

L'observation santé : une exploitation insuffisante

Avec la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, l'architecture de la santé a connu une forte évolution, introduisant notamment les agences régionales de santé au cœur d'un nouveau système plus déconcentré. Comment cette redistribution peut-elle influencer sur l'observation des politiques de santé ? Est-elle pertinente ? Analyse d'Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de santé de la région Nord-Pas-de-Calais.

Que produit le système de santé sur le terrain ? Comment définir un recueil de statistiques fiables et traduire ces chiffres ? Alors que l'efficacité de notre système de santé contribue à l'allongement de la durée de vie (de façon inégale), produit davantage de besoins corrélés à une population vieillissante, il semble que les effets de cette politique n'ont pas (encore) été intégrés dans leur globalité, faute d'outils pertinents. Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais en matière de politique régionale de santé, souligne qu'avec la loi HPST, « les Agences régionales de santé ont aujourd'hui les moyens financiers et techniques pour mener à bien leurs missions. Nous sommes sortis des conceptions centralisatrices. La grande nouveauté étant que cette loi permet "enfin" de décider et de conduire une politique de santé sur les territoires, territoires locaux et territoires régionaux. »

Comment caractériser le rôle et l'évolution des politiques d'observation dans ce cas ? « L'observation territoriale de la santé se trouve aujourd'hui devant des demandes, des attentes et est confrontée à des évolutions nécessaires. Il reste dans nos boîtes à outils deux rubriques fiables et pertinentes : l'analyse de l'état de santé (via la mortalité) d'une part, qui donne une indication de l'état de santé « ultime » et donc de l'ampleur des « besoins » et, d'autre part, le montant des dépenses de santé régionales et locales. » Pour Olivier Lacoste, voilà « deux points suivis correctement. Les conclusions tirées à partir de ces données sont fiables. Cela étant, ce n'est pas parce que l'on sait où il existe de gros besoins, comme dans le Nord-Pas-de-Calais, et que l'on dépense beaucoup que l'on sait ce qu'il faut faire, que l'on sait décider pour résoudre les problèmes et carences. » En effet, les politiques d'observation seraient entravées par « des héritages ». L'un est issu d'un suivi budgétaire des dépenses imposé par le ministère des Finances sur l'assurance maladie dès le début des années 1970, et l'autre, la mortalité, est un emprunt à la politique de la population mise en place sous la III^e République. Depuis, qu'a produit l'aide à la décision des politiques de santé ? Rien ou pas grand chose », lance l'intéressé.

De nouveaux indicateurs nécessaires... avec la volonté de les exploiter

Certes, « des bottins publiés ici ou là », dans divers territoires et régions, peuvent représenter des bases de données rassurantes par la masse de statistiques compilées. Mais la réalité est qu'elles risquent « de ne pas servir à grand chose ». « Ces données sont fort mal analysées et exploitées dans le sens de l'aide à la décision », indique le directeur de l'ORS. La nécessité de « concevoir de nouveaux indicateurs correspondant aux besoins de suivi des politiques de santé est urgente avec la capacité de s'appuyer sur des indicateurs plus adaptés

aux exigences d'aujourd'hui. Trop souvent, il est demandé aux ORS de produire des indicateurs qui ne servent pas ensuite à cause de déficits de décision et la volonté de l'appliquer. » Certaines évolutions positives concrètes des politiques de santé sont cependant à relever. Les milieux d'intervention sont mieux pris en compte, « permettant des exploitations de données pertinentes issues d'autres politiques, l'indice de développement humain 4 (IDH 4) par exemple », indique l'intéressé. Outil utilisant une approche territorialisée par canton et EPCI, l'indice de développement humain 4, initié en Ile-et-Vilaine, retient les variables de taux de décès, taux de diplômés, ainsi que le revenu médian par unité de consommation. L'apparition de nouvelles statistiques conçues pour répondre aux besoins est un autre élément remarquable. « C'est ce que nous avons fait par exemple à l'ORS Nord-Pas-de-Calais, en concevant l'indice comparatif d'évolution de la mortalité qui permet – nous le croyons – d'évaluer à court

terme l'impact des projets conduits sur l'état de santé de la population. » Les trois mois d'allongement de durée de vie, en moyenne par un Français, ne s'appliquent pas de manière uniforme selon les territoires et les contextes socioéconomiques. L'exposition à des facteurs environnementaux très localisés, comme les longs axes de circulation automobile, produit des impacts lents sur la mortalité prématurée évitable. Chaque territoire ayant des variables qui lui sont propres doit pouvoir proposer des approches et adopter des outils adaptés à ses spécificités. Aussi Olivier Lacoste plaide pour davantage « d'écoute des intercommunalités et des territoires qui devront se saisir des questions de santé. La conception centralisatrice est terminée. Un maillage des pôles d'offres de santé sera nécessaire pour voir comment, entre territoires et intercommunalités, on construit une politique de santé cohérente. »

Benoît Angelini

Évolution de la mortalité prématurée évitable, toutes causes

Par zone d'emploi, période de 1982 à 2007, hommes et femmes.

