	24,4%
28/08/07	2200	23,8%
29/08/07	2000	23,2%
30/08/07	2500	23,8%
31/08/07	2800	24,4%
01/09/07	2500	23,8%
02/09/07	2200	23,2%
03/09/07	2000	22,6%
04/09/07	2500	23,2%
05/09/07	2800	23,8%
06/09/07	2500	23,2%
07/09/07	2200	22,6%
08/09/07	2000	22,0%
09/09/07	2500	22,6%
10/09/07	2800	23,2%
11/09/07	2500	22,6%
12/09/07	2200	22,0%
13/09/07	2000	21,4%
14/09/07	2500	22,0%
15/09/07	2800	22,6%
16/09/07	2500	22,0%
17/09/07	2200	21,4%
18/09/07	2000	20,8%
19/09/07	2500	21,4%



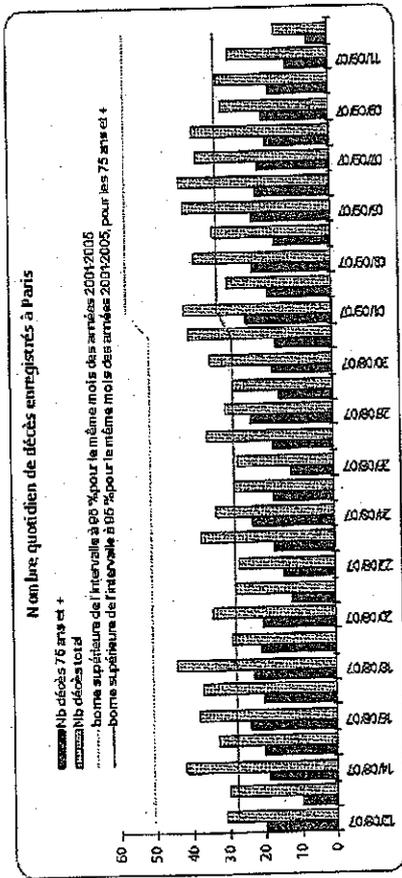
- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?



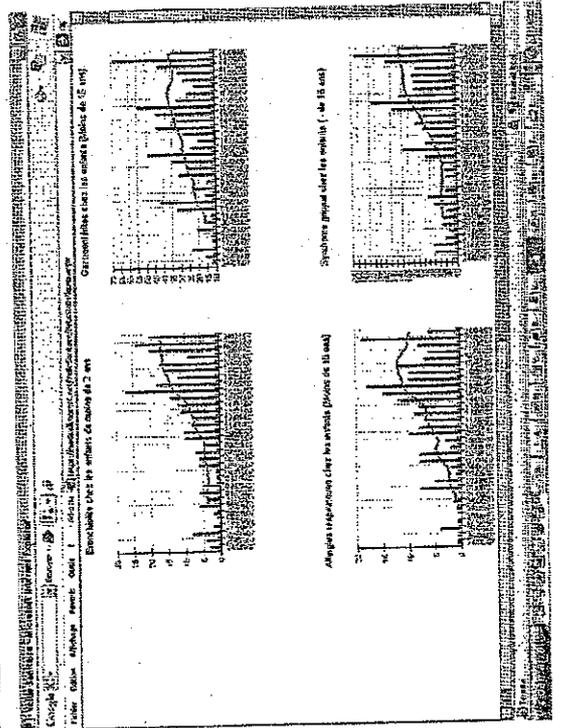
# Passages dans les services d'urgence



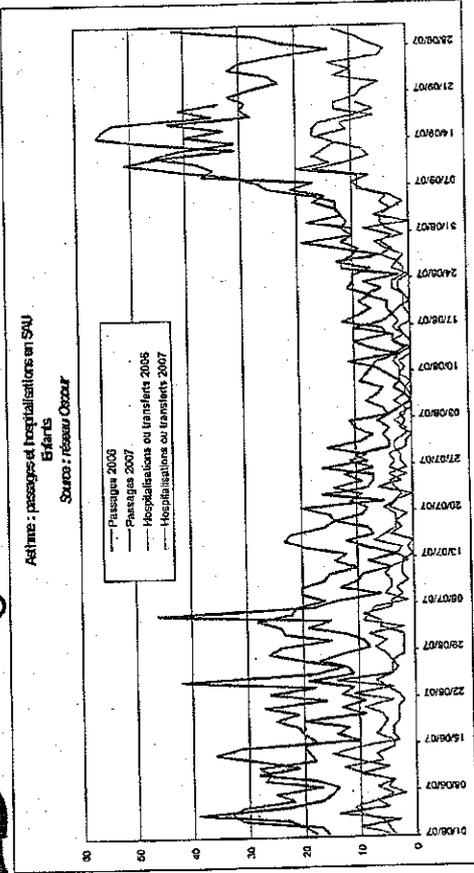
# décès



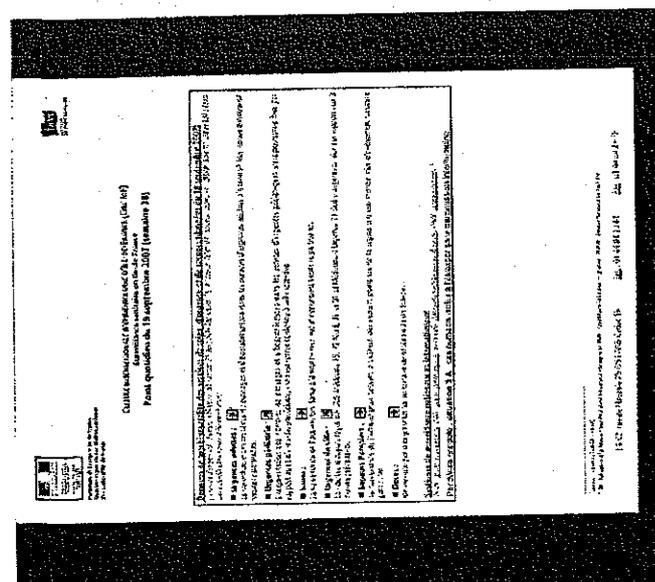
# Diagnostics en ville



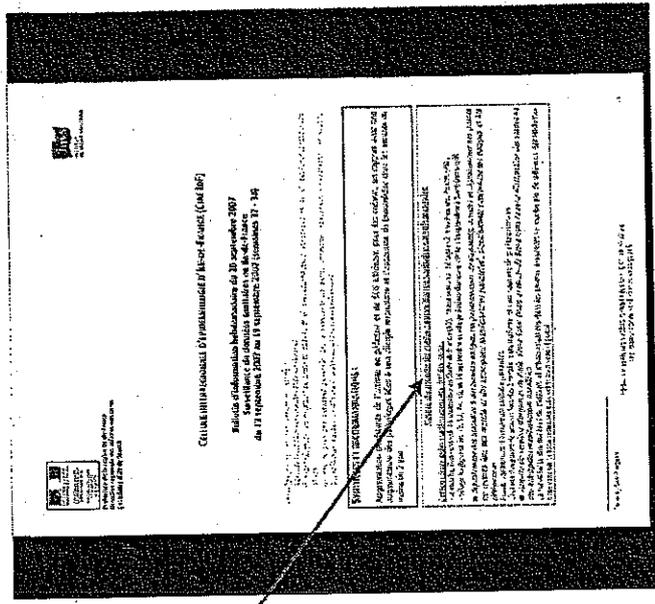
# Diagnostics à l'hôpital



- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?



- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?

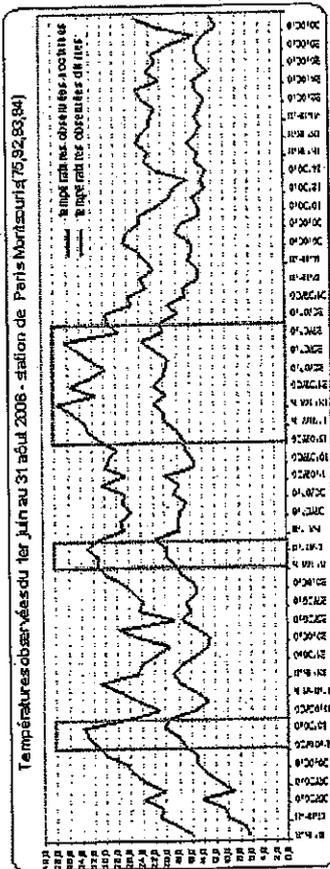


## Rappel des objectifs

- Détecter un événement inhabituel
- Surveiller un événement attendu
- Mesurer l'impact d'une vague de chaleur



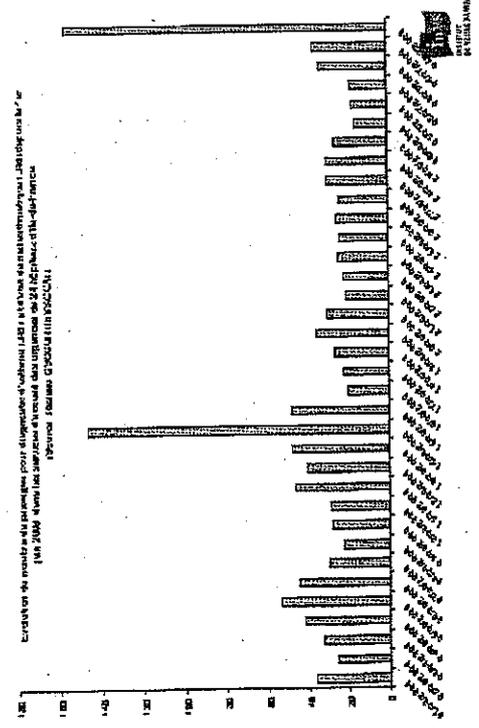
### 3 périodes de chaleurs : 11-13/06, 1-4/07, 15-28/07



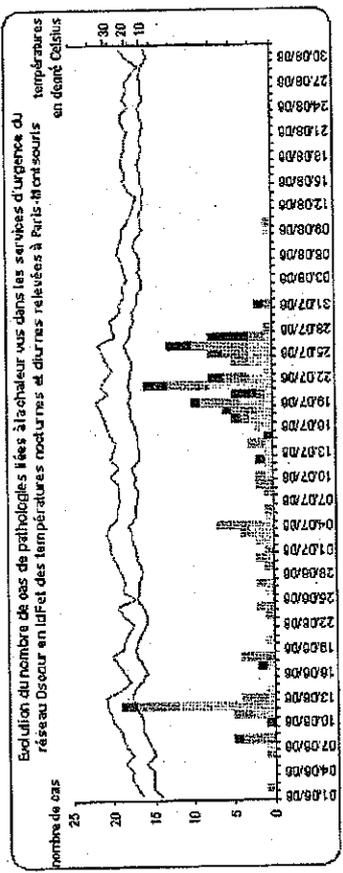
REPUBLIQUE FRANÇAISE

### Pics d'asthme des 14 juin et 5 juillet

Evolution du nombre de patients pour diagnostic d'asthme LARV (niveau de soins de santé) au sein de la population de 20 ans et plus en France (par 100 000 habitants) en 2004



REPUBLIQUE FRANÇAISE



REPUBLIQUE FRANÇAISE

- SUMMO, pourquoi ?
- SUMMO, pour quoi faire ?
- SUMMO, les acteurs
- SUMMO, quelques indicateurs et méthodes d'analyse
- SUMMO, un bulletin quotidien
- SUMMO, la surveillance estivale 2006
- SUMMO, quelles perspectives ?



REPUBLIQUE FRANÇAISE



## Des méthodes, des sources nouvelles

- Méthodes détection franchissement seuils
- Méthodes analyse multi-sources
- Détection agrégats spatio-tempores de syndromes
- Motifs d'appel aux SAMU





## L'axe cancer du plan régional de santé publique

- Renforcer la lutte contre les cancers professionnels
- Développer la prévention du mélanome
- Renforcer la lutte contre la tabagisme et l'alcoolisme
- Promouvoir le dépistage du cancer colo-rectal et des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)
- Favoriser l'accompagnement des patients atteints de cancer afin d'améliorer l'information et la qualité de vie

## Organisation du dépistage du cancer du sein

- Invitation de toutes les femmes de 50 à 74 ans à bénéficier d'une mammographie tous les 2 ans
- Par des structures de gestion départementales (associations impliquant le conseil général, assurance-maladie, professionnels de santé...)
- sur la base d'un cahier des charges national (généralisation en 2003)
- Pilotage régional

## Les besoins d'informations pour le pilotage régional

*Le tableau de bord du dépistage du cancer du sein en Ile de France*

Dr Marie-Françoise Acremont  
DRASS IDF  
27 Septembre 2007

## Promouvoir le dépistage du cancer du sein en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage

### les objectifs spécifiques

- Améliorer l'implication des médecins dans le dépistage et en particulier dans le dépistage organisé
- Sensibiliser les femmes à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)
- Améliorer le fonctionnement du dépistage organisé et sa qualité

## La démarche régionale

### Contexte

- évaluation épidémiologique nationale par l'InVS déjà existante
- besoins ressentis de disposer d'un ensemble d'indicateurs de fonctionnement et de suivi
- Intégrant les indicateurs de suivi de la loi de santé publique  
taux de couverture du dépistage (programmé au individuel)  
des femmes de 50 à 74 ans d'au moins 80%



### Tableau de bord (depuis 2003)

- définir et disposer d'indicateurs de suivi, utiles et accessibles
- documenter le fonctionnement du dépistage organisé
- dans un délai adapté à la prise de décision
- groupe de travail partenarial
- aide à la conception, animation et exploitation confiée à un consultant externe

## 5 grands volets du tableau de bord

- ✓ Contexte (démographie, mortalité spécifique, morbidité)
- ✓ Fonctionnement (participation au DO et couverture mammographique, accessibilité au dépistage démographique, médecins concernés et parc mammographique, modes d'accès au dépistage, non participation...)
- ✓ Qualité (délais d'accès aux résultats, qualité des deux lectures radiologiques...)
- ✓ Impact (délais d'accès aux traitements...)
- ✓ Efficacité (InVS : cancers dépistés, précocité du diagnostic...)

## Sources principales de données

- les structures de gestion
- Responsables du recueil de données, de la transmission des résultats, de l'évaluation interne et de l'assurance qualité
- logiciel de gestion commun en Ile de France à partir duquel des requêtes spécifiques ont été « automatisées » (avec validation du coordinateur)
- l'assurance-maladie
- Conception de requêtes informatiques spécifiques
- Coordination du recueil de données des CPAM et des autres régimes d'AM par l'URCAM

## Difficultés du recueil d'information

- multiplicité des sources (InVS, Insee, Inserm, DREES, divers régimes d'AM...)
- disponibilité et délais d'obtention des données (validation nationale pour l'InVS, nombre de cancers, régimes spéciaux d'AM)
- qualité des données
  - indélébilité non-piérite distinguer mammographie de dépistage et ou de diagnostic
  - recueil d'informations sur les modes d'accès au dépistage
- définitions différentes selon les sources de données (approcher les données sur les médecins hospitaliers ou libéraux)

## en illustration

- Le taux de participation au dépistage organisé
- Le taux de couverture du dépistage
- > Données en cours de validation

### Taux annuel de participation au DO (INSEE)

**Numérateur** : Nombre de femmes ayant bénéficiées d'une mammographie dans l'année dans le cadre du DO (source : SG)

**Dénominateur** : Nombre de femmes de 50 à 74 ans du département / 2 (source INSEE, emphale)

### Taux de couverture annuel global estimé

Somme du :

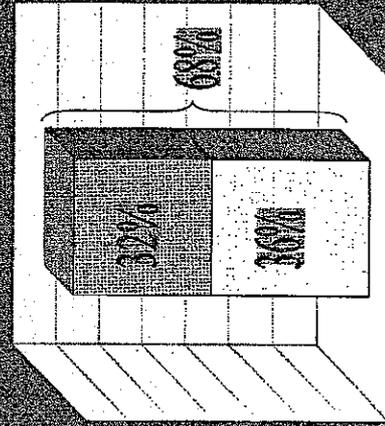
> Taux annuel de participation INSEE au DO

> Taux de couverture mammographique hors DO

**Numérateur** : Nombre de femmes ayant bénéficiées d'une mammographie dans l'année hors campagne (source : URCAM)

**Dénominateur** : Nombre de femmes INSEE, emphale/2

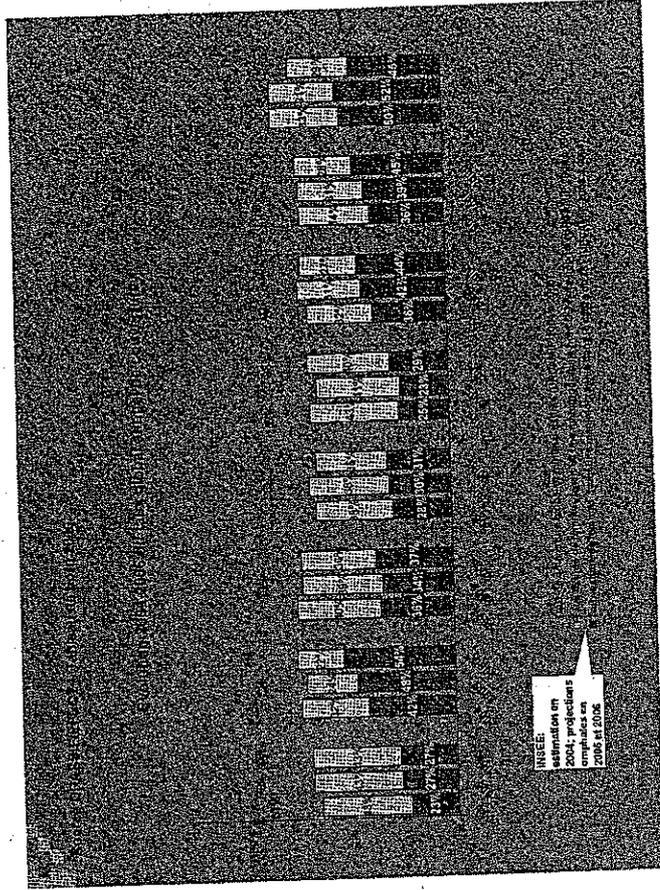
Exemple de détermination du taux de couverture annuel



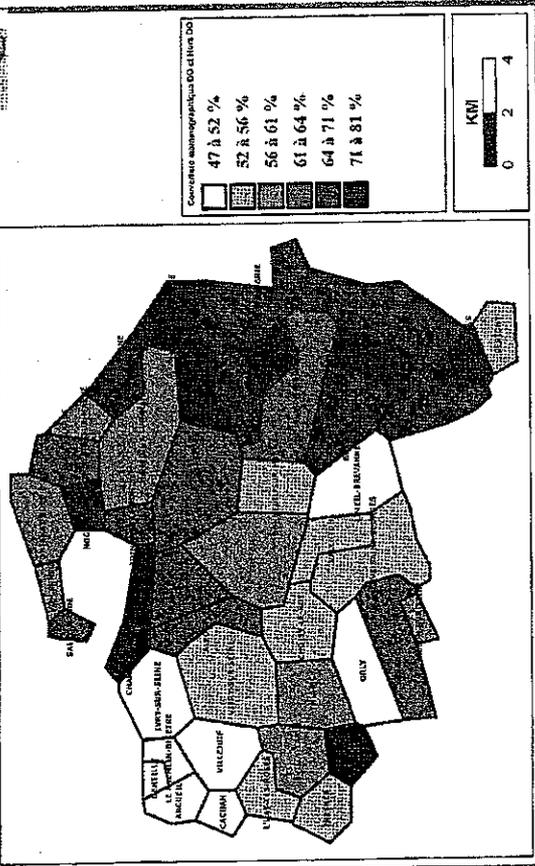
## limites

Pour le taux de couverture, la requête élaborée avec l'URCAM, correspond à l'estimation du nombre de bénéficiaires d'une mammographie dans l'année

- On estime que les femmes font une mammographie tous les deux ans (mais le rythme peut être plus fréquent pour le dépistage individuel)
- Limites pour identifier le DO dans les bases de données de l'assurance liées à l'usage des codes de liquidation spécifiques de la campagne (radiologie) et donc recours à deux sources pour calculer la couverture totale
- Sous-estimation par l'absence de données des sections mutualistes et de certains régimes spéciaux
- Sous-estimation par le manque d'information venant de l'hôpital
- Surestimation par l'activer diagnostique (hors DO - pas de distinction mammographie dépistage/diagnostic)



## Couverture mammographique en 2005 DO et hors DO



## En conclusion

- ✓ Comment ne pas perdre trop de temps à la recherche des données perdues ? Et agir tout de même
- ✓ Le besoin d'évolution et les risques
- ✓ La place de la région dans le dispositif national
- ✓ Le tableau de bord repose beaucoup sur le travail et la disponibilité de chacun des partenaires, les discussions collégiales

## Realisation : EFECT

Dr Nadine SANNINO, responsable du projet

Clotilde HACHEL, statisticienne, Epiconcept pour Efaat

DRASSIF: Dr Marie-France d'Achenorff, médecin inspecteur de santé publique

URCAM d'Île-de-France: Anne-Laure Le Garzio

Paulo Fernandes da Silva

Médecins Coordinateurs des structures de gestion:

Dr Eliane Bernard, ADC 77

Dr Agnès Bernoux, ADMC 91

Dr Christophe Dabaigny, CDC 93

Dr Elisabeth Hausher, ADECA 75

Dr Alassane Sall, ADMY 78

Et les autres membres du groupe de travail

Dr Chantal Hagey, Centre de lutte contre le cancer, Saint-Cloud

Dr Sellier, APHP

Dr Rose-Marie Ancelle-Paris, INVS

Dr Philippe Pepin, Observatoire Régional de la Santé d'Île de France

Guillaume Jeannerod, Epiconcept

Tableau de bord commandité par la DRASS d'Île de France

Marie-Claire LHEICOLA, CH, Directrice Adjointe

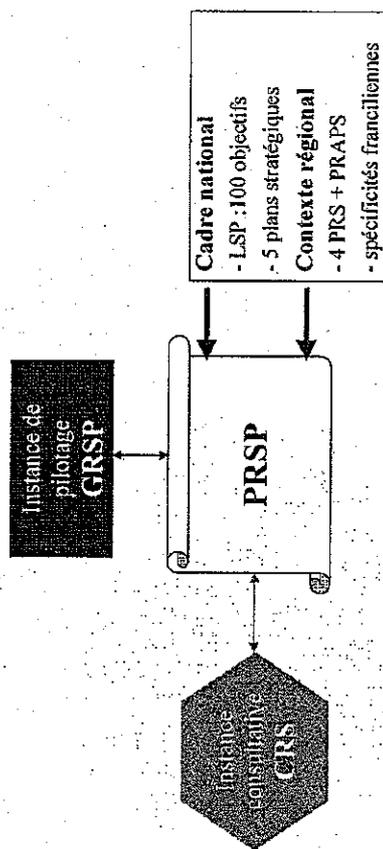


## Le suivi et l'évaluation du Plan régional de santé publique de la région Ile-de-France

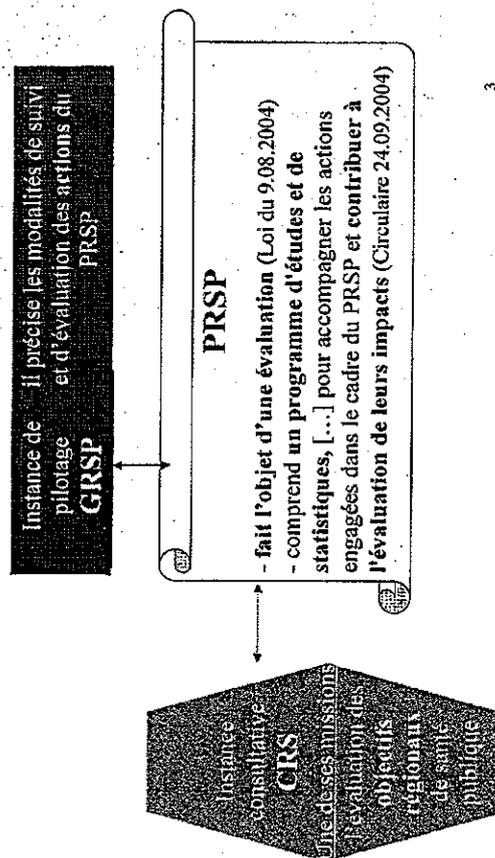
Isabelle Grémy, Florence de Maria

ORS Ile-de-France CRIES, 27 septembre 2007

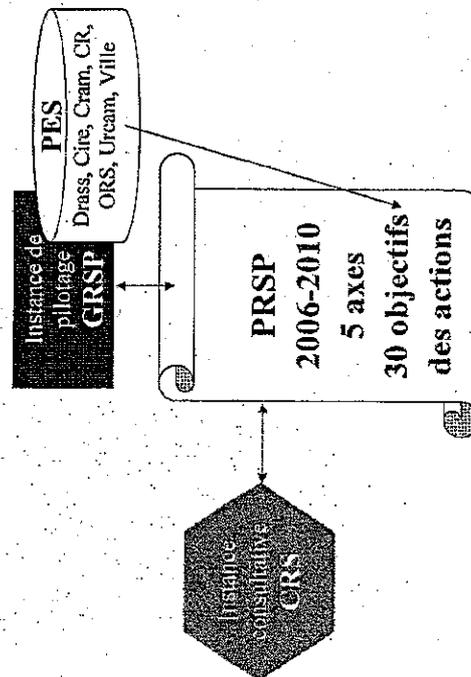
## Le cadre organisationnel



## Place de l'évaluation ?



## L'évaluation du PRSP Ile-de-France



# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cîre, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

**ORS**  
Ile-de-France

Évaluation de l'atteinte des **OBJECTIFS** du PRSP

2006

- un document programme
- pour chaque objectif du PRSP  
→ des propositions d'études
- des propositions d'indicateurs
- des indicateurs transversaux

un travail concerté

Décembre 2007  
une publication

Situation initiale des  
indicateurs de suivi des  
objectifs du PRSP

un travail partagé

3

# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cîre, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

**ORS**  
Ile-de-France

Objectif 24

Lutter contre la  
sédentarité à tous les  
âges de la vie en  
associant une ali-  
mentation équilibrée  
et diversifiée



Des indicateurs de résultats

Indice de masse corporelle : Poids kg/(taille m)<sup>2</sup>

Proportion de personnes interrogées qui déclarent comme  
activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de  
marche rapide par jour pendant 5 jours

Proportion de personnes qui consomment moins de 5 fruits  
ou légumes par jour

7

# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cîre, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

**ORS**  
Ile-de-France

Évaluation de l'atteinte des **OBJECTIFS** du PRSP

**Objectif 24** : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en  
associant une alimentation équilibrée et diversifiée → **SYNTHESE**

Rappel : indicateurs nationaux

(objectifs 5 et 9 LSP)

- prévalence de la surcharge pondérale en population adulte (ENNS, ESPS, BS, BN, ObEpi, EDS)
- proportion de personnes interrogées qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour (ENNS, BS)
- proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille: marche à pied ou activité sportive (BS, BN)

← **cohérence avec les indicateurs nationaux**

6

Indicateurs régionaux

(PES-Cram)

- évolution de l'IMC en population francilienne, de 2006 à 2010 (EDS, BS, ObEpi)
- durée, fréquence et intensité des activités physiques pratiquées par les Franciliens de 18 ans ou plus (BS, BN), vers une définition

# Les travaux du

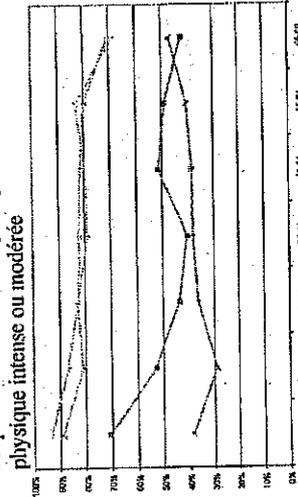
**PES**  
Drass, Cîre, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

**ORS**  
Ile-de-France

Évaluation de l'atteinte des **OBJECTIFS** du PRSP

**Objectif 24** : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en  
associant une alimentation équilibrée et diversifiée → **EXEMPLE**

Proportion de Franciliens pratiquant une activité  
physique intense ou modérée



Source : Inpes Baromètre Santé 2005. Exploitation ORS.

8

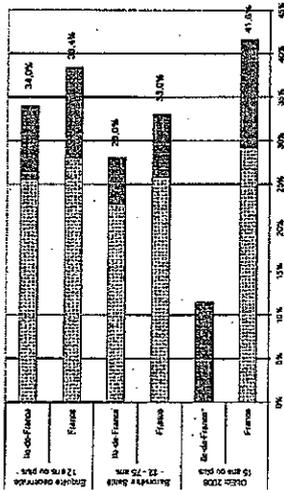
# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cire, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

## Évaluation de l'atteinte des OBJECTIFS du PRSP

**Objectif 24 : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée → EXEMPLE**

Prévalence du surpoids et de l'obésité en Ile-de-France.



Indicateurs régionaux

(PES-Cram)

- évolution de l'IMC en population francilienne, de 2006 à 2010 (EDS, BS, ObEpi)

- durée, fréquence et intensité des activités physiques pratiquées par les Franciliens de 18 ans ou plus (BS)

Sources : Insee, Inpes, Inserm, Exploitation ORS.

# Les travaux du

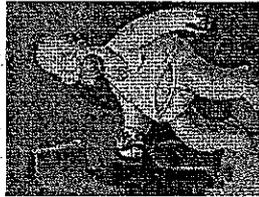
**PES**  
Drass, Cire, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

## Exemple

**ORS**  
Ile-de-France

### Objectif 24

Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée



4 objectifs spécifiques

- 24.1 Agir sur les représentations et les pratiques de la population générale dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique
- 24.2 Rendre plus facile la pratique de l'activité physique auprès de la population générale
- 24.3 Inciter à la pratique de l'activité physique et favoriser l'accès à une alimentation équilibrée auprès de populations spécifiques
- 24.4 Favoriser l'activité physique et l'accès à une alimentation équilibrée et diversifiée auprès des personnes âgées

- Pas d'indicateurs, BN
- Évaluation des actions
- Indicateur général, en cours d'élaboration
- Déclinaison de ces deux indicateurs selon CSP, PA, adolescents
- Limitations dans leurs activités des PA selon la corpulence

### 13

**Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée**

**1. Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie**

Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la sédentarité à tous les âges de la vie. L'indicateur de suivi est la proportion de la population sédentaire (moins de 30 minutes d'activité physique par semaine).

En 2006, 28% de la population française était sédentaire. En 2010, cette proportion est passée à 24%. Cette réduction est principalement due à une diminution de la sédentarité chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la proportion de la population sédentaire en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	28,0	34,0
2010	24,0	28,0

**2. Associer une alimentation équilibrée et diversifiée**

Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'indicateur de suivi est la prévalence du surpoids et de l'obésité.

En 2006, 28% de la population française était surpoids et 9% était obésité. En 2010, ces proportions sont passées à 24% et 8% respectivement. Cette réduction est principalement due à une diminution du surpoids chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	28,0	34,0
2010	24,0	28,0

**3. Favoriser l'activité physique et l'accès à une alimentation équilibrée et diversifiée auprès des personnes âgées**

Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'indicateur de suivi est la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

En 2006, 34% de la population française âgée de 65 ans et plus était surpoids et 11% était obésité. En 2010, ces proportions sont passées à 28% et 8% respectivement. Cette réduction est principalement due à une diminution du surpoids chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	34,0	41,0
2010	28,0	24,0

**14**

**Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée**

**1. Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie**

Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la sédentarité à tous les âges de la vie. L'indicateur de suivi est la proportion de la population sédentaire (moins de 30 minutes d'activité physique par semaine).

En 2006, 28% de la population française était sédentaire. En 2010, cette proportion est passée à 24%. Cette réduction est principalement due à une diminution de la sédentarité chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la proportion de la population sédentaire en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	28,0	34,0
2010	24,0	28,0

**2. Associer une alimentation équilibrée et diversifiée**

Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'indicateur de suivi est la prévalence du surpoids et de l'obésité.

En 2006, 28% de la population française était surpoids et 9% était obésité. En 2010, ces proportions sont passées à 24% et 8% respectivement. Cette réduction est principalement due à une diminution du surpoids chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	28,0	34,0
2010	24,0	28,0

**3. Favoriser l'activité physique et l'accès à une alimentation équilibrée et diversifiée auprès des personnes âgées**

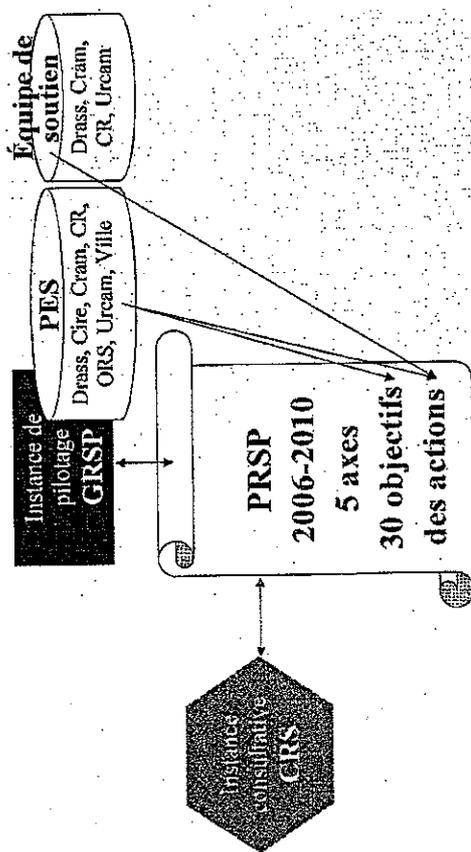
Le PRSP a fixé un objectif de réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'indicateur de suivi est la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

En 2006, 34% de la population française âgée de 65 ans et plus était surpoids et 11% était obésité. En 2010, ces proportions sont passées à 28% et 8% respectivement. Cette réduction est principalement due à une diminution du surpoids chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus en France et en Ile-de-France de 2006 à 2010.

Année	France (%)	Ile-de-France (%)
2006	34,0	41,0
2010	28,0	24,0

# L'évaluation du PRSP Ile-de-France



13

# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cire, Cram, CR, ORS, Urcam, Ville

Évaluation des **ACTIONS** du PRSP

**2006**

Appel à projets du PRSP « guide promoteur » propositions d'indicateurs pour l'évaluation des actions ouvertes au financement

**2007**

Appel à projets du PRSP « guide promoteur » propositions d'indicateurs pour l'évaluation des actions ouvertes au financement élaboration d'un dossier d'évaluation + guide d'accompagnement

Avec l' **Équipe de soutien**

# Les travaux du

**PES**  
Drass, Cire, Cram, CR, ORS, Urcam, Ville

# Exemple

**ORS**  
Ile-de-France

**Objectif 24**  
Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée



**4 objectifs spécifiques**

24.1 Agir sur les représentations et les pratiques de la population générale dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique

24.2 Rendre plus facile la pratique de l'activité physique auprès de la population générale

24.3 Inciter à la pratique de l'activité physique et favoriser l'accès à une alimentation équilibrée auprès de populations spécifiques

24.4 Favoriser l'activité physique et l'accès à une alimentation équilibrée et diversifiée auprès des personnes âgées

**3 fiches actions AAP 2007**

24-1 Promouvoir les repères de consommation et d'activité physique du PNNS 2 en population générale

24-2 Promouvoir les repères de consommation et d'activité physique du PNNS 2 auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale

24-3 Dépister et/ou prendre en charge le surpoids et l'obésité en population générale

**4 objectifs spécifiques**

24.1 Agir sur les représentations et les pratiques de la population générale dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique

24.2 Rendre plus facile la pratique de l'activité physique auprès de la population générale

24.3 Inciter à la pratique de l'activité physique et favoriser l'accès à une alimentation équilibrée auprès de populations spécifiques

24.4 Favoriser l'activité physique et l'accès à une alimentation équilibrée et diversifiée auprès des personnes âgées



**3 fiches actions AAP 2007**

49 actions retenues sur 93 soumises (53 %)

= 506.679 €

→ 40 % « nutrition »

→ 6,2 % AAP 2007

(source : GRSP 2007)

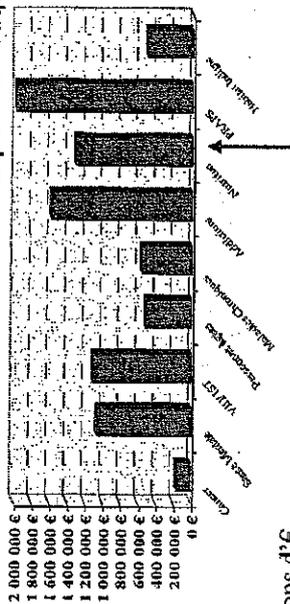
## On est encore trop focalisé sur le processus

- Quels sont les critères de choix pour retenir une action
- Leur cohérence au sein du plan régional
- Quelles sont les types d'actions les plus efficaces

## Les travaux du

### Évaluation des ACTIONS du PRSP

Répartition des financements par thématique



= 8,8 millions d'€

(1/3 des financements du PRSP)

671 actions financées sur 1157

50 % → actions « nouvelles »

83 % → population en situation de vulnérabilité sociale

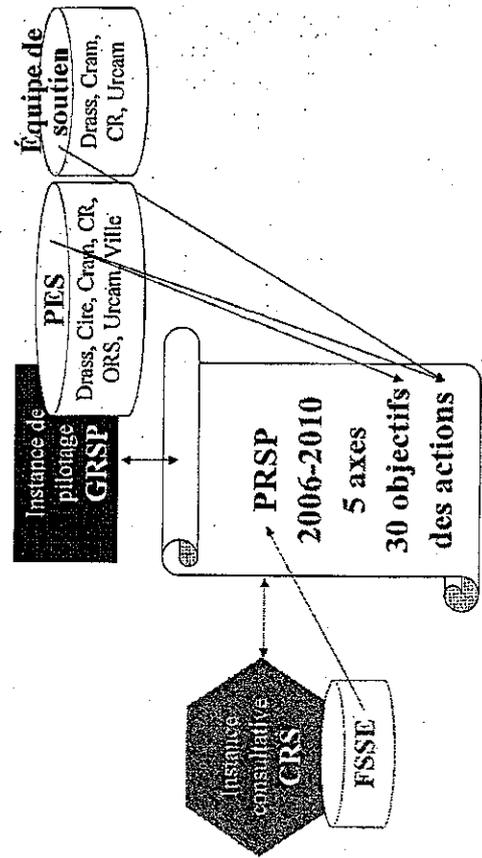
- (1) PRAPS
- (2) addictions
- (3) nutrition = 23, 24, 25
- (4) VIH/Sida
- (5) santé mentale

Source : GRSP 2007.

ORS Ile-de-France

PES  
Drass, Cire, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville

## L'évaluation du PRSP Ile-de-France

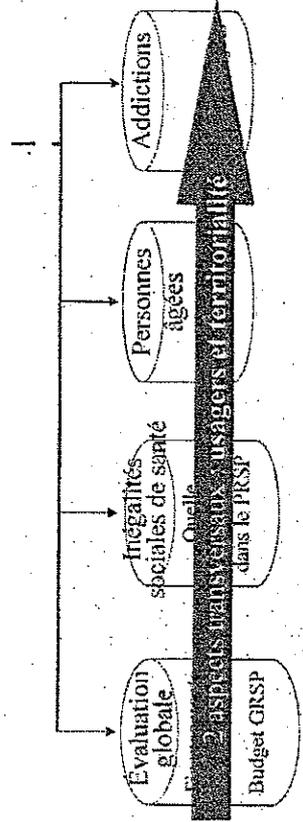


## Les travaux de la

### Des RECOMMANDATIONS pour l'évaluation du PRSP

en complémentarité des travaux du

PES  
Drass, Cire, Cram, CR,  
ORS, Uream, Ville



17

19

## De toutes ces démarches que retenir ?

- Mais aussi mise en évidence de la lourdeur et du manque d'anticipation du processus de l'appel à projet
- Son faible montant pour un volume très important de projets/actions à financer
- L'hétérogénéité des critères de financements

## Perspectives

- Le processus en place reste trop réactif
- Proactivité de la programmation et de l'évaluation : repérage des thématiques, des populations et des territoires déficitaires
- Repérer les partenaires et impulser des projets
- Aide à la formulation des projets et à leur évaluation

## De toutes ces démarches que retenir ?

- Coup de projecteur sur des démarches séparées, qui jusqu'alors manquaient de visibilité et de transparence
- Un lieu central de coordination et de lisibilité des stratégies de prévention y compris pour les collectivités territoriales
- Vers un regroupement des actions de prévention pour en assurer la cohérence
- Première démarche concertée et globale
- Un état des lieux, étape indispensable à l'évaluation

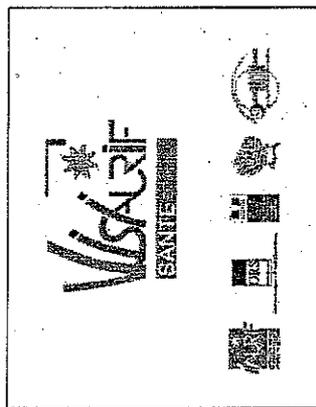
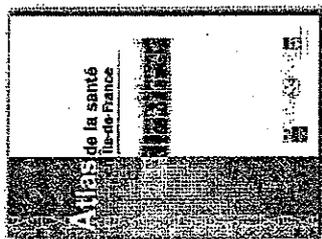
## Perspectives

- Suivi des objectifs : même exercice en 2010
- Suivi des actions : ???
  - Suppose que la somme des actions engagées produira un effet mesurable au terme du PRSP
- Organisation du système d'information
- Structuration et développement des diagnostics territoriaux
- Homogénéisation des modes de financements et d'évaluation

Centre du CRIES « Mesurer pour agir » : de l'Atlas de la santé au SIG

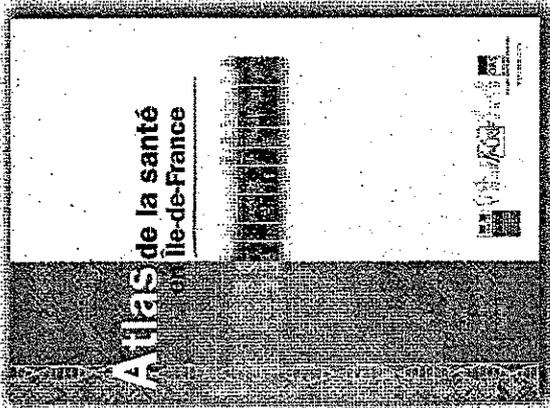
Santé et territoires :

de l'Atlas de la santé au SIG



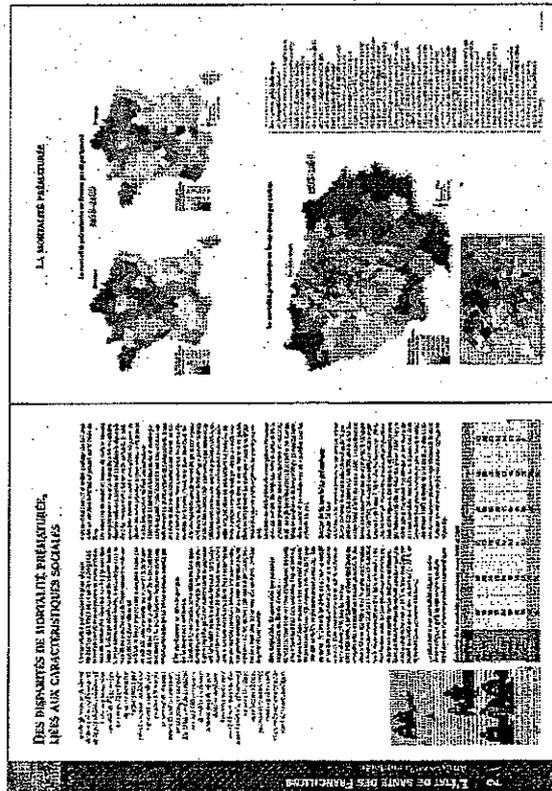
## ANNEXE 5

Centre du CRIES « Mesurer pour agir » : de l'Atlas de la santé au SIG



Observatoire régional de santé Île-de-France

Centre du CRIES « Mesurer pour agir » : de l'Atlas de la santé au SIG



Centre du CRIES « Mesurer pour agir » : de l'Atlas de la santé au SIG

L'Atlas : son contenu

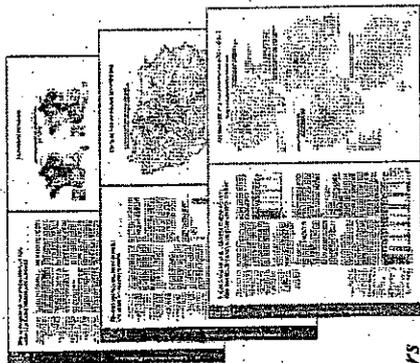
Chapitre 1 : Le contexte démographique et social

Chapitre 2 : L'état de santé des franciliens

Chapitre 3 : L'offre de soins en Île-de-France

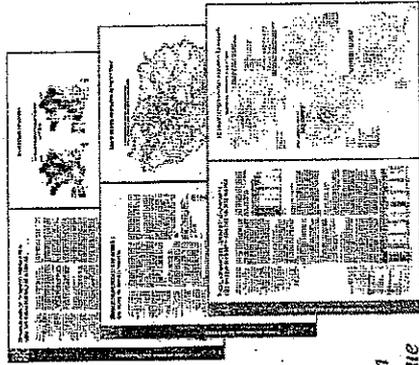
Chapitre 4 : La prise en charge des populations vulnérables

## L'Atlas : son originalité, son intérêt



- Premier du genre
- Mise en commun des connaissances, des études produites par différents partenaires ;
- Format commun : cartographie régionale systématique et analysée / commentée ;
- Mise en évidence de la spécificité régionale ET des disparités infra-régionales ;
- *Beau support – facile à feuilleter – diffusé largement auprès des décideurs et des élus locaux et régionaux.*

## L'Atlas : ses limites



- Construction longue : données pas toujours les plus récentes - actualisation difficile ;
  - Format statique – cartes figées – non interrogeables – régionales uniquement – en nombre limité ;
  - Taille réduite des cartes – pas de zoom possible – vite illisibles si superpositions d'informations.
- ⇒ *Poursuite du partenariat autour d'un outil informatique interactif et dynamique*



## Le SIG : ses atouts

- Outil évolutif – actualisation annuelle
  - *Élaboration commune : définition cartes et nouvelles fonctionnalités*
  - *Réunions semestrielles*
  - *Réflexions sur les bases de données, les problématiques à aborder*

### Le SIG : ses atouts

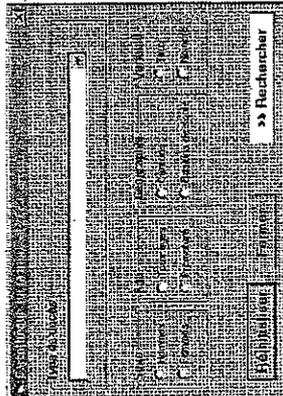
- Outil évolutif – actualisation annuelle
- Nombre de cartes non limitées ;

Exemple : Pour la mortalité

Dans Atlas :  
4 planches

Dans SIG :

1 cartothèque = 72 cartes  
L'utilisateur peut choisir la  
variable à cartographier et  
l'échelon géographique



### Le SIG : ses atouts

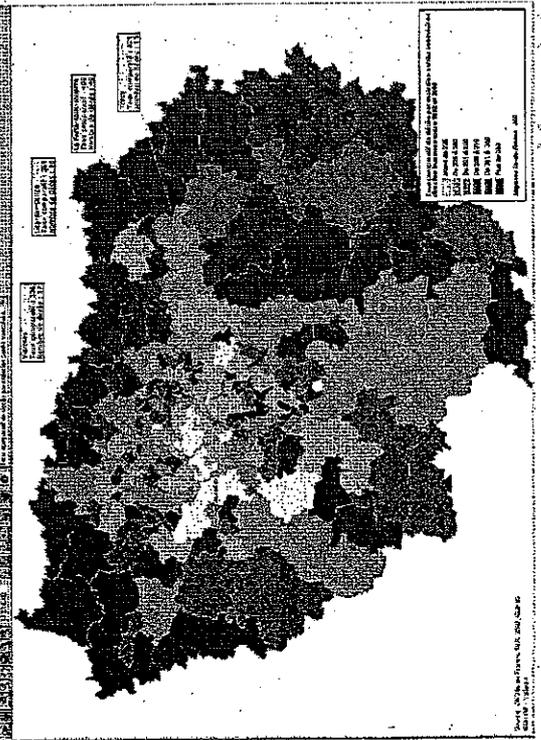
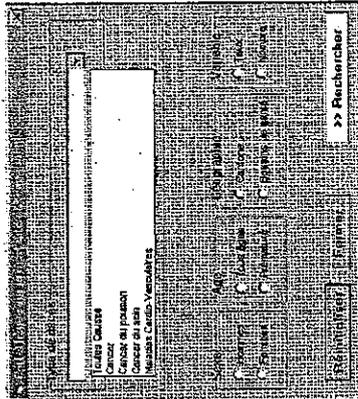
- Outil évolutif – actualisation annuelle
- Nombre de cartes non limitées ;

Exemple : Pour la mortalité

Dans Atlas :  
4 planches

Dans SIG :

1 cartothèque = 72 cartes  
L'utilisateur peut choisir la  
variable à cartographier et  
l'échelon géographique



### Le SIG : ses atouts

- Outil évolutif – actualisation annuelle
- Nombre de cartes non limitées ;
- Fonction calque → superposition de couches thématiques ;
- Fonction zoom (+ variation de l'information cartographiée selon échelle)
- Cartes et bases de données interrogeables

### Le SIG : ses atouts

- Diagnostics territoriaux simples et rapides ;
- Croisement de données, superposition de couches ;
- Interrogation rapide de bases de données riches et exhaustives ;
- Représentation cartographique immédiate ;
- Sélection d'entités selon critères.

04 10 04

### Le SIG : ses limites

- Outil évolutif – Actualisation annuelle – Bases de données riches
  - Mais diffusion restreinte
- Outil interactif – Interrogation des cartes – Navigation
  - Mais minimum de technicité nécessaire
- Fonctionnalités techniques intéressantes
  - Mais minimum de technicité nécessaire

04 10 04

## Plan de l'intervention

### I. Apports de l'Enquête Décennale Santé

### II. Méthodologie

1. Collecte et questionnaire
2. Les limites du déclaratif : exemple de la mesure de l'obésité

### III. PRSP et mesure des inégalités de santé : exemples de la nutrition et de l'obésité



L. Joluzot, C. Debout

Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007



## Apports de l'Enquête Décennale Santé

### Objectifs :

- Repérer et mesurer les consommations médicales des individus
- Evaluer les comportements individuels en matière de santé



L. Joluzot, C. Debout

Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007



## L'enquête décennale santé 2002-2003 et la mesure des inégalités de santé

Laurence Joluzot, Corinne Debout, INSEE, Ile de France

## Apports de l'Enquête Décennale Santé

Enquêtes en population générale et multi thèmes :  
Baromètre Santé, enquête Santé et Protection sociale,  
Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie

- > Sources administratives : données de l'Assurance maladie
- > Enquêtes sur des thématiques de santé spécifiques :  
VIH-Sida, consommation de tabac
- > Enquêtes sur des populations spécifiques :  
personnes sans-domicile, personnes âgées

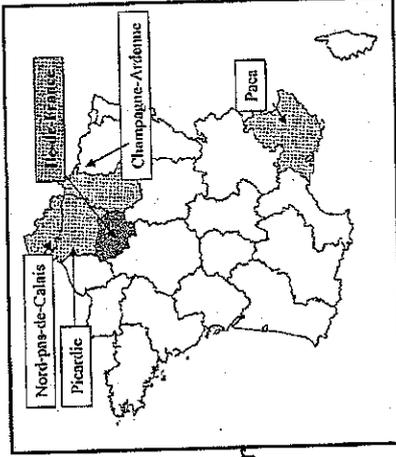
## Méthodologie de l'Enquête Décennale Santé

Mode de collecte :

- > Enquête à vague : collecte en 5 vagues d'enquête, d'octobre 2002 à septembre 2003
- > Une enquête = 3 visites d'enquêteur sur une période de 8 semaines
- > Collecte assistée par ordinateur
- > En face à face + carnet individuel de soins + auto questionnaires
- > Questionnement des adultes strictement individuel

## Méthodologie de l'Enquête Décennale Santé

Extension de l'échantillon national dans 5 régions dont l'Ile-de-France



9 200 individus au niveau de la région (40 000 au niveau national) soit 3 800 ménages

Cofinancement de l'extension francilienne par la DRASS, l'URCAM, la CRAM et l'ARH (ORS pour le partenariat d'études)

## Méthodologie de l'Enquête Décennale Santé

Questionnaires :

- > Description du ménage et du logement, revenus, protection sociale
- > Etat de santé général, gênes et handicaps, passé médical, maladies chroniques ou autres, problèmes de santé, poids et taille
- > Consommations médicales (carnet de soins)
- > Déficiences et incapacités, prévention

## Méthodologie de l'Enquête Décennale Santé

- Examen de santé proposé aux enquêtés de 18 ans et plus dans les 5 régions à extension d'échantillon
- Réalisés par les Centres d'exams de santé (CES)
- 750 bilans réalisés en Ile-de-France (1889 pour l'ensemble de la France métropolitaine)

Page 3



L.Jaluzot, C.Debout

Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007

INSEE

## Méthodologie de l'Enquête Décennale Santé

la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

$IMC = \text{poids (en kg)} / (\text{taille en mètres})^2$

Classification	Indice de masse corporelle (kg/m <sup>2</sup> )
Insuffisante pondérale	Moins de 18
Poids "normal"	18 à 24,9
Excès de poids	25,0 à 29,9
Obésité	30 ou plus

Page 11



L.Jaluzot, C.Debout

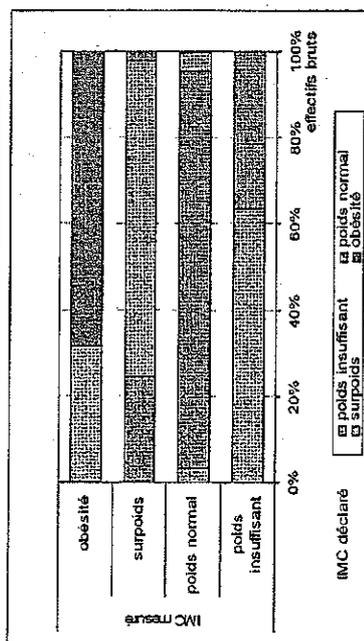
Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007

INSEE

Les limites du déclaratif dans l'EDS : exemple de la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Répartition de l'IMC réel (mesuré) selon l'IMC déclaré



Source: Enquête Santé Insee 2002-2003 (questionnaires individuels et bilans de santé)

Page 11



L.Jaluzot, C.Debout

Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007

INSEE

PRSP et mesure des inégalités de santé: exemples de la nutrition et de l'obésité

➤ Axe prioritaire 3 : « Promouvoir les comportements favorables à la santé »:

Objectif 23 : Prévenir l'obésité infantile notamment par l'éducation critique à la consommation et dépister le surpoids chez l'enfant

Objectif 24 : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée.

Objectif 25 : Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées.

Page 12



L.Jaluzot, C.Debout

Enquête décennale santé

CRIES du 27/09/2007

INSEE

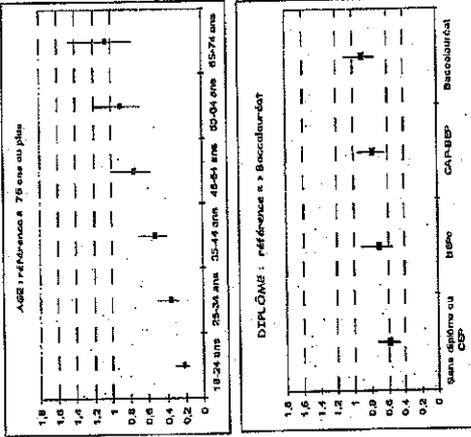
### PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de la nutrition

> 8 Franciliens sur 10 estiment avoir une alimentation équilibrée, mais 1 Francilien sur 5 déclare ne manger ni fruits, ni légumes verts quotidiennement

- > Habitudes alimentaires et perception de l'équilibre alimentaire :
- la perception de l'équilibre de l'alimentation s'améliore avec l'âge
- la consommation de fruits, légumes verts et poisson augmente avec l'âge et...
- ...est plus fréquente chez les femmes, à tout âge

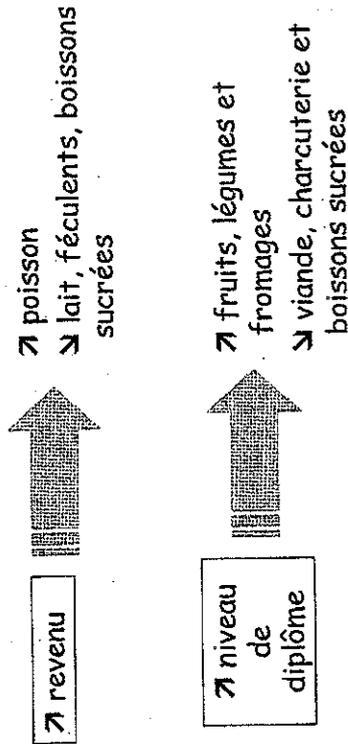
### PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de la nutrition

Consommation quotidienne de légumes verts / non-consommation quotidienne de légumes verts



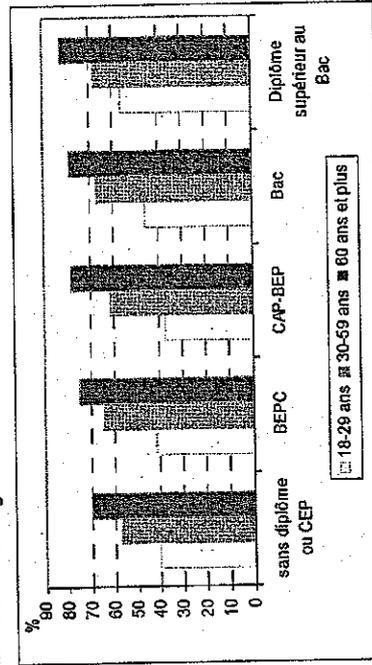
### PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de la nutrition

Habitudes alimentaires : influence du milieu social



### PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de la nutrition

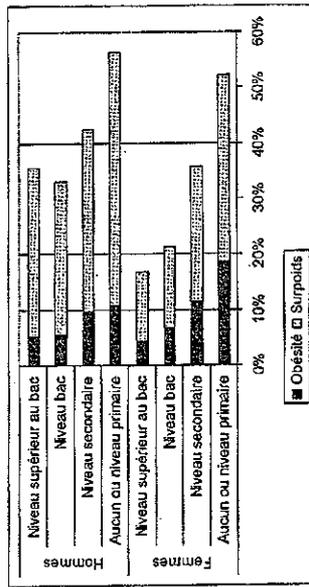
Avoir un diplôme de niveau supérieur au bac favorise la consommation quotidienne de légumes



## PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de l'obésité

lien entre niveau d'études et obésité, plus marqué chez les femmes

% de personnes en surpoids ou obèses selon le niveau de diplôme

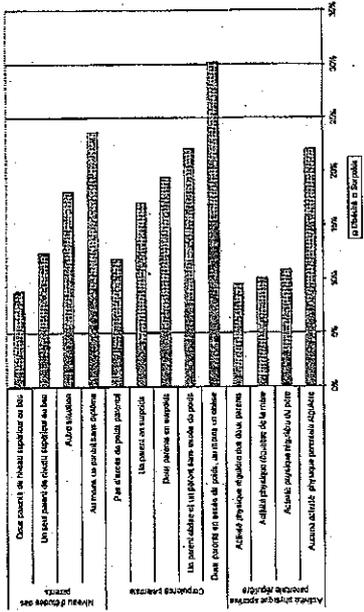


Source: Enquête Décennale santé 2002-2003

## PRSP et mesure des inégalités de santé: exemple de l'obésité

l'environnement familial influe sur la corpulence des enfants

% des enfants (2-17 ans) en surpoids ou obèses



Source: Enquête Décennale santé 2002-2003

## Regards sur... la santé des Franciliens

**ILE-DE-FRANCE**  
regards sur...  
l'état de santé des franciliens

- ↳ Morbidité perçue
- ↳ Santé mentale
- ↳ Travail et santé
- ↳ Qualité de vie des personnes âgées
- ↳ Dépistage et vaccination
- ↳ Nutrition
- ↳ Surpoids et obésité
- ↳ Alcool et tabac
- ↳ Recours aux soins



## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ISS - (Ile-de-France)

Commission de la Santé, de la Solidarité et des Affaires  
Sociales - Avril 2006 - Juillet 2007

Conseil Économique et Social de l'Ile-de-France

- 87 -

1

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- Santé : deux éléments dans l'analyse
  - la mortalité : la mort, borne incontournable, intervient et marque des durées de vie différentes qui résultent des conditions physiques, psychiques, matérielles... dans lesquelles vivent les personnes d'où l'expression espérance de vie, ou nombre d'années à vivre conçue comme l'expression synthétique de tous les processus à l'œuvre dans la vie de chacun - Années potentielles de vie en santé
  - la morbidité sur deux volets :
    - ✓ à partir des états pathologiques enregistrés dans des registres épidémiologiques (INSERM...)
    - ✓ à partir d'indicateurs établis à l'issue d'enquêtes (INSEE, IRDES...) portant sur la santé perçue, la morbidité déclarée, les restrictions d'activité, les différentes formes de recours aux soins ... Des enquêtes touchant des domaines spécifiques sont également menées (santé psychique ...)

3

## ANNEXE 7

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ - ISS

Deux ordres de faits rendent compte de leur actualité récente

- o La permanence actualité de la précarité avec le cortège de faits pathologiques qui l'accompagne et leur correction incomplète malgré l'arsenal d'accès aux soins mis à la disposition des personnes.
- o L'analyse des relations entre la santé et le positionnement social. Conduites surtout au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, plus tardivement en France, ces analyses contribuèrent à construire le concept de gradient social de santé selon lequel, l'espérance de vie est d'autant moins favorable et la fréquence des maladies d'autant plus grande, que les personnes appartiennent à des catégories sociales défavorisées.

2

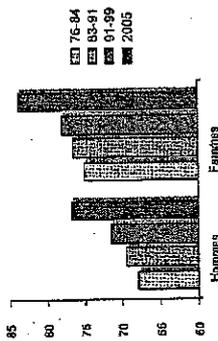
## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ - ISS

- Il - Caractérisation Sociale : complexe et forcément simplificatrice, elle comme les évolutions propres aux trajectoires individuelles :
  - la plupart des études se rapportent, à titre principal, aux professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE. Les principaux pays d'Europe dont le R-U ont la même approche
  - dans d'autres études les niveaux de revenu, d'éducation, d'activité, les lieux de résidence ... ou des éléments décrivant les liens sociaux sont des grands utilisés. Des pays comme les E-U font également référence aux origines ethniques

4

### ISS - Espérance de vie (EdV)

Elle augmente régulièrement : l'écart entre hommes femmes tant à se réduire (EdV à la naissance)

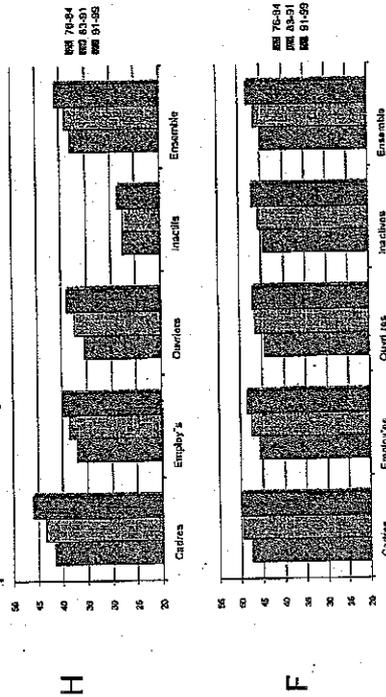


L'Île-de-France est la région de France où l'EdV des hommes est la plus élevée (depuis 2002)

	Métropole	IdF	75	77	93	92
H	75,7	77,3	78,1	75,8	76,1	78
F	82,9	84,2	>	82,2	82,8	>

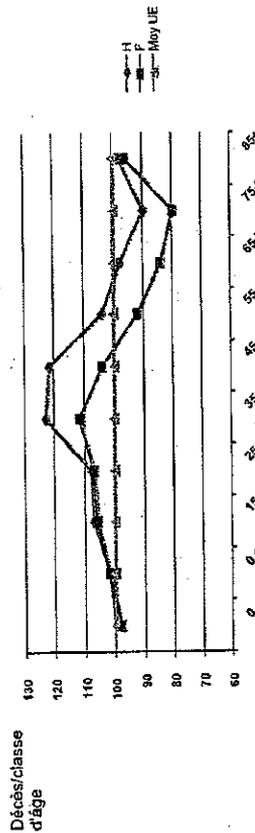
### ISS - Espérance de vie (EdV - 2)

Elle varie avec la catégorie socioprofessionnelle des personnes (EdV à 35 ans)



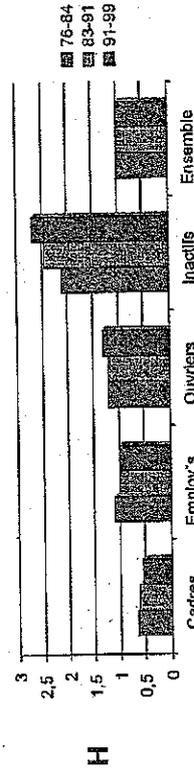
### ISS - EdV 4 : La mortalité avant 65 ans ("mourir avant de vieillir") - I

Un paradoxe français : l'observation de la meilleure espérance de vie (pour les H et F) en Europe après 65 ans associée à une plus grande mortalité avant cet âge. En 2000, sur 535 000 décès, 21% étaient observés avant 65 ans.



### ISS - EdV 4 : La mortalité avant 65 ans ("mourir avant de vieillir") - II

L'index standardisé de mortalité (ISM) apporte l'information d'une mortalité + ou - grande dans une catégorie par rapport à la population générale (pour une tranche d'âge donnée notamment)



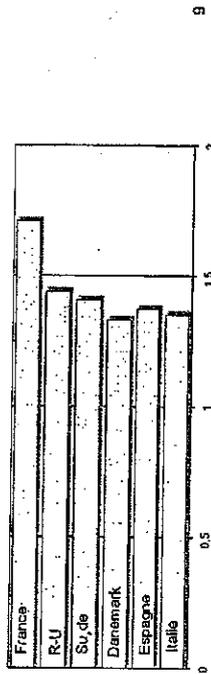
Un ISM à 0,6 observé chez les cadres signifie 2 fois moins de décès au même âge (tranche 45-59 ans) dans cette catégorie par rapport aux ouvriers (ISM 1,2) et presque 5 fois moins que chez les inactifs (ISM 2,7) (d'après Kunst et al - 1998).

### ISS - EdV 5 : La mortalité avant 65 ans - III

Trois plans à l'analyse de la mortalité avant 65 ans, dite encore "mortalité évitable" :

**I - Les pathologies qui en sont responsables** : par ordre décroissant, les cancers surtout (voies aériennes chez l'H, sein chez la F), les pathologies cardio-vasculaires, les morts violentes (suicide, circulation...), les pathologies liées à l'alcoolisme (cirrhose...)

**II - Les Professions et Catégories Socio-Professionnelles - PSC**  
Le rapport de surmortalité entre manuels/non manuels établi entre différents pays européens : notre pays est au 1<sup>er</sup> rang



### ISS - EdV 6 : La mortalité avant 65 ans - IV

**II - La distribution selon les PCS :**

- la diminution de surmortalité observée dans une période récente, résultat des politiques de soins et prévention, n'est pas équivalente pour les personnes et dépend des PCS auxquelles elles appartiennent (comparaison 1979-85/1987-93)

	Ouvriers/E mployés	Cadres Prof Lib	Surmort. Ouv/Cadres
Cancers	- 1 %	- 21 %	3,1
Card-Vasc	- 19 %	- 60 %	2,45
Morts Viol	- 8 %	- 24 %	2,55
Ensemble	- 7 %	- 16 %	2,8

### ISS - EdV 7 : La mortalité avant 65 ans - V

**III - La distribution territoriale de la surmortalité**

Sa diminution a été sensible entre les périodes 1980-82 et 1998-00 (en %) mais elle est inégale selon les territoires

	Paris	93	78	IdF	Metro
H.	- 35,5	- 28,3	- 33,9	- 32,1	- 29,5
F	- 33,1	- 27,2	- 27,1	- 30,3	- 28,4

### Décès Évitable - Hommes

Pour 100 000 ouvriers-employés (25-54 ans) de sexe masculin

239 décès sur 366 soit 65% seraient évités si la mortalité était celle des cadres, soit :

85 cancers, dont 22 cancers du poumon et 29 des VADS (bouche... larynx)

34 décès cardio-vasculaire

36 accidents, 25 suicides, 22 décès par alcoolisme (dont cirrhose)

(Dr Annette Leclerc - Dr Recherche INSERM)

### ISS - La morbidité - I

La problématique de cette question : définir des indicateurs globaux de santé → situer l'état des personnes vivantes dans leur "situation de santé"

Deux approches :

- les enquêtes cherchent à établir l'état de santé des personnes à partir d'indicateurs globaux : **santé perçue**, nombre de maladies chroniques et réduction d'activités, enfin l'accès aux soins. Elles sont menées par l'INSEE, l'IRDES ... en coordination avec les organisations européennes (et OMS Europe).

- les études épidémiologiques dans certains domaines dont celui ayant trait à la sphère psychique

13

### ISS - La morbidité - III

La perception négative de la santé est en relation avec les maladies (chroniques ou non), les restrictions d'activités ou les incapacités mais la fréquence rapportée de cette perception, toutes choses étant égales par ailleurs, est modulée par les caractéristiques sociales :

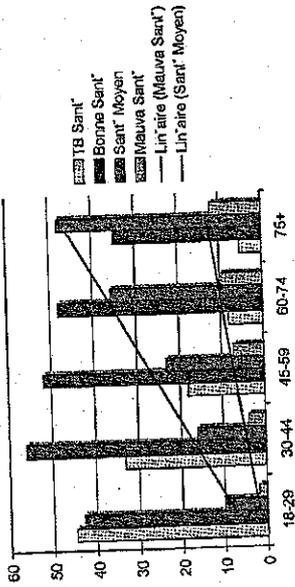
- selon le niveau d'éducation elle est deux fois plus souvent rapportée lorsqu'on compare les personnes avec CEP à celles issues de l'enseignement supérieur,
- selon le niveau de revenu, elle est une fois et demi plus souvent rapportée s'il est égal au SMIG
- selon l'activité, elle est une fois et demi plus souvent rapportée lorsqu'on compare une personne au chômage à une personne en activité.

La perception négative de la santé → sentiment de mal-être dans lequel se conjuguent, au poids des maladies, la situation sociale des personnes... surtout lorsqu'elle est défavorable (éducation, emploi, chômage...)

- 90 -

### ISS - La morbidité - II

Santé perçue



	H %	F %	Ens %
TB Santé	28	21	74
Bonne Santé	48	49	
Moyenne Santé			
Mauvaise Santé			
Lin'aire (Santé Moyen)			

- les données réunies sur le nombre de maladies et les restrictions d'activité (et incapacités) reproduisent des évolutions voisines mais ne se recoupent pas systématiquement avec la perception de la santé

14

(Enquête Décennale INSEE 2003)

### ISS - une étude "princeps" sur le gradient social de santé jeta les bases de l'épidémiologie sociale - I

- grâce au suivi longitudinal de santé (1970-80) de sujets (cohorte) appartenant à différents milieux sociaux en Grande-Bretagne - rapport Black -, il fut montré que si globalement EdV et morbidité évoluèrent favorablement dans ces dernières années, les différences observées entre manuels (classe V) et non manuels (classe I) n'eurent aucune tendance à se réduire, les premiers ayant par exemple une probabilité 2,5 plus grande de mourir avant l'âge de la retraite.

16

## ISS - nombreuses études suivirent le rapport Black ... - II

- le rapport Black inaugura toute une série d'études :
  - "Health Divide Report" reprit et confirma à distance les données du rapport Black et montra que la santé psychique est une donnée à considérer
  - "Whitehall study" : cohorte de fonctionnaires suivie sur plus de vingt ans chez lesquels le gradient social de santé était en lien direct avec les niveaux hiérarchiques et confirma que la dimension psychique était une donnée à retenir
  - la cohorte Gazel en France
  - conduite en partenariat par l'Inserm et les services médicaux EDF-GDF, constituée de volontaires (H & F) de tous niveaux professionnels, elle est particulièrement riche du fait des domaines explorés (situation professionnelle et facteurs de risques, santé physique, santé perçue, santé psychique, histoires personnelles ... )
  - d'autres études menées en Scandinavie, aux Etats-Unis ...

17

## ... d'où le constat d'une nécessaire prise en compte de d'autres facteurs dont ceux ayant trait à une approche psycho-sociale - "Épidémiologie sociale" - II

- Des déficits touchant à deux grands groupes de facteurs émergent en effet de beaucoup d'analyses :
  - ✓ - facteurs touchant au "capital social" : ensemble de ressources dont disposent les personnes, disponibilité de l'entourage, capacité d'accès à des services publics ou informels de solidarité locale ou communautaire ...
  - ✓ - facteurs touchant au "support social" : soutien apporté par le réseau de parenté, d'amitié ou de soutien communautaire, réseau associatif syndical ou politique... ; réseau professionnel ... tous éléments susceptibles de rompre l'isolement des personnes et conduire à une meilleure estime d'elles-mêmes.

19

## ...qui débouchèrent sur certains constats appelant à une approche multifactorielle des ISS - "Épidémiologie sociale" - I

- 1er constat : les facteurs liés aux caractéristiques socio-économiques telles que :
  - conditions de vie présentes (pauvreté, logement, travail, risques professionnels ...) ou passées (nutrition dans l'enfance, suivi périnatal ...) ; modes de vie (tabac, alcool, alimentation...) ou défaut de recours aux soins
- sont importants mais insuffisants cependant pour rendre compte de l'ampleur des inégalités de santé entre les catégories sociales

18

## Les réponses politiques aux inégalités sociales de santé (ISS) - I

- Très inégales selon les pays, affichées comme un enjeu central de santé publique dans les pays de l'Europe du Nord, les réponses ont été plus tardives dans certains pays comme le nôtre.
- Les ISS sont aujourd'hui abordées dans plusieurs registres :
  - ✓ - leur meilleure connaissance : plusieurs unités de recherche (de l'INSERM surtout) en font leur thème central, des programmes sont lancés à l'échelon national (IRDES) et européen ; une littérature abondante aborde le sujet dans ses différentes dimensions ... dont l'exploitation des données de santé (INSEE ...) en référence aux données sociales. Le "laboratoire épidémiologique" qu'est la cohorte Gazel et les études menées sur les ZUS de l'Île-de-France illustrent l'important investissement fait sous cet angle ;
  - .../...

20

## Les réponses politiques aux inégalités sociales de santé (ISS) - II

- .../...
- ✓ - la loi de santé publique adoptée en France en 2004 (après des décades d'élaboration ...) a inscrit les ISS parmi les 100 objectifs à retenir pour les 5 ans à venir ... mais ne les a pas placées à un rang prioritaire au même titre que la lutte contre le cancer par exemple. Deux organes ont la charge la mise en œuvre de la politique générale de Santé Publique :
  - la Conférence Régionale de Santé Publique (Sept 2004) qui élabore le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) ; outre les objectifs généraux de la loi, elle a inscrit dans ses objectifs une action spécifique en direction "des personnes en situation de vulnérabilité sociale".
  - le Groupement Régional de Santé Publique, organe de gouvernance, il réunit les moyens déconcentrés de l'État et a la charge de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions retenues dans le PRSP

21

## Les réponses politiques aux inégalités sociales de santé (ISS) - IV

- Dans l'étape présente deux grandes orientations vont devoir être privilégiées pour tendre à mieux inscrire politiquement la lutte contre les ISS
  - ✓ 1 - une meilleure convergence des actions menées par les différents acteurs : elle devrait être obtenue avec l'adhésion de la Région au GRSP, à partir de laquelle, coordination, suivi et évaluation des actions devraient être plus efficacement assurées
  - ✓ 2 - faire en sorte, que les actions en direction des personnes, dont celles en situation sociale difficile, s'organisent dans des structures dans lesquelles l'administration du soin soit assorti d'un souci de gestion des approches psycho-sociales, ceci visant à une certaine restauration de l'autonomie des personnes et à une meilleure estime d'elles-mêmes, gages indispensables à une gestion plus satisfaisante de leur propre santé. Les Ateliers Santé-Ville, d'autres structures aussi, répondent à ces soucis et méritent qu'on les préserve.

23

## Les réponses politiques aux inégalités sociales de santé (ISS) - III

- La Région pour ce qui la concerne, et bien que n'ayant pas de compétences propres en matière de Développement Social et Santé a inscrit des actions variées dans différents domaines, en liaison avec certaines communes et collectivités territoriales :
- politiques orientées vers un meilleur accès aux soins (maisons médicales, centres de santé, aides à l'installation ...)
  - politiques en direction de certaines catégories de population, personnes âgées, handicapés, enfance (obésité...), familles monoparentales
  - aide à la lutte contre les addictions politiques de prévention et d'éducation à la santé (SREPS)
  - soutien aux réseaux médico-sociaux dont en particulier les Ateliers Santé-Ville

22

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)

Au préalable de l'exposé, rappeler quelques phrases de la Charte de l'OMS dite d'Ottawa - (1946, modifiée en 1986). Nos lois s'écrivent en référence à la charte.

- o - " la santé perçue comme un état complet de bien-être physique, mental et social" ... "comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie"
- o - " la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir se loger, accéder à l'éducation, disposer d'un certain revenu, avoir droit à la justice sociale ...etc"
- o - "... la "bonne santé" est une ressource majeure pour le développement social, économique, individuel et une importante dimension de la qualité de la vie"

24

... ce qui amena à l'étude d'autres facteurs  
"Épidémiologie sociale" - III

- ✓ la position hiérarchique dans le milieu professionnel est un facteur d'importance d'ISS que mettent en évidence certaines études : cohorte Gazel
- ✓ le lieu de résidence joue un rôle dans la mesure où, à niveaux égaux de revenus, éducation, accueils aux réseaux de soins superposables..., des ISS sont observés dans certains groupes de personnes : études américaines et françaises (ZUS de l'île-de-France).
- ✓ l'existence de certaines pathologies dans certains milieux défavorisés, dont "l'épidémie d'obésité" sensible chez les enfants, particulièrement en île-de-France
- ✓ ... d'autres études enfin dont certaines sur la fréquence du cancer du sein chez la femme et son lien avec les catégories sociales (étude Gazel)
- ...



## Le Programme d'Etudes et de Statistiques du PRSP Ile-de-France

### Contexte et méthode

En Ile-de-France, le plan régional de santé publique (PRSP) et son programme d'études et de statistiques (PES) ont été élaborés de façon concomitante entre 2004 et 2006.

Bien qu'objet d'un point spécifique dans la circulaire PRSP de septembre 2004 (cf. encadré ci-dessous), la définition du PES est assez large, d'où la nécessaire clarification de plusieurs points pour le groupe de travail en charge de son élaboration, en particulier concernant :

- l'adaptation des travaux du PES en fonction de l'état d'avancement du PRSP - le PES constituant un des éléments du plan régional ;
- la détermination du périmètre couvert par le PES : s'agissait-il d'appliquer stricto sensu la circulaire ou de bâtir un programme permettant le suivi du PRSP - y compris les éléments de sa mise en œuvre ;
- la définition du produit final attendu ;
- l'articulation entre le PES et la Conférence régionale de santé dont une des missions est l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique pour laquelle elle a constitué un groupe de travail (« formation spécialisée ») en octobre 2006 ;
- les modalités de prise en compte du PES par le Groupement régional de santé publique en charge de la mise en œuvre du PRSP.

*A ce jour, la clarification sur ces deux derniers points reste d'actualité.*

**Au final, c'est un premier document programme structurant l'observation sanitaire en Ile-de-France pour les cinq prochaines années qui a été élaboré, en s'appuyant principalement sur les trente objectifs du PRSP<sup>1</sup>.**

Les principaux résultats et enseignements de cette démarche ainsi que les perspectives sont présentés dans cette synthèse.

#### Une organisation partenariale...

Un groupe technique a été constitué afin d'élaborer le PES. Il présente l'avantage de rassembler deux versants complémentaires de l'observation en santé, avec à la fois des producteurs de données sanitaires (URCAM, CRAMIF, DRASS) et des professionnels de l'analyse en santé publique (CIRE, ORS)

#### ...pour une réflexion partagée, articulée avec les travaux du PRSP

A partir des inventaires initiaux inscrits dans la circulaire PRSP, les travaux réalisés par le groupe PES - en même temps que le contenu du PRSP se précisait (avec la détermination de cinq axes prioritaires et trente objectifs régionaux de santé publique) - se sont orientés vers la recherche d'éléments permettant le suivi du PRSP, pour aboutir au final à :

- des propositions d'études qui pourraient être développées,
- des propositions d'indicateurs de suivi des objectifs et des actions du PRSP,
- des propositions d'indicateurs transversaux pour notamment apprécier l'état de santé des Franciliens et contextualiser les orientations prises par la région en matière de santé publique.

L'ensemble de ces travaux a été réalisé avec le concours des chefs de projet régionaux en santé publique, pilotes, chacun dans leur domaine d'attribution (addictions, santé mentale...), de la déclinaison des objectifs du PRSP en actions de prévention.

Quatre grands principes ont guidé les travaux sur les indicateurs : nombre restreint, disponibilité à un niveau géographique fin, pérennité et accessibilité des données.

#### Limites du PES

Le suivi des volets spécifiques du PRSP, comme le plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgences sanitaires ou le programme de santé des jeunes en milieu scolaire, n'a pas été intégré au champ du PES.

*Extrait de la circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique :*

**« Le plan régional de santé publique doit comprendre un programme d'études et de statistiques. Ce programme devra notamment prendre en compte les travaux statistiques et d'études réalisés au niveau régional dans le cadre des dynamiques partagées d'observation déjà mises en place et notamment des « plates-formes communes d'observation sanitaire et sociale » qui ont pour objet de recenser les informations statistiques et les études détenues par l'ensemble des partenaires impliqués dans ces politiques et qui sont susceptibles de contribuer à l'éclairage des déterminants de la situation régionale en matière de santé.**

Il est élaboré pour identifier les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région ainsi que pour accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP et contribuer à l'évaluation de leurs impacts.

Il est important que ce programme s'inscrive dans le PRSP dès son démarrage, pour que les aspects liés à l'observation et à l'évaluation soient d'emblée intégrés à la réalisation. La première version du PRSP devra comprendre les éléments suivants :

- un inventaire des études existantes dans le champ du PRSP ;
- un inventaire des compétences disponibles dans la région pour la réalisation des études et travaux d'observation de la santé.

Les modalités de réalisation des études et travaux d'observation projetés devront être précisément envisagées et, notamment, les partenaires intéressés, le mode d'élaboration des cahiers des charges et de choix des opérateurs, les délais envisagés et les modalités de suivi de chaque opération. »

## Constats et enseignements issus de l'élaboration du PES

### Deux niveaux distincts pour le suivi du PRSP : le suivi des objectifs et le suivi des actions

Les travaux ont mis en évidence deux niveaux distincts et complémentaires d'analyse pour le suivi du PRSP :

- le suivi des trente objectifs du PRSP ;
- le suivi des actions engagées pour répondre aux objectifs du PRSP - en terme notamment de pertinence et d'efficacité.

*Les indicateurs de résultat* déterminent dans quelle mesure le projet a atteint ses objectifs en mesurant les changements (d'état de santé, d'environnement, d'améliorations des pratiques professionnelles, de modifications des connaissances ou des comportements des publics...) directement liés aux objectifs du projet.

*Les indicateurs relatifs au processus* renseignent sur son déroulement mais aussi sur sa qualité.

*Les indicateurs d'activité* reflètent le bilan d'activité d'une action.

**Différents types d'indicateurs suivant le niveau d'analyse considéré :**

- essentiellement des indicateurs de résultat pour le suivi des objectifs,
- des indicateurs de résultat, processus et activité pour le suivi des actions.

**Exemple de l'objectif 23** : « Prévenir l'obésité infantile (0-11ans), notamment par l'éducation critique à la consommation, et dépister précocement le surpoids chez l'enfant »

*Indicateur de suivi de l'objectif* : évolution de l'indice moyen de masse corporelle (IMC)

*Indicateurs de suivi d'une\* des actions attachées à l'objectif 23 et consistant à « agir sur les représentations et les pratiques nutritionnelles des parents professionnels et enfants de 0 à 11 ans »*

- en terme de résultat : évolution de la consommation de fruits et de légumes
- en terme de processus : nombre et types de documents diffusés

\* Cf. fiche action n° 3-21-2 de l'appel à projets 2006

### Renouvellement régulier des exploitations régionales des grandes enquêtes santé en population générale

Concernant le suivi des objectifs du PRSP, trois principales orientations peuvent être soulignées :

**La nécessité de s'appuyer de façon pérenne sur les enquêtes santé en population générale**, et donc de disposer régulièrement d'échantillons de taille suffisante pour leur exploitation régionale. Ces enquêtes présentent en particulier l'avantage d'étudier en population générale le recours aux soins et/ou la perception (de l'état de santé, des risques sanitaires, expositions...).

Ainsi, le suivi de nombreux indicateurs du PRSP repose sur l'exploitation spécifique de quelques enquêtes en population générale, en particulier le Baromètre Santé (INPES) pour onze objectifs du PRSP (en matière de cancer, santé mentale, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, addictions, nutrition), mais aussi l'enquête SUMER<sup>2</sup> (DARES), l'Enquête périnatale (INSERM), les enquêtes KABP<sup>3</sup> (ORS) ou encore l'enquête ESCAPAD<sup>4</sup> (OFDT).

Deux autres enquêtes en population générale ont aussi été associées au suivi de plusieurs objectifs du PRSP, mais leur périodicité - décennale - est telle que leurs exploitations régionales ne pourront fournir que des éléments de situation initiale (c'est le cas de l'Enquête décennale Santé de l'INSEE - dont la dernière édition est actuellement en cours d'exploitation au niveau régional, et de l'Enquête nationale Nutrition Santé de l'InVS/USEN).

Les travaux confirment aussi tout l'intérêt des grandes bases de données, qui permettent notamment des analyses au niveau infra départemental. Il s'agit par exemple, des statistiques de décès (INSERM-CépiDC), du fichier des affections de longue durée (Assurance Maladie), des données relatives à l'activité hospitalière (PMSI), des déclarations obligatoires (InVS).

Ces données étant partagées entre les grandes institutions (URCAM, CRAMIF, DRASS, CIRE, InVS, INSEE, INSERM...), le travail partenarial représente une condition sine qua non pour la mise en oeuvre du suivi des objectifs du PRSP.

Néanmoins, le manque de données de morbidité, en particulier à un niveau géographique fin, associé au manque de données sur l'état de santé et les comportements des populations « à l'écart », « vulnérables »..., est en partie à l'origine de la **nécessité de développer des études pour améliorer les connaissances et permettre le suivi des objectifs du PRSP pour lesquels l'information est manquante ou encore trop imprécise à l'heure actuelle** - cette nécessité concernant plus de la moitié des objectifs du PRSP.

## Développement d'une culture de l'évaluation partagée par les financeurs et les porteurs d'actions

Outre l'intérêt des systèmes d'information pour rendre l'évaluation plus opérationnelle, *le suivi des actions financées par l'appel à projets 2006 - qui s'est appuyé sur les objectifs du PRSP - a démontré que la diffusion d'une culture commune de l'évaluation pour l'ensemble des acteurs participant au processus devait être poursuivie.*

Les résultats de l'appel à projets 2005 en matière d'évaluation sont cependant encourageants puisqu'ils semblent indiquer un renforcement du processus d'évaluation dans les pratiques des

porteurs d'actions - avec des dossiers d'évaluation rendus complets pour six sur dix d'entre eux. Ce renforcement serait le résultat conjugué de plusieurs démarches mises en œuvre pour faire évoluer la culture de l'évaluation (inscription de l'évaluation au sein de la charte du SREPS...).

C'est dans ce cadre favorable « d'ouverture au changement » que les travaux actuels engagés entre institutionnels et porteurs d'actions sur l'amélioration de l'évaluation devraient être amplifiés en 2007.

## Nécessité de resituer les éléments de suivi du PRSP dans leur contexte

L'extrême hétérogénéité entre les intitulés des objectifs du PRSP (du premier objectif : « promouvoir le dépistage des cancers féminins », au dernier : « améliorer la qualité de l'environnement »), n'a pas permis l'application du principe d'un nombre restreint d'indicateurs : au final, le programme d'études et de statistiques du PRSP en comporte un nombre conséquent.

Face à cette pléthore d'indicateurs, les échanges entre membres du groupe PES ont souligné les risques accrus d'interprétations erronées concernant notamment l'impact des actions financées pour atteindre un objectif du PRSP, et préconisé la nécessité d'analyses contextualisées.

Par exemple, le constat d'une évolution positive de la consommation en fruits et légumes suite à une action de terrain engagée pour « agir sur les représentations et les pratiques nutritionnelles des parents, professionnels et enfants de 0 à 11 ans » dans le cadre régional de la prévention de l'obésité infantile (cf. objectif 23 du PRSP), en même temps qu'une évolution (favorable) de l'IMC moyen de l'ensemble des jeunes Franciliens, pourrait être interprété en terme de relation de cause à effet, alors que d'autres actions ciblant l'obésité infantile ont eu lieu en même temps sur l'ensemble du territoire français.

Outre l'analyse de l'ampleur de l'action en terme notamment d'unités de temps (durée de l'action) et de lieu (étendue du territoire), la connaissance des éléments de contexte dans lesquels elle s'est déroulée est fondamentale pour orienter la décision politique.

## Des tâches identifiées pour une évaluation de qualité du PRSP

Les débats au sein du groupe PES ont également montré la nécessité d'une interprétation large du champ couvert par le programme d'études et de statistiques du PRSP (tel que défini dans la circulaire de septembre 2004), afin que la démarche de suivi du PRSP tende vers une démarche évaluative de qualité - dont la finalité pourrait être multiple (décisionnelle, informative...).

Dans l'optique d'une évaluation de qualité, les travaux ont identifié un certain nombre de tâches à réaliser, de différentes natures :

- *Faciliter la mise en place d'une démarche évaluative et son suivi :*
  - accompagner les différents acteurs vers une amélioration de la démarche évaluative, en particulier à travers un appui méthodologique aux chefs de projet et aux porteurs d'actions ;
  - répondre à leurs besoins de connaissances dans le champ du PRSP ;
  - définir les outils nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle de l'évaluation,

notamment des outils de type tableau de bord sous format informatique pour le suivi des différents éléments du PRSP, en s'appuyant sur les outils existants au niveau national ;

- élaborer des recommandations sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre opérationnel l'évaluation ;
  - suivre l'exécution des travaux, études et enquêtes dans le respect des cahiers des charges correspondants.
- *Elaborer des recommandations* sur les méthodes d'évaluation, en collaboration avec les experts et institutions compétentes, en incluant notamment un volet relatif à l'évaluation globale du PRSP (en particulier en matière médico-économique).
  - *Participer aux recommandations* sur la mise en place d'une plate-forme d'observation sanitaire en Ile-de-France.

La réalisation de tout ou partie de ces tâches pourrait être confiée à un comité régional d'évaluation placé auprès du Groupement régional de santé publique.

## Conditions pour une mise en œuvre opérationnelle du PES

### Des moyens humains

La mise en œuvre du PES nécessitera la mise en place d'une équipe comprenant des professionnels des différentes institutions concernées, qui devra probablement être étendue à d'autres compétences que celles déjà réunies au sein du groupe PES.

Dans ce cadre, une évaluation des besoins en ETP sera réalisée et soumise à l'avis du Groupement régional de santé publique.

### Des moyens matériels

En regard des moyens humains, des moyens matériels devront également être mis à disposition par les institutions, notamment en terme bureautique et informatique.

### Des moyens financiers

Outre des moyens financiers pour assurer la pérennité des échantillons régionaux des grandes enquêtes santé, les travaux du groupe PES montrent qu'il faudra commander des études spécifiques pour plus de la moitié des objectifs du PRSP car les données existantes sont insuffisantes - voire inexistantes

Une fois les estimations budgétaires réalisées pour les études à développer ou à pérenniser, le Groupement régional de santé publique aura à se prononcer sur le montant de l'enveloppe financière qu'il compte allouer à ce poste.

## Perspectives du PES

### En terme de mise en œuvre opérationnelle du suivi des éléments du PRSP en 2007

Le suivi des objectifs du PRSP dépendant notamment de la mobilisation des institutions productrices de données sanitaires (URCAM, CRAMIF/SMAMIF, CIRE/InVS, INSEE...), la réalisation d'un premier bilan pour fin 2007 n'est envisageable que sous réserve d'une demande officielle du Groupement régional de santé publique auprès de ces institutions afin de formaliser leur implication dans le PES et qu'elles puissent ainsi l'intégrer dans leurs programmes de travail respectifs.

Le suivi des actions du prochain appel à projets PRSP est en cours de réflexion au sein d'un groupe de travail rassemblant certains membres du groupe PES, plusieurs chefs de projet et un représentant de l'instance spécifiquement en charge de la gestion de l'appel à projets : l'équipe de soutien.

Ce travail devrait permettre d'obtenir un dossier d'évaluation des actions simplifié, partagé et opérationnel pour début 2007.

### En terme d'articulation avec d'autres instances régionales

Outre l'articulation avec l'équipe de soutien, d'autres devront être développées, en particulier avec les institutions déjà engagées dans des démarches d'évaluation (certaines directement en lien avec le PRSP). Ce sera le cas par exemple du groupe de travail ORS constitué dans le cadre du plan régional santé-environnement avec la mission d'élaborer un cahier des charges pour la mise en place d'un système d'information en santé-

environnement qui intégrera en priorité « les indicateurs mentionnés dans les actions du PRSE et du PRSP [...] afin de concourir notamment au suivi des actions. »<sup>5</sup>

La démarche d'évaluation devra aussi intégrer d'autres professionnels comme ceux regroupés au sein du SREPS ou du Pôle régional de compétences, pour, à la fois, enrichir et partager l'approche de l'évaluation.

### En terme de réflexions à engager, en particulier en matière médico-économique

La proposition d'une réflexion médico-économique approfondie et étendue à l'ensemble des éléments du PRSP fait suite à la demande<sup>6</sup> de la Conférence régionale de santé « que soient développés des

indicateurs médico-économiques permettant de mesurer les résultats des actions [engagées dans le cadre du PRSP] ».

Cette démarche devrait être initiée en 2007.

### Notes

<sup>1</sup> Plus précisément, 26 des 30 objectifs généraux du PRSP Ile-de-France ont pu être réellement considérés, quatre d'entre eux souffrant de la vacance d'un chef de projet au niveau régional (objectifs 7 à 10 relatifs à la naissance et à l'enfance).

<sup>2</sup> SUMER : surveillance médicale des risques professionnels.

<sup>3</sup> KABP : enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements notamment face au VIH/Sida.

<sup>4</sup> ESCAPAD : enquête sur la santé et les consommations de produits psychotropes (drogues illicites, alcool, tabac et médicaments psychotropes) lors de l'appel de préparation à la défense.

<sup>5</sup> Cf. l'action 35 du Plan régional santé-environnement Ile-de-France.

<sup>6</sup> Cf. l'avis de la Conférence régionale de santé d'Ile-de-France sur le Plan régional de santé publique - séance du 29 mars 2006.

# ANNEXE 9

PARTICIPANTS  
 QUATRIEME RENCONTRE "MESURER POUR AGIR" DU CRIES  
 La santé en Ile-de-France  
 27 septembre 2007

	NOM	PRENOM	ORGANISME	DEPARTEMENT OU VILLE
Mme	ACERBI	Christine	IAURIF	PARIS 15ème
Mme	ALLIBE	Mariette	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
M.	ATLAN	Guy	CESR	PARIS
	BABIKIR	Nourene	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
	BAH	Assiyatou	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	BAVAY	Francine	CONSEIL REGIONAL	Ile de France
Mme	BEJANIN	Fabienne	SANTE	AUBERVILLIERS
Mme	BEQUET	Sonia	MAIRIE	AUBERVILLIERS
Mme	BERTHON	Chrystelle	MAIRIE - CCAS	EPINAY SUR SEINE
Mme	BOISGUERIN	Bénédicte	DREES	
Mme	BONNARME	Julie	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
M.	BOO	Nicolas	Ville de Paris DASES	
M.	BOUCHERAT	Jean-Claude	CESR	PARIS
Mme	BREMENT-MARCHESSAU	Marilyne	Communauté agglomération de SQY	
Mme	BURGEI	Emmanuelle	DDASS	MELUN
Mme	CHAMBOREDON	Hélène	DRASSIF	PARIS 19ème
M.	CHAUVIN	Pierre	INSERM	PARIS
Mme	COLLIN	Christel	INSEE	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	COTTEZ	Marie-Laure	Membre conférence régionale santé	ORMESSON
Mme	D'ACREMONT	Marie-France	DRASS	PARIS
Mme	DEBROISE	Blandine	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
M	DESCOINS	Patrick	DRASS	TOULOUSE
M	DESCOLONGES	Pierre-Marie	CRIES	PARIS
Mme	DESSARDINS	Anne-Laure	CRIF	PARIS
Mme	DEWEERTD-PHLIX	Claire	MAIRIE - service jeunesse et vie sociale	VINCENNES
Mme	DRUELLE	Sylvie	DRASS	PARIS
Mme	FAYOLLE	Laure	MAIRIE	CLICHY LA GARENNE
Mme	FLAGEUL	Bénédicte	Sidaction	
Mme	FORET	Marie-Christine	INSEE	SAINT QUENTIN EN YVELINES
M	FUCHS	Pascal	CONSEIL GENERAL	HAUTS DE SEINE
M	GARDEY	William	CPAM	PARIS 19ème
Mme	GOYAUX	Nathalie	CONSEIL REGIONAL Ile de France	PARIS 7ème
Mme	GREMY	Isabelle	ORS Ile de France	PARIS 15ème
Mme	GROSSET	Ghislaine	DASES	PARIS
Mme	GROULT	Séverine	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	GUELLAUT	Maryange	MAIRIE - point accueil prévention santé	VILLETANEUSE
Mme	GUICHARD	Anne		
Mme	HARITI	Colette	DREES	
Mme	HENRICH	Anne-Marie	CNRSMS	CHATENAY-MALABRY
M	ISNARD	Hubert	DRASS	PARIS
Mme	JACQUINOT	Guylaine	CRIES	PARIS
Mme	JALUZOT	Laurence	INSEE	PARIS
Mme	JOLLY	Dorothee	DREES	
M	LACOSTE	Gérard	IAURIF	PARIS
Mme	LAUZANNE	Marie	CRIES	PARIS
Mme	LECOQ	Maryline	URIF CFE-CGC	
M.	LEMAB	Guillaume	CONSEIL GENERAL	BOBIGNY
M	LEOTARD	Corentin	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	LESASSIER	Claire	MAIRIE	NEUILLY SUR SEINE
Mme	LESELLIER	Stéphanie	IAURIF	PARIS
Mme	L'HELGOUALC'H	Marie-Claire	DRASS	PARIS
Mme	LUCAS	Eliane	MAIRIE - VIE SOCIALE	VINCENNES
Mme	MALLET	Marie	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	MANGENEY	Catherine	IAURIF	PARIS
Mme	MARCHAND	Sylvie	CRIES	Ile de France
Mme	MARTIN	Priscilla	Université St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
M	MATHEY	Francis	CESR	PARIS
Docteur	MENAGER	Marie-Pierre	CONSEIL GENERAL	HAUTS DE SEINE
M.	MICHEL	Claude	CRIES	Ile de France
Mme	MISCHLICH	Danièle	DRASSIF	PARIS 19ème
M	MOISAN	Yann	CRAMIF - CEDAS	PARIS 19ème
M	MORNET	Christophe	CPAM	VAL DE MARNE
Mme	NEDAUD-PLANADE	Nicole	CRIES	PARIS

Mme	NEEL	Clémence	Universite St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	PAPIN	Lauriane	Universite St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	PAULIAC	Nathalie	EPAMARNE	MARNE LA VALLEE
M.	PELTIER	Michel	DRASS	Ile de France
Mme.	PERIA	Catherine	CESR	PARIS
Mme	PITROU	Frédérique	CNRSMS	CHATENAY-MALABRY
Mme	SAMUEL	Olivia	Universite St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	SAUVAGE	Claire	Conseil général 92	
Mme	SOGUET	Karine	Universite St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES
Mme	STAWINSKI	Adeline	Universite St Quentin	SAINT QUENTIN EN YVELINES