

# Actualité

## 6<sup>ème</sup> CONGRÈS NATIONAL DES ORS

700 participants réunis à Bordeaux  
les 8 et 9 octobre 1992

Organisé par l'ORS d'Aquitaine et la Fédération nationale des ORS, le sixième congrès national des ORS marquait le dixième anniversaire de leur création. Cette manifestation a rassemblé, pour des débats d'idées riches en bilans et en perspectives, plus de 700 participants venus d'horizons institutionnels extrêmement divers, reflétant bien la diversité des acteurs et des cultures dans le domaine sanitaire et social.

### UN THÈME

#### *Les disparités régionales et leurs évolutions récentes*

Au cours des années 1980, le paysage sanitaire et social français a considérablement évolué. Sur le plan institutionnel, la mise en place de la décentralisation a profondément modifié la répartition des responsabilités. L'arrivée du SIDA a bouleversé, non seulement le paysage épidémiologique, mais aussi le paysage politique et social. L'apparition de nouvelles technologies et de nouvelles thérapeutiques a sensiblement fait évoluer les modalités de prise en charge des malades. Durant la même période, la poursuite de la crise économique a conduit à un renforcement sensible des mesures destinées à la maîtrise des dépenses de santé, mais a entraîné aussi des difficultés nouvelles dans l'accès aux soins d'une partie de la population.

Il était donc intéressant de faire le point pour tâcher de savoir quels effets avaient eu tous ces changements sur la situation respective des régions les unes par rapport aux autres.

### DES CONSTATS

#### *Des progrès, des bilans en demi-teinte, des situations inchangées*

L'analyse de la mortalité par département fait apparaître une France très contrastée, voire à deux vitesses. Les écarts qui existaient au début des années 80 ne sont pas comblés et les contrastes ne vont pas en se réduisant. Très schématiquement on dis-

tingue, en effet, un zone d'Ouest en Est passant par le nord (Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne et Alsace-Lorraine) où la mortalité est très élevée. La mortalité périnatale est également plus élevée au nord de la France mais aussi dans certaines zones du sud, ce qui traduit sans doute le fait que les femmes ne bénéficient pas partout de la même qualité d'environnement et de surveillance au moment de leur grossesse.

Une partie importante de la surmortalité observée dans certaines régions est directement liée à des comportements s'accompagnant de consommation excessive d'alcool ou de tabac. La France de l'Ouest est ainsi marquée par l'alcoolisme, celle de l'Est par le tabagisme et celle du Nord par les deux à la fois.

La capacité des soins hospitaliers et de ville a connu en France des évolutions aussi importantes que contrastées. Le souci de planifier la création d'établissements hospitaliers dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé, a engendré la fermeture de plusieurs milliers de lits depuis plus de 10 ans. Cette baisse des capacités hospitalières s'est accompagnée d'un développement important des techniques de diagnostics et de soins, d'une baisse de la durée de séjour à l'hôpital, d'une modification des modes de prise en charge avec davantage de soins ambulatoires et à domicile. Mais les régions les mieux équipées en lits hospitaliers sont restées les mêmes depuis dix ans, bien que les écarts se soient un peu atténués.

En matière de médecine de ville, la situation est inverse et une forte croissance des effectifs s'est produite en dix ans, notamment pour les spécialistes. Néanmoins, les régions où les densités sont les plus élevées sont toujours les mêmes (Ile-de-France et régions du sud) et les écarts se maintiennent entre les régions les moins bien pourvues en médecins libéraux et celles qui le sont le mieux.

L'action dans le seul cadre du système de soins montre ainsi ses limites pour réguler

les équipements et maîtriser les dépenses. Sans doute, faut-il élargir la politique de santé à tous les aspects des modes de vie (éducation, aménagement du territoire, conditions de travail, environnement, etc.), dans le cadre d'une véritable démarche de santé publique, pour espérer aboutir à des résultats durables dans ce domaine.

L'augmentation du nombre et de la part des personnes âgées, conséquence de l'allongement de la durée de vie et de la baisse de la natalité, entraîne aujourd'hui le développement de multiples structures pour venir en aide à plus d'un million de personnes âgées dépendantes. Il est vrai que cette donnée générale cache sans doute d'importantes inégalités dans les besoins puisque les personnes de 75 ans et plus représentent selon les régions de 4 à 14 % de la population.

Mais les disparités en équipements restent parfois encore plus saisissantes. Si l'on s'en tient aux structures d'hébergement collectif, les taux d'équipement en maisons de retraite varient de 1 à 4 selon les départements. L'introduction de nouvelles compétences pour les collectivités territoriales n'a pas modifié pour l'instant les disparités antérieures, bien que l'on puisse s'accorder à penser que les populations hébergées ont, en revanche, sensiblement évolué.

C'est dans le domaine des soins à domicile que les différences restent encore les plus marquantes. Selon les régions, des taux d'équipements varient de 1 à 6, pouvant même passer de 1 à 17 si l'unité est le département. Cependant le nombre de places a quasiment doublé entre 1980 et 1990 et l'on observe une tendance à la réduction des inégalités. Enfin, le montant des aides sociales proposées à la personne âgée montre encore de profondes inégalités puisque ces prestations peuvent varier selon les départements de 1 à 15.

### UN NOUVEL OUTIL POUR L'OBSERVATION

#### *Les tableaux de bord régionaux*

Le congrès a également été l'occasion de présenter la maquette des tableaux de bord régionaux ; ce document élaboré par la Fédération des ORS et un groupe de travail d'une dizaine d'ORS, rassemble tous les indicateurs disponibles les plus

pertinents pour rendre compte de la santé à l'échelon d'une région.

Les indicateurs sont rassemblés en 33 thèmes regroupés en 9 grands chapitres\*. Chaque thème fait l'objet d'une fiche de 4 pages associant tableaux, graphiques et commentaires. A la condition d'en avoir les moyens, chaque ORS pourra réaliser le tableau de bord sur la santé de sa propre région selon une présentation et des sources communes à toutes les régions. Les comparaisons inter régionales seront possibles et une synthèse nationale de chacun des indicateurs étudiés pourra être effectuée. Ces présentations ont naturellement débouché sur une large confrontation d'idées durant les séances mais également pendant les pauses ou les repas.

Les ORS ont ainsi démontré leur capacité à rassembler (600 sur les 700 participants étaient extérieurs à ces structures) et à provoquer un débat.

Ils se sont par contre interrogés sur leur avenir.

Se situant à l'interface de ceux qui ont pour tâche d'évaluer les besoins de la population, de ceux qui mènent des actions pour répondre à ces besoins et de ceux qui assurent l'allocation des ressources et gèrent les moyens, les ORS occupent une position institutionnelle originale.

Cependant, ils souffrent d'une précarité de leurs financements, et d'un engagement insuffisant, à leur sens, de l'État, les propos du Docteur Édith Pons, conseiller technique au cabinet de Monsieur Bernard Kouchner : « Les ORS ont encore des ressources insuffisantes pour développer une activité pleinement satisfaisante... Un effort financier est nécessaire, l'État souhaite poursuivre son effort dans les années à venir..., mais il est nécessaire que les ORS se mobilisent pour rechercher des contrats État -collectivités territoriales et développent ainsi des politiques partenariales » ne les a pas totalement rassurés.

R. F.

\* Constat d'ensemble, offre et consommation de soins, mère et enfant, personnes âgées, personnes handicapées, pauvreté, précarité, pathologie, facteurs de risque, santé et environnement.

# STRATÉGIE POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ

## Rapport et consultation

En juin 1992, le Haut Comité de la Santé Publique entamait une réflexion pour **définir une politique de santé** ; à la demande du ministre, il rendait ses premières propositions fin septembre.

Ces premières propositions privilégient une approche globale et intersectorielle de la santé ; alors qu'une première partie expose la démarche du Haut Comité et ses valeurs de référence, la deuxième partie propose une brève analyse des problèmes puis la définition d'objectifs par des approches croisées : populations (tranches d'âges), pathologies, et quelques approches transversales (modes de vie, environnement, qualité des soins) et enfin des « stratégies de soutien à une politique de santé ».

Ces premières propositions sont soumises à une **large consultation** nationale : 5.500 exemplaires auront été envoyés, sur toute la France, aux acteurs et structures de santé et soumis à leur appréciation critique et quatre débats régionaux se seront déroulés courant novembre.

Conformément au calendrier que le ministre lui a fixé, le Haut Comité devrait rendre ses nouvelles propositions, amendées et enrichies par cette consultation, à la mi-décembre ; il appartiendra alors au ministre de s'en saisir pour définir et mettre en oeuvre une politique de santé.

**Remarques**, c'est la **définition d'objectifs** qui fonde la démarche du Haut Comité et en cela, d'une part il se rapproche de la démarche impulsée par l'O.M.S. (notamment dans la région Europe, cf. les buts de la santé pour tous, actualisés en 1991), d'autre part il remplit une des missions qui lui est explicitement confiée par son décret constitutif (cf. décret du 3/12/91 article 1, paragraphe 2 « 1° il contribue à la définition des objectifs de la politique de santé publique »).

A ce stade de sa démarche, le Haut Comité n'a pas défini de priorités parmi ces objectifs ; pour lui, s'agissant d'un choix politique, il appartiendra aux responsables de la politique de santé, chacun à leur niveau, « d'établir des choix prioritaires

différenciées au sein de l'ensemble des objectifs concevables » (note de présentation du Haut Comité pour les débats régionaux) ;

Toujours à ce stade, la recherche d'indicateurs n'est qu'amorcée, et tout en jugeant nécessaire de disposer d'indicateurs pertinents pour tous les objectifs, le Haut Comité ne veut pas en faire une condition préalable.

Par contre, le Haut Comité propose des valeurs de référence : « la règle générale proposée est, pour chacun des indicateurs retenus, sa confrontation -aux fins de s'en rapprocher- avec la situation la plus favorable au sein d'un ensemble ayant une certaine homogénéité ainsi la comparaison des indicateurs nationaux peut-elle être valablement effectuée avec les valeurs de ces indicateurs dans les autres pays de la Communauté Européenne ; celle des indicateurs d'une région nationale particulière avec celle des autres régions du pays. » (*ib.*)

Enfin s'agissant des actions, le Haut Comité préfère ne faire que dessiner le type d'actions à entreprendre, laissant aux acteurs et responsables locaux la responsabilité de les définir en fonction d'objectifs précis et des ressources locales.

**En conclusion**, la démarche du Haut Comité est une démarche nouvelle pour la France dans la mesure où elle privilégie une approche globale et procède par définition d'objectifs.

Par ailleurs, le principe d'une consultation nationale sur un premier document est également tout à fait nouveau.

Quant au rapport lui-même, il n'a pas la prétention d'être exhaustif dans son analyse des problèmes et tout spécialiste qui chercherait des éléments particuliers sur sa discipline, risquerait d'être déçu. Son ambition est bien plus, d'une part de définir un cadre de référence commun aux acteurs et structures de santé et de leur fournir un outil de communication, d'autre part de proposer un cadre de réflexion et d'aide à la décision aux acteurs politiques.

S. C.