

GUIDE À DESTINATION DES MAÎTRES D'OUVRAGE D'UN **DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ**



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

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

SOMMAIRE

OBJECTIFS ET MÉTHODE	2
LES DIAGNOSTICS LOCAUX DE SANTÉ (DLS) : UNE ÉTAPE INDISPENSABLE D'UNE DÉMARCHE DE PROJET	3
CHAMP DES DLS	5
PRÉPARATION D'UN DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ	7
RÉDACTION D'UN CAHIER DES CHARGES.....	7
DÉFINITION DU PROTOCOLE DE DIAGNOSTIC.....	8
L'IMPORTANCE DU RÔLE DU MAÎTRE D'OUVRAGE.....	8
MISE EN PLACE D'INSTANCES DE PILOTAGE ET DE TRAVAIL ET DÉSIGNATION D'UN RÉFÉRENT.....	9
RESPECT DES RÈGLES DE BONNE PRATIQUE.....	9
MOBILISATION DES ACTEURS ET MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE	10
COMBINAISON D'APPROCHES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	11
ANALYSE DE DONNÉES QUANTITATIVES DISPONIBLES ET LIMITES.....	11
RECUEIL DE DONNÉES QUANTITATIVES ET LIMITES.....	12
APPROCHES QUALITATIVES ET LIMITES	13
PRÉPARATION DE L'APRÈS DIAGNOSTIC	14
SYNTHÈSE : LES POINTS DE VIGILANCE ET LES FACTEURS DE RÉUSSITE DANS LA RÉALISATION D'UN DLS	15

OBJECTIFS ET MÉTHODE

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a proposé à la Direction générale de la santé (DGS) du Ministère de la santé et des sports, d'élaborer, à partir d'une analyse critique des diagnostics locaux de santé (DLS) réalisés par les ORS, un guide de recommandations à l'usage des maîtres d'ouvrage de diagnostics locaux de santé.

Ce travail repose :

- sur un inventaire exhaustif des démarches de diagnostics locaux

finalisées durant la période janvier 2000 - juillet 2009,

- sur une analyse détaillée des 122 démarches recensées : enquête quantitative systématique et analyse des rapports,
- sur une quinzaine d'entretiens avec des personnels d'ORS et des représentants d'organismes ayant commandité des diagnostics.

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

L'objectif général de ce guide est de faciliter et d'optimiser les démarches de DLS. Le guide précise à cet effet les éléments devant entrer dans le cahier des charges du maître d'ouvrage, compte tenu de la diversité des objectifs et périmètres possibles des DLS et de l'inscription souhaitable de la démarche de diagnostic dans une démarche locale de projet de santé (ou de projet territorial multidimensionnel intégrant un volet santé). Ce guide précise également les contraintes, limites, et éléments facilitateurs de réalisation, de même que les implications pour le maître d'ouvrage.

Il identifie de plus un certain nombre d'éléments - points de vigilance et facteurs de réussite - à prendre en compte dès la phase de préparation d'un diagnostic.

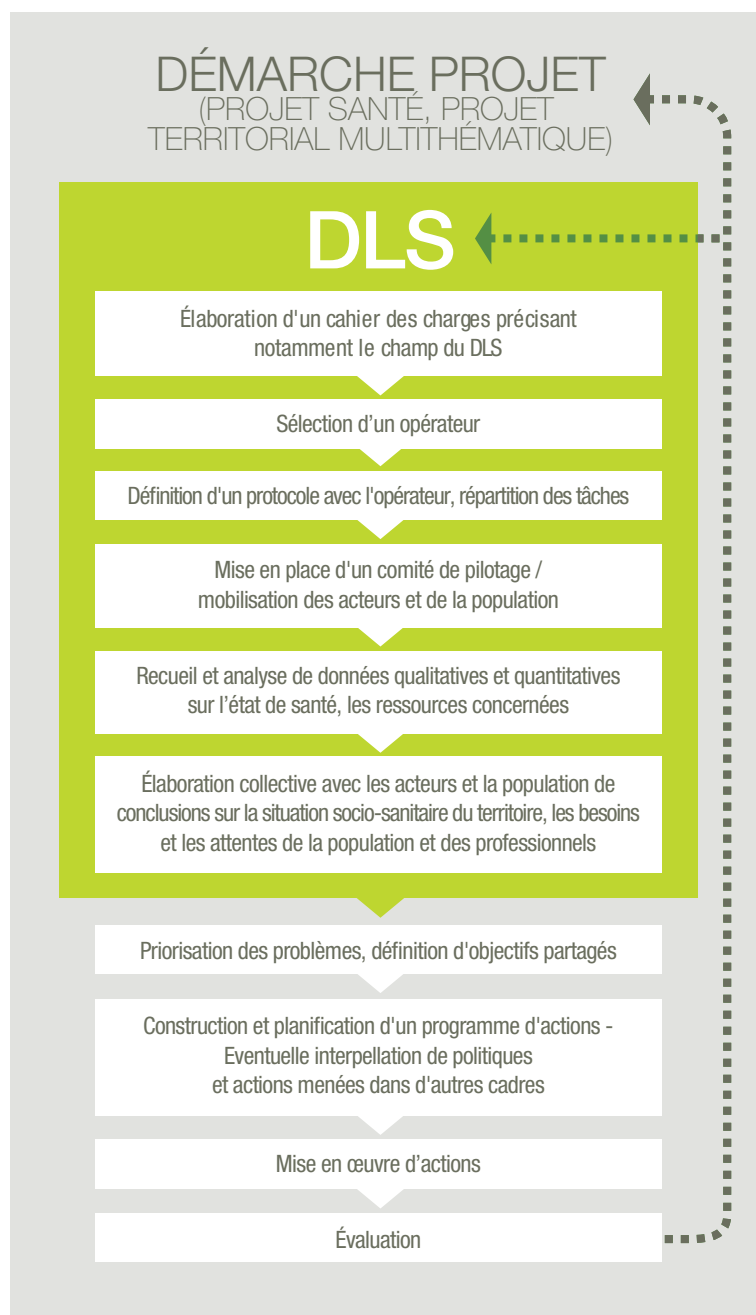
Ce travail sera complété en 2011, par l'élaboration d'un guide de « bonnes pratiques » destiné aux opérateurs de diagnostics. Il comportera une analyse des différentes méthodes d'investigation et de présentation des résultats, avec une lecture critique de leurs avantages, inconvénients et limites. Il présentera de façon plus détaillée les outils méthodologiques et sources de données qui peuvent être mobilisées, les différentes méthodes de définition des priorités et pistes d'action, ainsi que les outils permettant d'impliquer dans ces phases les acteurs concernés, dont la population, dans une perspective de démarche participative.

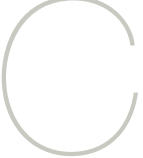
LES DIAGNOSTICS LOCAUX DE SANTÉ (DLS)

Les DLS tels qu'entendus ici sont des démarches d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propres à fonder un processus de programmation de santé. Ils se distinguent d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire (rapports, données statistiques...), toutefois considéré ici comme une des composantes de la démarche de DLS. En outre, ces diagnostics devraient être inscrits d'emblée dans une démarche plus globale de projet de santé (ou de projet territorial multidimensionnel) ou bien en être un élément déclencheur. Le projet de santé comprend outre la phase de diagnostic, des phases de détermination de priorités et de construction de programmes d'action.

Les DLS peuvent intervenir à différentes étapes d'un projet de santé, dès son début, ou en cours de démarche, afin d'approfondir tel ou tel point précis. Ils peuvent donc être de plusieurs types : diagnostic santé composante d'un diagnostic territorial multidimensionnel, diagnostic de quartier s'intégrant dans un diagnostic communal, analyse d'une problématique révélée par un premier diagnostic global....

UNE ÉTAPE INDISPENSABLE D'UNE DÉMARCHE DE PROJET



es DLS peuvent être réalisés à l'initiative de divers organismes : collectivités territoriales ou groupements de communes (mairies, communautés de communes, pays, conseils généraux ou régionaux...), agence régionale de santé et services déconcentrés de l'État, ou encore associations et établissements divers. Souvent collectivités et État les font réaliser conjointement dans le cadre de divers dispositifs partenariaux (impliquant désormais les ARS) : Contrat local de santé, Ateliers santé ville, Agenda 21, Projet de développement de territoire, Projet régional de santé....

Les DLS sont très diversifiés aussi bien en termes de territoires couverts (du quartier au territoire de santé), que de type de population, générale ou particulière (enfants, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité ...), ou encore de thématiques en rapport avec des problèmes de santé ou des problèmes d'accès à la prévention et aux soins. Par l'analyse croisée de la situation sanitaire et sociale, des besoins et demandes de la population et des professionnels, et des forces et faiblesses d'un territoire en matière de ressources et d'actions déjà existantes, les DLS visent à l'identification d'enjeux et de pistes d'actions destinées à améliorer la situation de santé de la population, notamment l'accès au système de santé des personnes vulnérables. La mise en débat de ces analyses favorise la recherche d'un consensus sur les causes des problèmes identifiés afin de garantir l'efficacité de l'action publique. L'existence de déterminants externes au système de santé, implique souvent de chercher à influencer sur les politiques, les projets publics et les activités professionnelles dépassant le champ de la santé. Ce sera un des enjeux du programme d'actions susceptible d'être élaboré par la suite.

En conséquence, les objectifs des DLS sont :

- d'améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire par les acteurs (élus et institutions, professionnels, population) et de formuler des hypothèses sur les raisons de cette situation en fonction des connaissances établies ;
- de recenser précisément les ressources locales (professionnels, associations, équipements, actions conduites...) afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées pour l'action, mais également de repérer les manques ;
- de générer, à partir de ces constats, un consensus sur les problèmes à résoudre, les enjeux d'action publique et les solutions envisageables (notamment au vu des politiques et projets publics concernés) ;
- de permettre à chaque acteur, dont le maître d'ouvrage, de mieux se situer dans son environnement et de mieux identifier les leviers d'actions à sa disposition ;
- de repérer les facteurs qui peuvent être favorables à l'action ou qui, à l'inverse, risquent de constituer des freins ;
- d'assurer la continuité avec la démarche de projet de santé qui devra déterminer les problèmes à prendre en charge prioritairement (selon des critères préalablement fixés), les partenariats et ressources à mobiliser et les actions à mettre en œuvre,
- de contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions.

L'association de l'ensemble des acteurs locaux concernés par les problématiques prises en compte par le DLS (compte tenu de ses périmètres et objectifs) est un facteur important de la qualité du processus de programmation. Une réflexion préalable est indispensable sur ce point pour éviter des investissements de DLS insuffisamment productifs.

CHAMP DES DLS

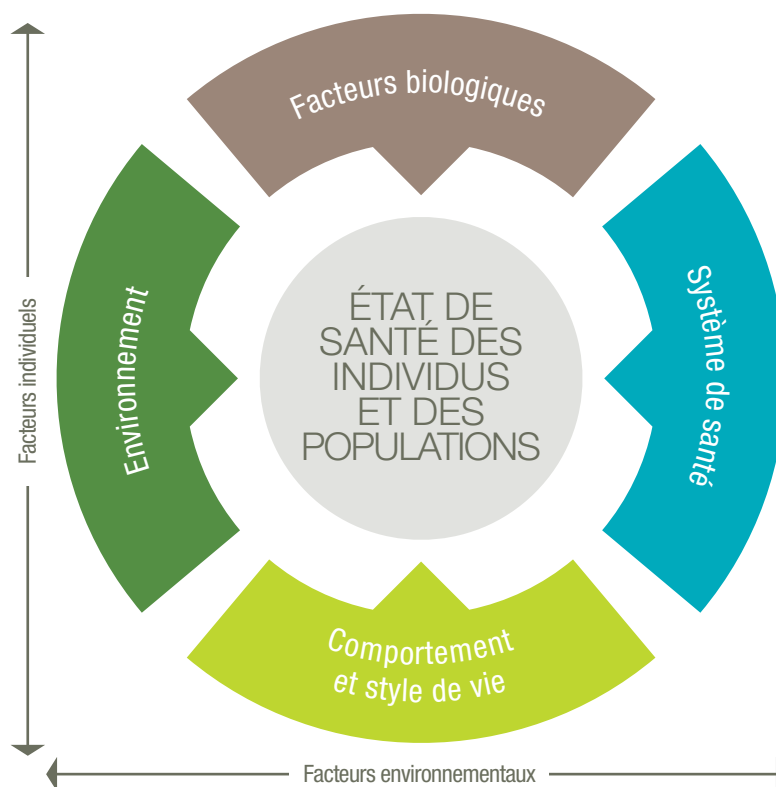
Pour répondre aux enjeux locaux d'amélioration de la santé, celle-ci ne peut être vue sous le seul aspect des besoins de soins. Les DLS se réfèrent fréquemment à la définition de la santé telle qu'elle figure dans le Préambule à la Constitution de 1948 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »,

ou encore à celle figurant dans la charte d'Ottawa (OMS 1986), qui définit la «santé» comme :

« une ressource de la vie quotidienne » qui permet à « un groupe ou un individu, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. »

Cette définition répond par ailleurs aux finalités du développement durable posées en termes d'épanouissement individuel et social.



LES DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES INDIVIDUS ET DES POPULATIONS

Dans cette perspective, la santé de chaque individu est soumise à 4 séries de facteurs :

- ceux liés à la biologie humaine (génétique, physiologie, vieillissement) ;
- ceux liés aux comportements individuels et collectifs (alcool, tabac, nutrition, mobilité, activité physique, loisirs...), aux modes de vie ;
- ceux, plus souvent mis en avant, associés aux dispositifs de soins au sens large (de la prévention à la réhabilitation en passant par les soins curatifs) ;
- ceux liés à l'environnement physique (écologie, logement, salubrité, expositions professionnelles...), mais aussi psychologique, social et culturel dans lequel l'individu ou le groupe évolue.

Conséquence directe des définitions retenues dans le cadre de la réalisation des DLS, ces derniers ne se limitent pas à un constat de la situation sanitaire des populations au sens biomédical du terme (mortalité, morbidité), ni à une étude de l'existence et de l'accessibilité à une offre socio-sanitaire. On estime ainsi qu'actuellement la moitié des décès prématurés (survenant avant 65 ans) sont potentiellement évitables et que parmi ceux-ci, les deux tiers le sont avant tout par des actions de promotion de la santé visant à réduire les facteurs de risque individuels et un tiers au travers d'une meilleure prise en charge par le système de soins. Les DLS doivent, tout en incluant les données relatives à l'offre socio-sanitaire, également porter sur tout ou partie des éléments suivants, qui sont autant d'éléments de compréhension des problématiques de santé :

- caractéristiques et situation sociale des populations (démographie, revenus, précarité, emploi, scolarité...) ;
- environnement (logements, transports en commun, offre alimentaire, équipements sportifs, de loisir, culturels..., écologie) et conditions de vie et de travail ;
- comportements individuels et collectifs ;
- avis et attentes des populations et des professionnels...

Un tel modèle souligne le rôle des élus ou d'acteurs qui, bien que n'ayant pas de compétences directes dans le champ sanitaire, ont de réelles capacités d'action pour améliorer la santé.

PRÉPARATION D'UN DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

L'élaboration d'un diagnostic local de santé nécessite la mise en œuvre d'outils rigoureux, de recueil de données ou d'analyse de l'information existante (exploitation d'informations statistiques disponibles et de rapports précédemment établis, enquêtes qualitatives et quantitatives), d'animation et de mobilisation. Elle nécessite également une bonne connaissance des différentes sources de données utiles, et des méthodes de collecte d'informations avec leurs avantages et limites.

Avant de se lancer dans la réalisation d'un DLS, il est nécessaire, afin d'éviter toute déconvenue, d'arrêter de façon précise un ensemble d'éléments définissant le contenu du diagnostic, son déroulement, les méthodes mises en œuvre, le rôle de chacun des intervenants... Dans tous les cas ces éléments seront précisés dans le cahier des charges de la démarche, qui selon le cas, pourra être préparé au travers d'une phase d'assistance à maîtrise d'ouvrage afin d'éclairer le maître d'ouvrage sur les avantages et inconvénients de certaines orientations.

RÉDACTION D'UN CAHIER DES CHARGES

Plus le cahier des charges initial est précis, plus le ou les opérateurs seront en mesure de proposer un projet répondant aux besoins du maître d'ouvrage. Ainsi, le cahier des charges doit rappeler le contexte dans lequel s'inscrit le DLS (projet territorial général, projet de santé ...), ses objectifs et son champ, ainsi que les attentes du maître d'ouvrage.

Il portera en particulier sur :

- le positionnement de la phase de diagnostic dans la démarche plus globale de projet de santé (ou de projet territorial multidimensionnel),
- le champ couvert par le DLS (territoires, populations, éventuellement thématiques concernées),
- les travaux à mettre en œuvre :
 - o analyses attendues de la situation socio-sanitaire locale par le moyen des statistiques disponibles et des approches qualitatives ;
 - o identification et analyse des acteurs et actions locaux concernés par les problématiques susceptibles d'être révélées par le diagnostic ;
 - o niveau de concertation pour l'élaboration des consensus et la discussion des hypothèses de solution....,

- outre la stricte phase de diagnostic, les éventuelles attentes concernant la mise en œuvre par l'opérateur d'étapes relevant du projet de santé : définition des priorités et programmes d'actions,
- les contraintes calendaires. Le temps de réalisation peut fortement varier en fonction des éléments précédents et des méthodes mises en œuvre, allant de six mois à trois ans pour certains diagnostics. Il paraît raisonnable de prévoir une durée de réalisation d'une année dans la plupart des cas, surtout si l'on souhaite une démarche participative avec une implication large des différents acteurs concernés.

Le cahier des charges peut également préciser quelles méthodes de recueil d'informations et d'animation de la phase de concertation devraient être mises en œuvre. Ce point n'est cependant pas indispensable à ce stade du projet, le maître d'ouvrage pouvant choisir de solliciter les propositions du ou des opérateurs.

Il est enfin recommandé pour rédiger ce cahier des charges de s'appuyer sur des diagnostics réalisés antérieurement à des niveaux géographiques équivalents au sein de la région ou dans d'autres régions.

DÉFINITION DU PROTOCOLE DE DIAGNOSTIC

Pour l'ensemble des raisons précédemment évoquées, la réalisation d'un diagnostic de santé n'est pas une démarche standardisée et il faudra aboutir à la définition d'un protocole de réalisation à partir des propositions méthodologiques de l'opérateur, qui soit adapté au contexte de la demande, aux moyens du commanditaire (moyens financiers, temps, moyens humains pour s'impliquer dans le suivi du diagnostic...), à ses attentes ou encore aux possibilités techniques.

Une analyse critique de ces propositions, notamment à travers une ou des séances d'explication avec l'opérateur ou les opérateurs pressentis, est indispensable. Il s'agit de s'entendre sur les limites,

les alternatives envisageables et de vérifier la pertinence des options envisagées, en particulier vis-à-vis de la phase de définition des priorités et programmes d'actions (comme déjà indiqué celle-ci peut être incluse dans la demande du maître d'ouvrage conjointement au DLS ou bien faire l'objet d'une demande spécifique).

Sur la base des objectifs et périmètre du DLS, le protocole précise :

- les méthodes mises en œuvre pour la phase de recueil d'information : bibliographie et liste des documents analysés, nature des données statistiques analysées et niveau géographique d'analyse, nombre, nature et objet des entretiens prévus (individuels, de groupe – auprès d'acteurs professionnels ou

d'habitants), mise en place d'enquête par questionnaire (contenu, mode de diffusion et nombre de questionnaires diffusés...),

- le planning de réalisation comprenant des étapes intermédiaires et les modalités de suivi,
- le mode de validation et de diffusion du diagnostic (rapport, présentation publique...).

Il peut être nécessaire de mener une première exploration des possibilités d'exploitation des données locales (en particulier aux échelons communaux) avant de finaliser le protocole d'étude (cf. paragraphe Combinaison d'approches qualitatives et quantitatives ci-après).

L'IMPORTANCE DU RÔLE DU MAÎTRE D'OUVRAGE

Les relations indiquées précédemment entre DLS et démarche de projet de santé dans laquelle il s'inscrit, soulignent l'importance du rôle du maître d'ouvrage pour la réalisation du diagnostic en lien avec l'opérateur.

La contribution du maître d'ouvrage est indispensable pour :

- mobiliser et sensibiliser les différents acteurs amenés à participer au diagnostic et légitimer la démarche,
- mettre à disposition de l'opérateur les données locales préexistantes, qu'elles aient ou pas déjà fait l'objet d'exploitations, et rassembler tous les documents et travaux

existants sur le territoire (documents de projets, diagnostics de territoire, comptes-rendus de groupes de travail...),

- soutenir l'opérateur dans la recherche des données (courrier à destination des producteurs de données),
- aider l'opérateur à déterminer la liste de personnes et organismes à rencontrer,
- soutenir l'opérateur dans l'organisation matérielle du travail (prises de contacts, mise à disposition de salles pour des entretiens collectifs par exemple),
- participer, avec l'opérateur, à la validation, la diffusion et la communication des résultats...

Il apparaît important pour légitimer la démarche et renforcer le portage politique, que le maître d'ouvrage conserve un rôle dans l'établissement des liens avec les différents partenaires et acteurs (courrier d'information, prise de contact, collectes de documents existants...) et dans toutes les actions d'information et de communication autour de la démarche.

Ce portage est particulièrement important pour confronter aux résultats du DLS les politiques et projets d'action publique qui, bien que ne relevant pas du champ sanitaire, sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé des populations locales. Leur prise en compte est un élément important de la programmation du DLS.

MISE EN PLACE D'INSTANCES DE PILOTAGE ET DE TRAVAIL ET DÉSIGNATION D'UN RÉFÉRENT

La mise en place d'un **comité de pilotage**, rassemblant des représentants du maître d'ouvrage (notamment élus et services techniques) et de l'opérateur, et éventuellement d'autres acteurs impliqués (professionnels de terrain, représentants de la population) est indispensable tant pour partager les conclusions du DLS que pour les suites à donner. Il convient de chercher à associer d'emblée les partenaires institutionnels dont les politiques et projets publics sont susceptibles d'être interrogés compte tenu du champ du diagnostic, ou qui seront potentiellement sollicités pour le financement d'actions. Selon le cadre de réalisation du DLS, certains de ces partenaires peuvent être même parties prenantes de la maîtrise d'ouvrage du DLS (services de l'État dans le cadre de la politique de la ville, agences régionales de santé pour l'élaboration d'un

plan local de santé s'inscrivant dans le projet régional de santé...).

Ce comité a pour missions de suivre la réalisation du diagnostic, de valider les différentes étapes, d'échanger sur d'éventuelles difficultés rencontrées et de prendre toute décision nécessaire pour optimiser la démarche.

Lorsqu'il existe déjà ou qu'il est envisagé de mettre en place un comité de pilotage pour le projet de santé (dont le diagnostic constitue alors seulement une étape), il est recommandé de ne pas en créer de spécifique.

Dans une logique de démarche participative, l'implication large d'acteurs du territoire dans un **comité technique** apparaît comme un gage de réussite pour le recueil des informations, l'acceptation des résultats du diagnostic et pour la mobilisation ultérieure. En effet, les plans et programmes d'actions de santé à mettre en œuvre locale-

ment à la suite, devront notamment viser à développer des synergies entre les acteurs institutionnels, les professionnels et la population, sur des objectifs de santé retenus en commun. Dès lors, la mise en place d'un comité technique peut s'avérer nécessaire en complément du comité de pilotage.

L'identification d'un **référént**, chef de projet, pilote de la démarche de diagnostic local de santé et interlocuteur direct et permanent de l'opérateur est également indispensable. Même si ceci représente un investissement important (d'ailleurs à prévoir), l'option limite le risque d'un isolement préjudiciable de l'opérateur, favorise l'implication des services locaux, et peut réduire les difficultés en cas de cofinancements du diagnostic.

Il appartient au comité de pilotage et de suivi de définir les mandats du comité technique et du référent.

RESPECT DES RÈGLES DE BONNE PRATIQUE

Il convient, pour l'ensemble des partenaires d'un DLS, d'échanger et d'adopter un certain nombre de règles de « bonne pratique ». Pour ce faire, il est possible de s'appuyer sur les règles élaborées par l'Association des épidémiologistes de langue française. Bien que pensées dans le champ de l'épidémiologie, certaines d'entre elles peuvent parfaitement s'adapter aux DLS, notamment la principale : « faire le bien, ne pas nuire ... aussi bien physiquement que psychologiquement aux personnes qui participent aux investigations... ».

Pour un DLS ceci passe en particulier par :

- la protection des données à caractère personnel, qu'elles soient recueillies au travers d'entretiens ou d'enquêtes statistiques, avec si nécessaire, la mise en place de dispositions conformes à la législation,
- le fait, en cas d'entretiens avec le public, de veiller à ne pas solliciter des personnes dont la situation est fragile psychologiquement et pour lesquelles un entretien pourrait être susceptible d'accroître cette fragilité,

- l'information des personnes mobilisées sur la démarche de DLS, sur ses objectifs, son déroulement général notamment les modalités de discussion et de validation des conclusions,
- l'engagement à informer les participants du diagnostic de ses conclusions et de ses suites (notamment les personnes mobilisées par le biais d'enquêtes ou d'entretiens),
- une attention de tout instant à ne pas stigmatiser des populations particulières.

MOBILISATION DES ACTEURS ET MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

La mobilisation des acteurs professionnels, des élus et de la population (ou de certains de ses représentants) constitue l'une des fonctions et l'un des enjeux essentiels d'un DLS. La réussite du diagnostic et la mise en œuvre d'actions pertinentes en aval dépendent très fortement de la dynamique créée. Celle-ci passe par une association effective de ces différents acteurs à la réalisation du DLS au travers de :

- la participation éventuelle à un comité de pilotage ou comité technique,
- la participation à des entretiens individuels ou de groupe,
- l'invitation à une ou des réunions de présentation de la démarche, de présentation et discussion des résultats et des enjeux d'amélioration de la situation de santé et de l'action publique. Ces réunions ouvrent ainsi la voie au processus de définition de priorités et d'actions qui relève de la démarche de projet de santé (ou de projet territorial général) qui devrait être conjointe au DLS.

Il est même possible de mettre en œuvre un « autodiagnostic accompagné » où les différents acteurs seront amenés, avec l'aide d'un prestataire, à élaborer les choix méthodologiques et à participer au recueil des informations.

Il convient également de garder à l'esprit qu'un DLS va faire émerger de fortes attentes. Il est donc essentiel de prévoir a minima une restitution finale publique, propre à valider les conclusions. Cette restitution sera l'occasion pour le maître d'ouvrage d'expliquer les suites qui seront données au diagnostic en termes de construction ou de mise en place d'actions et donc de favoriser l'implication des acteurs locaux concernés. Elle peut être complétée par d'autres formes de diffusion des résultats (article dans un journal ou un site internet local, présentation dans un colloque, organisation d'un forum de santé...).

Les autres effets attendus d'une approche participative sont :

- une appropriation collective des résultats du diagnostic et des problématiques locales recensées et des conséquences à en tirer,
- la construction d'une culture commune de santé publique constitutive de la démocratie locale,

- la mise en contact d'acteurs de divers univers qui, bien que travaillant sur le même territoire et auprès des mêmes populations, ne se connaissent et ne collaborent pas toujours,
- le repérage de ressources locales qui pourront être mobilisées dans la suite du diagnostic.

Dans ce cadre, l'implication du maître d'ouvrage, l'existence d'un portage politique affiché, sont encore une fois essentielles tout au long de la réalisation du DLS afin d'assurer la meilleure mobilisation et sensibilisation possible des acteurs concernés.

COMBINAISON D'APPROCHES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

La réalisation d'un DLS repose généralement sur une combinaison d'approches quantitatives et qualitatives. Les paragraphes suivants présentent de façon assez générale les possibilités offertes par ces approches, mais également leurs avantages et leurs limites. Une bonne appréhension par le maître d'ouvrage de ces éléments lui permettra de mieux préparer son projet de diagnostic et de cahier des charges. Pour autant, ces éléments n'ont pas vocation à constituer un guide méthodologique sur les méthodes susceptibles d'être mises en œuvre, sur les sources de données..., éléments qui seront développés dans le second guide prévu par la Fnors concernant la méthodologie pratique de réalisation d'un DLS.

ANALYSE DE DONNÉES QUANTITATIVES DISPONIBLES ET LIMITES



es approches ont pour objectif de dresser une photographie de la situation sanitaire et sociale à partir d'indicateurs quantitatifs. Outre une description de la situation, l'analyse croisée de ces indicateurs peut permettre une première identification et compréhension des problématiques en jeu.

Elles peuvent relever d'une exploitation de données statistiques, relatives par exemple :

- à la situation démographique et sociale de la population (âge, structure familiale, emploi, revenus, précarité, niveau d'éducation...) ;
 - aux logements ;
 - aux modes de déplacement de la population ;
 - aux équipements et ressources sanitaires (professionnels de santé libéraux, établissements, services...) et médico-sociaux (établissements, services à domicile) ;
 - à d'autres équipements ou activités de services (éducation, culture, sports, loisirs...).
- Pour certains de ces domaines (démographie et ressources notamment) il peut s'avérer très pertinent d'intégrer une dimension prospective dans un terme à préciser (5 ans, 10 ans...).
- Plus spécifiquement, la santé de la population peut être appréhendée de différentes façons, au travers de données :
- de mortalité générale et par cause ;
 - de mortalité considérée comme prématurée ou évitable ;
 - d'affections de longue durée par motifs ;
 - de consommation et de recours aux soins hospitaliers ou libéraux (motifs d'hospitalisations, types d'actes, prévalence de patients sous traitement, trajectoires, files actives...) ;
 - de santé scolaire et de PMI (couverture des activités telles que bilans de santé ou consultations, résultats des bilans de santé, données des certificats de santé du nourrisson) ;
 - de participation à des campagnes de dépistage organisé (dépistage des cancers notamment)...

Il convient cependant de souligner, spécialement pour ce qui concerne les données relatives à l'état de santé, que plus le territoire est petit, plus la disponibilité et la pertinence des données sont limitées (pour raison de faibles effectifs et de secret statistique). À un niveau infra-communal, il n'est généralement pas possible d'approcher l'état de santé des populations par le biais de données statistiques. Cependant des possibilités existent moyennant des démarches spécifiques avec certains partenaires (CPAM, Conseils généraux, santé scolaire, PMI, association de dépistage des cancers...). À titre d'exemple, des données peuvent dans certains cas être valablement et utilement mesurées à ce niveau concernant : l'accès à des dispositifs comme, par exemple, les programmes de dépistage organisé du cancer du sein, le surpoids ou l'obésité des enfants, ou encore le niveau de

recours à des soins primaires ou dentaires. Reste que certaines données ne sont pas disponibles de façon homogène sur l'ensemble du territoire national et que nombre de sujets ne sont pas couverts à un échelon infra-régional par les dispositifs statistiques régionaux et nationaux (comportements individuels de santé par exemple).

Par ailleurs, dans l'exploitation des sources de données locales, des difficultés sont susceptibles d'apparaître liées à une forte diversité des modes de recueil (supports...), voire à l'hétérogénéité des données recueillies, y compris au sein d'un même service (PMI, santé scolaire ou services communaux par exemple). Ces difficultés peuvent nécessiter un travail supplémentaire d'harmonisation en vue d'une exploitation des données existantes, voire la mise en place de recueils spécifiques malgré la présence de données

préexistantes. Une exploration des possibilités d'exploitation des données préexistantes (en particulier aux échelons communaux ou infra-communaux) semble donc être à mener avant de finaliser les décisions quant aux méthodologies à mettre en œuvre.

Ces approches statistiques sont particulièrement utiles lorsqu'elles permettent de comparer la situation locale à celle d'autres territoires (région, département, secteur sanitaire...). Il convient de déterminer précisément et en amont du diagnostic quels sont les territoires de comparaison retenus, soit dans une logique d'emboîtement (par exemple, une commune est comparée à son agglomération, son département, sa région), soit dans une logique d'échelons (une commune comparée à d'autres communes de taille équivalente de la région, un pays aux autres pays de la région...).

RECUEIL DE DONNÉES QUANTITATIVES ET LIMITES

Pour collecter des informations complémentaires non disponibles au travers des systèmes d'informations statistiques (informations décrites ci-dessus), et pour faciliter l'interprétation des premiers constats, des enquêtes par questionnaire peuvent également être mises en œuvre dans le cadre de DLS. Les sujets susceptibles d'être abordés sont nombreux : comportements de santé, connaissance et perception des déterminants de santé, état de santé perçu, dépendance et incapacité, qualité de vie, conditions de vie, conditions de travail, accès et recours aux dispositifs de soins et de prévention, freins à l'accès à ces dispositifs...

Ces enquêtes peuvent être menées soit directement auprès de la population (enquêtes postales ou téléphoniques) ou soit par l'intermédiaire de professionnels ou d'autres acteurs qui seraient prêts à s'engager (ex. : enquête sur la santé des enfants via les médecins et infirmiers scolaires). Ces démarches nécessitent en général des moyens conséquents et un temps important de préparation, de réalisation et d'analyse. Par ailleurs, et pour se prémunir de possibles faibles taux de retour (notamment si une dynamique locale autour du DLS n'a pas été mise en œuvre), une attention toute particulière devra être accordée au portage et à la présentation de la démarche d'enquête auprès des personnes

concernées. On rappelle enfin que ce type de démarche prendra d'autant plus de sens que les résultats obtenus pourront être comparés à la situation régionale ou nationale, ce qui conduit à privilégier des outils d'enquête et des modalités de passation déjà validés et documentés.

APPROCHES QUALITATIVES ET LIMITES

La réalisation d'entretiens de groupe ou d'entretiens individuels, aussi bien auprès de professionnels que d'élus ou encore de la population, constitue un complément indispensable des approches quantitatives. Elles permettent de prendre en compte les avis, opinions et observations des acteurs de la santé, du social ou d'autres champs, et de la population.

Ces informations :

- contribuent à l'interprétation et à la compréhension des observations quantitatives,
- permettent de recenser les ressources et actions existantes sur le territoire (avec leurs forces et leurs faiblesses),
- permettent de repérer les besoins et demandes de la population ou des dysfonctionnements des dispositifs de santé (sous-utilisation de services, méconnaissance, actions non adaptées, redondance, partenariat insuffisant...) qui ne sont pas appréhendés au travers des seules données statistiques.

La double approche professionnels/population est particulièrement riche d'enseignements, notamment en ce qui concerne la connaissance, l'utilisation et l'acceptation des ressources existantes, les questions d'accès aux soins et à la prévention, les attentes et les représentations.

Elle permet de révéler des problématiques méconnues d'un côté comme de l'autre, par exemple : un enjeu de dépistage du cancer du sein méconnu de la population, un problème de santé lié à des circonstances locales méconnues des professionnels (par exemple un problème d'hygiène lié à l'environnement...)

Il est également possible d'inclure dans ce chapitre des approches quantitatives, la collecte d'autres informations « objectivables » telles que les horaires des transports en commun, l'observation de terrain sur l'accessibilité de certains services à des personnes à mobilité réduite, les horaires d'ouverture de certains dispositifs, les modalités de portage de repas à domicile utiles aux objectifs de maintien à domicile des personnes âgées...

Tous ces éléments sont précieux, voire indispensables pour l'établissement d'une programmation d'actions adaptée à la situation. Les enquêtes qualitatives ont de plus un rôle essentiel dans la mobilisation et l'implication autour de la démarche de diagnostic.

Les principales difficultés rencontrées sont de deux ordres :

- difficultés à rencontrer certains professionnels, en particulier les professionnels de soins,
- difficultés à repérer des personnes ou groupes de personnes (associations, usagers de certains services) susceptibles de représenter la population, et plus particulièrement les habitants les plus isolés. Sur ce point, le travail de mobilisation et de communication qui peut être mené par le maître d'ouvrage est indispensable à la réussite des entretiens avec les groupes d'habitants.

Cette approche qualitative jugée parfois plus discutable et plus subjective, mérite d'être précisément décrite et explicitée par l'opérateur auprès de l'ensemble des partenaires, en termes de modalités techniques et méthodologiques (choix des personnes, modalités d'entretien, grille d'entretien, nombre de personnes rencontrées...), ainsi qu'en termes d'apports. Il conviendra notamment d'expliquer qu'il est plutôt recherché d'avoir divers éclairages sur la situation que de garantir une représentativité des personnes rencontrées.

Il relèvera des étapes de concertation et de validation collective de dégager ou non des consensus sur les informations recueillies.

PRÉPARATION DE L'APRÈS DIAGNOSTIC

Si le travail de DLS réalisé par l'opérateur s'arrête à une phase d'état des lieux socio-sanitaire, il est, comme indiqué précédemment, indispensable pour le maître d'ouvrage avant le début du travail de prévoir et planifier l'articulation entre la phase diagnostic et la phase de construction de projets d'action. Le maître d'ouvrage doit avoir à l'esprit que le diagnostic ne lui permettra pas d'avoir des actions « clef en main », qu'il devra impulser un véritable travail de partenariat afin de construire et mettre en place ces actions. Il peut être également utile de désigner en amont une personne qui portera et animera le projet de santé à la fin du diagnostic. Une réflexion est également à mener sur les moyens mobilisables (humains et financiers) et les possibilités de recherche de financement pour la mise en place d'actions.

Enfin, Il est souhaitable de programmer à distance du diagnostic une réunion de bilan avec l'opérateur et d'envisager une veille ou un « suivi post-diagnostic » adapté à la demande (moyen et long terme). Un tel dispositif permet de suivre l'évolution de la situation, avec une mobilisation moindre de moyens et d'aider à l'évaluation des actions mises en œuvre. Il peut reposer sur l'actualisation de tout ou partie du diagnostic selon une périodicité à définir ou sur la mise en place d'un suivi en continu d'une sélection d'indicateurs. Cette sélection se fera au regard des priorités retenues et des actions envisagées. Ce dispositif pourra reposer sur les moyens et compétences du commanditaire et des différents partenaires mobilisés autour du diagnostic ou être confié, partiellement ou totalement, au prestataire. Dans tous les cas, un appui technique peut être demandé au prestataire du diagnostic et être intégré au cahier des charges.

SYNTHÈSE

LES POINTS DE VIGILANCE ET LES FACTEURS DE RÉUSSITE DANS LA **RÉALISATION** D'UN DLS

Avant de mettre en œuvre une démarche de DLS, plusieurs éléments sont à envisager pour juger de la pertinence de la démarche, pour en adapter au mieux la teneur et pour anticiper différents éléments clés au cours du diagnostic et dans les suites de celui-ci.

Cela peut se résumer à une série de questions à se poser en amont du diagnostic et ce d'autant plus que la démarche envisagée sera complète, mobilisera des moyens conséquents et impliquera de nombreux partenaires :

- Quels sont les objectifs assignés à ce diagnostic ? Comment s'insère-t-il dans le contexte d'action publique locale, d'un point de vue général pour le territoire et d'un point de vue spécifique de la santé ?
- Quels sont les moyens financiers ou humains disponibles pour la réalisation du DLS (dont les moyens humains dégagés par le maître d'ouvrage pour assurer la coordination du diagnostic) ?
- Le diagnostic va-t-il bénéficier d'un portage et d'un soutien politique fort, soutien qui favorisera la mobilisation partenariale et le passage à la programmation ? Quels sont les moyens disponibles ou envisageables pour répondre aux enjeux posés par le diagnostic et réaliser un programme d'actions à son issue ? Une démarche de DLS mobilise des moyens conséquents et génère des attentes des partenaires et de la population, l'absence de suites peut être source de démobilisation et le diagnostic s'avérer contre-productif.
- Dans quels dispositifs locaux ou régionaux la démarche de projet de santé pourra-t-elle s'inscrire ?
- Les moyens de coordination de la phase de programmation et de mise en œuvre d'actions ont-ils été envisagés ?

SYNTHÈSE

(SUITE)

Ce document est téléchargeable
sur le site de la Fnors

www.fnors.org

**FÉDÉRATION NATIONALE
DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX
DE LA SANTÉ**

62 boulevard Garibaldi – 75015 Paris
Tél : 01 56 58 52 40
info@fnors.org – www.fnors.org

Outre ces points de vigilance, il est également possible de rappeler, en résumé de ce guide, un certain nombre de recommandations à suivre pour assurer la réussite d'une démarche de diagnostic :

- Rédiger un cahier des charges aussi précis que possible (objectifs, calendrier, champs couverts...) en s'inspirant si besoin est de diagnostics réalisés antérieurement à des niveaux géographiques équivalents,
- Finaliser un protocole de diagnostic,
- Ne pas penser le diagnostic de façon isolée, mais, dès le départ, l'intégrer dans un processus aboutissant à une programmation d'actions de santé dont l'évaluation aura été prévue,
- Considérer le diagnostic comme un outil de mobilisation et d'analyse de situation qui ne se limite pas à un simple état des lieux : favoriser une démarche participative, associer les acteurs et la population à la réalisation du diagnostic, à l'identification des enjeux de santé et d'action pour le territoire (comportant une réflexion sur les réponses susceptibles d'être apportées),
- Mettre en place un comité de pilotage et un comité technique du diagnostic associant largement les acteurs concernés (maître d'ouvrage, services techniques, professionnels, élus, représentants de la population...),
- Identifier un référent unique, qui suive l'ensemble du travail et assure l'interface avec l'opérateur,
- S'assurer du respect de bonnes pratiques déontologiques,
- Combiner les approches qualitatives et quantitatives,
- Concerter et communiquer largement sur les résultats et expliquer les perspectives ouvertes suite au diagnostic (démarches engagées par la suite, décisions prises et actions d'ores et déjà mises en œuvre).