

Mars 2011

Etude de faisabilité d'un dispositif d'observation de la santé sur la ville de Rennes et le pays de Saint-Malo

Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint
Léna PENNOGNON, Chargée d'étude

Etude réalisée avec le soutien financier de
l'Agence régionale de santé de Bretagne

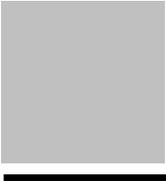
SIGLES UTILISES

ADECI 35	Association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine
ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection longue durée
Alfediam	Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (devenue SFD)
APRAS	Association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BDSL	Base de données sociales localisées
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCMSA	Caisses centrales de mutualité sociale agricole
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CIRE	Cellule inter-régionale d'épidémiologie
CLD	Chômeurs de longue durée
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSAPA	Centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DIM	Département d'information médicale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
HAS	Haute autorité de santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
IRIS	Ilôts regroupés pour l'information statistique
IVG	interruption volontaire de grossesse
MSA	Mutualité sociale agricole
NEMO	Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
ORS	Observatoire régional de santé de Bretagne
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNSE	Plan national santé environnement
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime des salariés indépendants
SFD	Société française du diabète (ex Alfediam)
SISE Eaux	Système d'Information des services Santé-Environnement Eaux
SNIR	Système national inter-régimes
UAMP	Unité d'accueil médico-psychologique
VADS	Voies aéro-digestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



SOMMAIRE

Contexte et objectifs	5
Méthodologie	9
Résultat de l'étude de faisabilité.....	11
Pré-requis et éléments de cadrage.....	12
Les indicateurs retenus par thématiques	17
■ Eléments de contexte/cadrage	19
■ Les addictions : tabac, alcool et autres drogues	27
■ La souffrance psychique et la prévention du suicide	31
■ La vie sexuelle et affective	35
■ La santé de la mère et de l'enfant	37
■ La nutrition	41
■ Le dépistage	43
■ Santé environnement	45
Proposition d'un support de communication	49
Pour qui ?.....	49
Quelle forme ?	49
Organisation d'une fiche type	50
Exemples de fiches.....	54
Annexes	59



Contexte et objectifs

Depuis plus de 5 ans, la convergence d'une dynamique régionale de santé publique et de volontés fortes de collectivités territoriales sur le département d'Ille-et-Vilaine, a permis la formalisation de programmes locaux de santé élaborés et mis en œuvre dans le cadre du dispositif d'animation territoriale de santé. Ces programmes se sont appuyés sur des diagnostics locaux qui nécessitent une mise à jour dans la perspective de la mise en œuvre de démarches et de dispositifs pérennes d'observation de la santé.

A terme, les objectifs des promoteurs pour ces systèmes d'observation locaux concernent :

- La mise en place pérenne de systèmes d'observation locaux de la santé et/ou du handicap.
- La mise à disposition de données pour améliorer la connaissance de l'état de santé de la population sur des axes priorités à l'échelle de la ville de Rennes (voire en infra-communal lorsque c'est possible), et du Pays de Saint-Malo.
- L'aide à la décision pour affiner les orientations de l'action publique en matière de santé et adapter les moyens, les réponses, les actions et les projets de santé aux besoins locaux observés.
- La mise en place d'une veille afin de prendre en compte d'éventuels nouveaux problèmes de santé et/ou de risques émergents.
- La mobilisation des professionnels et/ou des acteurs impliqués sur des objectifs partagés.
- La contribution à l'analyse et à l'évaluation des réponses apportées dans le temps.

Afin de parvenir à cette mise en œuvre à terme, la Ville de Rennes et le Pays de Saint-Malo, soutenus par l'Agence régionale de santé de Bretagne qui reprend et remplace les missions de la DDASS d'Ille-et-Vilaine et la DRASS de Bretagne ont formulé le souhait de recourir au cours d'une première étape à une démarche prospective de faisabilité relative aux possibilités d'observation et d'analyse des données de santé qui soit à la fois plus complète et plus rigoureuse que celle menée jusqu'ici.

Dans un premier temps, les promoteurs de cette démarche ont fait appel à un prestataire externe dont l'intervention a notamment permis :

- La priorisation de thématiques à inclure dans la démarche prospective à mener,
- Des échanges de point de vue quant aux indicateurs nécessaires pour la poursuite de la démarche.

Par contre, la hiérarchisation des données à recueillir, l'identification et le recensement exhaustif des producteurs de données ainsi que la vérification de la disponibilité de ces dernières sont des éléments qui restaient à explorer à l'issue de cette intervention.

Dans ce cadre, les promoteurs et les commanditaires de la démarche ont confié à l'Observatoire régional de santé de Bretagne la mission de mener à bien cette étude prospective de faisabilité.

Les objectifs de cette étude concernent notamment :

- La production d'un premier bilan socio-sanitaire pour chacun des deux territoires en mettant en perspective, à partir des données immédiatement disponibles, les caractéristiques socio-démographiques, les données de santé et de ses déterminants ainsi que de l'offre de soins¹. Ces premiers bilans ayant été produits (et présentés pour la ville de Rennes) en cours de démarche.
- L'identification des producteurs potentiels pour les données à recueillir selon le niveau territorial pris en compte (commune de Rennes ou pays de Saint-Malo), en s'appuyant sur le travail réalisé par le prestataire externe initial (priorisation de thèmes ou d'axes à explorer,...).
- L'exploration auprès des organismes identifiés de la disponibilité des données ainsi que de la faisabilité des modalités de mise en œuvre du recueil et de l'analyse de ces indicateurs.
- A partir du travail réalisé, la hiérarchisation des données à recueillir de façon concertée et en étroite collaboration entre le comité de pilotage (voir à ce propos la méthodologie mise en œuvre), et les groupes de travail constitués à cet effet.
- Des propositions quant à la forme et au contenu que pourrait revêtir ce futur système d'observation.

¹ La santé dans le pays de Saint Malo – Mai 2010 – Observatoire régional de santé de Bretagne.
La santé dans la ville de Rennes – Juin 2010 - Observatoire régional de santé de Bretagne.

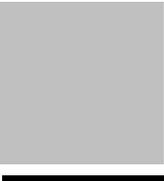
Les axes thématiques ou populationnels priorités initialement par les promoteurs et sur lesquels s'est axée l'étude de faisabilité concernent :

- Les addictions
- La souffrance psychique et la prévention du suicide
- La vie sexuelle et affective
- La santé de la mère et de l'enfant
- La nutrition
- Le dépistage
- Santé et environnement

Transversalement aux axes explorés, les possibilités de croiser les indicateurs disponibles avec des données témoignant de la précarité ou de la défaveur sociale ont systématiquement été recherchées.

Après une présentation de la méthodologie mise en œuvre pour cette étude de faisabilité, sont successivement présentés :

- Les pré-requis à la mise en œuvre future d'un dispositif d'observation de la santé.
- Les indicateurs priorités, thème par thème, incluant un premier chapitre de données de cadrage.
- Une proposition pour un support de communication.
- En annexe, les tableaux de synthèse restituant les résultats exhaustifs de l'enquête menée auprès de producteurs de données avant priorisation des indicateurs à inclure dans le dispositif d'observation.



Méthodologie

L'étude de faisabilité s'est déroulée en trois phases principales :

- **Phase 1**

Un premier bilan socio-sanitaire de chacun des deux territoires a été réalisé par l'ORS Bretagne en mettant en perspective, à partir des données rapidement disponibles, les caractéristiques socio-démographiques, les données de santé et de ses déterminants ainsi que de l'offre de soins.

Ce bilan a donné lieu à la production de deux cahiers santé (ville de Rennes et pays de Saint-Malo) diffusés courant 2010. Concernant le cahier de la ville de Rennes, celui-ci a par ailleurs été présenté au cours d'une réunion plénière du Comité consultatif de la ville de Rennes « Santé en environnement dans la ville » le 21 septembre 2010.

Ces cahiers ont aussi servi d'appui à la réflexion pour les membres des groupes de travail techniques mis en place à partir d'octobre 2010 (voir ci-après) dans l'objectif de sélectionner et de hiérarchiser les indicateurs ainsi que d'affiner les modalités de mise en œuvre du futur système d'observation.

- **Phase 2 (menée conjointement à la phase 1)**

L'ORS Bretagne a mené exhaustivement, à partir d'une liste arrêtée en concertation avec les commanditaires et validée par le comité de pilotage, selon les axes prioritaires initialement (voir à ce propos le chapitre précédent concernant le contexte de l'étude), une enquête postale et téléphonique auprès des producteurs de données pressentis, notamment pour déterminer les indicateurs disponibles, leurs caractéristiques et les conditions de mise en œuvre d'exploitation pour le futur système d'observation. Cette enquête a donné lieu à la production d'un document restituant les résultats obtenus, document présenté et validé en comité de pilotage le 24 juin 2010². Ce document a servi de support à la mise en œuvre de la phase 3.

- **Phase 3**

Cette phase a été consacrée, à partir des résultats de la phase 2 et dans le cadre d'une démarche participative de recherche de consensus, à la mise en œuvre d'un processus de hiérarchisation et de sélection des indicateurs susceptibles de composer le futur système d'observation. Ceci en s'appuyant sur 3 groupes techniques constitués à cet effet. Les trois groupes ont été constitués et réunis autour des thèmes prioritaires :

Groupe 1 : Souffrance psychique et phénomène suicidaire ; addictions ; dépistages en rapport avec les deux thèmes précités.

Groupe 2 : Nutrition ; santé de la mère et de l'enfant ; vie sexuelle et affective ; dépistages en rapport avec les deux thèmes précités. Dépistage du cancer en tant que tel.

Groupe 3 : Santé environnement.

² Le document présentant les résultats de l'enquête menée est joint en annexe au présent rapport.

- **Tout au long de la démarche, l'appui sur un comité de pilotage**

Pour accompagner, aider à la mise en œuvre et valider au fur et à mesure l'ensemble de la démarche menée, un comité de pilotage a été constitué. Celui-ci, composé notamment de représentants des commanditaires et des promoteurs de l'étude ainsi que de l'ORS Bretagne s'est réuni à trois reprises :

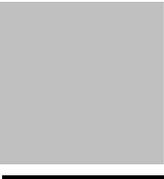
Réunion 1 : validation de la démarche et de son organisation. Modalité de mise en œuvre de l'enquête auprès des producteurs de données (liste des producteurs à inclure dans l'enquête ; protocole d'enquête...). Calendrier prévisionnel.

Réunion 2 : validation des cahiers santé. Point sur les objectifs du futur système d'information. Validation des documents restituant les résultats de l'enquête réalisée auprès des producteurs de données. Constitution des groupes techniques. Organisation de la seconde phase.

Réunion 3 : validation du rapport restituant les résultats de la démarche menée. Perspectives.

Chaque réunion du comité de pilotage a fait l'objet d'un compte rendu de réunion³.

³ Les comptes rendus des réunions du comité de pilotage sont restitués en annexe 2.



Résultat de l'étude de faisabilité

Les résultats présentés ci-après sont issus conjointement de l'enquête menée par l'ORS Bretagne auprès des producteurs de données pressentis et validés par le comité de pilotage de l'étude puis du processus de sélection et de hiérarchisation mis en place à l'issue de cette enquête à partir des groupes techniques constitués à cet effet.

Après une présentation des pré-requis et des éléments de cadrage à prendre en compte dans la perspective de la mise en œuvre d'un futur système d'observation de la santé sur les deux territoires, sont présentés les indicateurs retenus pour illustrer les axes thématiques ou populationnels prioritaires par la ville de Rennes et/ou le pays de Saint-Malo. Par ailleurs, sont signalés dans des encarts situés en marge du texte les objectifs de la loi de santé publique de 2004 relatifs aux thématiques prioritaires et dont certains indicateurs retenus dans la présente étude sont aussi des indicateurs permettant le suivi de ces objectifs⁴.

A l'issue de cette présentation, une proposition d'un support type de communication est formulée.

A noter :

Les indicateurs présentés ci-après constituent une base pour un futur système d'observation qui, par essence, doit être évolutif. Celui-ci pourra aussi être enrichi à l'avenir d'autres indicateurs au fur et à mesure des contacts pris avec les différents producteurs de données.

⁴ Tous les encarts sont des extraits de la publication de la Drees « L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, rapport 2009-2010, Collection études et statistiques, mars 2010, 310 pages.

Pré-requis et éléments de cadrage

Rappel : Les axes thématiques ou populationnels priorités

Les commanditaires ont retenu sept axes thématiques ou populationnels prioritaires :

- Les addictions.
- La souffrance psychique et la prévention du suicide.
- La vie sexuelle et affective.
- L'enfance et/ou la santé de la mère et de l'enfant.
- La nutrition.
- Le dépistage du cancer⁵.
- Santé environnement.

Transversalement à ces sept axes, les possibilités de croiser les indicateurs disponibles avec des données témoignant de la précarité ou de la défaveur sociale ont systématiquement été recherchées.

■ Les producteurs de données retenus et les conditions transversales de partenariats

A l'issue des réunions menées avec les groupes techniques, quatorze principaux producteurs de données ont été retenus :

- Ville de Rennes.
- Rennes Métropole.
- Agence Régionale de Santé (ARS).
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine (CPAM).
- Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine.
- Inspection académique d'Ille-et-Vilaine.
- Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes.
- Unité d'Accueil Médico-Psychologique du Centre Hospitalier de Saint-Malo.
- Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Rennes (CSAPA).
- Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Saint-Malo (CSAPA).
- Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne).
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).
- Association pour le dépistage des cancers en Ille-et-Vilaine (ADECI 35).
- Air Breizh
- Institut national des statistiques et des études économiques (Insee).

⁵ Les indicateurs de dépistage en relation avec les autres axes thématiques ou populationnels ont été intégrés à chacun des chapitres afférents.

■ **L'établissement d'une convention d'échange et de diffusion des données entre partenaires : un pré-requis**

Tous les producteurs de données retenus s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire d'établir une convention précisant les conditions d'échange et de diffusion des données. S'agissant du CSAPA de Saint-Malo qui avait indiqué lors de l'enquête qu'il n'y avait pas possibilité d'échange de données, il semblerait suite aux discussions menées avec les participants au groupe technique concerné (Addictions) que cette possibilité puisse être négociée. Ce point restera à vérifier ultérieurement.

■ **Le respect de la confidentialité des données : une obligation pour tous**

Au préalable, il convient de rappeler que pour l'ensemble des sources de données et quel que soit le niveau géographique étudié, les règles/seuils de confidentialité s'appliquent (le secret statistique prévaut dès que les effectifs concernés sont inférieurs à 5). Ainsi, toute publication de données est soumise au respect de cette condition.

■ **Précisions méthodologiques sur les territoires d'étude et la mise en relation avec des indicateurs témoins de la précarité**

La disponibilité des indicateurs varie selon les sources et les niveaux géographiques retenus comme territoires d'étude pour l'élaboration d'un système d'observation ce qui induit une difficulté pratique : la multiplicité des indicateurs et des producteurs de données entraîne des limites techniques qui nous contraignent à présenter les indicateurs selon des découpages géographiques différents.

■ **Le niveau géographique et la possibilité d'identifier la précarité selon les producteurs de données**

Les données sociodémographiques issues du recensement de la population de l'Insee peuvent être analysées à un niveau géographique infra-communal : l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique)⁶ constituant l'échelle la plus fine, cette maille géographique permet d'analyser les disparités à l'intérieur d'une commune.

Dans les limites géographiques communales au 1^{er} janvier 2009, la ville de Rennes compte 92 IRIS et la ville de Saint-Malo 21. Des regroupements d'IRIS constituent « les grands quartiers Insee » : la ville de Rennes en compte 12 et la ville de Saint-Malo 3. Par ailleurs, la commune de Dinard appartenant au Pays de Saint-Malo est également découpée en 5 IRIS mais n'est pas partitionnée en « grands quartiers ». Les cartes correspondantes à chaque ville sont présentées en annexe.

⁶ Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage constitue une partition de leur territoire. La Bretagne compte 626 IRIS en 2009. On distingue 3 types d'IRIS : les IRIS d'habitat au nombre de 561, les IRIS d'activité au nombre de 37 et les IRIS divers au nombre de 28.

- Par définition, les données sociodémographiques issues du recensement de la population permettent d'identifier des populations défavorisées ou précaires à partir de différents indicateurs socio-économiques (par exemple : pourcentage de chômeurs dans la population totale).

Les données de mortalité du CépiDc de l'Inserm ne peuvent être analysées qu'à l'échelle de la commune, niveau de détail disponible le plus fin (sur la base du code commune Insee à 5 caractères).

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire (la catégorie socioprofessionnelle (PCS) indiquée dans les certificats de décès n'étant pas exploitable à ce jour, trop de valeur manquante, trop de biais de remplissage,...).

Les données de morbidité hospitalière de l'ATIH (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des services de court-séjour des établissements de santé publics et privés) peuvent être analysées selon un zonage géographique propre au PMSI. Ce zonage établi dans le souci de préserver le secret statistique repose sur les codes postaux au sens du PMSI, dits "codes géographiques", qui sont soit les codes postaux eux-mêmes soit des regroupements lorsque la population concernée n'atteint pas un seuil de 2000 habitants. La ville de Rennes dans ses limites communales, définit un code géographique PMSI. En revanche s'agissant du Pays de Saint-Malo, il existe des codes géographiques au sens du PMSI à cheval entre le Pays de Saint-Malo et les pays voisins. Par exemple, la zone postale ayant le code géographique PMSI n°35440 comprenant les communes de Dingé, Feins, Guipel et Montreuil-sur-Ille se trouve à cheval entre le Pays de Saint-Malo et le pays de Rennes puisque seule la commune de Dingé appartient au Pays de Saint-Malo, les trois autres étant dans le Pays de Rennes. Cette particularité implique d'appliquer des procédures de pondération des données aux séjours hospitaliers se rapportant à des codes géographiques PMSI appartenant à plusieurs pays.

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire à partir des bases anonymisées de l'ATIH.

Les données de consommations de soins de la CPAM ne peuvent être analysées, à ce jour, qu'à l'échelle des codes postaux. Toutefois, la production des indicateurs à cette échelle géographique n'est pas réalisée en routine. Par ailleurs, sous réserve de l'existence d'une procédure de géolocalisation, le traitement des adresses pourrait permettre de localiser les données à l'échelle de l'IRIS par exemple et ainsi de disposer des indicateurs par grands quartiers rennais. Pour le Pays de Saint-Malo, la question de l'échelle géographique pertinente pour une analyse des données sanitaires à l'intérieur de ce territoire est à étudier avec les commanditaires et les acteurs de santé en fonction des objectifs visés et en regard des actions de santé publiques menées et des politiques engagées sur le territoire. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le Pays de Saint-Malo est un territoire géographique reposant sur le regroupement de 71 communes selon les limites territoriales administratives telles que définies par le code géographique officiel. Toutefois, rappelons qu'un code postal se rapporte à une zone postale qui peut englober plusieurs communes et qu'une commune peut comprendre plusieurs zones postales. De fait, il existe des chevauchements de zones postales entre le pays de Saint-Malo et ses voisins. Cette particularité implique d'appliquer des procédures de pondération des données aux zones postales appartenant à plusieurs pays. Il conviendra de vérifier l'existence ou la possibilité d'utilisation d'une telle procédure avec le producteur de données.

- La variable « Bénéficiaire de la CMU » permet l'identification d'une population en situation précaire.

Les données de morbidité médico-sociale, c'est-à-dire les nouvelles demandes d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) sont gérées à la base par les CPAM pour les salariés du régime général, par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) pour les salariés du régime agricole et par le Régime des Salariés Indépendants (RSI) pour les indépendants. Une convention liant la Fnors et les tutelles nationales permet aux ORS de disposer des bases de données pour les 3 régimes d'assurance maladie à l'échelle des codes postaux depuis 2004 pour la CNAMTS, 2005 pour la MSA et 2007 pour le RSI. Ces données sont donc exploitables dans un premier temps à l'échelle des codes postaux. Une exploration pourrait être menée à l'avenir auprès de la CPAM pour une éventuelle exploitation des données à un niveau infra-communal sous réserve de l'existence de procédure de géolocalisation des adresses.

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire à partir des bases de données détenues par l'ORS Bretagne.

Les données des services de PMI du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (CG 35) sont collectées à l'échelle des codes postaux de domicile des mères sur la base des certificats de santé des 8^{ème} jour et 24^{ème} mois. Cependant, le traitement des données à cette échelle géographique n'est pas effectué en routine. Cependant, selon la demande, cette possibilité pourrait être prévue et de la même façon que pour les données de la CPAM sous réserve de l'existence de procédures de géolocalisation, la possibilité du traitement des adresses pourrait aussi être envisagée. Comme précédemment, les mêmes remarques s'appliquent concernant le traitement des données par code postal pour le Pays de Saint-Malo.

- La variable « Activité professionnelle » des certificats de santé permet indirectement l'identification d'une population en situation précaire (sous réserve que cette variable témoigne d'un taux de remplissage statistiquement satisfaisant).

Les données issues des bilans médicaux et infirmiers du rectorat d'académie ne peuvent pas être analysées, à ce jour, à un niveau géographique infra-communal et la possibilité d'obtention de données par établissement qui permettrait ensuite des regroupements à des échelles proches de celles souhaitées reste à négocier⁷. Par ailleurs, les statistiques relatives à l'année scolaire 2009-2010 ne sont pas exploitables du fait de la survenue d'événements intercurrents (grippe, grève,...). L'obtention de données en vue de l'élaboration future d'un tableau de bord de la santé pour la ville de Rennes et le pays de Saint-Malo requiert la formulation d'une demande spécifique auprès du rectorat et de l'inspection d'académie afin que les données puissent être collectées et agrégées par les personnels concernés (médecins et infirmières scolaires) au niveau géographique souhaité. Cette demande ne peut se faire qu'antérieurement à une rentrée scolaire, soit au cours du premier semestre 2011 pour un début de collecte cohérent avec les échelles territoriales souhaitées à partir de septembre 2011. Compte tenu de la spécificité des recueils infirmiers et médicaux, il n'est pas possible d'obtenir des données rétrospectives.

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire.

Les données issues des structures de soins hors PMSI (CHU de Rennes, CH de Saint-Malo, CSAPA de Rennes et Saint-Malo) ne peuvent être obtenues, à ce jour, qu'à l'échelle des codes postaux. Toutefois, la production des indicateurs à cette échelle géographique n'est pas réalisée en routine mais pourrait être envisagée. Par ailleurs, sous réserve de l'existence d'une procédure de géolocalisation, le traitement des adresses pourrait permettre de localiser les données à l'échelle de l'IRIS par exemple. Comme précédemment, les mêmes remarques s'appliquent concernant le traitement des données par code postal pour le Pays de Saint-Malo.

⁷ Une discussion est d'ores et déjà engagée avec l'infirmière et le médecin responsables à l'Inspection académique d'Ille-et-Vilaine. Une réunion à ce sujet étant prévue au cours du premier semestre 2011.

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire à partir des données du CHU de Rennes.
- Le CSAPA de Rennes indique que la variable « Origine de la ressource principale » peut être utilisée pour mesurer la précarité.
- S'agissant du CSAPA et de l'UAMP du CH de Saint-Malo, la possibilité d'identification d'une population précaire sera à confirmer.

Les données de l'ADECI peuvent être analysées au niveau du code postal de résidence des individus. Cependant, à ce jour, les données ne sont pas présentées ni étudiées à cette échelle géographique. Selon la demande, les indicateurs pourraient être produits à l'échelon géographique souhaité après évaluation du temps nécessaire à l'exploitation des données. Comme précédemment, les mêmes remarques s'appliquent concernant le traitement des données par code postal pour le Pays de Saint-Malo.

- Il n'est pas possible d'identifier une population précaire.

A noter

La mise en œuvre des procédures de géolocalisation sur la base d'un traitement des adresses sont lourdes et coûteuses en temps et de fait financièrement.

Les indicateurs retenus par thématiques

En complément des axes thématiques priorités présentés ci-après, il apparaît nécessaire d'apporter des éléments de contexte/cadrage afin de décrire la population résidant sur le territoire étudié mais aussi pour mieux appréhender la réalité sanitaire observée en la repositionnant par rapport à des échelles géographiques plus vastes (nationale, régionale et/ou départementale) et ainsi faciliter la compréhension et l'interprétation des indicateurs de santé sélectionnés à l'échelle de la ville de Rennes ou du Pays de Saint-Malo.

En effet, rappelons qu'un indicateur seul n'a pas de sens. Selon l'objectif visé, il peut être illustré :

- soit par un état des lieux de la situation à un moment donné, la valeur observée sur le territoire étudié nécessite alors d'être mise en regard avec les valeurs du même indicateur à d'autres niveaux géographiques ;
- soit par une analyse de l'évolution de la situation dans le temps alors la valeur de l'indicateur doit être comparée à celles qu'il a prises les années précédentes.

Par ailleurs, ces éléments de contexte/cadrage peuvent être enrichis par une analyse de la littérature afin d'apporter des informations complémentaires utiles à la compréhension de la thématique étudiée : résultats d'enquêtes nationales ; mesures politiques engagées au niveau national et/ou régional et/ou local ; présentation des recommandations/normes adoptées, etc.

■ Eléments de contexte/cadrage

Les éléments de contexte/cadrage peuvent s'appuyer sur 4 grands types d'indicateurs qui permettent de décrire la population et la situation sanitaire. Il s'agit d'indicateurs de santé transversaux :

- Les indicateurs sociodémographiques et socio-économiques.
- Les indicateurs de mortalité.
- Les indicateurs de morbidité.
- Les indicateurs d'offre de soins.

■ Les indicateurs sociodémographiques et socio-économiques⁸

La démographie (indicateurs démographiques « stricts »)

- Population totale au dernier recensement (pyramide des âges)
- Part des moins de 20 ans
- Part des 60 ans et plus
- Part des 75 ans et plus
- Indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans)

1

SOURCE : organisme propriétaire : INSEE – Recensement de la population
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne ou APRAS

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

-Les données issues du recensement sont des données déclaratives.

-Compte tenu de la nouvelle méthodologie utilisée depuis 2004 (recensement par sondage pour les communes de plus de 10 000 habitants et de manière exhaustive tous les 5 ans pour les communes de moins de 10 000 habitants), il est conseillé d'effectuer des comparaisons entre deux exercices censitaires à 5 ans d'intervalle.

-Pas de comparaison possible entre les structures par âge issues des résultats du recensement rénové et celles issues des recensements exhaustifs antérieurs du fait qu'avant 2004, seules les naissances survenues entre le 1^{er} janvier et la date du recensement étaient comptabilisées.

APPORT : Connaissance de la population, de sa composition et de sa densité, quantification des groupes d'âges et de facto des besoins de la population. En effet, la description de la structure démographique de la population par âge et sexe permet de quantifier les groupes de populations selon les âges de la vie, de mesurer les évolutions passées, de dégager les tendances à venir. Ces données sont primordiales dans la mesure où les problèmes de santé et les besoins sanitaires diffèrent selon l'âge.

• Indicateurs essentiels puisque les enjeux de santé publique diffèrent selon l'âge et le sexe.

⁸ Cf. Le Tableau de bord social des quartiers rennais de l'APRAS ; le Cahier « La santé dans la ville de Rennes » et le Cahier « la santé dans le pays de Saint-Malo » de l'ORS Bretagne.

- Nombre de naissances
- Taux de fécondité

2

SOURCE : organisme propriétaire : INSEE – état-civil (données issues des registres d'état-civil des mairies)
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne ou APRAS

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

Modification réglementaire survenue en 2008 via le décret n°2008-800 du 20 août 2008 qui redéfinit la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Les critères de durée de gestation, 22 semaines d'aménorrhée, ou de poids, 500 grammes, ne sont plus pris en compte.

APPORT : Ces indicateurs permettent de mesurer les besoins de santé de la mère et de l'enfant et d'adapter et/ou de prévoir les besoins en terme d'équipement pour la petite enfance (crèche, école,...)

Les déterminants de santé (indicateurs socio-économiques)

- Proportion des foyers fiscaux non imposables
- Proportion de revenus inférieurs à la moitié du revenu médian

3

SOURCE : Organisme propriétaire : DGFIP
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne ou APRAS

LIMITE, BIAIS ET PRECAUTIONS : Le terme de foyer fiscal désigne l'ensemble des personnes inscrites sur une même déclaration de revenus. Il peut y avoir plusieurs foyers fiscaux dans un seul ménage, par exemple, un couple non marié où chacun remplit sa propre déclaration de revenus compte pour deux foyers fiscaux. Par ailleurs, les statistiques de la DGFIP sont soumises aux règles du décret statistique dès lors que le niveau géographique étudié a moins de 11 foyers fiscaux ou qu'un contribuable représente à lui seul 80% de l'impôt déclaré.

APPORT : Ces indicateurs témoignent indirectement de la proportion de personnes disposant de faibles revenus. Ils permettent notamment des comparaisons entre différents territoires.

- Les conditions socio-économiques participent de façon majeure aux inégalités de santé.
- Les conditions socio-économiques sont considérées comme des déterminants de l'état de santé.

- Proportion de bénéficiaires du RSA ou d'autres minimas sociaux (AAH par exemple)

4

SOURCE : Organisme propriétaire : CAF
Organisme exploitant la source : BDSL ou APRAS

CHAMP : Uniquement les allocataires de la CAF bénéficiaires du RSA qui correspondent à la population couverte c'est à dire à l'ensemble des allocataires et des ayants-droit.

LIMITE, BIAIS ET PRECAUTIONS : Peuvent en bénéficier, seulement les personnes :

- de plus de 25 ans (ou celles de moins de 25 ans ayant un enfant né ou à naître) ou ayant travaillé deux ans dans les trois dernières années. A compter du 1^{er} septembre 2010, le champ est élargi à toutes les personnes de moins de 25 ans sous certaines conditions de ressources :
- exerçant ou reprenant une activité professionnelle, qui peuvent ainsi cumuler revenus du travail et revenus issus de la solidarité ;
- ou sans activité, notamment les anciens bénéficiaires du RMI (revenu minimum d'insertion) ou de l'API (allocation de parent isolé).

APPORT : Cet indicateur permet de mesurer la fraction de la population totale (de moins de 65 ans) en situation de pauvreté et qui vit avec un minimum social.

- Les conditions socio-économiques participent de façon majeure aux inégalités de santé.
- Les conditions socio-économiques sont considérées comme des déterminants de l'état de santé.

- Nombre de demandeurs d'emploi (catégories A, B et C)
- Taux de chômage
- Proportion de femmes, de jeunes ou de chômeurs de longue durée parmi les demandeurs d'emploi

5

SOURCE : Organisme propriétaire : Pôle Emploi

CHAMP : Uniquement les demandeurs d'emploi, c'est-à-dire les personnes inscrites au pôle emploi. Les demandeurs d'emploi des catégories A, B et C correspondent aux demandeurs d'emploi quelle que soit leur activité dans le mois (sans activité; inférieure ou supérieure à 78 heures) et tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi. Les chômeurs de longue durée correspondent aux demandeurs d'emploi depuis un an ou plus.

APPORT : Ces indicateurs sont des témoins des situations de chômage et de travail partiel ou précaire. Par ailleurs, ils permettent de mesurer la part des chômeurs en difficulté selon différents groupes (sexe, âge). Les demandeurs d'emploi ayant plus d'un an d'ancienneté au chômage (CLD) représentent la population cible pour nombre de mesures en faveur de l'emploi.

- Les conditions socio-économiques participent de façon majeure aux inégalités de santé.
- Les conditions socio-économiques sont considérées comme des déterminants de l'état de santé.

Remarques complémentaires :

▪ **Pour la ville de Rennes** : le Tableau de bord social des quartiers rennais réalisé par l'APRAS propose une « batterie » d'indicateurs construits à partir des données fournies par des organismes divers implantés à Rennes (services des collectivités, services de l'état, caisse d'allocations familiales, rectorat,...). Ces indicateurs disponibles à un niveau infra-communal (grands quartiers rennais ou IRIS) recoupent pour l'essentiel la plupart des indicateurs présentés ci-dessus. Il conviendra de mener avec l'APRAS une concertation entre les partenaires et les commanditaires sur le choix des indicateurs à retenir pour alimenter les éléments de contexte/cadrage pour la ville de Rennes.

▪ **Pour le pays de Saint-Malo** : il n'existe pas d'outil équivalent à celui de l'APRAS dont dispose la ville de Rennes. Une réflexion doit donc être menée au sein du pays de Saint-Malo pour déterminer l'échelle géographique adéquate en fonction des objectifs visés par les commanditaires et/ou les actions de santé publique pour une analyse des données sur des territoires géographiques plus fins compris dans les limites du pays.

■ **Les indicateurs de mortalité (voir Cahiers « La santé dans la ville de Rennes » et « La santé dans le pays de Saint-Malo » de l'ORS Bretagne)**

- Indice comparatif de mortalité générale selon le sexe
- Indice comparatif de mortalité prématurée selon le sexe
- Indice comparatif de mortalité prématurée (ou non) liée à des comportements à risque ou au système de soins selon le sexe
- Nombre et répartition des principales causes de décès selon le sexe⁹
- Indice comparatif de mortalité pour les principales causes de décès selon le sexe (notamment pour les causes dites évitables).

6

SOURCE : Organisme propriétaire : Inserm – CépiDc
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

Délai de production des données : année N+2 ans

Données non exhaustives du fait de la non transmission des certificats de décès par certains instituts médico-légaux, de la non prise en compte des décès non identifiés sous X (morts dans la rue), des décès survenus à l'étranger ainsi que des morts-nés.

APPORT : Les données de mortalité sont couramment utilisées pour étudier les inégalités de santé à différents niveaux géographiques. Ces données sont d'une part les plus anciennes statistiques de santé faisant l'objet d'un recensement, d'autre part sont codifiées selon une classification définie à l'échelle mondiale (selon la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM10).

Remarque complémentaire : Pour rappel, l'échelle géographique la plus fine pour analyser les données de mortalité est la commune. Par ailleurs, compte tenu de la faiblesse des effectifs pour certaines causes de décès, il est nécessaire d'étudier la mortalité sur des périodes regroupant plusieurs années. Enfin, compte tenu de l'inertie relative de ce phénomène et bien que les statistiques sur les causes médicales de décès soient mises à jour annuellement, la périodicité d'actualisation des indicateurs de mortalité peut être envisagée selon un calendrier différent (par exemple : tous les 2 ou 3 ans selon la cause de décès).

⁹ Selon la cause de décès, ces indicateurs pourront aussi être réintégrés dans le thème afférent (par exemple la mortalité par suicide au sein du thème « souffrance psychique et prévention du suicide »).

■ Les indicateurs de morbidité

La morbidité médico-sociale

- Répartition en % des affections de longue durée (ALD) selon le sexe et les principaux motifs.

7

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM, CCMSA et RSI
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne

CHAMP : Uniquement les assurés des trois régimes d'assurance maladie cités ci-dessus (soit environ 94% de la population)

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

Initialement les ALD ne constituent pas une base de données développée dans une perspective épidémiologique mais médico-administrative, d'où une prise en compte uniquement de la morbidité traitée par le système de soins. Par ailleurs, les ALD ne représentent pas la véritable incidence des pathologies mais plutôt une incidence médicosociale (voir ci-après) :

- éléments conduisant à une sous-estimation : pas de demande d'admission en ALD du fait d'une existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue, du fait du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, maladie professionnelle,...), du fait d'une couverture complémentaire satisfaisante, pour des raisons de confidentialité ou encore parce que l'affection ne présente pas les critères de gravité nécessaires.
- éléments conduisant à une surestimation : certaines affections se caractérisent par une évolution marquée et par des phases de rémission importantes. Ainsi, lors d'une rechute ou d'une nouvelle poussée de la maladie, un patient peut demander une nouvelle admission en ALD pour la même affection à plusieurs années d'intervalle. Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a pu changer de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie (porosité entre les différents régimes), voir de statut (ayant droit devenu assuré).

Par ailleurs, le délai entre la survenue de la maladie et la demande d'admission en ALD est variable selon les affections et peut évoluer en fonction des améliorations de possibilités diagnostics, thérapeutiques, de la situation financière du patient,...

Enfin, le motif d'admission en ALD retenu pour une pathologie peut être soit étiologique soit concerner une conséquence de cette pathologie (accident vasculaire cérébral par exemple).

APPORT : Les nouvelles demandes d'attribution d'une ALD sont le reflet (partiel) de l'incidence des maladies chroniques.

Dans un premier temps, les données pourront être exploitées à l'échelle géographique des codes postaux uniquement à partir des données détenues par l'ORS Bretagne.

La morbidité hospitalière

- Nombre et taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court-séjour selon le sexe et le motif principal¹⁰ sur les zones PMSI :
 - Ville de Rennes : recoupement de la zone PMSI avec les limites communales (pas de possibilité d'analyse des données à un niveau infra-communal) ;
 - Pays de Saint-Malo : nécessité d'appliquer des procédures de pondération des séjours en raison des chevauchements entre codes géographiques (au sens du PMSI) et Pays.

8

SOURCE : Organisme propriétaire : ATIH
Organisme exploitant la source : ORS Bretagne

CHAMP : Tous les patients ayant effectué au moins un séjour hospitalier dans un service de court-séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics ou privés

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

Initialement, le PMSI n'est pas une base de données développée dans une perspective épidémiologique mais médico-administrative d'où une prise en compte uniquement de la morbidité traitée par le système de soins.

Par ailleurs, les données traitées reposent sur l'exploitation du diagnostic principal défini au cours du séjour hospitalier d'un patient comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Cependant au cours d'un même séjour, plusieurs autres problèmes de santé ont pu être pris en charge.

Enfin, des questions peuvent parfois se poser vis-à-vis de l'homogénéité du codage d'un établissement hospitalier à l'autre.

APPORT : Cet indicateur permet de quantifier le recours aux soins hospitaliers selon le sexe et l'âge.

Remarque complémentaire : prochainement, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) doit fournir les bases du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) à la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) qui transmettra les bases régionales aux ORS. A l'avenir, il devrait donc être possible d'enrichir les éléments de cadrage, et plus particulièrement ceux relatifs à la morbidité hospitalière, avec les données d'activité des services de psychiatrie grâce à l'indicateur suivant :

- Répartition en % des motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie selon le sexe et l'âge :
 - Zone RIM-P : elles sont identiques aux zones PMSI. Les remarques précédentes s'appliquent donc aussi pour cette source.
 - Le Centre hospitalier Guillaume Régnier indique qu'une modification de la sectorisation psychiatrique est en cours. Il conviendra de faire le point sur le nouveau découpage en secteur psychiatrique qui sous-tend l'organisation de l'offre de soins psychiatriques pour la ville de Rennes et vérifier s'il existe la possibilité d'obtenir des données à l'échelle souhaitée.

¹⁰ Selon le motif principal d'hospitalisation, ces indicateurs pourront à l'image de ceux concernant la mortalité, être réintégrés dans le thème afférent (par exemple l'hospitalisation pour une tentative de suicide au sein du thème « souffrance psychique et prévention du suicide »).

■ **Les indicateurs d'offre de soins (voir Cahiers « La santé dans la ville de Rennes » et « La santé dans le pays de Saint-Malo » de l'ORS Bretagne)¹¹**

- Effectif et densité des médecins généralistes libéraux
- Nombre et géolocalisation des cabinets de généralistes
- Effectif et densité des infirmiers libéraux
- Nombre et géolocalisation des cabinets d'infirmiers
- Effectif et densité des chirurgiens-dentistes
- Nombre et géolocalisation des cabinets de dentistes
- Effectif et densité des gynécologues libéraux (obstétriciens ou médicaux)
 - Pour la ville de Rennes : possibilité d'analyse à un niveau infra communal sous réserve de l'existence de procédure de géolocalisation par traitement des adresses.
 - Pour le Pays de Saint-Malo : remarque identique à celles faites précédemment sur la réflexion à engager afin de définir des territoires pertinents pour l'analyse des données à une échelle géographique plus fine que celle délimitée par les frontières du pays.

9

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Le système national inter-régimes (SNIR), mis en place par la Cnamts depuis 1977, permet de recueillir et d'agréger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie, maternité et accident du travail, à l'exception des régimes particuliers des militaires, et du Port autonome de Bordeaux. Le champ des médecins libéraux est constitué de tous ceux qui ont une activité libérale, qu'il s'agisse de leur activité principale ou non, à l'exclusion des remplaçants et des biologistes (ces derniers n'étant pas dénombrés avec les médecins), mais incluent les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital.

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

Plusieurs organismes sont producteurs de données statistiques concernant la démographie des professions de santé. Toutefois, les champs couverts, la définition des spécialités et les méthodes d'enregistrement des professionnels varient d'un producteur à l'autre. Il est donc fortement recommandé de ne pas procéder à des comparaisons entre les différentes sources. Par ailleurs, les données du SNIR n'incluent pas les remplaçants, leur enregistrement étant lié à leur domiciliation personnelle et non à leur lieu d'exercice.

APPORT : Les indicateurs d'offre de soins mis en perspective avec les besoins de santé de la population permettent de mesurer s'il y a adéquation ou pas entre offre et besoins. Ils participent à la planification de l'organisation sanitaire.

- Ces indicateurs apportent une information contextuelle utile mais ne sont pas des mesures directes de l'état de santé ou de la qualité des soins.

¹¹ Les indicateurs cités prennent en compte quelques professions médicales ou paramédicales. D'autres pourraient être envisagées (médecins spécialistes, kinésithérapeutes,...).

■ *En résumé,*

Ces 4 groupes d'indicateurs permettent de dresser un état des lieux « général » de la situation sanitaire de la ville de Rennes et du Pays de Saint-Malo. Pour ces 4 groupes d'indicateurs, il est relativement aisé d'obtenir des données à des échelles géographiques plus larges (département, région) afin de pouvoir situer l'indicateur pour la ville ou le pays par rapport aux valeurs moyennes départementale ou régionale.

En revanche, s'agissant des thèmes priorités (voir ci-après), selon les producteurs de données sollicités, leur couverture géographique varie et peut être uniquement départementale (c'est le cas de la CPAM 35 par exemple) voir plus locale (par exemple pour le CSAPA de Saint-Malo). Selon les thèmes et selon les producteurs, la possibilité d'obtenir des indicateurs de référence à des niveaux géographiques plus larges devra être prise en compte lors de l'établissement de la convention d'échange et de diffusion des données.

Sont présentés ci-après les indicateurs retenus par les groupes techniques pour chaque thème priorisé.

■ Les addictions : tabac, alcool et autres drogues

Les éléments de contexte/cadrage pourront être obtenus à partir des données exploitées par le Centre d'information régional sur les drogues et dépendances (CIRRD) de Bretagne et l'ORS Bretagne dans le tableau de bord « Addictions » sans oublier les résultats des enquêtes nationales réalisées par l'OFDT et par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Par ailleurs, les résultats des enquêtes menées auprès des jeunes en Bretagne apportent également des informations complémentaires, citons par exemple, « L'enquête sur la consommation d'alcool chez les jeunes reçus dans les missions locales de Bretagne » publiée en février 2010 mais aussi la publication d'une synthèse « L'alcool et les jeunes au travers des enquêtes » publiée en février 2011.

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données issues de la CPAM 35
- Les données issues du CHU de Rennes
- Les données issues des CSAPA
- Les données exploitées par l'ORS Bretagne (décès, ALD, PMSI)
- Les données issues de l'OFDT

Sont listés ci-dessous les indicateurs retenus et classés par producteurs de données.

■ Liste des indicateurs retenus selon les producteurs de données :

■ La CPAM 35

- Nombre de boîtes remboursées de médicaments pour sevrage alcoolique par sexe et âge
- Nombre de substituts nicotiques ayant donné lieu à un remboursement par sexe et âge
- Nombre par sexe et âge et taux standardisés de patients sous traitement régulier¹² par médicaments pour sevrage alcoolique
- Nombre par sexe et âge et taux standardisés de patients sous traitement régulier¹¹ par substituts nicotiques

10

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leur ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possible antérieurement à ces deux années. Par ailleurs, il s'agit de consommations ayant donné lieu à un remboursement. Enfin, rien n'indique que le bénéficiaire a suivi la prescription partiellement ou en totalité.

APPORT : Ce sont des indicateurs indirects de mesure de la prévalence des usages problématiques d'alcool et de tabac pris en charge par la médecine de ville et donc indirectement du recours aux soins.

¹² Les patients sous traitement dit « régulier » sont définis comme les patients ayant eu au moins trois prescriptions remboursées dans l'année.

Objectif 2 – Alcool

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif de réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance.

Objectif 3 – Tabac

La loi de santé publique de 2004 prévoit d'abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33% à 25% chez les hommes et de 26% à 20% chez les femmes à un horizon quinquennal, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence.

■ Le CHU de Rennes

- Nombre de passages au service des urgences du CHU de Rennes (ou du CH de Saint-Malo) pour ivresse alcoolique aiguë

11

SOURCE : Organisme propriétaire : CHU de Rennes

CHAMP : Uniquement les patients admis aux services des urgences

LIMITE, BIAIS ET PRECAUTIONS : Il s'agit de données d'activité du CHU. La population couverte ne se limite donc pas aux personnes domiciliées sur la zone géographique étudiée.

- Information non exhaustive liée à la perception du médecin urgentiste qui effectue la prise en charge et/ou liée au motif d'hospitalisation.

- Le nombre de passage est dépendant de la politique de réglementation de l'ivresse sur la voie publique.

APPORT : L'intérêt de cet indicateur réside dans le suivi des évolutions permettant d'observer la prise en charge hospitalière des conduites d'alcoolisation massive.

■ Les CSAPA

- File active des CSAPA (Rennes/Saint-Malo) par addiction principale, par âge et sexe
- Nombre de traitements de substitution délivrés par les CSAPA

12

CHAMP : Uniquement les patients pris en charge au sein des structures

LIMITE, BIAIS ET PRECAUTIONS : Il s'agit de données d'activité des structures. Ces données ne se limitent pas aux personnes domiciliées sur la zone géographique étudiée.

APPORT : L'intérêt de cet indicateur réside dans le suivi des évolutions permettant d'observer la prise en charge des patients toxicomanes.

■ L'ORS Bretagne

- Part des décès liés au tabac selon l'âge
- Indice comparatif de mortalité ou taux standardisés de mortalité liée au tabac
- Part des décès liés à l'alcool selon l'âge
- Indice comparatif de mortalité ou taux standardisé de mortalité liée à l'alcool
- Nombre et pourcentage de nouvelles demandes en ALD pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses/ Cancer de la trachée, des bronches et du poumon/ Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) par sexe et âge
- Indice comparatif de morbidité ou taux standardisé de morbidité pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses/ Cancer de la trachée, des bronches et du poumon/ Cancer des VADS par sexe
- Taux standardisés de patients hospitalisés dans le cadre de pathologies liées à l'alcool selon le sexe

13

SOURCES : Voir encarts 6, 7 et 8

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Voir encarts 6, 7 et 8

APPORT : La consommation excessive d'alcool et celle du tabac sont à l'origine de nombreux problèmes de santé (cancers, maladies vasculaires cérébrales, maladies chroniques du foie,...). De plus, la consommation d'alcool est également la cause de multiples accidents, notamment chez les jeunes. C'est un des principaux facteurs de risque des causes évitables de décès sur lesquels les politiques de prévention peuvent agir.

Objectif 58 – Prise en charge des toxicomanes
La loi de santé publique de 2004 a pour objectif de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des poly-consommateurs.

■ L'OFDT

- Nombre d'usagers problématiques de drogues dans la population (enquête Nemo pour la ville de Rennes uniquement) et taux de prévalence pour 1000 habitants âgés de 15 à 64 ans.

14

CHAMP : A partir des structures de prise en charge identifiées pour l'enquête, toutes les personnes résidant depuis plus de trois mois sur la ville de Rennes et ayant consommé, dans le mois précédant l'entretien, au moins un des produits suivants : héroïne, méthadone, Subutex®, sulfate de morphine, autre opiacé (codéine...), cocaïne/crack, autre stimulant, hallucinogène.

LIMITE, BIAIS ET PRECAUTIONS : Données d'enquête a priori reconduite tous les 5 ans seulement

APPORT : Cet indicateur permet d'estimer par la technique « capture-recapture » la population toxicomane présente sur le territoire de la ville de Rennes, et ainsi de quantifier indirectement les besoins d'accueil et de prise en charge de cette population. C'est aussi un outil d'évaluation de l'ampleur des mesures à prendre et des ressources à investir et à mobiliser pour remédier au problème de santé que constitue l'usage de drogues.

•Indicateur nécessaire pour établir des priorités d'intervention aux niveaux social, sanitaire ou économique, pour adapter les stratégies de soins et de prévention et pour en évaluer l'efficacité.

Remarque complémentaire : l'enquête NEMO doit être reconduite en 2011, la ville de Rennes fait partie de l'échantillon des villes enquêtées. La possibilité d'obtenir des données par sexe et âge sera à explorer auprès du CIRDD Bretagne ou de l'OFDT selon l'échantillonnage réalisé et la puissance statistique de l'enquête.

■ La souffrance psychique et la prévention du suicide

Les données publiées à l'occasion de la journée nationale du suicide par l'ORS Bretagne dans la plaquette « Observation du phénomène suicidaire en Bretagne : mortalité et hospitalisation en court-séjour » pourront servir d'éléments de contexte/de cadrage.

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données issues de la CPAM 35
- Les données issues du CHU de Rennes
- Les données exploitées par l'ORS Bretagne

Producteurs identifiés lors de la réunion du groupe technique :

- Les données issues de l'Unité d'aide médico-psychologique (UAMP) du CH de Saint-Malo (la possibilité réelle d'exploitation de leurs données sera à explorer dans le futur, l'UAMP ne faisant pas partie des producteurs de données sélectionnées initialement par le comité de pilotage).

Sont listés ci-dessous les indicateurs retenus et classés par producteurs de données.

■ Liste des indicateurs retenus :

■ La CPAM

- Nombre de boîtes remboursées de médicaments psychotropes (hypnotiques, anxiolytiques) par sexe et âge.
- Nombre par sexe et âge et taux standardisés de patients sous traitement régulier¹³ par médicaments psychotropes (dont antidépresseur).

15

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leur ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possible antérieurement à ces deux années. Par ailleurs, il s'agit de consommations ayant donné lieu à un remboursement. Enfin, rien n'indique que le bénéficiaire a suivi la prescription partiellement ou en totalité.

APPORT : Ce sont des indicateurs indirects de mesure de la prévalence de la souffrance psychique et/ou du mal-être pris en charge par la médecine de ville. En miroir, ce sont aussi des témoins du bien-être de la population.

¹³ Les patients sous traitement dit « régulier » sont définis comme les patients ayant eu au moins trois prescriptions remboursées dans l'année.

■ Le CHU de Rennes

- Nombre de passages et nombre de patients vus au service des urgences du CHU de Rennes pour tentative de suicide par sexe et par âge.

16

SOURCE : Organisme propriétaire : CHU de Rennes

CHAMP : Recensement exhaustif de toutes les tentatives de suicide vues au service des urgences du CHU

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Il s'agit de données d'activité du CHU. La population couverte ne se limite donc pas aux personnes domiciliées sur la zone géographique étudiée. Par ailleurs, toutes les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'une prise en charge par les services d'urgence des hôpitaux.

APPORT : Ce sont des indicateurs qui permettent de participer à l'observation du phénomène suicidaire et de porter un regard sur son évolution dans le temps.

■ L'UAMP du CH de Saint-Malo

- Nombre de passages et nombre de patients pris en charge par l'équipe de l'Unité d'aide médico-psychologique (UAMP) du CH de Saint-Malo pour tentative de suicide par sexe et par âge.

17

SOURCE : Organisme propriétaire : CH de Saint-Malo

CHAMP : Recensement de toutes les tentatives de suicide hospitalisées à l'UAMP

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : L'UAMP de Saint-Malo est un service d'hospitalisation. Seule l'UIMP intervient aux urgences (unité d'intervention médico-psychologique : cellule mobile dont le personnel n'est pas celui de l'UAMP mais dépend de la psychiatrie). Toutes les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

APPORT : Ce sont des indicateurs qui permettent de participer à l'observation du phénomène suicidaire et de porter un regard sur son évolution dans le temps.

■ L'ORS Bretagne

- Nombre et répartition des décès par suicide selon le sexe et l'âge.
- Indice comparatif de mortalité ou taux standardisé de mortalité par suicide.
- Nombre et répartition des séjours hospitaliers pour tentatives de suicides et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentatives de suicide dans les services de court-séjour des établissements de santé publics et privés.

18

SOURCES : Voir encarts 6 et 8

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Voir encarts 6 et 8

- Sous-estimation des effectifs de décès par suicide évaluée à environ 20% au niveau national.

APPORT : La connaissance du phénomène suicidaire (quantification du nombre, comparaison du risque selon la zone géographique, étude des caractéristiques des suicides et tentatives de suicide) est essentielle pour orienter les politiques de prévention mais aussi pour contribuer à l'évaluation de ces mesures.

- Indicateur retenu pour le suivi de l'objectif 42 de la loi de santé publique de 2004

Objectif 92 – Suicides

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 20% le nombre de suicides** à un horizon quinquennal.

Remarques complémentaires :

- S'agissant de la morbidité hospitalière, l'indicateur présenté ci-dessus se rapporte aux séjours hospitaliers. Sachant qu'un même patient peut effectuer plusieurs séjours, le choix de l'indicateur peut se porter également sur une approche « patient ». Dans cette optique et pour l'étude des caractéristiques des patients, ne sont conservés que les patients ayant réalisé un seul séjour pour tentative de suicide au cours de l'année¹⁴. Toutefois, la population dénombrée est composée de l'ensemble des patients quel que soit le nombre de séjours effectués pour tentative de suicide.
- Prochainement, les ORS seront destinataires des bases de données régionales issues du RIM-P de l'ATIH via la FNORS. A l'avenir, il conviendra donc d'étudier la possibilité d'ajouter des indicateurs relatifs au recours aux soins spécialisés en psychiatrie.

¹⁴ Ce choix qui s'appuie sur une réflexion menée par l'ORS Bretagne en partenariat avec des médecins DIM a pour principal objectif d'éviter des doublons, notamment lorsque le patient change de lieu de résidence ou que son âge évolue entre les séjours hospitaliers pris en compte.

■ La vie sexuelle et affective

Les données de l'enquête LaboVIH ainsi que celles issues de la notification obligatoire du VIH et du Sida exploitées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) ne peuvent pas être étudiées à un niveau infra-départemental. Toutefois, celles-ci font l'objet d'une plaquette régionale annuelle publiée par l'ORS Bretagne à l'occasion de la journée nationale contre le sida chaque 1^{er} décembre qui permet d'apporter des informations complémentaires constituant des éléments de contexte/cadrage. Cf. ORS Bretagne « Le VIH-Sida en Bretagne », décembre 2010, 8 pages.

Objectif 48 – Dépistage du cancer du col de l'utérus

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de poursuivre la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV (Human papillomavirus).

Objectif 97 – Contraception

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Actuellement, un état des lieux « Jeunes et sexualité » dont l'ORS Bretagne s'est vu confier la mise en œuvre par le Conseil Régional de Bretagne est en cours d'élaboration et a pour vocation de juger de la faisabilité de la mise en place d'un tableau de bord de suivi de cette problématique de façon pérenne au niveau régional et départemental. Ce travail permettra de disposer d'éléments de contexte, de données de cadrage pour cette population spécifique dans le cadre de la thématique « Vie sexuelle et affective » ou faire l'objet d'un focus propre.

Par ailleurs, l'Agence régionale de santé de Bretagne (ARS) récupère les bulletins d'Interruption Volontaire de grossesse (IVG) et réalise leur traitement statistique (par définition, ces bulletins sont anonymes, seul le département de résidence de la femme est renseigné). Ces données peuvent constituer un référentiel de cadrage de la situation au niveau régional et départemental. A ce jour, il n'existe pas de publications récentes, la dernière publication datant de mars 2007 et portant sur l'année 2005. Cf. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) de Bretagne « Les IVG en Bretagne en 2005 », L'info statistique n° 10, mars 2007, 4 pages.

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données issues de la CPAM 35
- Les données issues de l'activité des infirmières et médecins scolaires

Sont listés ci-dessous les indicateurs retenus et classés par producteurs de données.

■ Liste des indicateurs retenus :

■ La CPAM

- Nombre de remboursements pour consultation gynécologique par âge
- Nombre de remboursements pour frottis par âge
- Nombre de remboursements de prescription de vaccins contre le cancer du col de l'utérus par âge (Gardasil uniquement)

19

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leurs ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possible antérieurement à ces deux années. Par ailleurs, il s'agit de consommations ayant donné lieu à un remboursement. Enfin, rien n'indique que le bénéficiaire a suivi la prescription (Gardasil).

APPORT : Ce sont des indicateurs indirects :

- pour mesurer la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) ;
- pour mesurer la couverture vaccinale du cancer de l'utérus (vaccin Gardasil) ;
- pour mesurer la fraction de la population ayant un suivi gynécologique (dépistage des cancers gynécologiques, des infections sexuellement transmissibles,...).

- Nombre et répartition par âge des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire (définies comme étant les IVG dites de « ville » correspondant aux remboursements des forfaits hospitaliers « ville » pour IVG (consultation + médicaments)
 - Limite : uniquement IVG médicamenteuses
- Nombre de remboursements de prescriptions (Norlevo uniquement) par âge

20

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leur ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possible antérieurement à ces deux années. Par ailleurs, il s'agit de consommations ayant donné lieu à un remboursement.

APPORT : Ce sont des indicateurs indirects pour mesurer la fraction de la population ayant une sexualité dite « à risque » et identifier des groupes de population à cibler pour les campagnes de prévention sur les risques liés à une sexualité non protégée. Ce sont aussi des outils pour mesurer l'efficacité de ces campagnes.

■ L'Éducation Nationale

- Nombre de demandes d'élèves pour la contraception d'urgence
- Nombre d'IVG connues par l'inspection académique
- Nombre de grossesses menées à terme

21

SOURCE : Organisme propriétaire : Inspection d'académie

CHAMP : Les élèves scolarisés dans les établissements scolaires publics et privés implantés dans les zones géographiques étudiées.

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Concernant l'indicateur relatif à la contraception d'urgence (demande), il n'est pas possible d'exploiter les données à propos de la délivrance, celles-ci n'étant pas codées de façon homogène d'un établissement à l'autre. Par ailleurs, les données sont « domiciliées » selon l'établissement scolaire et non selon le lieu de domicile de l'élève. La zone « d'attraction » des établissements scolaires couvre une zone géographique qui peut être plus étendue que la zone géographique étudiée. Les élèves peuvent avoir recours à l'IVG et à la contraception d'urgence de façon individuelle sans passer par la médecine scolaire. Le recueil évolue également en fonction des orientations nationales ou départementales de la politique de santé définie par l'Éducation nationale. Enfin, les données 2009-2010 ne sont pas exploitables du fait d'événements internes à l'éducation nationale ayant perturbé leur enregistrement.

APPORT : Ce sont des indicateurs témoins des besoins propres aux populations scolarisées et peuvent permettre d'évaluer indirectement l'impact des actions menées soit à l'initiative de l'établissement scolaire, soit par le fait d'une directive du Ministère de l'Éducation nationale.

Remarques complémentaires :

- Les données de la CPAM ne sont pas disponibles par âge détaillé en dessous de 18 ans et celles de l'éducation nationale ne permettent que d'identifier le statut « mineur/majeur ».
- Concernant les données de l'Éducation nationale, la possibilité d'obtenir les effectifs totaux des élèves des établissements sera abordée au cours d'une réunion organisée avec l'inspection académique au cours du premier semestre 2011. Cette possibilité permettrait des calculs proportionnels au-delà d'un simple dénombrement. Au cours de cette réunion sera aussi négocié la possibilité d'obtenir les données des établissements implantés sur les zones d'étude (actuellement les données transmissibles sont agrégées au niveau du département).
- Les données issues de l'inspection académique sont susceptibles d'être analysées, globalement au niveau académique par type d'établissement (collège, lycée, enseignement professionnel, EREA).

■ La santé de la mère et de l'enfant

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données issues de la CPAM 35
- Les données issues des bilans médicaux et infirmiers du rectorat d'académie
- Les données issues des services PMI du conseil général (certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8) et du 24^{ème} mois (CS24) ; bilan de santé des enfants de 3-4 ans¹⁵)

Sont listés ci-dessous les indicateurs retenus et classés par producteurs de données.

■ Liste des indicateurs retenus :

■ La CPAM

- Nombre et répartition des déclarations de grossesse par âge
- Nombre et taux de recours à l'examen de prévention buccodentaire chez les enfants par âge (enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans)

22

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leur ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

- Il s'agit des déclarations de grossesse correspondant donc au nombre de naissances vivantes et d'enfants sans vie.
- Les données relatives aux consommations de soins sont conservées seulement pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possiblement antérieurement à ces deux années.

APPORT :

- Cet indicateur permet de mesurer indirectement l'attention en termes de prévention qui est portée aux femmes enceintes.
- La santé bucco-dentaire rend compte de facteurs sociaux car il reflète la situation socio-économique à laquelle appartient l'enfant, c'est un indicateur indirectement témoin d'inégalités sociales de santé. L'étude des taux de recours à l'examen de prévention buccodentaire peut permettre d'identifier des groupes d'enfants qui restent en marge du dépistage. Cet indicateur permet aussi aux décideurs de cibler des actions de prévention à destination de ces publics.

¹⁵ Concernant la ville de Rennes, les données issues des bilans de santé des enfants de 3-4 ans devront être prises en compte en tenant compte de l'existence de la convention liant le service communal d'hygiène et de santé de la ville et le conseil général d'Ille-et-Vilaine.

Objectif 91 – Indice carieux des enfants âgés de 6 à 12 ans

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif de réduire de 30% l'indice CAO1 mixte moyen à l'âge de 6 ans (valeur cible : 1,2), ainsi que l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (valeur cible : 1,4) à un horizon quinquennal.

■ La PMI

Santé de la mère et de l'enfant (CS8)

- Répartition par âge des femmes à l'accouchement vues par la PMI (CS8)
- Proportion de naissances prématurées (< 37 semaines d'aménorrhée)
- Proportion de faible poids de naissance (< 2500 g)
- Proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies
- Proportion de femmes ayant bénéficié d'une préparation à l'accouchement
- Taux d'allaitement maternel

23

SOURCE : Organisme propriétaire : Conseil général d'Ille-et-Vilaine

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

• Pour les CS8 : Délai de transmission variable d'où la nécessité de calculer un taux de couverture des CS8 avant toute exploitation des données du certificat. Remplissage variable selon les items du certificat d'où la nécessité de mesurer les taux de remplissage des items avant leur exploitation. Enfin, les certificats retournés aux services de PMI se rapportent à des enfants résidant dans le département et qui n'y sont pas forcément nés.

APPORT : Ces indicateurs permettent de mesurer le suivi périnatal des femmes et l'efficacité des soins préventifs en lien avec la grossesse. Ce sont des témoins de l'attention portée à la santé de la mère et de l'enfant. Ils constituent aussi des indicateurs indirects de l'accès aux soins. Les indicateurs relatifs à la prématurité et aux faibles poids de naissances sont des indicateurs de la santé générale des nourrissons et un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement du nouveau-né.

Santé de l'enfant

- Taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans (Rapport du nombre d'enfants vaccinés sur le nombre de certificats de santé au 24^{ème} mois renseignés)
 - ROR
 - Pentavalent
 - Hépatite B
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 3-4 ans (% des enfants vus en bilan)
 - ROR
 - Pentavalent
 - Hépatite B
- Troubles dépistés lors des bilans de santé des enfants de 3-4 ans (% des enfants vus en bilan présentant l'un des troubles suivants)
 - Troubles auditifs
 - Troubles visuels
 - Surpoids
 - Caries dentaires

24

SOURCE : Organisme propriétaire : Conseil général

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

• Pour les CS24 : Délai de transmission variable d'où la nécessité de calculer un taux de couverture des CS24 avant toute exploitation des données du certificat. Remplissage variable selon les items du certificat d'où la nécessité de mesurer les taux de remplissage des items avant leur exploitation. Enfin, les certificats retournés aux services de PMI se rapportent à des enfants résidant dans le département et qui n'y sont pas forcément nés

• Pour les bilans des 3-4 ans : recueil non exhaustif reposant uniquement les enfants vus en bilan par les infirmières ou les médecins scolaires

APPORT : La couverture vaccinale fait partie des indicateurs de suivi de l'objectif 42 de la loi de santé publique de 2004 étant donné que « l'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses ». La mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population constitue un indicateur d'évaluation des résultats d'un programme de vaccination et de son suivi dans le temps.

Objectif 42 – Couverture vaccinale

La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'**atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés** à un horizon quinquennal.

Objectif 12 – Surpoids et obésité chez l'enfant
La loi de santé publique de 2004 a repris l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001. Il s'agit d'**interrompre l'augmentation des prévalences d'obésité et de surpoids chez les enfants.**

■ L'Education Nationale

- Troubles dépistés lors du bilan médical et/ou infirmier des enfants scolarisés en grande section de maternelle ou en cours préparatoire (5-6 ans) (% de l'ensemble des enfants vus en bilan présentant l'un des troubles suivants)
 - Troubles auditifs
 - Troubles visuels
 - Surpoids
- Troubles dépistés lors du bilan médical et/ou infirmier des enfants scolarisés en CE2 (8-9 ans) (% de l'ensemble des enfants vus en bilan présentant l'un des troubles suivants)
 - Troubles auditifs
 - Troubles visuels
 - Surpoids

25

SOURCE : Organisme propriétaire : Inspection d'académie

CHAMP : Les élèves scolarisés dans les établissements publics et privés des zones géographiques étudiés

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données sont « domiciliées » selon l'établissement scolaire et non selon le lieu de domicile de l'élève. La zone « d'attraction » des établissements scolaires couvre une zone géographique qui peut être plus étendue que la zone géographique étudiée. Enfin, les données 2009-2010 ne sont pas exploitables du fait d'événements internes à l'Education nationale ayant perturbé leur enregistrement.

APPORT : Ce sont des indicateurs témoins des besoins propres aux populations scolarisées et peuvent permettre d'évaluer indirectement l'impact des actions menées soit à l'initiative de l'établissement scolaire, soit par le fait d'une directive du Ministère de l'Education nationale.

Remarque complémentaire :

Pour les bilans de grande section : parmi les objectifs des services de promotion de la santé en faveur des élèves, les infirmières orientent principalement leurs actions à destination d'écoles accueillant un public précaire ou présentant des difficultés de soins. Toutefois, tous les enfants : qui ont un problème de santé avéré, qui ont été signalés par les infirmières, par les assistant(e)s de service social, par les parents ou par les élèves eux-mêmes seront vus au cours de l'année par le médecin.

Les données issues des recueils infirmiers et médicaux sont donc complémentaires.

Par ailleurs, la possibilité d'obtenir les effectifs totaux des élèves des établissements sera abordée au cours d'une réunion organisée avec l'inspection académique au cours du premier semestre 2011. Cette possibilité permettrait des calculs proportionnels au-delà d'un simple dénombrement. Au cours de cette réunion sera aussi négocié la possibilité d'obtenir les données des établissements implantés sur les zones d'étude (actuellement les données transmissibles sont agrégées au niveau du département).

■ L'ORS Bretagne

- Taux de mortalité infantile

26

SOURCES : Voir encart 6

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Voir encart 6

APPORT : Cet indicateur concerne la qualité du suivi périnatal. Par ailleurs, indirectement, il témoigne aussi du niveau de scolarité des mères et /ou de leur situation socio-économique.

Remarques complémentaires :

▪ Selon l'Insee, en 2009, 2 547 naissances ont été recensées à Rennes (état-civil : données domiciliés) et 404 à Saint-Malo (1 799 pour le pays de Saint-Malo en 2006). Ainsi, les données issues des certificats de santé des 8^{ème} jour et 24^{ème} mois concerneraient a priori des effectifs annuels suffisants pour pouvoir disposer de données sur l'état de santé de la mère et de l'enfant à l'échelle de la commune de Rennes ou du Pays de Saint-Malo. Toutefois, l'utilisation annuelle de ces données à un niveau géographique infra-communal pour la ville de Rennes ou à un niveau infra-pays pour le pays de Saint-Malo sera à valider dans le futur. Si les effectifs s'avèrent insuffisants et afin d'accroître les effectifs considérés, l'extension à une période de plusieurs années pourrait être envisagée afin de pouvoir éventuellement observer des tendances significatives sur un quartier pour la ville de Rennes ou sur une commune pour le pays de Saint-Malo.

▪ Si les données concernant la couverture vaccinale sont recueillies sur la base du carnet de santé, il est important de connaître le nombre d'enfants vus en bilan ayant effectivement apporté leur carnet de santé afin de disposer du dénominateur pour calculer la « véritable » couverture vaccinale et ne pas biaiser l'indicateur.

▪ Les données de la PMI issues des certificats de santé requièrent d'étudier le taux d'exhaustivité (taux de retour) des certificats mais aussi le taux de remplissage des différents items utilisés pour la construction des indicateurs car la qualité des données est conditionnée par ces éléments.

■ La nutrition

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données issues des services PMI (CS8 et CS24, bilan de santé des enfants de 3-4 ans¹⁶) du Conseil Général
- Les données issues des bilans médicaux et infirmiers du rectorat d'académie
- Les données exploitées par l'ORS Bretagne

Les indicateurs relatifs à la nutrition issus des bilans de santé chez l'enfant ont déjà été listés dans le thème « Santé de la mère et de l'enfant ».

■ Liste des indicateurs retenus :

■ La PMI (et/ou la ville de Rennes)

- % d'enfants âgés de 3-4 ans vus présentant un surpoids
- ➔ Voir les encadrés correspondants dans la thématique « santé de la mère et de l'enfant »

■ L'Education Nationale

- Pourcentage d'enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) vus en bilan infirmier et/ou médical présentant un surpoids
- Pourcentage d'enfants scolarisés en CE2 (8-9 ans) présentant un surpoids rapporté à l'ensemble des enfants vus en bilan
- ➔ Voir les encadrés correspondants dans la thématique « santé de la mère et de l'enfant »

■ La CPAM

- Nombre par sexe et âge et taux standardisés de patients sous traitement régulier¹⁷ par médicaments antidiabétiques

27

SOURCE : Organisme propriétaire : CPAM

CHAMP : Les assurés sociaux du régime général et leur ayants-droits

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Les données relatives aux consommations de soins sont conservées seulement pendant deux années et aucune approche rétrospective n'est possible antérieurement à ces deux années. Par ailleurs, il s'agit de consommations ayant donné lieu à un remboursement, rien n'indique que le bénéficiaire a suivi la prescription partiellement ou en totalité.

APPORT : C'est un indicateur indirect de mesure de la prévalence du diabète.

¹⁶ Concernant la ville de Rennes, les données issues des bilans de santé des enfants de 3-4 ans devront être prises en compte en tenant compte de l'existence de la convention liant le service communal d'hygiène et de santé de la ville et le conseil général d'Ille-et-Vilaine.

¹⁷ Les patients sous traitement dit « régulier » sont définis comme les patients ayant eu au moins trois prescriptions remboursées dans l'année.

Objectif 54 – Surveillance des personnes diabétiques
La loi de santé publique de 2004 a pour objectif d'assurer à un horizon quinquennal une surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques émises par la SFD (anciennement Alfediam), l'AFSSAPS et la HAS pour 80% des diabétiques. Il s'agit d'améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète.

■ L'ORS Bretagne

- Nombre et répartition des affections de longue durée (ALD) pour diabète
- Répartition selon le sexe et l'âge des patients hospitalisés pour diabète
- Taux standardisés de patients hospitalisés pour diabète selon le sexe

28

SOURCE :

- Pour les ALD : Organismes propriétaires : CPAM, CCMSA et RSI ; Organisme exploitant la source : ORS Bretagne
- Pour le PMSI : Organisme propriétaire ATIH ; Organisme exploitant la source : ORS Bretagne

CHAMP :

- Pour les ALD : Uniquement les assurés des trois régimes d'assurance maladie cités ci-dessus (soit environ 94% de la population)
- Pour le PMSI : tous les patients ayant effectué un séjour dans un service de court-séjour d'un établissement de santé public et privé

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

- Pour les ALD : Voir encart 7
- Pour le PMSI : Voir encart 8

APPORT :

- Pour les ALD : Estimation (partielle) de l'incidence du diabète.
- Pour le PMSI : Estimation de la fraction de la population ayant eu recours à l'hospitalisation pour diabète d'où une estimation (partielle) des personnes atteintes des formes compliquées de diabète.

■ Le dépistage du cancer

La thématique du dépistage est transversale à plusieurs thèmes. Ainsi, hormis le dépistage du cancer, les dépistages des troubles chez l'enfant ont par exemple été abordés dans le thème « santé de la mère et de l'enfant ».

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données de l'ADECI 35

■ Liste des indicateurs retenus :

- Taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du côlon
- Taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein

29

SOURCE : Organisme de gestion : ADECI 35

CHAMP :

- Dépistage du cancer du sein : toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans (tous régimes d'assurance maladie).
- Dépistage du cancer du côlon : toutes les individus âgés de 50 à 74 ans (tous régimes d'assurance maladie).

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Ne sont pas pris en compte les individus ayant recours au dépistage de façon individuelle soit à l'initiative d'un professionnel de santé soit à l'initiative propre de l'individu.

APPORT : Le taux de participation constitue l'indicateur d'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé mesurant le taux de couverture du dépistage organisé (et non individuel) au sein de la population ciblée. Indirectement, cet indicateur permet aussi de mesurer l'accès aux soins selon les caractéristiques des individus (sexe, âge, résidence,...).

Remarque complémentaire : les indicateurs relatifs au dépistage du cancer peuvent faire l'objet d'une fiche spécifique. Ils pourraient aussi être intégrés aux fiches concernant le contexte général en complémentarité des indicateurs relatifs aux déterminants de santé.

**Objectif 50 –
Dépistage du cancer
du sein**

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif à un horizon quinquennal de réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.

■ Santé environnement

Objectif 22 – Qualité de l'eau de distribution publique
La loi de santé publique a préconisé de diminuer par deux, à un horizon quinquennal, le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique, dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.

Objectif 23 – Mortalité par intoxication au monoxyde de carbone
L'un des objectifs du Plan national santé-environnement (PNSE) 2004-2008 est de réduire de 30% le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (150 à 300 décès en France au moment de la définition des objectifs).

Parmi les producteurs de données identifiés initialement sont conservés :

- Les données de la CPAM 35
- Les données de Rennes Métropole
- Les données de la ville de Rennes
- Les données de l'Agence Régionale de Santé
- Les données d'Air Breizh

Sont listés ci-dessous les indicateurs retenus et classés par producteurs de données.

■ Liste des indicateurs retenus :

■ L'ARS

- Pourcentage de la population exposée ponctuellement à des seuils supérieurs aux normes réglementaires pour la qualité de l'eau de consommation
- Pourcentage de la population exposée plus de 30 jours consécutifs à des seuils supérieurs aux normes réglementaires pour la qualité de l'eau de consommation
- Qualité des eaux de baignade de l'étang d'Apigné (cartographie du niveau : A-Bonne qualité, B- Qualité moyenne, C- Momentanément pollué et D- Mauvaise qualité)

30

SOURCE : Données du contrôle sanitaire des eaux contenues dans la base SISE-Eaux (Système d'information en santé-environnement sur les eaux)

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : L'indicateur est construit à partir de la population telle que définie dans la base SISE-Eaux. Pour les pesticides et les nitrates, la concentration totale ne doit pas dépasser 0,5 µg/l.

APPORT : Ces indicateurs font partie des indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004, de ceux du PNSE 2004-2008 et ce sont également des indicateurs retenus en région pour le suivi du PRSE. Ce sont des indicateurs d'exposition qui permettent de mesurer la fraction de la population desservie par une eau non conforme. Indicateurs d'aide à la décision sanitaire (connaissance de l'état de la situation sanitaire des eaux, évaluation des risques, aide à la prise de décision...)

- Nombre d'intoxication au monoxyde de carbone
 - Possibilité d'extraction de données pour la ville de Rennes, sinon les données sont départementales

31

SOURCE : ARS – CIRE – Système surveillance CO (coordonné par l'InVS)

CHAMP : Toute personne ayant connaissance d'une intoxication au CO, suspectée ou avérée survenue en France métropolitaine, doit le signaler (intoxications survenues de manière accidentelle ou volontaire : tentative de suicide). Le destinataire peut être selon l'organisation régionale en place, soit une Délégation territoriale (DT), soit l'Agence Régionale de Santé (ARS), soit un Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS), soit un Centre Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV), soit le Laboratoire Central de la Préfecture de Police (LCPP).

APPORT : Cet indicateur permet la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone. Il permet d'adapter la réglementation et la prévention aux situations les plus courantes ou graves pouvant faire l'objet d'une stratégie de lutte contre les intoxications au CO.

- Nombre de personnes contaminées par les légionelles (hors milieu hospitalier)
 - Possibilité d'extraction de données pour la ville de Rennes, sinon les données sont départementales

32

SOURCE : ARS - Déclaration obligatoire de la légionellose

CHAMP : Tous les médecins et les laboratoires doivent signaler tous les cas de légionellose à l'ARS. Après interrogatoire systématique de tous les patients signalés, un formulaire de notification transmis ensuite à l'InVS est établi.

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Fortes disparités régionales quant à l'exhaustivité de la déclaration obligatoire.

APPORT : Cet indicateur fait partie des indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004, de ceux du PNSE 2004-2008 et ce sont également des indicateurs retenus en région pour le suivi du PRSE. Ce sont des indicateurs d'exposition qui permettent de mesurer la fraction de la population exposée aux légionelles. Il permet d'adapter la réglementation et la prévention aux situations les plus courantes ou graves pouvant faire l'objet d'une stratégie de lutte contre les contaminations dues aux légionelles.

Remarque complémentaire : Prochainement (probablement au cours de l'année 2011), la Base de Données Santé Environnement (BDDSE) développée par l'ARS permettra de disposer d'indicateurs supplémentaires mais l'échelon géographique de disponibilité reste à explorer.

■ La CPAM

- Nombre par sexe et âge et taux standardisés de patients sous traitement régulier¹⁸ par médicaments antiasthmatiques
- Nombre de patients ayant eu des actes de kiné respiratoire remboursés au cours de l'année
 - Cet indicateur sera à explorer dans le futur avec la CPAM

33

SOURCE : CPAM

CHAMP : Tous les patients affiliés au régime général ayant bénéficié d'au moins 3 remboursements de médicaments antiasthmatiques au cours de l'année considérée.

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS : Aucune information sur la sévérité de la maladie.

APPORT : Ces indicateurs permettent de mesurer indirectement l'impact des expositions aux pollutions de l'air.

¹⁸ Les patients sous traitement dit « régulier » sont définis comme les patients ayant eu au moins trois prescriptions remboursées dans l'année.

Objectif 25 – Incidence de la légionelle
La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire de 50% l'incidence des légionelles** à un horizon quinquennal.

■ Rennes Métropole

- Proportion de la population dite « en situation calme », c'est-à-dire exposée à un bruit (route) strictement inférieur à 55 décibels
- Proportion de la population exposée à un bruit supérieur à la valeur seuil (réglementaire) de 68 décibels

34

SOURCE : Rennes Métropole

CHAMP : Modélisation à partir des données de populations issues du recensement et celles des infrastructures routières.

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

- Les données ne reposent pas sur des mesures mais sur une modélisation réalisée à partir des données liées aux infrastructures routières. Elles traduisent une estimation des populations ou des bâtiments (façades) potentiellement exposés au bruit et non des données d'exposition réelle. Ces données se doivent donc être affinées dans une démarche d'élaboration d'un plan de prévention du bruit avant toute décision opérationnelle.
- Actualisation N+5 ans (dernière modélisation réalisée en 2011)
- Les données de population utilisées dans la modélisation sont celles issues du recensement général de la population de 1999.

APPORT : Cet indicateur permet d'effectuer un premier repérage des zones sensibles (points noirs) et d'orienter les décideurs pour l'élaboration et/ou l'amélioration d'un plan de prévention du bruit.

■ La ville de Rennes

- Proportion de sols traités ne présentant plus de risques pour la population (c'est-à-dire proportion de surfaces mise en conformité avec les normes sanitaires)
 - Dans le futur, possibilité de croisement avec les établissements accueillant des enfants
- Pourcentage de mesures portant sur les ondes électro-magnétiques dépassant les valeurs seuil selon les normes françaises ou européennes

35

SOURCE : Rennes Métropole

CHAMP :

- Pour la pollution des sols : Recueils de données gérés par les pouvoirs publics (base de données BASOL et BASIAS).

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

La construction des indicateurs issus de ces deux sources pour être rapportés à la population reposent sur des modélisations. Ils reflètent une estimation de la population exposée et non pas l'exposition réelle des populations.

- Pour les antennes-relais : actuellement, seulement plus d'une centaine de mesures sont réalisées sur la ville de Rennes mais la politique est à l'accroissement du nombre de ces mesures. Ainsi d'ici quelques années, le millier de mesures devrait être atteint.

APPORT :

- Par « déduction », estimation de la fraction de la population résidant sur les sites et/ou les sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif.

**Objectif 20 –
Exposition de la
population aux
polluants
atmosphériques**

Les objectifs proposés par la loi de santé publique de 2004 pour les polluants réglementés au plan européen, notamment NO₂, ozone et particules en suspension, ont été repris dans le Plan national santé-environnement. Il s'agit à un horizon quinquennal, d'une part, **de réduire de 30% les concentrations urbaines moyennes en particules PM₁₀ et PM_{2,5} et de dioxyde d'azote** et, d'autre part, **de réduire de 20% les concentrations urbaines moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone et dioxyde de soufre).**

■ **Air Breizh**

- Proportion de la population exposée au-delà des seuils réglementaires aux particules PM 10¹⁹ (en moyenne par année)
 - La possibilité d'obtenir des données concernant d'autres polluants reste à explorer à l'avenir
 - La possibilité de représentation cartographique sera à explorer

36

SOURCE : Air Breizh

CHAMP : Modélisation à partir des données collectées par les stations de mesure :

- Pour la ville de Rennes : 5 stations de mesure
- Pour la ville de Saint-Malo : 1 station de mesure

LIMITES, BIAIS ET PRECAUTIONS :

« Les résultats de mesures ne sont représentatifs que des périodes étudiées car les concentrations en polluants dans l'air sont fortement conditionnées par la météorologie. Il n'est donc pas possible d'extrapoler les résultats à d'autres périodes. » Cf. site internet AirBreizh

APPORT : L'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine a été démontré par de nombreuses études épidémiologiques* (association entre niveau ambiant des particules et variations à court terme de la mortalité, effets à court terme sur d'autres événements de santé (admission à l'hôpital pour maladies respiratoires ou cardiovasculaires, apparition de symptômes respiratoires et recours aux médicaments chez les asthmatiques,...). D'où l'intérêt de disposer d'indicateurs de suivi des pics de pollution et indirectement de la fraction de la population exposée à la pollution atmosphérique urbaine pour informer les décideurs sur les bénéfices potentiels des politiques publiques visant à améliorer la qualité de l'air ambiant en diminuant les concentrations de polluants présentes.

* Brunekreff et al. 2002 ; WHO 2003 ; Stieb et al. 2002 ; Filleul et al. 2003 ; Belle et al. 2004 ; Le Tertre et al. 2002

➔ **Pour plus d'information :** Le GIP Bretagne environnement vient de mettre en ligne un site internet qui compile toutes les données environnementales pour chaque commune de Bretagne. Ce site fonctionne de manière interactive avec les bases de données des organismes diffuseurs tels que les services de l'état, l'Insee, l'Ademe, etc.
Lien : <http://communes.bretagne-environnement.org/>

¹⁹ Les PM 10 sont des particules en suspension dans l'air dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres, d'où leur nom anglais de particulate matter 10, ou PM 10 en abrégé.



Proposition d'un support de communication

Pour qui ?

Le support de communication proposé s'adresse aux élus, aux décideurs, aux partenaires, aux acteurs de santé dans l'objectif d'améliorer la compréhension des problématiques santé identifiées. C'est un outil d'aide à la décision dont l'analyse partenariale doit favoriser la constitution d'un réseau des acteurs concernés par la santé sur les territoires pris en compte dans cette étude.

La communication publique pourra, dans un second temps, concerner certains des éléments exploités à travers des fiches ou une plaquette globale simplifiée.

Quelle forme ?

Le support proposé est l'élaboration de « fiches » propres à chaque thème consultables en ligne via internet par connexion sécurisée et réservée.

Le choix s'est porté sur la réalisation de fiches thématiques indépendantes regroupant les indicateurs du thème concerné afin de faciliter les procédures de production et de mise à jour. Cette solution ayant l'avantage d'une plus grande réactivité et souplesse permettant ainsi la mise en place d'une démarche dynamique avec une mise à disposition des données les plus récentes (la périodicité d'actualisation variant selon les sources et conditionnant de fait le rythme de production et de révision des indicateurs dans le temps). Par ailleurs, chaque personne pourra ainsi consulter uniquement le thème qui l'intéresse en ayant la possibilité de télécharger la ou les fiches contenant les indicateurs désirés, ce qui présente l'avantage d'être moins lourd et moins contraignant que le téléchargement d'un rapport complet.

Certains thèmes en fonction du nombre d'indicateurs constituent une seule « fiche » tandis que d'autres thèmes peuvent se décliner en sous-thèmes. C'est le cas par exemple pour le thème concernant les addictions qui se décline en sous-thèmes en fonction du produit dont il est question.

■ Proposition d'une organisation générale des fiches

- **Fiche 1 : Contexte général**
 - Fiche 1-1 : le contexte démographique et socio-économique
 - Fiche 1-2 : la mortalité
 - Fiche 1-3 : la morbidité
 - Fiche 1-4 : l'offre de soins
 - Fiche 1-5 : les déterminants de santé

- **Fiche 2 : Les addictions : Tabac, Alcool et autres drogues**
 - Fiche 2-1 : Le tabac
 - Fiche 2-2 : L'alcool
 - Fiche 2-3 : les autres drogues

- **Fiche 3 : La souffrance psychique et la prévention du suicide**

- **Fiche 4 : La vie sexuelle et affective**

- **Fiche 5 : La santé de la mère et de l'enfant**
 - Fiche 5-1 : Autour de la grossesse
 - Fiche 5-2 : Les jeunes enfants

- **Fiche 6 : La nutrition**

- **Fiche 7 : Le dépistage du cancer** (dans la mesure où l'on conserve une fiche propre à ce thème, voir à ce propos le chapitre consacré au dépistage)

- **Fiche 8 : Santé environnement**

Organisation d'une fiche type

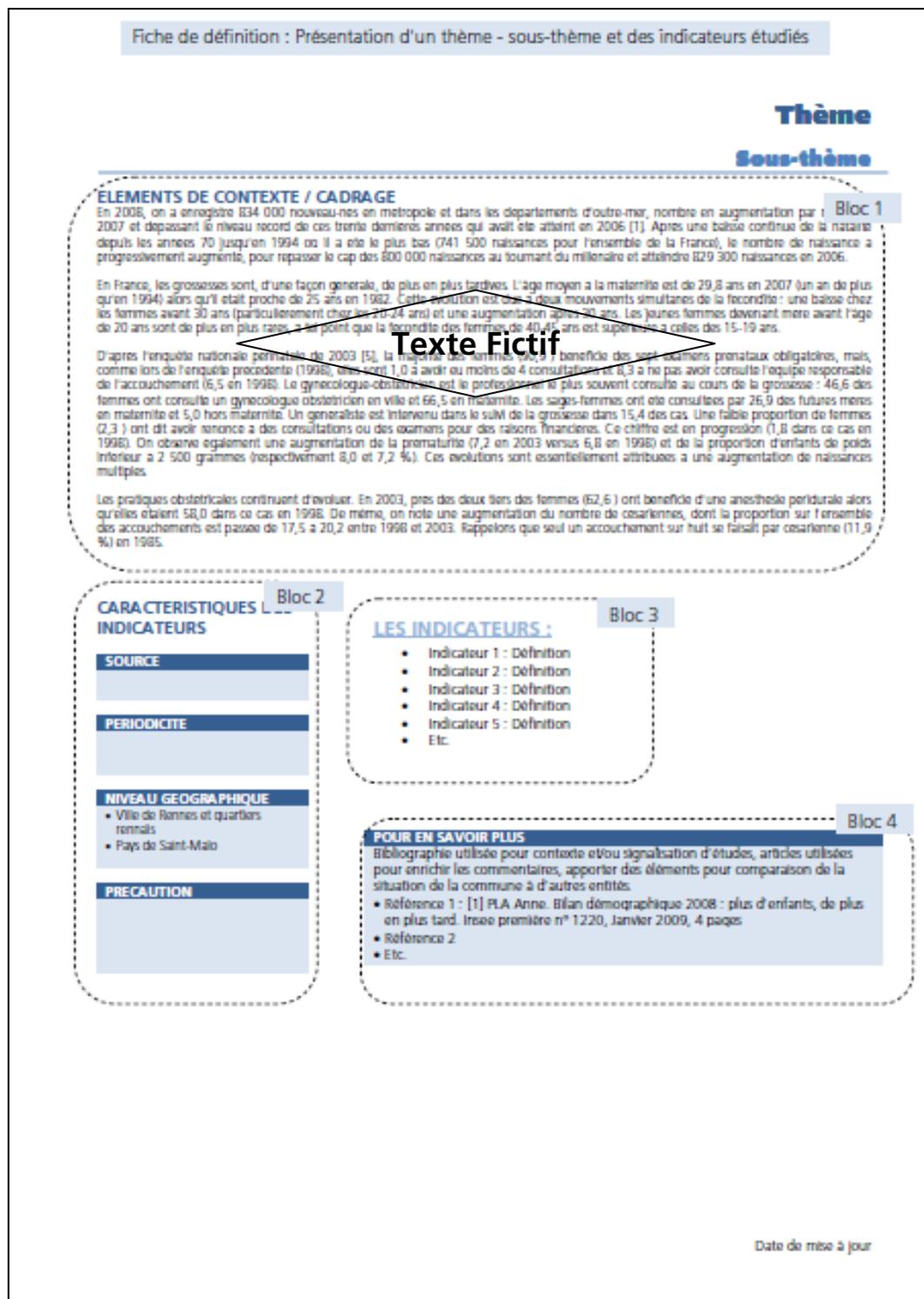
Pour une fiche thématique type, le support s'organisera à partir d'une première partie (dont le squelette est présenté en page suivante) qui présentera des éléments de contexte de cadrage (Bloc 1), les caractéristiques des indicateurs étudiés (source(s), périodicité de l'actualisation, niveau géographique étudié, précaution/mise en garde : Bloc 2), la liste des indicateurs et leurs définitions (Bloc 3), et enfin un dernier encart « Pour en savoir plus » (Bloc 4) répertoriant les principales sources bibliographiques utilisées pour le contexte et/ou enrichir les commentaires des indicateurs.

La nature des indicateurs

Rappelons que selon les sources, les indicateurs traduisent différentes « réalités » et sont donc de plusieurs types. On distingue :

- Les indicateurs d'activité : par exemple nombre de passages pour ivresse alcoolique aiguë au service des urgences du CHU de Rennes
- Les indicateurs d'état : par exemple les indicateurs de mortalité
- Les indicateurs de structure ou d'offre : par exemple nombre de lits, densité médicale

Figure 1 : Squelette de la première partie d'une fiche type



Pour une fiche type, les parties suivantes (**parties descriptives**) seront consacrées à l'analyse des indicateurs (commentaire, illustration) dont le squelette est présenté page suivante.

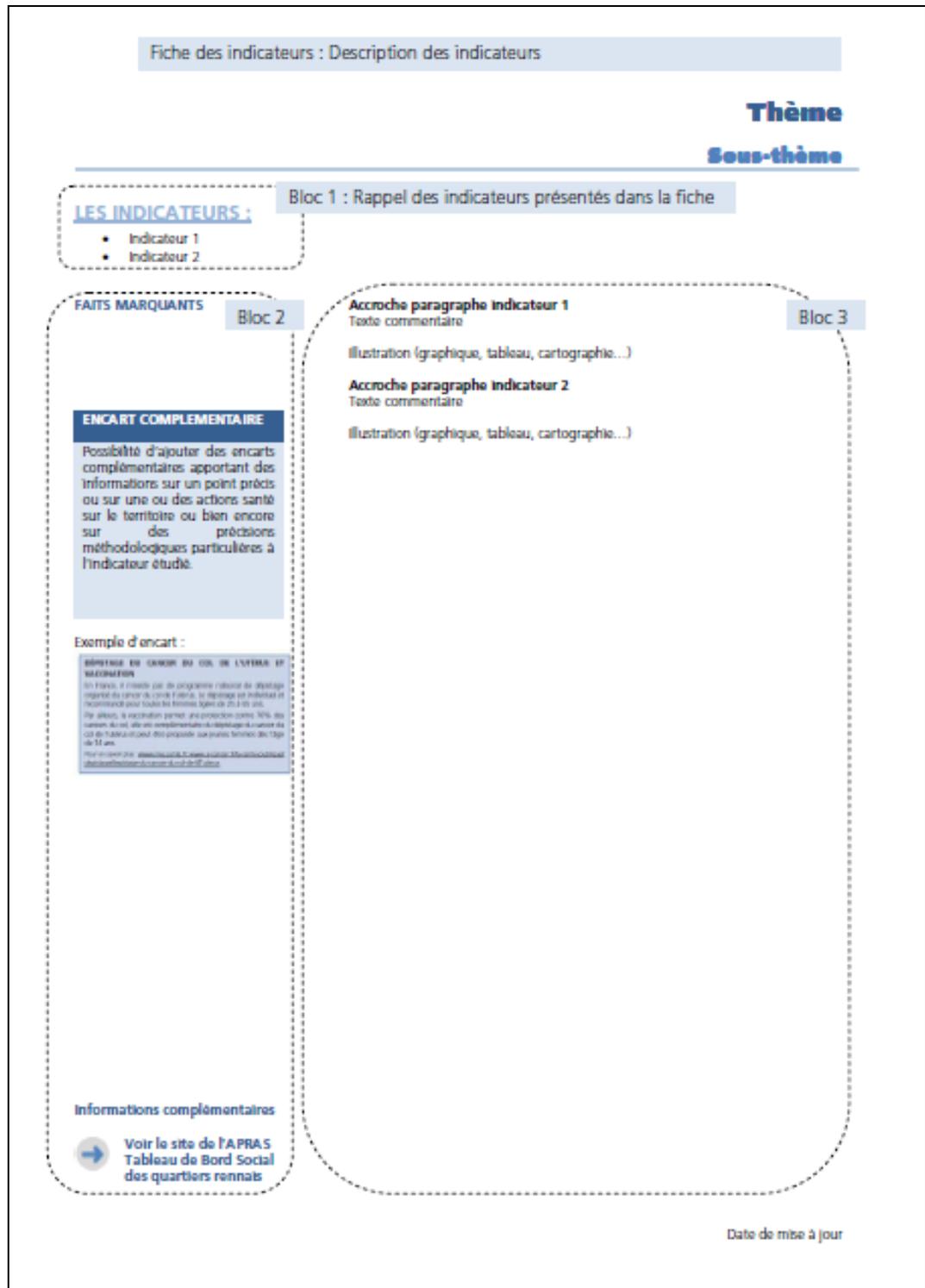
Bloc 1 : Rappel des indicateurs étudiés dans la fiche.

Bloc 2 : il contient les faits marquants, les points importants à retenir, et peut aussi selon les besoins permettre d'ajouter des encarts complémentaires pour apporter des informations utiles à la compréhension de l'indicateur étudié. En dernier lieu en bas de ce bloc colonne, une zone « informations complémentaires » permettant de signaler des renvois vers d'autres sources proposant des compléments d'informations également utiles à la compréhension de l'indicateur étudié.

Bloc 3 : il contient les indicateurs étudiés. Chaque indicateur fait l'objet d'un commentaire, et d'une illustration ou d'une cartographie selon l'indicateur.

L'organisation et la forme des fiches ne sont pas figées et pourront évoluer en fonction des contraintes techniques (clarté, visibilité de l'information,...).

Figure 2 : Exemple de structuration de la partie descriptive des indicateurs d'une fiche pour un thème donné



Exemples de fiches

■ Exemple Fiche 1-5 : présentation générale de l'offre de soins

Le contexte général

L'offre de soins

Les professionnels de santé libéraux

ELEMENTS DE CONTEXTE / CADRAGE

En 2006, environ 223 190 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France (1). Ce chiffre est en légère augmentation par rapport à l'année précédente mais plus élevé que celui de 2001. On observe une relative stabilité autour de 200 à 210 000, du nombre d'IVG en métropole depuis 1990. Par contre, les pratiques ont évolué. Les IVG sont de plus en plus souvent réalisées dans le secteur public : 74 en 2006 contre 60 en 1990. La part des IVG médicamenteuses est passée de 14 environ au début des années 90 à 46 en 2006. Le recours à l'IVG est plutôt stable chez les femmes de plus de 20 ans alors qu'il augmente avant cet âge, et notamment parmi les mineures : 12,3 IVG pour 1 000 mineures en métropole en 2006 contre 9,0 en 2001. Les lois de juillet 2001 actualisant l'IVG et la contraception par rapport à la loi du 17 janvier 1975 ont permis de faciliter l'accès à la contraception d'urgence, porté le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée et d'aménager l'autorisation parentale pour les mineures. Rapportée au nombre de naissances vivantes, le taux d'IVG en France est légèrement supérieur à la moyenne européenne (UE à 27 pays) mais nettement inférieur à celui observé dans les pays ayant rejoint l'Union en 2004 ou 2007. Parmi les pays de l'Union à 15 ou l'interruption volontaire de grossesse est autorisée, seule la Suède et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni présente des taux équivalents ou supérieurs à ceux relevés en France.

CARACTERISTIQUES DES INDICATEURS

SOURCE	CPAM
PERIODICITE DE L'ACTUALISATION	Annuelle (N-1)
NIVEAU GEOGRAPHIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Ville de Rennes et quartiers ruraux• Pays de Saint-Malo et communes du Pays
PRECAUTION	

LES INDICATEURS :

- Effectif et densité des médecins généralistes libéraux
- Nombre et géolocalisation des cabinets de généralistes
- Effectif et densité des infirmiers libéraux
- Nombre et géolocalisation des cabinets d'infirmiers
- Effectif et densité des chirurgiens-dentistes
- Nombre et géolocalisation des cabinets de dentistes
- Effectif et densité des gynécologues libéraux (obstétriciens ou médicaux)

POUR EN SAVOIR PLUS

- Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2010
- ATTAL-TOUBERT K et VANDERSCHIEDEN, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Etudes et Résultats, Drees, n°679, Février 2009.

¹ Sous réserve de l'existence d'une procédure de traitement de l'adresse

Date de mise à jour

■ Exemple Fiche 1-5-1 : Les médecins généralistes libéraux

Le contexte général

L'offre de soins
Les professionnels de santé libéraux

Les médecins généralistes libéraux

- Effectif et densité des médecins généralistes libéraux
- Nombre et géolocalisation des médecins généralistes libéraux

FAITS MARQUANTS

Accroche paragraphe Indicateur 1 : Une densité de médecins généralistes plus faible dans le sud de Rennes
Texte commentaire

Illustration : Cartographie par grands quartiers rennais / par communes du Pays de Saint-Malo

ENCART COMPLEMENTAIRE



Accroche paragraphe Indicateur 2 : Des cabinets fortement concentrés dans le quartier « centre »
Texte commentaire

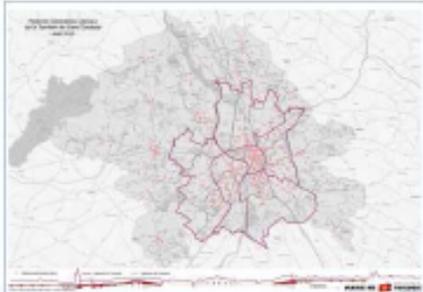
Illustration : Tableau par grands quartier rennais / par communes du Pays de Saint-Malo
Nombre de cabinets de médecins généralistes en 2010

Grands quartiers	Nombre de cabinets de médecins généralistes
Centre	10
Troisième Rue Garde	12
Troisième Nord	14
Troisième Est	16
Troisième Sud-Est	17
Troisième Ouest	17
Total	86

Source : MARSIS / Urcam

Accroche paragraphe Indicateur 3 : La ville périphérique relativement dépourvue à l'opposé de l'hyper centre
Texte commentaire

Illustration : Cartographie géolocalisation des médecins généralistes libéraux



Informations complémentaires

[Voir le site de l'Urcam Bretagne C@rtosanté](#)

Date de mise à jour

■ Exemple Fiche 5 : La santé de la mère et de l'enfant

La santé de la mère et de l'enfant

Autour de la grossesse

ELEMENTS DE CONTEXTE (national et/ou régional et/ou départemental ?)

En 2008, on a enregistré 834 000 nouveau-nés en métropole et dans les départements d'outre-mer, nombre en augmentation par rapport à 2007 et dépassant le niveau record de ces trente dernières années qui avait été atteint en 2006 [1]. Après une baisse continue de la natalité depuis les années 70 jusqu'en 1994 où il a été le plus bas (741 500 naissances pour l'ensemble de la France), le nombre de naissance a progressivement augmenté, pour repasser le cap des 800 000 naissances au tournant du millénaire et atteindre 829 300 naissances en 2006.

En France, les grossesses sont, d'une façon générale, de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité est de 29,8 ans en 2007 (un an de plus qu'en 1994) alors qu'il était proche de 25 ans en 1982. Cette évolution est due à deux mouvements simultanés de la fécondité : une baisse chez les femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans) et une augmentation après 30 ans. Les jeunes femmes devenant mère avant l'âge de 20 ans sont de plus en plus rares, à tel point que la fécondité des femmes de 40-45 ans est supérieure à celles des 15-19 ans.

D'après l'enquête nationale périnatale de 2003 [2], la majorité des femmes (90,9%) bénéficie des sept examens prénataux obligatoires, mais, comme lors de l'enquête précédente (1998), elles sont 1% à avoir eu moins de 4 consultations et 8,3% à ne pas avoir consulté l'équipe responsable de l'accouchement (6,5% en 1998). Le gynécologue-obstétricien est le professionnel le plus souvent consulté au cours de la grossesse : 46,6% des femmes ont consulté un gynécologue obstétricien en ville et 66,5% en maternité. Les sages-femmes ont été consultées par 26,9% des futures mères en maternité et 5% hors maternité. Un généraliste est intervenu dans le suivi de la grossesse dans 5,4% des cas. Une faible proportion de femmes (2,3%) ont dit avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières. Ce chiffre est en progression (1,8% dans ce cas en 1998). On observe également une augmentation de la prématurité (7,2% en 2003 versus 6,8% en 1998) et de la proportion d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes (respectivement 8% et 7,2 %). Ces évolutions sont essentiellement attribuées à une augmentation de naissances multiples.

Les pratiques obstétricales continuent d'évoluer. En 2003, près des deux tiers des femmes (62,6%) ont bénéficié d'une anesthésie péridurale alors qu'elles étaient 58,0 dans ce cas en 1998. De même, on note une augmentation du nombre de césariennes, dont la proportion sur l'ensemble des accouchements est passée de 17,5 à 20,2 entre 1998 et 2003. Rappelons que seul un accouchement sur huit se faisait par césarienne (11,9%) en 1985.

CARACTERISTIQUES DES INDICATEURS

SOURCE
Conseil Général d'Ille-et-Vilaine –
Certificats de santé du 8^{ème} jour

PERIODICITE DE L'ACTUALISATION
Annuelle (N-1) pour l'échelon départemental
A déterminer selon les effectifs concernés pour une exploitation à un niveau infra-départemental

NIVEAU GEOGRAPHIQUE
• Ville de Rennes et quartiers rennais
• Pays de Saint-Malo et communes du Pays
Au niveau infra-communal, le quartier n'est peut-être pas l'échelon géographique le plus pertinent, il faudrait voir quels sont les unités territoriales d'action médico-sociale définies par les services de PMI

PRECAUTION
Le taux d'exhaustivité du certificat de santé du 8^{ème} jour est à prendre en compte ainsi que le taux de remplissage des différents items du certificat, ces éléments conditionnent la possibilité ou non d'exploitation statistique des données (sens, fiabilité,...)

LES INDICATEURS :

- Proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies : Nombre de femmes ayant eu au moins 3 échographies rapporté au nombre de CS8 renseignés
- Proportion de femmes ayant eu une préparation à l'accouchement : Nombre de femmes ayant eu une préparation à l'accouchement rapporté au nombre de CS8 renseignés
- Répartition par âge des femmes : Nombre de femmes pour lesquelles la date de naissances est renseignée sur le CS8 réparties par tranche d'âge
- Proportion de naissances prématurées : Nombre d'enfants nés avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée pour 100 naissances
- Proportion de faible poids de naissance : Nombre de nouveau-nés de moins de 2 500 grammes pour 100 naissances
- Taux d'allaitement : Nombre de femmes qui allaite au sein rapporté au nombre de CS8 renseigné

POUR EN SAVOIR PLUS

- [1] PLA Anne, Bilan démographique 2008 : plus d'enfants, de plus en plus tard. Insee première n° 1220, Janvier 2009, 4 pages
- [2] BLONDEL Béatrice, SUPERNANT Karine, du MAZAUBRUN Christiane, BREART Gérard. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Direction générale de la santé – Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques – Inserm U149, Février 2005, 39 pages + annexes

¹ Sous réserve de l'existence d'une procédure de traitement de l'adresse

Date de mise à jour

■ Exemple Fiche 5-1 : Autour de la grossesse (1/2)

La santé de la mère et de l'enfant

Autour de la grossesse

Le suivi prénatal

- Proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies
- Proportion de femmes ayant eu une préparation à l'accouchement

FAITS MARQUANTS

Un suivi prénatal moins important dans les quartiers prioritaires ?

Accroche paragraphe indicateur 1

Texte commentaire

Illustration 1 : Histogramme ou tableau

Illustration 2 : Cartographie par grands quartiers rennais / communes du Pays de Saint-Malo (sous réserve d'une procédure de traitement des adresses, possibilité d'étudier si existence de différences de l'âge moyen des femmes à l'accouchement selon les grands quartiers pour la ville de Rennes ou selon les communes composant le Pays de Saint-Malo)

Accroche paragraphe indicateur 2

Texte commentaire

Illustration 1 : Histogramme ou tableau

Illustration 2 : Cartographie par grands quartiers rennais / communes du Pays de Saint-Malo (sous réserve d'une procédure de traitement des adresses, possibilité d'étudier si existence de différences de l'âge moyen des femmes à l'accouchement selon les grands quartiers pour la ville de Rennes ou selon les communes composant le Pays de Saint-Malo)

PLAN Périnatalité

Pour améliorer la santé des mères et des enfants autour de la naissance, un premier plan périnatalité (1995-2000) a visé 4 objectifs: réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse, diminuer la mortalité maternelle de 30 , abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20% et réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%. Un deuxième plan a été lancé juste après l'adoption de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 [1]. Il porte sur la période 2005-2007 et vise à réduire la mortalité périnatale à 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à 5 pour 100 000. Parmi les mesures prévues par ce plan, on relève en particulier la mise en place d'un « entretien individuel du 4ème mois » permettant d'instaurer un dialogue sur les attentes et besoins des parents ainsi que le développement des réseaux en périnatalité.

[1] Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004, 42 pages

Informations complémentaires

→ Voir le réseau Bien naître en Ile-et-Vilaine



Date de mise à jour

■ Exemple Fiche 5-1 : Autour de la grossesse (2/2)

La santé de la mère et de l'enfant

Autour de la grossesse

La prématurité, le faible poids et l'allaitement

- Répartition par âge des femmes ayant accouché
- Proportion de naissances prématurées : Nombre d'enfants nés avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée pour 100 naissances
- Proportion de faible poids de naissance : Nombre de nouveau-nés de moins de 2 500 grammes pour 100 naissances
- Taux d'allaitement

FAITS MARQUANTS

Una lkabe olrgnefj pogjq bh debfgith

Una lkabe olrgnefj pogjq bh debfgith

Accroche paragraphe indicateur 1

Texte commentaire

Illustration 1 : Histogramme ou tableau

Illustration 2 : Cartographie par grands quartiers rennais / communes du Pays de Saint-Malo (sous réserve d'une procédure de traitement des adresses, possibilité d'étudier si existence de différences de l'âge moyen des femmes à l'accouchement selon les grands quartiers pour la ville de Rennes ou selon les communes composant le Pays de Saint-Malo)

Accroche paragraphe indicateur 2 et 3 : X% des naissances sont des naissances prématurées et Y% des nouveau-nés présentent un faible poids

Texte commentaire

Illustration 1 : tableau

	Toulouse	Hte-Garonne	France 2003
<37 S.A.	6,1%	6,1%	6,3%
<2 500 g	6,3%	6,5%	7,2%

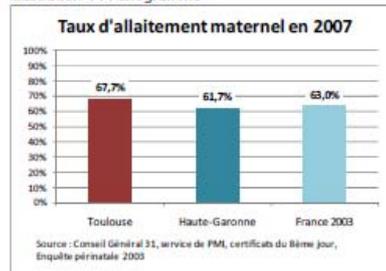
Source : Conseil Général 31, service PMI, certificats du 8ème jour

Illustration 2 : Cartographies par grands quartiers rennais / communes du Pays de Saint-Malo (sous réserve d'une procédure de traitement des adresses, possibilité d'étudier si existence de différences de l'âge moyen des femmes à l'accouchement selon les grands quartiers pour la ville de Rennes ou selon les communes composant le Pays de Saint-Malo)

Accroche paragraphe indicateur 5 : X% des femmes allaitent leur enfant

Texte commentaire

Illustration 1 : Histogramme



Source : Conseil Général 31, service de PMI, certificats du 8ème jour, Enquête périnatale 2003

Illustration 2 : Cartographies par grands quartiers rennais / communes du Pays de Saint-Malo (sous réserve d'une procédure de traitement des adresses, possibilité d'étudier si existence de différences de l'âge moyen des femmes à l'accouchement selon les grands quartiers pour la ville de Rennes ou selon les communes composant le Pays de Saint-Malo)

Date de mise à jour

ENCART COMPLEMENTAIRE

Possibilité ajout encart sur :
Enquête périnatalité : "REGARDS DE FEMMES SUR LEUR MATERNITE", le résultat de 952 témoignages dans 77 départements, enquête réalisée par l'UNAF (Union nationale des Associations familiales), en collaboration avec le CIANE (Mai 2010).

Ou sur :

enquête périnatalité en Bretagne : constat et perspectives

Informations complémentaires

→ Voir le réseau Bien naître en Ile-et-Vilaine : Gulde « L'allaitement au fil du temps »





Annexes

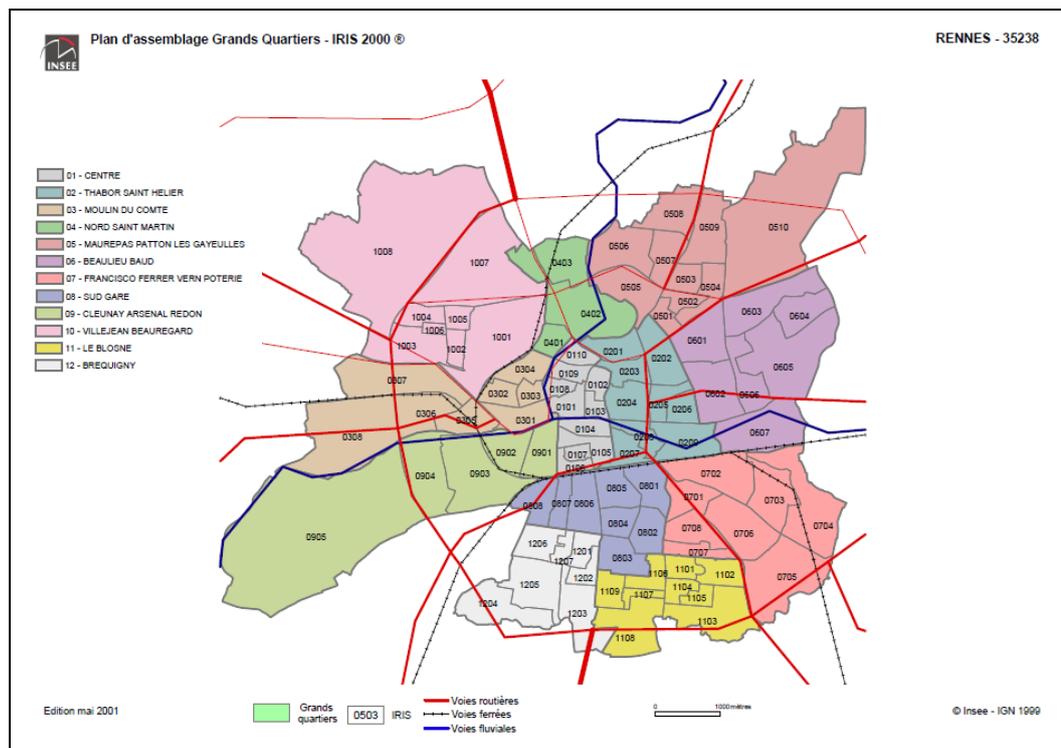
Annexe 1 : Découpages IRIS de l'INSEE

Annexe 2 : Compte-rendu des réunions du comité de Pilotage (14 janvier 2010, 24 juin 2010, 17 février 2011)

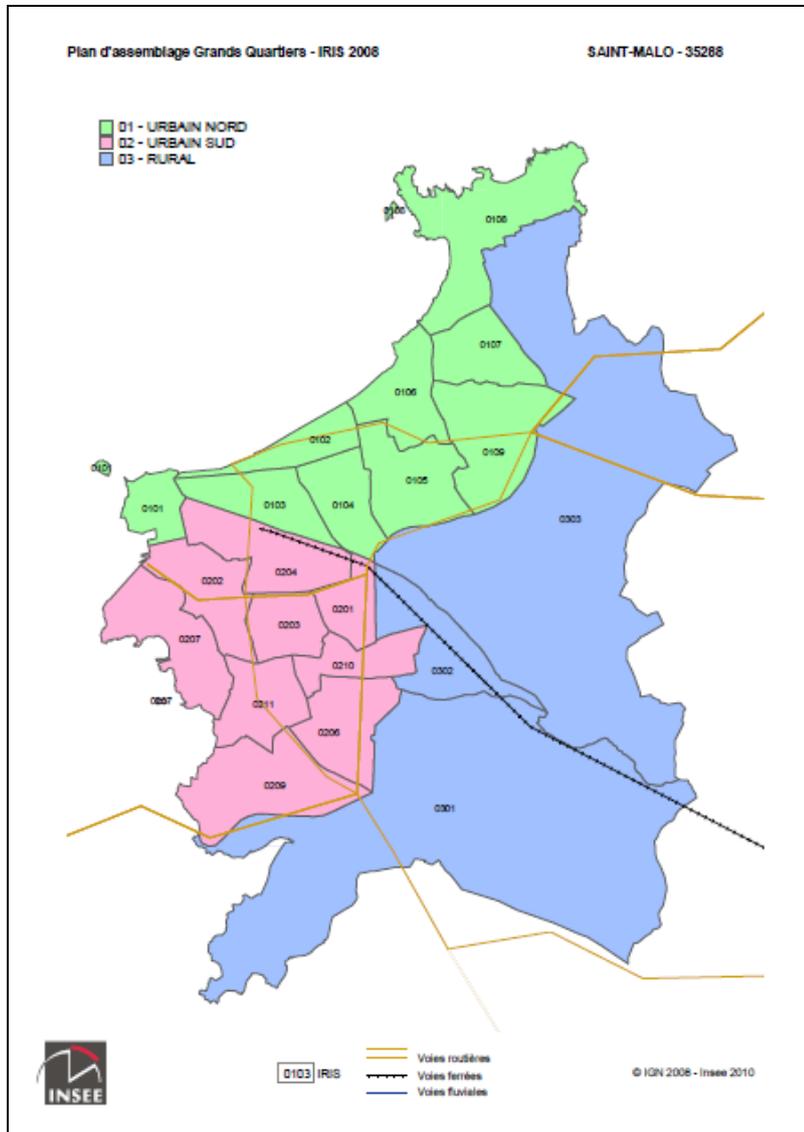
Annexe 3 : Tableaux de synthèse restituant les résultats de l'enquête menée auprès des producteurs de données

Annexe 1 : Découpages IRIS de l'Insee

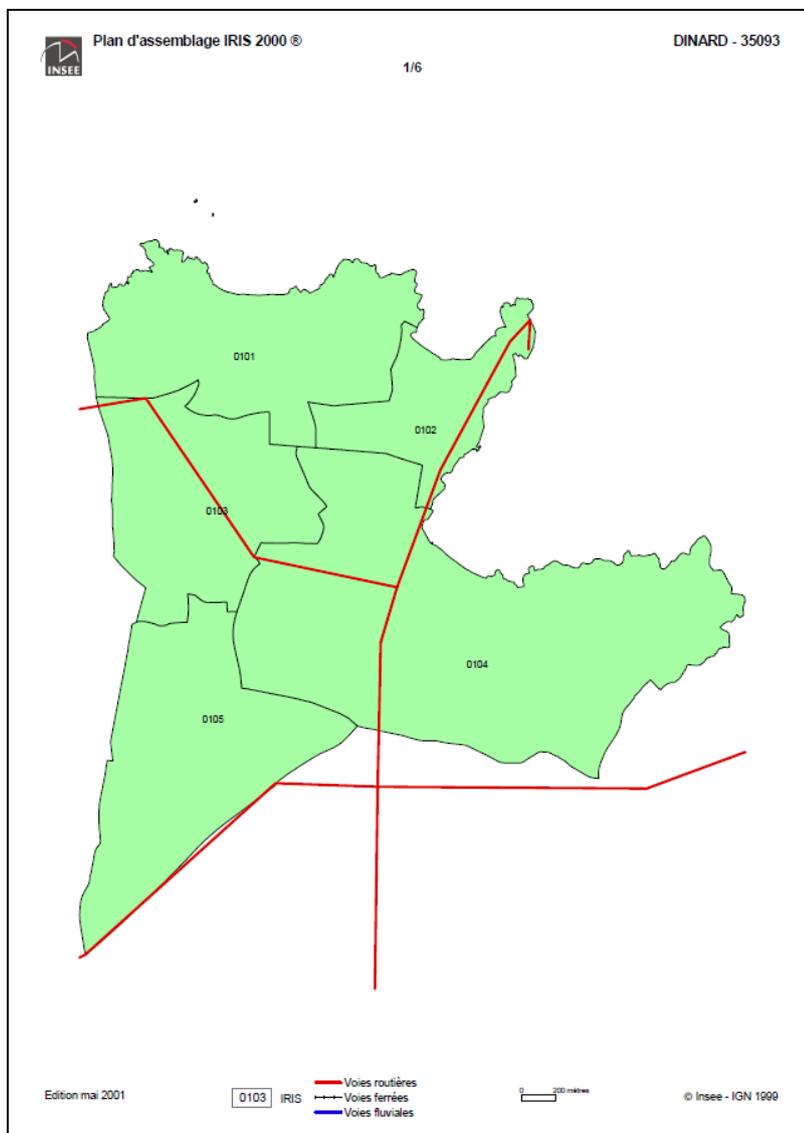
■ La ville de Rennes



■ La ville de Saint-Malo



■ La ville de Dinard



Remarque : la ville de Dinard ne comprend pas de « grands quartiers ».

Annexe 2 : Compte-rendu des réunions du comité de pilotage (14 janvier 2010, 24 juin 2010, 17 février 2011)

Diagnostique santé : ville de Rennes - Pays de Saint Malo

COMPTE RENDU DE RÉUNION - RELEVÉ DE DÉCISIONS

14 JANVIER 2010

Présents

- Mr LE BOUGEANT Maire adjoint – Ville de Rennes – Délégué à la santé
- Mme DURU Responsable pôle santé publique et handicap - Ville de Rennes
- Mme LECORPS Animatrice territoriale de santé – Pays de Saint Malo
- Mme POUPAULT Assistante sociale – Pôle cohésion sociale - DDASS 35
- Dr DUGAS Médecin inspecteur - DRASS de Bretagne
- Mme FARGES Inspectrice principale – DRASS de Bretagne
- Mr CLAPPIER Chef de projet. ORS Bretagne.

Excusés

- Mme JACQUEMIN Maire adjointe – ville de Saint Malo – Responsable santé et prévention en matière sanitaire
- Dr EPAILLARD Médecin inspecteur de santé publique – DDASS 35
- Mme BOITARD Statisticienne régionale – DRASS de Bretagne

ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION

1. Discussion et validation de la démarche (organisation générale)

2. Mise en œuvre de l'enquête

- Sélection destinataires de l'enquête
- Modalité de mise en œuvre (protocole, information...)

3. Calendrier prévisionnel

4. Autres questions

1. Discussion et validation de la démarche (organisation générale)

Globalement, la démarche proposée par l'ORS est validée par les participants au COPIL avec cependant plusieurs remarques :

- Certains participants soulignent que les objectifs de la démarche de la ville de Rennes et du pays de Saint Malo doivent être mieux précisés quant à l'utilisation future du système d'observation qui doit être mis en place (destinataires ; moyen d'amélioration de la connaissance ; moyen de mobilisation des professionnels, des associations, du public ; moyen de surveillance ; aide à la définition de priorités ; moyen d'ajustement des politiques engagées ; évaluation de l'impact des actions ; etc...). Les indicateurs qui composeront le futur système d'observation ainsi que les méthodologies à mettre en œuvre (démarches d'exploitation de données existantes ; démarches plus prospectives ; recueil ad hoc...) dépendent en effet notamment de l'amélioration de la définition des objectifs des promoteurs.
- Au cours de l'enquête qui va être mise en place auprès des producteurs de données potentiels, la question de la précarité et de l'accès aux soins d'une part, la question de l'accès à des données infra-communales d'autre part, devront être systématiquement abordées.
- Les participants proposent qu'une réunion supplémentaire du COPIL soit éventuellement organisée pour valider les choix de priorisation proposés par les groupes techniques (étape 4 de la proposition d'intervention de l'ORSB¹).
- Parallèlement, une réunion intermédiaire pourra être envisagée selon les besoins au retour de l'enquête postale et avant les explorations complémentaires directement auprès des producteurs
- Le recueil postal (première étape auprès des producteurs avant contact direct) sera relativement ouvert (données disponibles, données potentiellement collectables, périodicité, format, possibilité d'approche infra-communale, conditions de transmission des données, etc...) avant approfondissement via des contacts directs.
- Enfin, une attention particulière devra être portée sur la coordination avec l'APRAS vis-à-vis de la démarche engagée par la ville de rennes

2. Mise en œuvre de l'enquête

Sélection des axes prioritaires

Afin d'aider le COPIL dans ses choix, l'ORS a préparé à partir du document proposé par la société S2D (en prenant en compte l'exhaustivité des éléments proposés sans notion de priorisation ni sélection liée à la faisabilité) , 10 fiches de synthèse (1 par thème identifié) ainsi qu'une fiche de synthèse transversale (approche par producteur de données). **Ces fiches, distribuées en séance, sont annexées au présent compte-rendu (annexe 2).**

¹ La proposition d'intervention est jointe en annexe 1 pour information

Parmi les thèmes identifiés par le travail préalable réalisé par la société S2D et par les groupes techniques, sont retenus comme thèmes prioritaires par le COPIL (et qui seront donc abordés par l'enquête auprès des producteurs de données) :

- Les addictions (fiche 1)
- La souffrance psychique et la prévention du suicide (fiche 2)
- La nutrition (fiche 3)
- La vie sexuelle et affective (fiche 4)
- Le dépistage (une partie de la fiche 6)
- Santé environnement (fiche 9)
- L'enfance (fiche 10)

Les thèmes non retenus comme prioritaires mais qui pourront être explorés dans un second temps sont :

- Les violences intra-familiales (fiche 5)
- La vaccination (une partie de la fiche 6)
- Les accidents de la vie courante (fiche 7)
- Le handicap et l'accessibilité (fiche 8)

Sélection des destinataires de l'enquête

A partir de la sélection des axes prioritaires, le COPIL identifie les destinataires prioritaires de l'enquête (voir aussi à ce propos la fiche transversale aux différents thèmes : approche par producteurs de données pressentis). Les destinataires sont :

- La ville de rennes
- La ville de Saint Malo
- La DRASS
- La DDASS 35
- Le conseil général 35
- Le rectorat
- Les services d'urgence de 2 à 3 hôpitaux (CHU ; CHGR ; CH de Saint Malo)
- La CPAM
- Les Centres d'examen de santé (Rennes et antenne de Saint Malo)
- Les réseaux de santé (x3 : alcool 35 ; diabète 35 ; périnatalité)
- L' ADECI 35
- Le CIRDD
- Air Breizh
- L'ORSB
-

Modalités de mise en œuvre

Vis-à-vis de la proposition d'intervention, l'ORS propose qu'en préalable à l'enquête postale :

- Un courrier co-signé des élus (Rennes et Saint Malo) soit adressé aux producteurs pressentis pour leur expliquer succinctement la démarche et pour introduire le contact pris par l'ORS
- Suite à ce courrier, un contact téléphonique préalable au recueil soit pris par l'ORS directement avec les destinataires de l'enquête

Après ces 2 démarches, l'enquête postale sera réalisée, suivie comme convenu dans la proposition par un approfondissement via des contact et échanges téléphoniques en direct.

Les résultats de ce recueil seront ensuite comme prévu présentés au comité de pilotage puis aux groupes techniques pour hiérarchisation et mise en œuvre selon la disponibilité.

3. Calendrier prévisionnel

Les différentes étapes prévues pourraient être organisées selon le calendrier prévisionnel ci-après :

- Envoi du courrier introductif : fin janvier 2010-01-22
- Parallèlement, production d'un « cahier santé – ville de Rennes » sur le modèle des cahier fait pour les pays de Bretagne : janvier – mars 2010
- Premier contact téléphonique avec les producteurs de données : février 2010
- Envoi du questionnaire postal et retour : février – mars 2010
- Réunion intermédiaire éventuelle (post retour questionnaire postal) : mars 2010 (la date reste à fixer au regard de la rapidité des retours postaux par les producteurs de données. Les semaines 13 ou 14 de l'année 2010 pourraient être envisagées).
- Explorations et approfondissements complémentaires en direct auprès des producteurs de données : avril-mai 2010
- COPIL 2 : juin 2010
- Travail avec les groupes techniques : juillet ou à partir de septembre 2010
- Fin de la prestation (voir à ce propos la proposition d'intervention) : fin décembre 2010

4. Autres questions

Pas d'autres questions abordées

Etude de faisabilité observation de la santé Ville de rennes - Pays de Saint-Malo Comité de pilotage du 24 juin 2010 - Relevé de décisions

Présents

- Mme DURU Responsable pôle santé publique et handicap - Ville de Rennes
- Mme TYRAN Ville de Rennes
- Mme MERCIER Animatrice territoriale de santé – Pays de Saint Malo
- Mme FARGE Inspectrice principale – ARS de Bretagne
- Mme BOITARD Statisticienne régionale – ARS de Bretagne
- Mr CLAPPIER Chef de projet. ORS Bretagne
- Mme PENNOGNON Chargée d'étude. ORS Bretagne

Excusés

- Mr LE BOUGEANT Maire adjoint – Ville de Rennes – Délégué à la santé
- Mme JACQUEMIN Maire adjointe – ville de Saint Malo – Responsable santé et prévention en matière sanitaire
- Dr EPAILLARD Médecin inspecteur de santé publique – DT – ARS de Bretagne

A noter

- Mme FARGE et le Dr EPAILLARD suivront de concert la suite du travail au nom de l'ARS Bretagne
- Mme DURU sera remplacée par Mme RENON à dater du 1/09/10. Mme DURU et Mme TYRAN feront le lien
- Mme BOITARD informe le comité de suivi de la fin de son engagement au sein de l'ARS Bretagne. Elle sera remplacée par Mme MOLINA (statisticienne régionale) qui pourra être sollicitée en remplacement de Mme BOITARD
- Mme POUPAULT informe le comité de suivi de son rattachement à la DDCSPP. La suite du suivi sera assurée par le Dr EPAILLARD

ORDRE DU JOUR DU COMITÉ DE PILOTAGE

1. **Validation et diffusion du cahier santé de la ville de Rennes**
2. **Point sur les objectifs du futur système d'observation**
3. **Validation des documents transmis (synthèse des résultats de l'enquête auprès des producteurs de données) dans la perspective d'une communication aux membres des groupes techniques**
4. **Constitution des groupes techniques**
5. **Organisation de la seconde étape**
 - Communication des documents aux membres des groupes techniques
 - Calendrier
 - Mode d'organisation
 - Etc...
6. **Poursuite de la démarche à moyen terme**

1. Validation et diffusion du cahier santé de la ville de Rennes

Le cahier santé de Rennes est diffusable. Mme DURU donne son accord pour sa mise en ligne par l'ORS.

L'ORS adressera à la ville de Rennes la version définitive du cahier fin juin- début juillet (au moment de sa mise en ligne sur le site de l'ORS), de façon à ce que la ville de Rennes puisse le reproduire, le diffuser et le mettre en ligne sur le site de la ville (**REMARQUE** : nous avons ajouté un numéro ISBN ce qui est obligatoire et donne accès à une TVA à 5% pour la reproduction sur support papier) .

Par ailleurs, Mme DURU indique qu'il serait intéressant de faire une présentation et restitution des résultats du cahier santé de la ville de Rennes aux partenaires lors de la réunion plénière du comité consultatif de la ville le 21/09/2010. **Mme DURU (ou sa remplaçante) prendra contact avec l'ORS début septembre afin de définir les modalités possibles d'intervention de l'ORS.**

Remarque : le cahier santé du Pays de Saint-Malo (à l'instar des 20 autres cahiers santé des pays de Bretagne), est pour l'instant dans l'attente de l'éditorial co-signé par L'ARS et le Conseil Régional. Sa diffusion et sa mise en ligne seront possible **à la suite de l'insertion de cet éditorial.**

2. Point sur les objectifs du futur système d'observation

Le comité de pilotage insiste sur la **nécessité de formaliser les objectifs fonctionnels du futur système d'observation** ainsi que le public auquel il va s'adresser dans l'optique de l'animation future des groupes techniques et du processus de hiérarchisation des indicateurs.

Quatre objectifs ressortent spontanément des échanges dont 3 semblent communs aux 2 commanditaires et un dernier est cité seulement par Saint-Malo :

- Amélioration des connaissances
- Aide à la décision
- Mobilisation des professionnels
- Système de veille (Saint-Malo)

Le public prioritaire pour la ville de Rennes : les élus, tous les services de la ville et les partenaires de la ville au quotidien. Pour le pays de saint Malo, ce point est aussi à définir.

Les commanditaires doivent adresser à l'ORS un document précisant ces 2 points (objectifs et public cible).

3. Validation des documents transmis (synthèse des résultats de l'enquête auprès des producteurs de données) dans la perspective d'une communication aux membres des groupes techniques

L'ORS présente les résultats de l'enquête (transmis pour information dans les jours précédant la réunion du comité de pilotage), synthétisés sous forme de tableaux thématiques qui, pour chacune d'elle et pour chaque producteur, récapitule la population concernée, les indicateurs identifiés, leur disponibilité, le support (informatique ou papier) des données et des remarques sur des caractéristiques particulières selon les sources. Par ailleurs, les questions relatives aux possibilités d'approche infra-communale et aux croisements possibles avec des variables témoins de la précarité sont abordées transversalement dans tous les thèmes.

L'organisation des tableaux paraît parfaitement clair au comité de pilotage. **Ils seront donc transmis en l'état aux membres de chaque groupe technique** préalablement à la tenue des réunions de ces mêmes groupes (voir ci-après).

Questions en suspens: selon les producteurs de données, lorsque l'approche « résidence » des personnes concernées par les indicateurs n'est pas appropriée (par exemple pour les structures sanitaires recrutant à partir d'une aire géographique plus large que celle de la commune), c'est bien l'attractivité des établissements ou des structures, c'est-à-dire toutes les personnes enregistrées qui devront être prises en compte. De la même façon, la question se pose pour les personnes domiciliées par les associations caritatives qui doivent à priori être incluses. **Les commanditaires doivent confirmer ce choix avant la tenue des groupes techniques et en informer l'ORS.**

4. Constitution des groupes techniques

Trois groupes thématiques sont identifiés :

- G1 regroupe les thèmes Addiction - Souffrance psychique – Dépistage*
- G2 regroupe Les thèmes Nutrition – Santé de la mère et/ou de l'enfant – Vie sexuelle et affective – Dépistage*
- G3 est axé sur le thème Santé environnement

** Le thème Dépistage est éclaté et reclassé dans chaque groupe*

Des représentants des commanditaires (voire des financeurs) et l'ORS Bretagne font partie de chaque groupe. Pour chaque groupe, deux producteurs sont pressentis (confirmation de leur participation à obtenir), l'objectif étant de limiter le nombre de participants afin de rester le plus opérationnel possible.

- G1 : Dr TRAVERS du CHU de Rennes et Mr PORAS du pôle addiction précarité du CHGR
- G2 : Mme FOUCHER-SAUVÉE, IDE conseillère technique à l'inspection d'Académie et Dr LE FÈVRE du service PMI du Conseil général d'Ille-et-Vilaine
- G3 : Mr JOURDREN de la ville de rennes (qui aura en charge de se « caler » avec rennes métropole), ainsi qu'un représentant d'Air Breizh (qui reste à identifier).

Par ailleurs, la ville de Rennes invitera la statisticienne de l'APRAS Mme POULARD à l'ensemble des groupes. Dans cette perspective, P. CLAPPIER adresse un cahier santé de la ville de Rennes à l'APRAS.

5. Organisation de la seconde étape

Les cahiers santé représentent une base de réflexion importante pour la définition et/ou l'orientation de priorités de santé. Il est donc essentiel que les groupes techniques aient le temps d'approprier leur contenu avant que les réunions ne débutent, soit avant septembre 2010.

Les membres des différents groupes techniques seront donc destinataires :

- D'un courrier (voir ci-dessous) : un envoi par courrier est nécessaire pour tous les participants avec contact préalable de leur hiérarchie pour certains (voir notamment pour l'IA).
- Des cahiers santé
- Des documents de synthèse restituant les résultats de l'enquête

Mme TYRAN et Mme DURU adresse à l'ORS un modèle de courrier pour accompagner l'envoi des documents aux membres des groupes techniques (ainsi que les coordonnées de Mr PORAS). Le courrier d'accompagnement des documents à envoyer aux groupes techniques devra mentionner les 4 logos des commanditaires, financeur et producteur **(logos à adresser à l'ORS pour le pays de Saint Malo et pour la ville de rennes).**

Les réunions des groupes techniques se dérouleront sur une ½ journée environ : 1 à 2 réunions pour le groupe G1 et G2 sont envisagées selon l'avancement de la réflexion, 1 seule pour le groupe G3.

P.CLAPPIER communique ses disponibilités sur septembre-octobre pour les réunions techniques afin qu'ensuite **C.DURU, F.TYRAN et F.MERCIER puissent proposer aux membres de chaque groupe 2 dates sur la période fin septembre – début octobre 2010. (mention de cette proposition à venir dans le courrier)**

L'envoi du courrier d'invitation aux groupes techniques (+ mail) avec les documents (cahiers santé et tableaux de synthèse) est prévu pour le 10-12 juillet 2010. Le courrier est adressé par l'ORS.

Liste d'envoi du courrier d'invitation (et des documents) aux membres des groupes techniques :

- ARS : Mme FARGE doit identifier les personnes les plus concernées à l'ARS en fonction des groupes thématiques. Le courrier lui sera adressé et elle redistribuera ensuite au sein de l'ARS.
- Inspection Académique : Mr HUCHET (pour autorisation administrative) et Mme FOUCHER-SAUVÉE
- Conseil général 35 : Dr LE FÈVRE
- Air Breizh – à définir
- CHU de Rennes : Dr TRAVERS
- CHGR : Mr PORAS
- APRAS : Mme POULARD

Enfin, début septembre, un nouvel envoi est prévu pour « piquêre de rappel ».

6. Poursuite de la démarche à moyen terme

Les participants au COPIL s'accordent pour reconnaître que les collectivités doivent s'approprier la poursuite du projet (notamment à partir de 2011), et apporter par la suite leur contribution financière. Une volonté politique forte est nécessaire à la réussite d'un diagnostic santé.

Concernant l'ARS, à priori pas de reconduite du financement pour la poursuite du projet à hauteur du même montant que celui de 2010 (manque de visibilité actuel sur les orientations du budget 2011 : à revoir plus tard).

Mme DURU et Mme MERCIER font remonter l'information de la cessation possible de l'implication financière de l'ARS à leurs élus respectifs et communiquent l'information à l'ORS Bretagne.

Enfin, la ville de Rennes et le pays de St-Malo ont reçu des lettres d'engagement de certains producteurs traduisant leur accord pour fournir des données dans le cadre de l'alimentation du futur système d'observation. **La ville de Rennes transmet copie des courriers à l'ORS Bretagne.**

**Etude de faisabilité observation de la santé
Ville de Rennes - Pays de Saint-Malo
Comité de pilotage 3 du 17 février 2011 - Relevé de décisions**

Présents

- Mme JACQUEMIN Maire adjointe en charge des questions de santé – Ville de Saint Malo
- Mme MERCIER Animatrice territoriale de santé – Pays de Saint Malo
- Mme RENON Responsable direction santé publique et handicap - Ville de Rennes
- Mr BERTRAND Directeur général adjoint. Directeur de la stratégie, évaluation et performance – ARS Bretagne
- Mme FARGE Responsable du département prévention et promotion de la santé ARS de Bretagne
- Mme MOLINA Responsable du département statistiques, observation et études ARS de Bretagne
- Mr CLAPPIER Directeur adjoint. ORS Bretagne
- Mme PENNOGNON Chargée d'étude. ORS Bretagne

Excusés

- Mr LE BOUGEANT Maire adjoint – Ville de Rennes – Délégué à la santé

ORDRE DU JOUR DU COMITÉ DE PILOTAGE

1. Validation du rapport concluant l'intervention de l'ORS Bretagne
 2. Perspectives
-

1. Validation du rapport concluant l'intervention de l'ORS Bretagne

Globalement, le rapport est validé par le comité de pilotage. L'ORS Bretagne devra par contre le compléter notamment vis-à-vis des indicateurs présentés de façon à proposer une aide à la lecture et à l'interprétation de ces indicateurs (apports, biais, limites).

Le rapport finalisé sera adressé pour fin mars 2011.

2. Perspectives

Mr Bertrand, au nom de l'ARS Bretagne souligne les points suivants :

- L'ARS, dans le cadre de l'élaboration du PRS, a pour mission d'élaborer des diagnostics et des portraits des 8 territoires de santé bretons, portraits qui permettront à partir d'une vue rétrospective suivie d'une actualisation faite à priori tous les 2 ans, de disposer à l'issue du PRS (2015) d'un regard sur l'évolution des indicateurs choisis sur une dizaine d'année.
- Vis-à-vis de l'échelle géographique d'étude des différents territoires bretons, l'ARS ne descendra pas, notamment dans le cadre d'un d'accompagnement financier, à des échelles inférieures à celles des territoires de santé.
- Par contre et dans le cadre de la mise en œuvre des Contrats locaux de santé (CLS), l'ARS pourra contribuer en proposant des accompagnements méthodologiques.

Au nom de la ville de Rennes, Mme Renon indique que celle-ci n'aura a priori pas les moyens de financer l'ORS Bretagne pour la poursuite de la mise en œuvre d'un futur système d'observation. Dans ce cadre, un échange va être organisé avec l'APRAS afin d'explorer les possibilités de réalisation du système d'observation par cette association. Le concours de l'ORS pourrait être demandé dans ce cadre.

Pour le pays de saint Malo, Mme Jacquemin indique que le territoire de santé constitue une échelle pertinente d'observation et que des échanges doivent être mené avec l'ARS dans le cadre des conférences de territoire pour mutualiser les besoins et les productions en termes d'observation.

Pour l'ORS Bretagne, Mr Clappier indique que celui-ci est prêt à accompagner et à mettre en œuvre tout ou partie du futur système d'observation sur la base des besoins et des demandes faites par les collectivités concernées.

Annexe 3 : Tableaux de synthèse restituant les résultats de l'enquête menée auprès des producteurs de données

Grille de lecture des tableaux

La couleur du texte utilisée dans les tableaux renseigne sur la disponibilité géographique des données.

Rouge : données disponibles à une échelle géographique plus large que la commune (département, région,...)

Noir : données disponibles à l'échelle de la commune

Vert : données disponibles à une échelle géographique infra-communale

Bleu : éléments qui restent à explorer

Les tableaux se présentent tous de la même façon et renseignent par thème et pour chaque producteur de données enquêté :

1. Le nom de l'organisme avec en-dessous une lettre qui renseigne pour quel commanditaire le producteur en question dispose de données (R = données pour la ville de Rennes, St-M = données pour la ville de Saint-Malo, R et St-M = données pour la ville de Rennes et celle de Saint-Malo)
2. Le champ statistique couvert et/ la population concernée par le recueil
3. Les indicateurs proposés par le producteur en lien avec la thématique investie
4. La possibilité ou non d'identifier un public précaire et si oui à partir de quelle variable
5. La disponibilité des données en fonction de la périodicité d'actualisation des données
6. Le support sur lequel le producteur effectue le recueil en question
7. La nécessité ou non d'une convention d'échange et de diffusion des données entre le producteur et les partenaires de l'opération
8. En dernier lieu des remarques complémentaires à prendre en compte

Thème Addiction

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CHGR - CSAPA Rennes							
R	Consultants du CSAPA	<p>Nombre de patients par sexe par âge par addictions présentées</p> <p>A voir : disponibilité des indicateurs signalés par le CSAPA St-Malo et la DT 35 - ARS</p> <p>Pour information, voici une partie des données renseignées dans le logiciel GISPAC utilisé par les CSAPA</p> <p>sexe Nationalité âge Situation juridique Cadre de vie Nb d'enfants Niveau d'études CSP Situation actuelle Fréquence arrêt maladie Démarche induite Démarches antérieures Secteur de la principale difficulté 1 Secteur de la principale difficulté 2 âge début d'alcoolisation âge d'entrée dans la toxicomanie Mode d'alcoolisation Type d'alcool le plus consommé Lieu d'alcoolisation Nb de verres moyen par jour Tabagisme Autres toxiques Tentatives de suicide Consommation de toxique : Médicaments psycho, Héroïne,.... Consommation d'alcool : Vin, Bière,.... Source : Etude GISPAC sur les consultants des CCAA 2002 réalisé par l'ANPAA</p>	oui avec variable sur "origine ressource principale"	Recueil en continu dernière mise à jour avril 2010	Rapport d'activité annuel issu du traitement des données du logiciel GISPAC	avec convention	1) A voir selon les termes de la convention : possibilité d'extraction des résidents rennais contact en attente

Thème Addiction

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CSAPA St-Malo							
St-M	Consultants du CSAPA	Nombre de patients par sexe par âge par classe socio-professionnelle par état-civil par principale ressource par situation professionnelle Par type de logement	oui avec variable sur "origine ressource principale"	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	Rapport d'activité annuel issu du traitement des données du logiciel GISPAC	Pas d'échange possible	1) Le CSAPA indique que les données d'activité (bilan annuel) sont transmises chaque année à la DT 35 - ARS 2) Le CSAPA précise que les données sont disponibles au lieu d'habitation des patients
CHGR							
R	population hospitalisée au CHGR	Nombre de patients hospitalisés (pris en charge dans le champ médical) pour une addictologie par sexe et âge	oui avec mesure de protection, AAH	Recueil en continu dernière mise à jour avril 2010	Système informatisé sous forme de données agrégées issues du dossier du patient	avec convention	1) Les patients peuvent être parallèlement suivis par le CSAPA (cf page 1) et hospitalisés au CHGR. Les 2 systèmes d'informations ne communiquent pas. Des doublons peuvent exister.
CH St-Malo							
St-M	Hospitalisations au CH en court- séjour Patients hospitalisés au CH en court-séjour	Nombre de séjours / patients par sexe par âge pour intoxication pour sevrage etc...	PMSI : oui avec CMU	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	système informatisé : PMSI avec données brutes ou agrégées	avec convention	1) L'exploitation des bases PMSI requiert au préalable la définition des pathologies à prendre en compte pour l'extraction des données. L'approche en terme de séjours ou de patients est aussi à définir au préalable des extractions statistiques. 2) L'ORS Bretagne est également en mesure d'exploiter les données du PMSI
CHU Rennes							
R	Passages aux urgences du CHU	Nombre de passages présentant une problématique addictive et ayant fait l'objet d'une demande d'avis psychiatrique	non	Recueil en continu dernière mise à jour avril 2010	système informatisé avec données brutes ou agrégées (logiciel Résurgences)	avec convention	1) Cette information n'est pas exhaustive car elle n'est systématiquement renseignée dans les dossiers : par nature liée à la perception de l'urgentiste et/ou au motif d'hospitalisation 2) L'analyse des adresses pourrait être envisagée pour le traitement des données à un niveau infra- communal (quartier,...) sous réserve de l'existence d'une procédure le permettant qui n'existe pas actuellement (géolocalisation)

Thème Addiction

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune

à la commune

à un niveau infra-communal

Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CES - CPAM							
R et St-M	Consultants affiliés au régime général d'Assurance maladie et population accueillies par les associations rennaises (demandeurs d'asile,...)	Consommations déclarées d'alcool et de tabac, de toxicomanie, de psychotropes synthèse des résultats des examens biologiques (gamma GT, triglycérides...) par sexe par âge par PCS par couverture sociale (hormis RSA trop récent) par produits consommés par niveau d'études par niveau d'activité (actif occupé, chômeur, inactif)...	oui avec CMU et score EPICES	recueil en continu au fur et à mesure des consultations et traitement statistique annuel	système informatisé depuis 1988 (données considérées fiables à partir de 1997)	avec convention	1) La convention doit être établie avec la CPAM 2) Un travail préparatoire est nécessaire pour l'extraction des données entraînant un délai important pour la mise à disposition des données. 3) Les limites inhérentes au recueil sont à prendre en compte : biais de recrutement,... Ces données ne sont pas représentatives de la population générale (régime général, quotas imposés de population précaire,...).
CPAM							
R et St-M	Assurés du régime général d'Assurance maladie	Nombre de boîtes remboursées de substituts nicotiniques, de traitements de substitution de médicaments pour le sevrage alcoolique par sexe par âge	oui avec CMUC-AME	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) Les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant 2 années seulement
DT 35 - ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Activité des CSAPA et des CAARUD	Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par sexe, par âge, par origine géographique (départ., rég., hors région), par type de logement, par origine principale des ressources, par origine de la demande de consultation, par produit à l'origine de la prise en charge (n°1/2/3) etc...	non	Recueil annuel dernière année disponible 2008	Rapport d'activité annuel issu du traitement des données du logiciel GISPAC	avec convention	1) La DT 35 - ARS récupère en routine les bilans d'activité des CSAPA - CAARUD 2) Les données se rapportent à l'activité des structures, il s'agit de données enregistrées et non pas domiciliées
Département d'Ille-et-Vilaine	Enquête annuelle en addictologie sur les données hospitalières	éléments d'activité Nombre de consultations en addictologie Nombre de patients vus en consultation d'addictologie	non	Recueil annuel dernière année disponible 2008	Tableaux informatiques avec données agrégées par structure	avec convention	1) Les données se rapportent à l'activité des structures, il s'agit de données enregistrées et non pas domiciliées

Thème Addiction

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
Réseau Ville hôpital Alcool 35							
R et St-M	Territoire de santé n°5 Population des adhérents au réseau	éléments d'activité Nombre de consultations d'évaluation et d'orientation Nombre total de patients pris en charge par le réseau Nombre de nouveaux patients pris en charge par le réseau au cours de l'année par sexe par âge par type de prise en charge (hospitalière/ambulatoire)	oui avec CMU, Activité, Difficultés financières	Recueil en continu avec traitement statistique annuel, dernière année disponible 2009	Rapport d'activité annuel sur papier	avec convention	1) A voir selon les termes de la convention : les données pourraient être extraites par code postal de résidence des adhérents afin d'identifier les résidents rennais
ORS Bretagne							
R et St-M	Statistique annuelle des causes médicales de décès	Nombre annuel moyen de décès Indices comparatifs de mortalité par alcoolisme par cancer de la trachée, des bronches et du poumon par cancer des voies aérodigestives supérieures	non	Recueil annuel dernière année disponible 2007	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	1) Cf L'étude "La santé dans la ville de Rennes" et "La santé dans le Pays de Saint-Malo"
R et St-M	Morbidité hospitalière (PMSI)	Nombre de séjours hospitaliers en court-séjour Nombre de patients	non	Recueil annuel dernière année disponible 2007	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	1) L'exploitation des bases PMSI requiert au préalable la définition des pathologies à prendre en compte pour l'extraction des données. L'approche en terme de séjours ou de patients est aussi à définir au préalable des extractions statistiques.
R et St-M	Morbidité médico-sociale (ALD)	Nombre de nouvelles demandes en ALD pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour cancer des voies aérodigestives supérieures	non	Recueil annuel dernière année disponible 2008 pour la CNAMTS et le RSI, 2007 pour la MSA	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	1) L'exploitation des bases ALD requiert au préalable la définition des pathologies à prendre en compte pour l'extraction des données.

Thème Addiction

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CIRDD							
R et St-M	Activité des CSAPA	File active éléments d'activité	non	sur demande	rapport papier		1) Le CIRDD a la possibilité de récupérer les bilans d'activité mais cette procédure n'existe pas en routine
R	Activité des CAARUD	File active éléments d'activité activité des distributeurs/échangeurs de seringues vente en pharmacies de steribox	non	sur demande	rapport papier	sans condition	1) Le CIRDD récupère le rapport d'activité d'Interm'AIDS (centre médico-social CAARUD)
R	Rapport TREND	Nombre et file active dans les deux centres de méthadone rennais Caractéristiques des populations participant aux enquêtes PreLud et Nêmo Consultation cannabis Eléments qualitatifs sur les pratiques des usagers	non	téléchargeable en ligne sur le site de l'OFDT	rapport papier		1) cette "enquête" apporte des éléments qualitatifs sur l'évolution des pratiques des usagers et quantitatifs à partir des données d'activité des structures qui interviennent auprès des usagers de drogues 2) ce document peut être téléchargé sur le site de l'OFDT
R	Enquête NEMO	Nombre d'usagers problématiques de drogues dans la population	non	Enquête ponctuelle réalisée en 2005-2006	résultats publiés	sans condition	1) cette enquête doit être reconduite en 2011, ce projet est national et piloté par l'OFDT, la ville de Rennes fait partie de l'échantillon.

Thème Souffrance psychique et prévention du suicide

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune

à la commune

à un niveau infra-communal

Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / Champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CPAM 35							
R et St-M	Assurés du régime général d'Assurance maladie	Nombre de boîtes remboursées de médicaments psychotropes	oui avec CMUC-AME	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) Il pourrait être intéressant de suivre la consommation des différentes classe médicamenteuse : antidépresseur, anxiolytique,....
CES - CPAM							
R et St-M	Consultants affiliés au régime général d'Assurance maladie et population accueillies par les associations rennaises (demandeurs d'asile,...)	Consommations <u>déclarées</u> de médicaments psychotropes (anti-anxiolytiques, hypnotiques, anti-dépresseurs)	oui avec CMU et score EPICES	recueil en continu au fur et à mesure des consultations	système informatisé	avec convention	1) La convention doit être établie avec la CPAM 2) Un travail préparatoire est nécessaire pour l'extraction des données entraînant un délai important pour la mise à disposition des données. 3) Les limites inhérentes au recueil sont à prendre en compte : recueil basé sur le volontariat, biais de recrutement, ... Ces données ne sont pas représentatives de la population générale. 4) identifié par Dr Pouchard du CES dans le thème Addictions

Thème Souffrance psychique et prévention du suicide

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune

à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / Champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CHU Rennes							
R et St-M	Patients vus aux urgences pour trouble psychiatrique ou tentative de suicide	Nombre de passage aux services des urgences non Dossiers antérieurs Données socio-démographiques générales (sexe, âge,...) Diagnostics posés selon la codification de la Classification Internationale des Maladies 10ème Révision (codes CIM10)		Recueil en continu	système informatisé avec données brutes (Logiciel Résurgences)	avec convention	1) Pour les tentatives de suicide, l'exhaustivité est assurée car une demande d'avis psychiatrique est systématiquement posée. 2) L'analyse des adresses pourrait être envisagée pour le traitement des données à un niveau infra-communal (quartier,...) sous réserve de l'existence d'une procédure le permettant qui n'existe pas actuellement (géolocalisation)
CHGR							
R	population hospitalisée en psychiatrie générale ou infanto-juvénile	Nombre de patients suivis en psychiatrie par sexe, âge, situation sociale... Nombre de patients selon les diagnostics de prise en charge Nombre d'actes de consultations Nombre de journées d'hospitalisation	oui avec patients sous mesure de protection et AAH	Recueil en continu	système informatisé : PMSI psychiatrique (RIMPSY) avec données brutes ou agrégées	avec convention	1) les données sont issues du PMSI psychiatrique (RIMPSY) 2) Les données pourraient être extraites par code postal de résidence des patients 3) Il existe un découpage par secteur de psychiatrie à l'intérieur de la ville de Rennes. 4) L'analyse des adresses pourrait être envisagée pour le traitement des données à un niveau infra-communal (quartier,...) sous réserve de l'existence d'une procédure le permettant qui n'existe pas actuellement (géolocalisation) 5) les indicateurs relatifs à la psychiatrie infanto-juvénile sont également identifiés dans le thème Santé de la mère et/ou de l'enfant
CH St-Malo							
St-M	Hospitalisations au CH en court-séjour Patients hospitalisés au CH en court-séjour	Nombre de séjours / patients par sexe par âge par pathologies (à définir)	PMSI : oui avec CMU	Recueil en continu	système informatisé : PMSI avec données brutes ou agrégées	avec convention	1) L'exploitation des bases PMSI requiert au préalable la définition des pathologies à prendre en compte pour l'extraction des données. L'approche en terme de séjours ou de patients est aussi à définir au préalable des extractions statistiques. 2) L'ORS Bretagne est également en mesure d'exploiter les données du PMSI

Thème Souffrance psychique et prévention du suicide

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune
à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population / Champ statistique	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
Ville de Rennes							
R	Liste des hospitalisation d'office signé par le maire	Nombre annuel d'hospitalisation d'office	non	recueil en continu au fur et à mesure des hospitalisations d'office	listing	avec convention	1) les hospitalisations d'office ne concerne environ qu'une trentaine de personnes par an et sont très liées au dispositif réglementaire en vigueur qui peut être évolutif.
DT 35 - ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Tentatives de suicide arrivant aux urgences durant 1 mois	Nombre de tentatives de suicide rencontrées dans les 5 structures hospitalières ayant 1 service d'urgences pendant 1 mois par sexe par âge par PCS	non	Enquête ponctuelle 2008	Résultats analysés	sans condition	1) Les données de l'enquête ont été agrégées, le code postal des patients a été enregistré mais cette information n'a pas été exploitée. Par ailleurs, cette information n'est récupérable a posteriori.
ORS Bretagne							
R et St-M	Statistique annuelle des causes médicales de décès	Nombre de décès par suicide Indice comparatif de mortalité par suicide par sexe par âge	non	Recueil annuel à N-3	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	1) Cf L'étude "La santé dans la ville de Rennes" et "La santé dans le Pays de Saint-Malo

Thème Vie sexuelle et affective

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
CPAM 35							
R et St-M	Assurés du régime général d'Assurance maladie	Recours à la contraception d'urgences	oui avec CMU	recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant 2 années seulement
CES - CPAM							
R et St-M	Consultants affiliés au régime général d'Assurance maladie et population accueillies par les associations rennaises (demandeurs d'asile,...)	Nombre de frottis réalisés Nombre d'enfants par femme Nombre d'intervention chirurgicale pour cancer du col utérin Nombre de contraception orale ou autre Nombre de mammographies réalisées Nombre d'assurées utilisant un moyen de contraception Nombre de tests VIH	oui avec CMU et score EPICES	recueil en continu au fur et à mesure des consultations	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) La convention doit être établie avec la CPAM 2) Un travail préparatoire est nécessaire pour l'extraction des données entraînant un délai important pour la mise à disposition des données. 3) Les limites inhérentes au recueil sont à prendre en compte : biais de recrutement,... Ces données ne sont pas représentatives de la population générale (régime général, quotas imposés de population précaire,...).
Inspection d'Académie - Versant infirmier							
R et St-M	population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat pour le premier degré et uniquement dans les établissements publics pour le second degré	Nb de demandes d'élèves pour la contraception non d'urgence Nb d'élèves auxquelles la contraception d'urgence a été délivrée		Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) Les données sont disponibles par niveau scolaire 2) L'année 2009 n'est pas représentative de l'activité des infirmières en raison de l'épidémie de grippe A 3) Ces indicateurs font également partie du thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Thème Vie sexuelle et affective

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
CDAG Rennes							
R	Consultations	Nombre de dépistages réalisés (VIH, Sida, Hépatite, Syphilis,...) Nombre de positifs	non	Recueil en continu	Rapport d'activité annuel	à définir selon la demande	<p>1) Données du bilan d'activité annuelle</p> <p>2) Données agrégées de l'enquête basée sur le volontariat</p> <p>3) Pour obtenir une idée du taux de couverture de l'enquête par rapport à l'activité du CDAG, on pourrait étudier la possibilité de rapporter le nombre de questionnaire rempli au nombre de dépistages réalisés</p> <p>4) Ces indicateurs font également partie du thème du Dépistage</p>
CDAG St-Malo*							
St-M	Consultations	Nombre de dépistages réalisés (VIH, Sida, Hépatite, Syphilis,...) Nombre de positifs	non	Recueil en continu	Rapport d'activité annuel	à définir selon la demande	<p>* les informations pour le CDAG de St-Malo sont déduites de celles renseignées par le CDAG de Rennes</p> <p>1) Données du bilan d'activité annuelle</p> <p>2) Données agrégées de l'enquête basé sur le volontariat</p> <p>3) Pour obtenir une idée du taux de couverture de l'enquête par rapport à l'activité du CDAG, on pourrait étudier la possibilité de rapporter le nombre de questionnaire rempli au nombre de dépistages réalisés</p> <p>4) Ces indicateurs font également partie du thème Dépistage</p>

Thème Vie sexuelle et affective

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
DDCS PP - DT 35 - ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Activité des établissements d'information et de conseil conjugal	Nombre par âge et catégorie socio-professionnelle des personnes reçues en entretien individuel Nombre d'entretiens menés par nature (objet principal)	non	recueil annuel disponible pour 2009	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) Les données sur les entretiens ne sont pas disponibles à l'échelle géographique de la commune de Rennes ou du Pays de St-Malo
R et St-M		Nombre d'organismes dans lesquels il y a une intervention collective / vie affective et sexuelle par commune d'implantation de l'organisme, par catégorie de public (jeunes scolarisés, adultes,...)	non	recueil annuel disponible pour 2009	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) Les données se rapportent à l'activité des structures, il s'agit de données enregistrées et non pas domiciliées
ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Bulletin d'Interruption volontaire de grossesse (IVG)	Nombre d'IVG ou d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) selon l'âge, selon le département de résidence, selon l'activité professionnelle, selon le mode utilisée	oui avec chômage	Recueil en continu	système informatisé	sans condition d'échange	1) Par définition, les bulletins statistiques d'IVG sont anonymes, aucune information permettant d'identifier la femme n'est collectée 2) Il n'y a pas de traitement statistique en routine des bulletins d'IVG. La périodicité et le format des données sont à préciser.
Région	Activité des laboratoires d'analyse médicales	Nombre de test VIH, Nombre de positifs	non	Enquête semestrielle de l'INVS avec traitement statistique annuel	base de données consultables en ligne sur le site de l'INVS	sans condition d'échange	
Département d'Ille-et-Vilaine	Maladie à déclaration obligatoire Infection à VIH et sida	Nombre de nouveaux cas de VIH / sida par sexe par âge par mode de contamination etc	non	Recueil continu avec traitement statistique bi-annuel	base de données consultables en ligne sur le site de l'INVS	sans condition d'échange	
	Cohorte VHC du CHU de Rennes	à explorer	à explorer	à explorer	à explorer	à explorer	1) L'ARS nous informe qu'il existe une cohorte de patients suivis au CHU de Rennes dans le cadre d'une hépatite. Il pourrait être pertinent d'explorer la possibilité d'exploitation de ces données.

Thème Vie sexuelle et affective

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune
à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
ORS Bretagne R et St-M	Statistique annuelle des causes médicales de décès	Nombre de décès par sida par sexe par âge	non	Recueil annuel dernière année disponible 2007	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	

Thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
CPAM 35							
R et St-M	Assurés du régime général d'Assurance maladie	<p>Nombre de déclaration de grossesse</p> <p>Nombre de recours à l'examen de prévention buccodentaire chez les enfants</p> <p>Nombre de recours à la vaccination ROR</p> <p>Nombre de boîtes d'antibiotiques remboursées chez les enfants</p> <p>Les indicateurs sont disponibles par sexe et par âge</p>	oui avec CMUC-AME	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Avec convention	1) les données relatives aux consommations de soins sont conservées pendant 2 années seulement
Réseau Périnatal							
Département d'Ille-et-Vilaine	population des femmes enceintes suivies dans le département et/ou qui accouchent dans l'une des maternités du département et leur nouveau-né en maternité ou hospitalisé en néonatalogie	<p>Nombre d'accouchements</p> <p>Nombre d'accouchements à domicile</p> <p>Nombre de naissances</p> <p>Nombre de jumeaux</p> <p>Nombre de triplés</p> <p>Nombre de prématurés</p> <p>Nombre d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG)</p>	non	Recueil en continu à partir des informations contenu dans les dossiers médicaux	système informatisé sous forme de données agrégées	sans condition d'échange	<p>1) Données directement agrégées au niveau département lors du recueil par l'enquêteur de l'information dans les dossiers des patients</p> <p>2) Pour les données de mortalité, les codes postaux de résidence sont connus. L'analyse des données sous cet angle n'a jamais été réalisé et ne semble pas pertinente statistiquement au vue de l'insuffisance des effectifs concernés.</p>

Thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune
à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
Inspection d'Académie - Versant médecin							
R et St-M	population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat	Dépistage des handicaps de l'enfant (Déficience de l'appareil locomoteur, visuelle, auditive, psychique...) Dépistage des problématiques justifiant d'une PAI (projet d'accueil individualisé : élèves ayant une pathologie nécessitant des aménagements pédagogiques) Nombre de PAI selon la ou les problématiques présentées (Allergie, Arthrite chronique juvénile, Asthme, Cardiopathie congénitale,...) Repérage des cas d'"enfance en danger"	non	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) le recueil est continu mais la périodicité de recueil dépend de chaque professionnel de santé. Une mise à jour des données par agrégation de l'ensemble des données collectées par les différents professionnels de santé est réalisée annuellement. 2) Le bilan infirmier et médical des enfants âgés de 3 ans 1/2 à 4ans 1/2 (de la 4ème année) est réalisé par les médecins de la ville de Rennes pour Rennes et par les médecins de la PMI pour le reste du département 3) Les données pour l'année 2010 ne seront très certainement pas disponibles, un mot d'ordre syndical de rétention des données ayant été posé. 4) Toutes ces remarques s'appliquent également pour le recueil infirmier ci-dessous. 5) Ces indicateurs sont également signalés dans le thème Dépistage
Inspection d'Académie - Versant infirmier							
R et St-M	population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat pour le premier degré et uniquement dans les établissements publics pour le second degré	Nombre d'élèves vus en bilan infirmier présentant un trouble de santé (surpoids, bucco-dentaire, hygiène de vie, acuité visuelle, audition, statique, vaccins, comportement) Nombre de demandes d'élèves pour la contraception d'urgence Nombre d'élèves auxquelles la contraception d'urgence a été délivrée	non	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) Les données sont disponibles par niveau scolaire 2) L'année 2009 n'est pas représentative de l'activité des infirmières en raison de l'épidémie de grippe A 3) Certains indicateurs sont également signalés dans les thèmes Nutrition et Vie sexuelle et affective

Thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
CG 35							
R et St-M	La mère et l'enfant aux âges de 8 jours, 9 mois et 24 mois	<p>Nb de certificats de santé par sexe de l'enfant, âge de la mère, par PCS de la mère, par activité de la mère,...</p> <p>Pour exemple, les principaux indicateurs issus des certificats de santé :</p> <p>Certificat de Santé du 8ème jour âge de la mère Consultations prénatales âge gestationnel poids de l'enfant transferts allaitement fente labio-palatine</p> <p>Certificat de Santé du 9ème mois Taux de réception Qualification de l'examineur Lieu de l'examen Hospitalisation de l'enfant Aberrations chromosomiques Mucoviscidose Luxation certaine de la hanche</p> <p>Certificat de Santé du 24ème mois Taux de réception Qualification de l'examineur couverture vaccinale Source : Rapport DREES coll stat n°17 déc 2000</p>	oui avec chômage	recueil en continu et statistique disponible annuellement, dernière année disponible 2008	système informatisé sous forme de données brutes	avec convention	<p>1) Les indicateurs seront à définir selon les rubriques des certificats de santé</p> <p>2) Un exploitation sera à réaliser pour déterminer l'exhaustivité des certificats de santé</p> <p>3) Les données sont extraites annuellement et sont transmises à la DREES</p> <p>4) Les données pourraient être extraites par code postal de résidence de la mère</p> <p>5) Les données peuvent être exploitées à un niveau infra-communal : le canton administratif (canton électoral) sous réserve, cette information sera à vérifier.</p>

Thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune

à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
Ville de Rennes							
R	Enfants accueillis en crèche municipale	Nombre d'enfants à jour pour et par vaccinations Nombre d'enfants avec un problème visuel (connu, dépisté) Nombre d'enfants avec un problème ORL	non	Recueil en continu à partir des informations contenu dans les dossiers des crèches	système informatisé sous forme de données agrégées		1) les données sont recueillies ne permettent de différencier l'âge des enfants 2) Ces indicateurs sont également signalés dans le thème Dépistage
	Enfants scolarisés dans les écoles à Rennes - bilan infirmier à 3 1/2-4 1/2 ans	Nombre d'enfants à jour pour/par vaccination Nombre d'enfants avec un problème visuel (connu, dépisté) Nombre d'enfants avec un problème ORL Nombre d'enfants avec obésité I Nombre d'enfants avec obésité II Nombre d'enfants avec rebond d'adiposité Nombre d'enfant avec une insuffisance pondérale (poids insuffisant, maigreur) Nombre d'enfants présentant un trble du langage Nombre d'enfants présentant un trble du comportement avec retentissement social Nombre d'enfants présentant des caries dentaires	non	Recueil en continu à partir des informations contenu dans les dossiers médicaux	système informatisé sous forme de données agrégées		1) Les dossiers médicaux sont intégralement transmis au Service de Promotion de la santé en faveur des élèves, la ville de Rennes ne conserve que les données globales 2) Certains indicateurs sont également signalés dans les thèmes Dépistage et Nutrition
CHGR							
R	population hospitalisée en psychiatrie infanto-juvénile	Nombre de patients suivis en psychiatrie infanto-juvénile par sexe, âge, situation sociale... Nombre de patients selon les diagnostics de prise en charge Nombre d'actes de consultations Nombre de journées d'hospitalisation	oui avec patients sous mesure de protection	Recueil en continu	système informatisé : PMSI psychiatrique (RIMPSY) avec données brutes ou agrégées	avec convention	1) les données sont issues du PMSI psychiatrique (RIMPSY) 2) Les données pourraient être extraites par code postal de résidence des patients 3) Il existe un découpage par secteur de psychiatrie à l'intérieur de la ville de Rennes. 4) L'analyse des adresses pourrait être envisagée pour le traitement des données à un niveau infra-communal (quartier...) sous réserve de l'existence d'une procédure le permettant qui n'existe pas actuellement (géolocalisation)

Thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Bulletin d'Interruption volontaire de grossesse (IVG)	Nombre d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) selon l'âge, selon le département de résidence, selon l'activité professionnelle, selon le mode utilisée	oui avec chômage	Recueil en continu	système informatisé	sans condition d'échange	1) Par définition, les bulletins statistiques d'IVG sont anonymes, aucune information permettant d'identifier la femme n'est collectée
ORS Bretagne							
R et St-M	Statistique annuelle des causes médicales de décès	Décès néonataux, post-néonataux et infantiles Taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile Taux de mortalité infantile par sexe Décès infantiles par causes Taux de mortalité infantile par causes	non	Recueil annuel à N-3	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	

Thème Nutrition

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
Ville de Rennes							
R	Enfants scolarisés dans les écoles maternelles à Rennes - bilan infirmier à 3 1/2-4 1/2 ans	A partir de l'IMC : Nombre d'enfants avec obésité I Nombre d'enfants avec obésité II Nombre d'enfants avec rebond d'adiposité précoce Nombre d'enfant avec une insuffisance pondérale (poids insuffisant, maigreur)	non	recueil annuel dernières données disponible septembre 2009 (rentrée)	système informatisé avec données agrégées	avec convention	1) Les données collectées sont globalisées par établissement scolaire et non pas par lieu de résidence des enfants 2) Les données peuvent être exploitées par quartier rennais ou territoire ZUS 3) Les dossiers médicaux des élèves à partir desquels les données sont collectés sont transmis au Service de Promotion de la Santé en faveur des élèves de l'Inspection départementale d'Académie 4) Ces indicateurs font également partie du thème Santé de la mère et/ou de l'enfant
Inspection d'Académie - Versant infirmier							
R et St-M	Population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat pour le premier degré et uniquement dans les établissements publics pour le second degré	Nombre d'élèves vus en bilan infirmier présentant un surpoids	non	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) Les données sont disponibles par niveau scolaire 2) L'année 2009 n'est pas représentative de l'activité des infirmières en raison de l'épidémie de grippe A 4) Cet indicateur fait également partie du thème Santé de la mère et/ou de l'enfant
CES - CPAM							
R et St-M	Consultants affiliés au régime général d'Assurance maladie et population accueillies par les associations rennaises (demandeurs d'asile,...)	IMC des consultants Nb de patients ayant une intolérance au glucose Synthèse des résultats biologiques de suivi des patients diabétiques Données du questionnaire alimentaire QUALICES Résultats biologique LDL-HDL gamma GT, glycémie,...	oui avec CMU et score EPICES	recueil en continu au fur et à mesure des consultations	système informatisé depuis 2000 pour le questionnaire alimentaire QUALICES	avec convention	1) La convention doit être établie avec la CPAM 2) Un travail préparatoire est nécessaire pour l'extraction des données entraînant un délai important pour la mise à disposition des données. 3) Les limites inhérentes au recueil sont à prendre en compte : recueil basé sur le volontariat, biais de recrutement,... Ces données ne sont pas représentatives de la population générale.

Thème Nutrition

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarques
CH St-Malo							
St-M	Hospitalisations au CH en court-séjour Patients hospitalisés au CH en court-séjour	Nombre d'hospitalisations présentant un code dénutrition Nombre de patients présentant un code de dénutrition par sexe par âge par degré de malnutrition (code de dénutrition)	PMSI : oui avec CMU	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	système informatisé : PMSI avec données brutes ou agrégées	avec convention	1) L'exploitation des bases PMSI requiert au préalable la définition des pathologies à prendre en compte pour l'extraction des données. L'approche en terme de séjours ou de patients est aussi à définir au préalable des extractions statistiques. 2) le CH de St-Malo a mis en place un protocole de prise en charge de la dénutrition des adultes 3) L'ORS Bretagne est également en mesure d'exploiter les données du PMSI
ORS Bretagne							
R et St-M	Morbidité médico-sociale (ALD)	Nombre de nouvelles demandes en ALD pour diabète de type 1 et 2	non	Recueil annuel dernière année disponible 2008 pour la CNAMTS et le RSI, 2007 pour la MSA	Système informatisé avec données agrégées	avec convention	
Réseau Diabète							
Territoire de santé n°5	Adhérents au réseau (patients diabétiques âgés de 18 ans ou plus)	IMC (poids, taille) Classification selon le type de diabète Classification selon le traitement indicateurs biologiques (lipides, créatinémie, clearance...) indicateurs médicaux ancienneté de la maladie complications de la maladie Pression artérielle	non	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	Rapport d'activité annuel issu du traitement des données de leur logiciel interne Viking	avec convention	1) L'extraction de données par code postal de résidence des patients pourrait être envisagé mais sous réserve de la mise en place d'un traitement particulier 2) L'analyse des adresses pourrait être envisagé pour le traitement des données à un niveau infra-communal (quartier,...) sous réserve de l'existence d'une procédure le permettant qui n'existe pas actuellement (géolocalisation) 3) Les limites inhérentes au recueil sont à prendre en compte : adhérents au réseau uniquement,... Les données ne sont pas représentatives de la population générale.

Thème Dépistage

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
ADECI 35							
R et St-M	personnes âgées de 50 à 74 ans	Taux de participation par dépistage (sein, côlon)	non	Recueil en continu	Résultats analysés selon la demande	à définir selon la demande	1) Les résultats d'analyse sont à définir selon les objectifs du diagnostic santé en lien avec l'ADECI afin d'évaluer le temps nécessaire à l'exploitation des données et les modalités de transmission des résultats
CDAG Rennes							
R	Consultations	Nombre de dépistages réalisés (VIH, Sida, Hépatite, Syphilis,...) Nombre de positifs	non	Recueil en continu	Rapport d'activité annuel	à définir selon la demande	1) Données du bilan d'activité annuelle 2) Données agrégées de l'enquête basée sur le volontariat 3) Pour obtenir une idée du taux de couverture de l'enquête par rapport à l'activité du CDAG, on pourrait étudier la possibilité de rapporter le nombre de questionnaire rempli au nombre de dépistages réalisés 4) Ces indicateurs font également partie du thème Vie sexuelle et affective
CDAG St-Malo*							
St-M	Consultations	Nombre de dépistages réalisés (VIH, Sida, Hépatite, Syphilis,...) Nombre de positifs	non	Recueil en continu	Rapport d'activité annuel	à définir selon la demande	* les informations pour le CDAG de St-Malo sont déduites de celles renseignées par le CDAG de Rennes 1) Données du bilan d'activité annuelle 2) Données agrégées de l'enquête basé sur le volontariat 3) Pour obtenir une idée du taux de couverture de l'enquête par rapport à l'activité du CDAG, on pourrait étudier la possibilité de rapporter le nombre de questionnaire rempli au nombre de dépistages réalisés 4) Ces indicateurs font également partie du thème Vie sexuelle et affective

Thème Dépistage

Légende couleur pour disponibilité géographique existante

à une échelle plus large que la commune
à la commune

à un niveau infra-communal

Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme

R Données à l'échelle de la ville de Rennes

St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo

R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
Inspection d'Académie - Versant médecin							
R et St-M	population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat	Dépistage des handicaps de l'enfant (Déficience de l'appareil locomoteur, visuelle, auditive, psychique...) Dépistage des problématiques justifiant d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : élèves ayant une pathologie nécessitant des aménagements pédagogiques) Nombre de PAI selon la ou les problématiques présentées (Allergie, Arthrite chronique juvénile, Asthme, Cardiopathie congénitale,...) Repérage des cas d'"enfance en danger"	non	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) le recueil est continu mais la périodicité de recueil dépend de chaque professionnel de santé. Une mise à jour des données par agrégation de l'ensemble des données collectées par les différents professionnels de santé est réalisée annuellement. 2) Le bilan infirmier et médical des enfants âgés de 3 ans 1/2 à 4 ans 1/2 (de la 4ème année) est réalisé par les médecins de la ville de Rennes pour Rennes et par les médecins de la PMI pour le reste du département 3) Les données pour l'année 2010 ne seront très certainement pas disponibles, un mot d'ordre syndical de rétention des données ayant été posé. 4) Toutes ces remarques s'appliquent également pour le recueil infirmier ci-dessous. 5) Ces indicateurs font également partie du thème Santé de la mère et/ou de l'enfant
Inspection d'Académie - Versant infirmier							
R et St-M	Population scolarisée dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat pour le premier degré et uniquement dans les établissements publics pour le second degré	Nb d'élèves vus en bilan infirmier présentant un trouble de santé (surpoids, bucco-dentaire, hygiène de vie, acuité visuelle, audition, statique, vaccins, comportement) Nb de demandes d'élèves pour la contraception d'urgence Nb d'élèves auxquelles la contraception d'urgence a été délivrée	non	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	Sous réserve de l'accord de l'Inspecteur d'Académie	1) Les données sont disponibles par niveau scolaire 2) L'année 2009 n'est pas représentative de l'activité des infirmières en raison de l'épidémie de grippe A 3) Ces indicateurs font également partie du thème Santé de la mère et/ou de l'enfant

Thème Dépistage

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CES - CPAM							
R et St-M	Consultants affiliés au régime général d'Assurance maladie et population accueillies par les associations rennaises (demandeurs d'asile,...)	Nombre de frottis réalisés par le médecin traitant ou au Centre d'Examen de Santé (CES) pour l'ensemble des consultantes âgées de 25 à 85 ans Nombre de tests VIH pour l'ensemble des consultants	oui avec CMU et score EPICES	recueil en continu au fur et à mesure des consultations	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) La convention doit être établie avec la CPAM 2) les variables de croisement sont celles issues du logiciel SAGES of thématique addiction 3) Ces indicateurs font également partie du thème Vie sexuelle et affective
DT 35 - ARS							
Département d'Ille-et-Vilaine	Dépistage de toutes les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO : VIH, sida,...)	Nombre de dépistage par pathologie (VIH, sida,...) par sexe par âge etc	non	Recueil en continu	Base de données en ligne sur le site de l'INVS pour le VIH et le sida	sans condition pour le VIH et le sida	1) Les données concernant le VIH et le sida sont anonymes puisque présentées agrégées au niveau du département 2) Pour les autres Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), la faiblesse du nombre de cas peut amener à s'interroger sur la pertinence de les retenir comme indicateurs 3) Certains indicateurs (VIH, sida) font également partie du thème Vie sexuelle et affective

Thème Santé environnement

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Eléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CPAM 35							
R et St-M	Assurés du régime général d'Assurance maladie	Dépistage des cas de saturnisme par sexe et âge A voir (non discuté) : asthme bronchiolite du nourrisson (kiné-respiratoire) etc	oui avec CMUC-AME	Recueil en continu	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	
	Population au travail	à voir selon les résultats du Programme Régional Santé Travail (PRST) et les indicateurs en lien avec les expositions professionnelles					
Rennes métropole							
Rennes métropole (37 communes)	Ensemble de la population	% de la population exposée au bruit à différents seuils (en particulier seuils supérieurs aux valeurs réglementaires des bruits des infrastructures de transport)	non	Recueil mis à jour tous les 5 ans (minimum), dernières données disponibles pour 2006	Cartographie au format pdf	sans convention	1) Les données d'exposition des populations au bruit des infrastructures de transport sont mises à disposition du public sur le site internet de Rennes Métropole sous forme de cartes au format pdf 2) Les cartes peuvent être réalisées à l'échelle 1/10 000ème sur le périmètre de mesure qui comprend les 37 communes de Rennes Métropole
	La déclinaison au niveau infracommunal est à vérifier (dépend de la densité des mesures)						

Thème Santé environnement

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
Ville de Rennes							
R	Qualité des sols	Indicateurs à construire par quartier par thématique	non	Recueil en continu avec possibilité de traitement statistique annuel	à définir en fonction des indicateurs retenus	avec convention	1) La mise à jour d'un Système d'Information Géographique (SIG) est actuellement en cours. Ce SIG a pour vocation de centraliser l'ensemble des données en matière de santé environnement (données de la ville de Rennes ou données des services de l'état (par exemple, basol-basias : bases de données concernant les sols pollués et les pollutions liées aux sites industriels). Ce SIG sera interrogeable par les différents services de la ville pour obtenir des informations. Par ailleurs, le service Environnement Santé de la ville mène actuellement aussi une réflexion sur l'élaboration d'un nouvel outil pour le recueil des signalements. 2) La définition de certains indicateurs considérés comme pertinents dans la construction du diagnostic santé entraînera vraisemblablement des modifications dans les modalités de collecte et/ou de saisie des données brutes et de leur exploitation. Un travail interactif serait à prévoir avec les services de la ville.
R	La déclinaison au niveau infracommunal est à vérifier (dépend de la densité des mesures)	A voir Système métrologique déjà en place ? Densité des relevés ? Méthodes des relevés ?					
R	Exposition aux ondes électromagnétiques	Positionnement des antennes-relais Intensité des rayonnements	non	Cartographie interactive en ligne : www.cartoradio.fr par l'ANFR	Impression de cartographie, de fiche de synthèse et de fiche de résultats par point de mesure	sans condition	1) Ces informations devraient être incluses dans le futur SIG
R	La déclinaison au niveau infracommunal est à vérifier (dépend de la densité des mesures)						
R	Recueil de signalements sur Nuisances de voisinage (bruit, nuisances olfactives,...) Habitat indigne (insalubrité,...)	Indicateurs à construire par quartier par thématique	non	Recueil en continu avec possibilité de traitement statistique annuel	à définir en fonction des indicateurs retenus	avec convention	1) A vérifier : pertinence et validité des indicateurs basés sur des signalements 2) Ces informations devraient être incluses dans le futur SIG 3) L'échange des données est envisageable uniquement dans le respect des règles de préservation de l'anonymat s'agissant du recueil de signalements

Thème Santé environnement

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
DT 35 - ARS R et St-M	Contrôle sanitaire (eau potable, eau de loisirs)	variables selon les établissements de contrôle ou les lieux de contrôle (Par exemple : % captages d'eau ayant dépassé les valeurs limites en nitrates, Nombre de prélèvements d'eau potable, % débit d'eau destinée à la consommation humaine protégé...) A voir produits mesurés	non	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	système informatisé sous forme de données brutes ou agrégées	avec convention	1) Les indicateurs du contrôle sanitaire seront disponible dans la future BDDSE 2) Les analyses sont possibles à un niveau infra-communal : selon les établissement ou les lieux de contrôle
Département d'Ille-et-Vilaine	Declaration d'intoxication au Co	A-Dépassement de seuil réglementaire et évolution annuelle par polluant (monoxyde et dioxyde d'azote, ozone,...), par station de mesure	non	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	Résultats analysés	avec convention	1) Les indicateurs relatifs aux déclarations d'intoxication au Co feront partie de la future BDDSE
Département d'Ille-et-Vilaine	Constats des risques d'exposition au plomb		non	Recueil en continu avec traitement statistique annuel	Résultats analysés	avec convention	
ARS variable selon les indicateurs	Proposition d'exploitation de la Base De Données Santé Environnement (BDDSE) dans le futur	relatifs au thèmes : -eau -habitat et lieux recevant du public -air -impact des activités humaines -données de santé -bruit -alimentation -données structurelles -autres thèmes	non a priori (à voir selon le contenu de la BDDSE)	à préciser en fonction des indicateurs	Base de données en ligne	à préciser dans le futur avec les villes de Rennes/St-Malo ou avec l'ORS Bretagne	1) Un certain nombre d'indicateurs présents dans la BDDSE sont disponibles via d'autres sources (Air Breizh, DT 35 ARS Pôle santé environnement,...) 2) L'approche communale ou infra-communale sera à étudier en fonction des indicateurs lorsque la BDDSE sera finalisée 3) Actuellement, l'accès à la BDDSE est prévue pour les professionnels et les acteurs concernés uniquement
Air Breizh R et St-M	A-Mesure de la concentration des polluants dans l'air par stations de mesure	A-Dépassement de seuil réglementaire et évolution annuelle par polluant (monoxyde et dioxyde d'azote, ozone,...), par station de mesure	non	A- Recueil en continu par 1/4 d'heure pour les stations de mesure	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) La déclinaison au niveau infra-communal est à explorer (dépend de la densité des mesures)
R et St-M	B-Inventaire des émissions atmosphériques en Bretagne	B-par source d'émission (unité : km ² /lot INSEE/Commune) par polluant (métaux lourds (cadmium, plomb,...))	non	B- Recueil annuel avec réactualisation prévue sur 2008 (inventaire précédent en date de 2003)	système informatisé sous forme de données agrégées	avec convention	1) L'inventaire des émissions atmosphériques est disponible en ligne : http://www.cartographie-emissions-bretagne.fr/index.php grâce à un logiciel cartographique interactif permettant de créer ses propres cartes jusqu'au niveau communal

Thème Précarité santé

Légende couleur pour disponibilité géographique existante
à une échelle plus large que la commune
à la commune
à un niveau infra-communal
Éléments qui restent à explorer

Légende Lettre accompagnant le nom de l'organisme
R Données à l'échelle de la ville de Rennes
St-M Données à l'échelle de la ville de St-Malo
R et St-M Données disponibles à l'échelle des 2 communes

Organisme	Population	Indicateurs	Précarité	Disponibilité	Support	Condition d'échange	Remarque
CCAS Saint-Malo							
St-Malo	Bénéficiaires du RSA	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un examen de santé Nombre de personnes ayant bénéficié d'un contrat de santé par sexe par âge	oui correspond à la population accueillie	Recueil en continu avec traitement statistique annuel, dernière année disponible 2009	Résultats agrégés et analysés selon la demande	oui avec conditions réglementaires à définir	1) Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un examen de santé n'est pas une information exhaustive, des bénéficiaires pouvant avoir eu recours à un examen de santé par leurs propres moyens 2) Une étude approfondie auprès des intervenants serait à mener ensuite pour identifier les pathologies à l'origine du contrat de santé (Handicap, maladie temporaire, maladie déjà reconnue, addictologie...) 3) à compter de 2010, le logiciel de recueil est modifié et les analyses par sexe et âge ne sont plus possibles

Rennes

à voir avec L'APRAS

