

50/51° NORD

LES BESOINS DE SANTÉ



Longtemps, l'objectif fixé au système de santé était de coûter moins.

Sans toutefois le dispenser de maîtriser les dépenses, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » ambitionne désormais que le système de santé réponde aux besoins de santé.

Mais, avant de pouvoir y répondre, définir ce qu'est un besoin de santé et comment le connaître s'impose.

La question des besoins est en effet couramment étudiée sous l'angle de la mesure.

Des estimations chiffrées existent, et il est de coutume de leur porter un regard qualitatif et expert.

Mais, au niveau local, les indicateurs habituellement utilisés sont rares. C'est pourtant à cette échelle que les projets de santé adaptés doivent être conçus et réalisés. C'est pourquoi dans une étude récemment parue, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a rencontré des acteurs impliqués pour cerner la nature des besoins locaux de santé.

BESOINS LOCAUX DE SANTÉ : ORGANISATION

BESOINS DE SANTÉ : UNE NOTION QUI EN CACHE D'AUTRES

Décrits comme *réels* lorsqu'ils sont présentés par les acteurs de santé, *latents* s'ils viennent d'être observés ou analysés par des professionnels, *ressentis* lorsque la population les exprime, les besoins de santé sont multiformes.

Sous le terme *besoins non satisfaits*, ils sont encore censés définir l'écart entre une situation actuelle et la situation désirée. Mais, dans ce cas, quelle base fonde l'appréciation de la situation actuelle et par qui est définie celle à atteindre ?

LA MORTALITÉ, UNE CLÉ DE LA SANTÉ ?

Le seul indicateur indiscutable existant est la mortalité. Celle relevant du comportement individuel permet de repérer ce qui peut être fait par le champ de la prévention. Celle relevant du système de soins permet

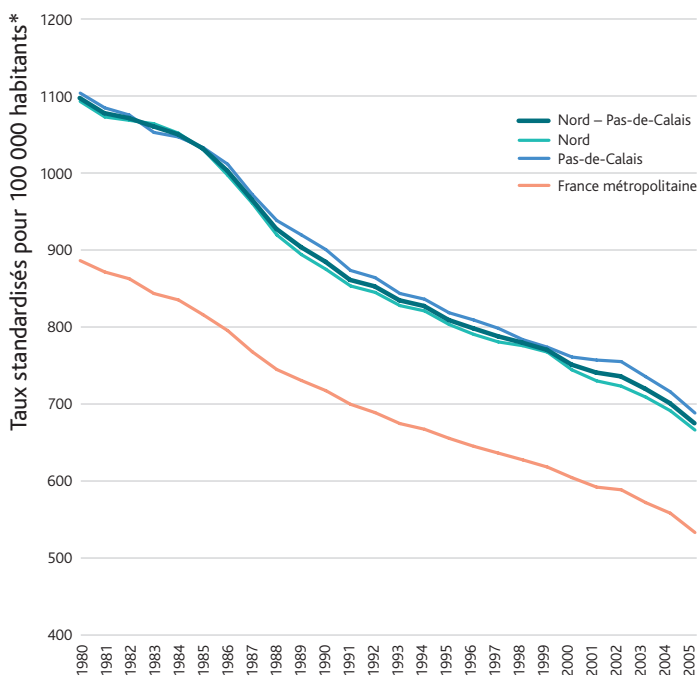
Lorsque les chiffres de mortalité sont anormalement élevés, ils révèlent en effet le besoin d'agir.

d'agir sur l'amélioration de ce dernier. Il s'agit de données-clés : la surmortalité met à jour l'intensité d'une difficulté de santé.

Lorsque les chiffres de mortalité sont anormalement élevés, ils révèlent en effet le besoin d'agir.

Cette surmortalité émerge par comparaison – usuellement par comparaison entre les régions de France et par rapport à une moyenne française. Elle parle de la puissance du besoin, indique où il faut agir.

ENSEMBLE DE LA POPULATION MORTALITÉ TOUS ÂGES ET TOUTES CAUSES DE DÉCÈS CONFONDUES, PÉRIODE 1980-2005



Source : INSEE, CépiDC - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement : ORS Nord - Pas-de-Calais.
* Taux comparatifs moyens ajustés sur la population standard européenne de l'OMS.

1 - Le dernier cas mortel de paludisme a été recensé dans les années 70 à Saint-Omer, chez un homme qui n'avait jamais voyagé.
2 - Cf. ORS Nord - Pas-de-Calais. Postindustrielles. 50/51° Nord 2010 ; 24 : 6 p.

UNE QUESTION D'ÉCHELLE ET DE TERRITOIRE

Certains besoins varient en fonction de la population (sexe, âge) et de la zone géographique.

On sait, par exemple, que la lutte contre le paludisme, indispensable en Asie du Sud, n'a plus raison d'être en France où la maladie a été éradiquée¹. Le besoin serait donc « ce qu'il reste à faire ».

Si un consensus professionnel existe autour de la pertinence des indicateurs de mortalité et de morbidité pour définir les besoins de santé, on comprend que les indicateurs de besoin varient, notamment selon l'échelle où on les observe.

Au niveau mondial, l'espérance de vie est un indicateur utile.

Au niveau national, la mortalité renseigne car, à l'échelle d'un pays, une politique tolère des incertitudes. À l'échelle régionale, ces indicateurs nationaux désagrégés peuvent conserver une pertinence, parfois même au niveau international : le Nord - Pas-de-Calais présente des besoins de santé proches de ceux de la Pologne par exemple, du fait de son passé industriel² et de son stade de reconversion.

L'enjeu de la compréhension des besoins, c'est précisément de savoir comment agir.

Mais, pour agir localement, ces indicateurs ne sont pas utiles : ils ne disent pas ce qu'il faut faire.

Or, l'enjeu de la compréhension des besoins, c'est précisément de savoir comment agir : c'est-à-dire de savoir comment y répondre.

QUE FAIRE QUAND TOUS LES INDICATEURS SONT ANORMALEMENT ÉLEVÉS ?

On sait, grâce à la mortalité, que le Nord - Pas-de-Calais est la région française dont la surmortalité est la plus forte pour la plupart des pathologies.

Pour y voir plus clair, la mortalité a récemment été calculée plus finement à différentes échelles du territoire régional et comparée à des territoires identiques en France : pays, communautés d'agglomération, etc.

Dans ces études, les territoires du Nord - Pas-de-Calais sont toujours en bas de classement. Le besoin, partout aigu, n'est donc pas un indicateur éclairant pour bâtir un projet de santé. Agir en tout point, au même moment et avec la même intensité, est une ambition aussi peu réaliste que réalisable.

QUELS INDICATEURS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS LOCAUX DE SANTÉ ?

Il semblerait donc indispensable de produire des données régionales répertoriées localement.

Ce travail nécessiterait un temps considérable, une rigueur, une précision et une participation drastiques. Quand bien même il serait entrepris, il ne serait pas utile sans que l'on ait déterminé ce qu'il faut mesurer. Comment savoir en effet a priori quels sont les « bons » indicateurs à produire ?

Car, en réalité, ce ne sont pas les indicateurs qui permettent de bâtir une politique, mais l'inverse. Les indicateurs ne sont pas utiles dans l'absolu : ils servent à mesurer une évolution et donc les effets de l'action menée.

Les indicateurs ne sont pas utiles dans l'absolu : ils servent à mesurer une évolution et donc les effets de l'action menée.

I, COORDINATION, MÉTHODE ET ÉCHANGES, P

LOCALEMENT : CONNAÎTRE LA NATURE DU BESOIN

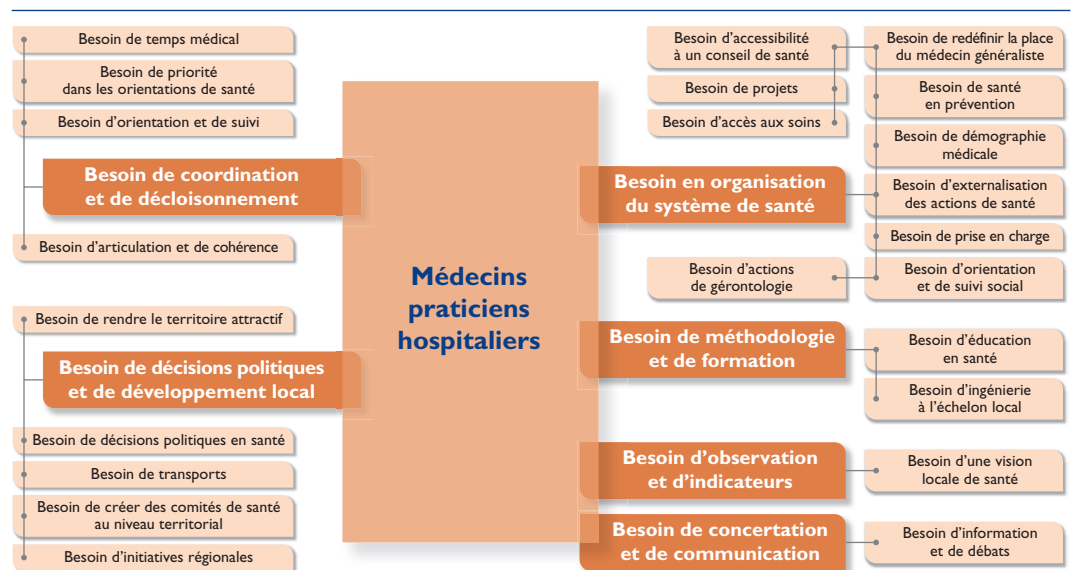
Il semble donc que l'action locale ne puisse s'appuyer sur des indicateurs connus de besoin : quelle nouvelle manière de procéder peut répondre à cette équation ?

Dans une étude récente dans le Nord – Pas-de-Calais, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) a rencontré des acteurs locaux – professionnels de la santé et professionnels du territoire – et les a invités à exprimer leurs perceptions des besoins. Médecins hospitaliers, de ville, professionnels paramédicaux, professionnels de l'administration des établissements de santé, élus ou techniciens territoriaux... ont énoncé 310 besoins qui ont pu être regroupés en 63 thèmes, parmi lesquels 6 reviennent régulièrement, cités par les différentes catégories de professions interrogées.

6 TYPES DE BESOINS PARTAGÉS PAR TOUTES LES CATÉGORIES D'ACTEURS

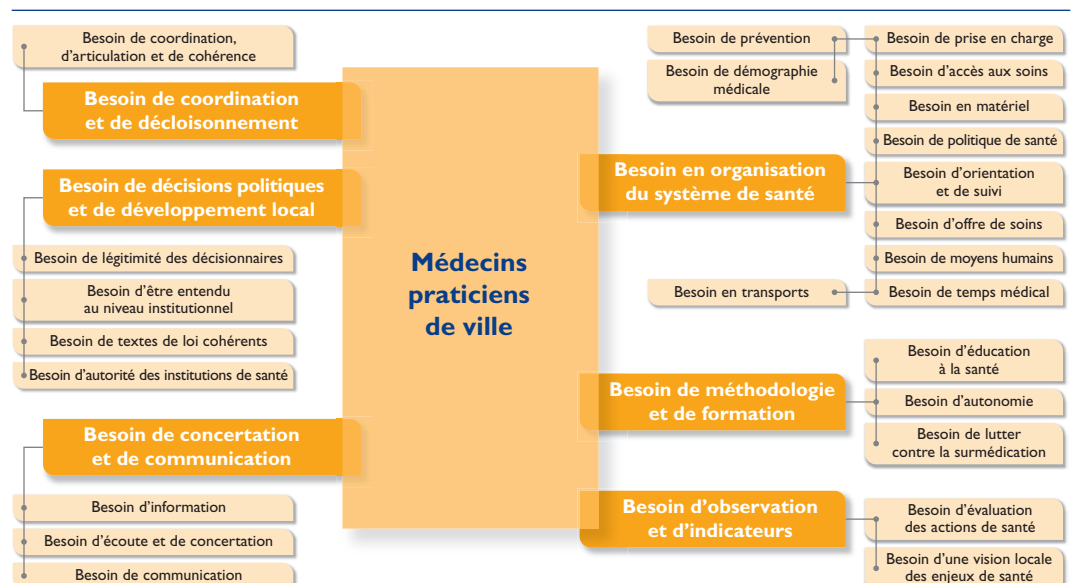
Besoins en organisation du système de santé ; besoins de coordination et de décloisonnement en santé ; besoins de décisions politiques et de développement local en santé ; besoins d'observation et d'indicateurs, besoins de méthodologie et de formation ; besoins de concertation et de communication en santé... Telles sont les 6 catégories de besoins locaux exprimés et partagés par les différents acteurs, à l'exception des acteurs de la prévention. Les réponses de ces derniers restent centrées sur leurs préoccupations propres. Ceci pourrait être révélateur d'une volonté de se distinguer ou d'une difficulté à concevoir la santé dans sa globalité et de s'y inscrire.

LES BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES MÉDECINS PRATICIENS HOSPITALIERS



Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

LES BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES MÉDECINS PRATICIENS DE VILLE



Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

PLUS ATTENDUS QUE MESURE ET INDICATEURS

LA NATURE DU TERRITOIRE LOCAL INFLUENCE LE BESOIN

Cette étude met à jour, au sein de la région Nord – Pas-de-Calais, 3 types de milieux dont les besoins diffèrent. Car c'est en fonction du contexte géographique d'exercice que les variations sont notables et intéressantes.

Les acteurs rencontrés ont été classés selon 3 territoires d'investigation : métropole lilloise, grandes agglomérations, autres agglomérations et territoires périphériques.

À l'échelle de la métropole régionale, le besoin d'innovation et de coordination prime, avec une question centrale : comment coordonner les segments du médico-social, de l'offre de soins hospitalière et de proximité, et de la prévention ?

Dans les grandes agglomérations, le besoin de formuler des projets pensés entre acteurs locaux s'ajoute à l'attente d'une aide de coordination. Parfois, ces projets sont déjà finalisés et n'attendent qu'une validation pour démarrer.

Dans les agglomérations périphériques, le besoin de l'intervention du niveau régional est patent, pour répondre aux enjeux de la désertification notamment.

Ces réponses mettent en évidence que la nature du local influence donc la nature du besoin.

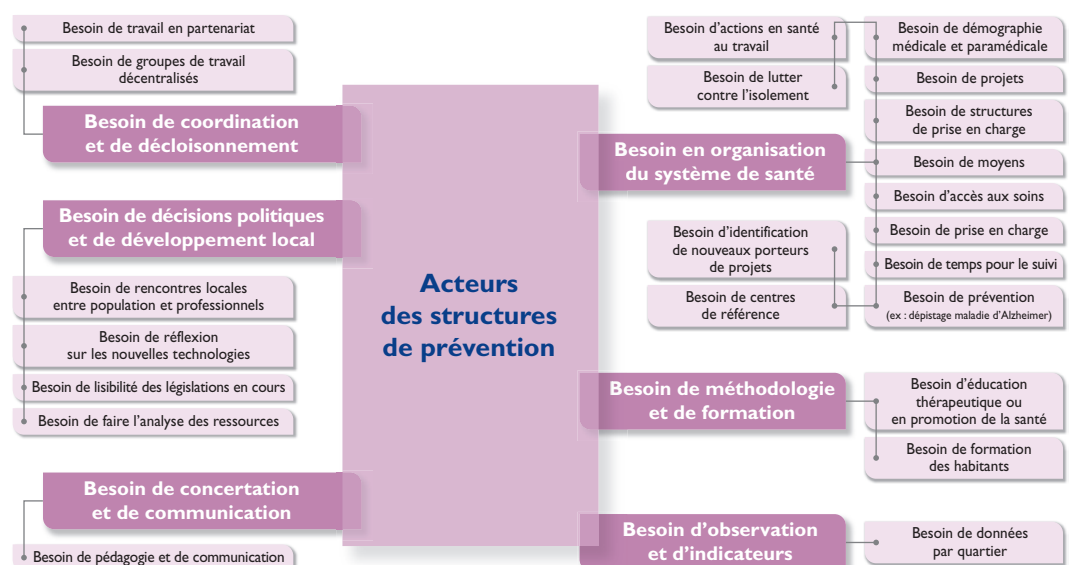
La nature du local influence la nature du besoin.

LISTE DE LA SYNTHÈSE DES BESOINS LES PLUS CITÉS PAR TYPE DE TERRITOIRE, QUEL QUE SOIT LE TYPE DE PROFESSIONNEL

Synthèse Métropole lilloise	Synthèse grandes agglomérations	Synthèse autres agglomérations et territoires périphériques
Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence	Organisation
Éducation en santé ou thérapeutique	Démographie médicale	Démographie médicale
Organisation	Vision locale	Information
Écoute et concertation	Accès aux soins	Prise en charge
Décision politique de santé	Données épidémiologiques	Coordination, articulation et cohérence
Information	Support social	Prévention
Prévention	Être entendu au niveau institutionnel	Matériels
Pédagogie sanitaire	Décision politique de santé	Support social

Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

LES BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES ACTEURS-CLÉS EXERÇANT LES FONCTIONS D'ACTEURS DE PRÉVENTION



Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

DES BESOINS PARTAGÉS POUR DES RÉPONSES ADAPTÉES

Le besoin, c'est aussi un besoin de s'organiser et c'est surtout cela l'essentiel.

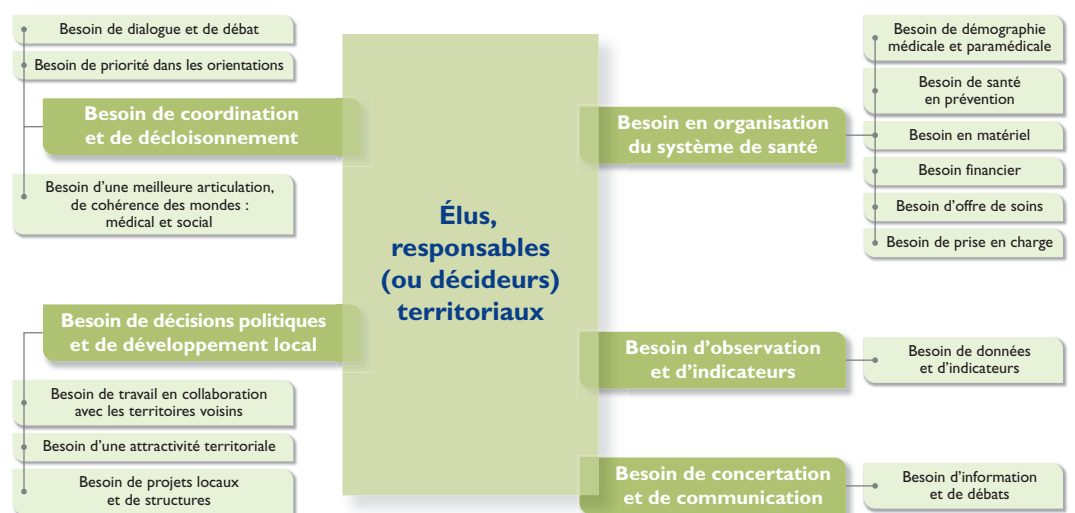
Car le défaut d'indicateurs, parce que l'on est en local et que l'on manque de données, n'est pas seul en cause. On a fait croire que les besoins, c'était ce que l'on mesure ; or, on mesure des faits qui ne portent pas sur l'essentiel de ce qu'il faut savoir.

On mesure des faits qui ne portent pas sur l'essentiel de ce qu'il faut savoir.

Localement, la rencontre entre les acteurs se passe parfois de la présence régionale et aboutit à des constats et objectifs partagés, démontrant qu'il n'est parfois besoin que de prendre conscience de ce qu'il faut faire.

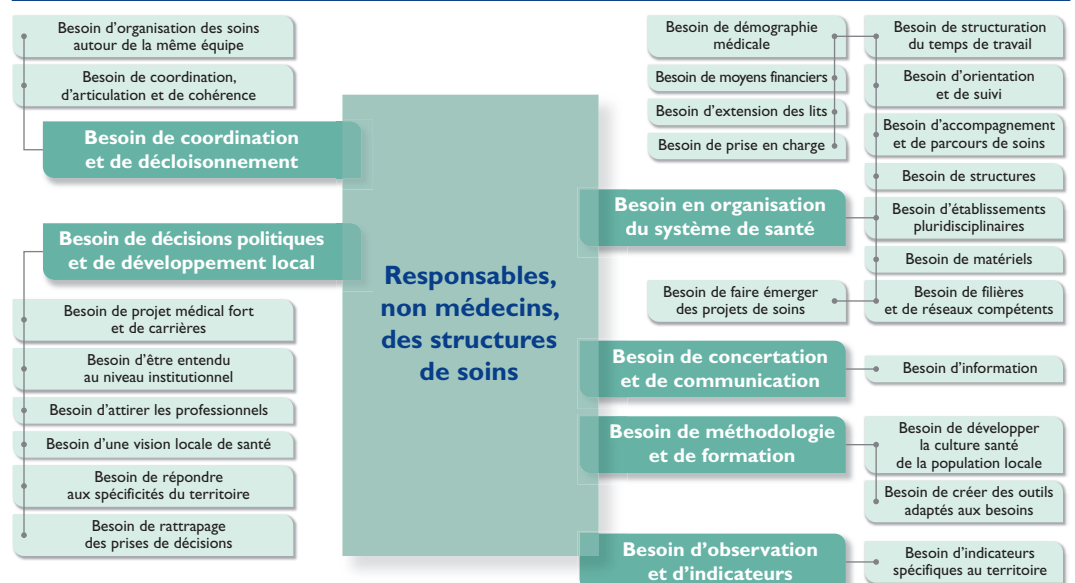
Reste que ces projets ne sont pas partout en marche et que certains territoires gagneraient à se coordonner.

LES BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES ÉLUS, RESPONSABLES (OU DÉCIDEURS) TERRITORIAUX



Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

LES BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES ACTEURS-CLÉS EXERÇANT LES FONCTIONS DE RESPONSABLES, NON MÉDECINS, AU SEIN DE STRUCTURES DE SOINS



Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

3 questions à :

Philippe PARADIS *Chef du service de Santé Publique,
Centre Hospitalier Sambre-Avesnois*

Comment se bâtit un projet local de santé ?

Localement, pour bâtir c'est certain, il faut d'abord se rencontrer, se concerter et se coordonner. Sur le territoire Sambre-Avesnois, nous travaillons ensemble depuis de nombreuses années.

Ce qui était perçu par certains comme une obligation pour pouvoir agir est devenu une évidence pour tous. Mais nous le faisons aussi parce que nous savons que c'est ensemble, sur un mode communautaire, que nous pouvons gagner. Et bien sûr au fil du temps, nous voyons des améliorations. Des projets réalisés ont eu des effets très positifs, d'autres moins. De nouvelles problématiques apparaissent. Tout ceci évolue au fil du temps et nous faisons au mieux pour nous réadapter.

Quelles sont les difficultés de ce travail sur la réponse locale aux besoins ?

Bien qu'elle soit partagée localement, notre interprétation des besoins locaux et sa traduction en actions à mener ne concordent pas toujours avec celles des pouvoirs centraux, c'est-à-dire des financeurs.

Il est difficile de bâtir un projet qui soit en adéquation avec les grilles de lecture du moment des instances décisionnaires. Est-ce un problème de moment, de tempo, de cycle ? En avance ou en retard, en tout cas en décalage, peut-être du fait de notre éloignement des grands centres, nous nous sommes parfois entendu dire : votre problème n'est pas le problème. Notre appréciation semble alors être considérée comme inadaptée par ceux qui écoutent nos besoins et pourraient nous permettre d'y répondre, en tout cas hors du cadre de leurs priorités. Par ailleurs, l'absence de pérennité dans la durée des actions conduites est encore beaucoup trop fréquente, pourtant cohérence et permanence sont des alliés précieux.

Selon vous, comment ces besoins peuvent-ils être partagés ?

J'observe que les problèmes d'état de santé au niveau national et international sont parfaitement connus depuis longtemps, pour ne pas dire très longtemps. Force est de constater que de disposer de données probantes sur la responsabilité de déterminants de santé ne mène pas nécessairement à une prise de décision, ou à des actions adaptées visant à modifier la situation observée.

Les territoires locaux ont plusieurs fois fait leur diagnostic, sur demande, pour aboutir aux mêmes résultats. Les besoins de santé sont archi-connus et reposent sur des éléments suffisamment robustes pour qu'on puisse s'y fier.

Tout le monde s'entend sur ce point. Le problème réside bien davantage, selon moi, sur la différence de représentation quant aux facteurs qui en sont à l'origine et sur les moyens d'agir pour y répondre. En ce domaine, les courants de pensée sont forts, profonds et contradictoires.

J'en suis convaincu, le local pour le local, ça ne prend pas grand sens. Notre territoire s'inscrit évidemment dans une logique d'ensemble. C'est pourquoi nous avons aussi besoin de débats et de contradicteurs au-delà de notre « local » pour avancer. Peut-être en effet sommes-nous parfois trop proches, trop impliqués pour apprécier réellement ce qui peut être fait. Mais il me semble qu'il y a plus de possibles aujourd'hui, et cela nous encourage à persévérer dans notre implication.