

Des observatoires à l'observation de la santé

L'émergence d'une démarche de santé publique

Lorsqu'en 1974, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la Région parisienne créait en son sein un département spécialisé dans les problèmes sanitaires, Ève Errahmani, sa fondatrice et première directrice, décidait de lui donner le nom d'*observatoire régional de Santé*. Il s'agissait alors d'établir un parallèle avec les observatoires régionaux mis en place par l'Insee. Dix ans plus tard, les observatoires de la santé s'implantaient progressivement dans toutes les régions, mais si l'on commençait à parler d'observation de la santé et plus seulement d'observatoire, cette notion relevait davantage de la formule incantatoire que d'un concept ou d'une pratique bien définis. Vingt ans plus tard, l'observation de la santé s'affirme désormais comme une discipline originale reposant sur une conception de plus en plus structurée et dont l'exercice suppose à la fois un savoir-faire spécifique et un positionnement institutionnel particulier.

Une démarche d'aide à la décision

Il est clair aujourd'hui que l'observation de la santé ne s'apparente pas à une démarche de recherche. Si elle a l'ambition, comme la recherche, d'être techniquement rigoureuse, son premier objectif

n'est pas d'accroître les connaissances mais de les valoriser pour en faciliter l'utilisation. Naturellement, connaissance et valorisation ne s'opposent pas. De même que la recherche se préoccupe de valoriser la connaissance qu'elle produit, l'observation de la santé procure aussi régulièrement l'occasion d'accroître les connaissances. Toute la différence repose sur la priorité accordée à l'un ou l'autre de ces aspects. Autrement dit, l'observation de la santé se situe beaucoup plus en aval que la recherche car elle se veut fondamentalement une démarche d'aide à la décision, c'est-à-dire une démarche permettant d'effectuer le passage entre l'évaluation des besoins et les moyens à mettre en œuvre pour y faire face. Elle implique un travail d'interprétariat entre chercheurs, praticiens et décideurs.

Le champ de l'observation de la santé s'inscrit dans le droit-fil de la célèbre formule de l'OMS définissant la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. L'observation de la santé ne se réduit donc pas à l'observation de l'état de santé mais participe pleinement d'une véritable démarche de santé publique, à la fois cohérente et multifactorielle.

Pour remplir au mieux son objectif d'aide à la décision en tenant compte du champ très large de son action, l'obser-

vation de la santé est basée sur l'utilisation de très nombreuses techniques. Même si elle en utilise largement les outils, elle ne s'assimile donc pas à l'épidémiologie descriptive. Parallèlement aux disciplines classiques, comme la médecine, la statistique, l'épidémiologie ou l'informatique, l'observation de la santé fait appel à la démographie, à l'économie, à la sociologie, à l'ethnographie, à la géographie, à la psychologie ou encore aux techniques de communication. Elle suppose également une excellente connaissance du système administratif et décisionnel français ainsi que celle des procédures de gestion pour être en mesure d'apporter la bonne information, au bon moment et à la bonne personne. L'intégration de toutes ces compétences aboutit à l'élaboration progressive de méthodes et de référentiels différents de ceux utilisés dans un contexte d'enseignement ou de recherche. Cette spécificité est tout à fait perceptible en matière de communication. Valoriser l'information auprès des professionnels, des décideurs voire de la population suppose que l'on adopte d'autres modèles de communication écrite que ceux du mémoire, de la thèse ou de l'article scientifique. Privilégiant synthèse et résultats plutôt qu'analyse et méthodes, ces modèles en cours d'inven-

tion doivent associer au mieux la rigueur de la communication scientifique et l'efficacité de la communication médiatique. Il n'est donc pas exagéré de souligner que l'exercice de l'observation de la santé oblige à communiquer davantage avec l'extérieur qu'avec ses pairs. Actuellement le savoir-faire correspondant à cette double compétence s'acquiert « sur le tas ».

L'observation de la santé ne repose pas seulement sur une conception structurée et un savoir-faire spécifique. Sa réussite passe par des conditions institutionnelles précises. Les données servant de base à l'observation de la santé sont élaborées et détenues par de très nombreuses structures, publiques ou privées. Il ne peut donc pas y avoir de véritable observation de la santé sans dépassement des logiques particulières, pour ne pas dire partisans. Sans cette confrontation et cette synthèse de données, l'observation de la santé n'est qu'une coquille vide. Il faut donc prévoir et trouver le cadre de ce creuset. D'une façon pragmatique, l'exercice de l'observation de la santé doit s'effectuer au sein de structure (ou dans le cadre de procédure) respectant deux critères : permettre de dépasser les clivages institutionnels et permettre la mise en œuvre du savoir-faire évoqué précédemment.

Trois conditions pour un véritable système d'information

Vingt ans après la création du premier observatoire de la Santé, trois conditions paraissent nécessaires pour développer dans les prochaines années l'observation de la santé en France. La première, très générale, concerne la mise en place d'une politique de santé publique. Sans une telle politique, l'observation de la santé n'a qu'une légitimité théorique car l'absence d'objectifs définis rend difficile sinon impossible une démarche d'aide à la décision. Une telle politique faciliterait par ailleurs la définition d'un système global d'information en santé permettant à chaque institution d'identifier sa place et son rôle dans le cadre de l'observation de la santé. Sans un tel schéma, il est

difficile d'aller au-delà des logiques propres à chaque structure.

L'accroissement des moyens constitue la deuxième condition indispensable à remplir. Même si l'État a augmenté sensiblement sa subvention aux ORS en 1993 puis en 1994, son montant actuel (15 millions de francs) réparti sur 26 structures reste bien mince en regard de l'ampleur des missions dévolues aux ORS. Tous les spécialistes étrangers ayant visité des ORS ont fait part de leur étonnement dans ce domaine. Certes, les moyens de l'observation de la santé ne se résument pas à ceux des ORS mais les financements consacrés en France à l'information en santé et à sa valorisation sont largement insuffisants par rapport aux besoins. Les moyens d'analyse progressent moins vite que la quantité d'informations collectées. À l'avenir, il faut donc éviter que le fossé ne se creuse davantage et si possible le réduire en sortant de la situation actuelle faite d'à peu près et de demi-mesures. Un effort ambitieux doit déboucher sur la construction d'un système d'information de grande ampleur. L'observation de la santé trouvera sa place dans un tel système. Cet effort ne doit pas seulement être celui de l'État. Il concerne tous les partenaires du système sanitaire et social, non seulement d'un point de vue financier mais aussi, et peut-être surtout, dans le cadre d'une volonté commune. Un tel effort se bâtit dans la durée. C'est pourquoi il est également indispensable de trouver, au-delà même des contraintes administratives françaises, les procédures permettant une allocation pluri-annuelle des ressources. Faute de quoi, il n'y a guère d'investissement intellectuel et humain possible et l'observation de la santé continuera de se construire « à la petite semaine », au coup par coup, en fonction des modes et du caractère erratique de certains financements.

La dernière condition indispensable pour assurer son développement est de reconnaître que l'observation de la santé ne relève pas de la bonne volonté ou de la bonne intention mais d'un métier dont l'exercice exige de très nombreuses compétences, une très grande polyvalence

et une grande adaptabilité. Il ne faut pas seulement savoir manipuler des techniques statistiques, épidémiologiques ou autres, il faut aussi faire preuve d'une grande capacité relationnelle, savoir s'exprimer oralement et... savoir écrire. Cette dernière compétence est certainement l'une des plus rares à trouver ! Ce métier n'est donc pas encore enseigné, ce qui n'est pas surprenant compte tenu des conditions de son apparition. Aujourd'hui, il est temps de commencer à sortir de l'improvisation actuelle. L'expérience accumulée depuis vingt ans est suffisante pour dresser le premier canevas d'une formation préparant véritablement à l'exercice de l'observation de la santé. La question est alors de savoir où et comment doit se dispenser une telle formation. À l'université ou dans le cadre d'écoles professionnelles ? À plein temps ou dans le cadre de formation en alternance ? Poser ces questions, c'est en réalité se demander à quoi correspond aujourd'hui une pratique de santé publique en milieu « profane », c'est-à-dire hors du cocon protecteur des structures déjà acquises à la santé publique.

En définitive, l'observation de la santé peut aujourd'hui aider la santé publique à trouver de « nouvelles frontières » et à conquérir de nouveaux publics en rendant accessibles de nombreuses données et en contribuant à les intégrer dans des processus décisionnels. ■

Bertrand Garros

Directeur de l'ORS d'Aquitaine
Membre du Haut Comité de la santé publique