

Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser le problème de la politique de santé

Le rapport du Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, débouche sur des propositions d'objectifs assortis d'indicateurs permettant de suivre leur réalisation. Armelle George-Guiton a été co-rapporteur du groupe de travail chargé des indicateurs dans le cadre de ce rapport*. Elle expose l'historique du concept d'« indicateur » et les choix effectués par ce groupe.

Lors de la préparation du rapport sur l'état de santé des Français, l'attention des rédacteurs a été appelée sur le terme *indicateurs* qui figure en toutes lettres dans le décret n° 91-1216 du 2 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la santé publique. Il est stipulé que le rapport doit comporter « des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis ».

Le terme *indicateur* était loin d'être univoque : les participants l'utilisaient dans des sens si différents qu'il fut nécessaire de procéder à un travail sémantique de fond pour parvenir à une définition consensuelle.

* Groupe de travail *indicateurs* présidé par le Dr Édith Pons.

Rapporteurs : Dr Anne Pinteaux (Sesi) et Dr Armelle George-Guiton (DGS).

Derrière la polémique sur le sens du terme *indicateurs*, c'est toute la question d'une séparation des responsabilités entre décideurs politiques et techniciens qui se profile. C'est l'indispensable indépendance et neutralité des statistiques qui est évoquée.

Définitions

Indicateur vient du verbe latin *indicare* : indiquer. Selon le Robert, le mot possède cinq significations différentes :

- personne qui se met à la solde de la police pour la renseigner ;
- livre servant de guide ou d'horaire ;
- instrument fournissant une indication sur une mesure ;
- corps qui change de couleur après une réaction chimique ;
- variable (économique) dont certaines valeurs sont significatives d'un état ou d'un phénomène.

Parmi les dictionnaires spécialisés consultés, seul le *Lexique économique* de chez Dalloz (1984) mentionne le terme qui représente, selon lui : « une notion générale désignant un outil de mesure ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné ». Il développe la notion d'indicateurs sociaux (dont la paternité est attribuée à Jacques Delors) : « destinés à décrire et mesurer les phénomènes sociaux, afin de compléter les indicateurs économiques, lesquels conduisent à oublier les finalités sociales de la croissance », mais aussi il est dit que « les indicateurs sociaux sont des indicateurs d'objectifs et de résultats pour l'action à entreprendre ou déjà entreprise, dans des domaines que la puissance publique juge importants pour faciliter les changements sociaux. »

Dans cette définition coexistent donc deux fonctions pour les indicateurs : l'une, de description rétrospective, l'autre d'élaboration de repères prospectifs pour évaluer l'action.

Dans le cadre de la description rétrospective, la différence de nature entre les indicateurs d'une part et les « statistiques » d'autre part n'est pas simple. Une des conditions qui semblerait faire basculer de la notion de « statistiques » vers celle d'*indicateurs* serait le fait de disposer d'une série (plusieurs années ou

plusieurs régions) permettant d'apprécier les différences et les changements, et ce faisant d'apporter une dynamique. L'autre condition concernerait la force ou la densité du message transmis par l'indicateur, la pertinence du sens, la faculté de traduire rapidement et fidèlement un processus complexe.

Historique du concept en France

Un survol historique rapide permet de mieux comprendre la maturation progressive du concept au xx^e siècle.

Dans les années 50, le terme d'indicateur a commencé à être utilisé, principalement par les économistes, pour décrire les résultats de l'activité des différents secteurs de production, et faire des prévisions macro-économiques.

Dans la phase de reconstruction d'après-guerre, le besoin de disposer de plans de développement prioritaires s'était fait sentir, posant ainsi les jalons de ce qui allait déboucher, à la fin des années 50, sur une démarche de planification « à la française ».

Le début des années 70 marque un tournant. Après la création en 1962 d'une section statistique au ministère de la Santé, puis la reprise par l'Inserm en 1968 de l'exploitation des statistiques des causes de décès, l'élaboration, en 1970-71, par le ministère de la Santé de « tableaux statistiques » cherche à consolider le lien entre l'information et la décision.

Le concept « d'indicateurs sociaux » apparaît dans la littérature spécialisée à cette époque, dans la foulée de rapports pour les VI^e et VII^e plans. Ils avaient pour projet de donner une idée quantifiée du changement social, d'une part rétrospectivement, pour comprendre l'évolution des phénomènes historiques, et d'autre part prospectivement, pour orienter des choix politiques vers un but à atteindre et faire des projections dans l'avenir.

Dans un numéro de la revue *Recherche sociale* (juillet 1972), plusieurs articles exposent l'intérêt du concept, autant pour la recherche que dans une perspective opérationnelle. C'est dans

une double perspective, rétrospective et prospective, que les auteurs se situent. Même s'ils introduisent une typologie assez riche, on peut la simplifier en séparant les indicateurs de moyens des indicateurs d'objectifs (ou de structures et de performances suivant les chercheurs américains de la même époque).

Incontestablement, on observe à cette époque une très grande effervescence intellectuelle autour du concept « indicateurs sociaux », dont témoignent les bibliographies.

L'appropriation du terme indicateur par le monde des professionnels de santé français s'est faite entre 1970 et 1980, culminant dans l'article de 1979 de la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (W. Dab, M. Goldberg) qui introduit le terme de « sanométrie ».

Lors de la publication, en 1980, du rapport du doyen Cabanel *Pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire des Français*, le terme semble assimilé. Dans un chapitre intitulé « Du croire au savoir », le rapport développe comment les indicateurs devraient permettre « d'articuler la connaissance, la décision, et l'action. Ils sont les instruments pour mesurer l'état de santé, identifier la nature et l'ampleur des problèmes de santé. Mais ils doivent aussi mesurer l'activité, l'état, et les résultats du système de santé ».

Le regard tourné à la fois vers le passé et vers l'avenir, telle est donc la mission encore dévolue aux indicateurs, dans les années 70.

Mais on commence à voir dès cette époque, une certaine préférence pour l'utilisation du terme d'indicateur comme « outil de mesure d'un résultat à atteindre ». C'est la position de ceux qui prônent la mise en place de programme de rationalisation des choix budgétaires (RCB), à l'image des « program planning budgeting system » (PPBS), dans lesquels les indicateurs sont construits pour une finalité déterminée. Un courant en faveur d'une utilisation restrictive du terme, limitée à la programmation opérationnelle et à l'évaluation du degré de réussite d'une action par rapport à l'objectif fixé se dessine alors.

Dans la série *santé pour tous* (n°4, 1981, *L'élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisables dans la voie de la santé pour tous*), l'OMS définit les indicateurs comme étant : « des variables qui aident à mesurer, directement ou indirectement, les changements dans la situation sanitaire et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et cibles d'un programme sont atteints. » (cf. *infra*)

En 1987, la direction générale de la Santé rédige une brochure sur les indicateurs de santé, qui commence par cette phrase : « Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser le problème de la politique de santé. »

En 1988, une recherche menée à l'initiative de la Commission des Communautés européennes explore les renseignements que peuvent fournir les données de mortalité « évitable » pour l'adaptation des services de santé. Les indicateurs de santé sont, dans ce cas, résolument tournés vers l'évaluation. Ils sont constitués par des séries de mesures supposées refléter les différentes facettes du système de soins et illustrer « leur production » dans une démarche de contrôle de leurs performances.

Enfin, en 1993, les ingénieurs de l'Institut français de l'environnement (Ifen) confrontés à la même problématique décident de ne retenir le terme d'*indicateur* que pour les objectifs à atteindre et d'utiliser le mot de *descripteur* pour l'observation de la situation.

Les indicateurs dans le contexte international

Dans un premier temps, les organisations internationales ont contribué à brouiller le sens du mot, puisqu'elles l'ont utilisé de façon double.

- L'OCDE a institué le programme d'indicateurs sociaux à la suite d'une déclaration des ministres en 1970 souhaitant la mise en place d'instruments de mesure du « bien-être » individuel. Le rôle de « descripteur » est donc principal.

- L'OMS (rapport technique n° 137, 1957) faisait également référence

au besoin de « mesurer les niveaux de santé ».

Mais l'infléchissement en faveur de la vision prospective s'est fait sentir dès 1971 (rapport technique n° 472, 1971), pour aboutir, à la suite de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire (1978), sur une nouvelle gestion par objectif et budgétisation par programme, qui reposait par nature sur l'utilisation d'indicateurs à visée prospective.

On est donc passé d'une problématique d'observation à un processus de surveillance continue et d'évaluation, voire à une volonté « normative » très ambitieuse. Pour autant, l'OMS ne s'est pas désengagée de son rôle de boussole mondiale, de sa vision panoramique de la santé dans le monde. Mais elle l'a couplé avec une démarche stratégique correspondant à son rôle constitutionnel « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». L'OMS n'outrepasse donc pas ses missions, elle se donne les moyens de mieux les remplir.

En 1981, douze indicateurs mondiaux avaient été sélectionnés, représentant en fait 25 indicateurs de santé avec les subdivisions. En 1994, la stratégie mondiale a été révisée pour définir 27 buts accompagnés de 54 indicateurs servant à surveiller leur réalisation.

La région Europe a créé un système plus sophistiqué (38 buts et environ 160 indicateurs) mais bâti suivant la même logique.

L'OMS a permis de faire avancer la pensée dans trois directions novatrices :

- il ne faut pas confondre les indicateurs de moyens et ceux de résultats (d'*input* et d'*output* ou *out-come*) ;
- les indicateurs de l'état de « santé » (au sens global) débordent largement le champ de la maladie, *a fortiori* celui de la mortalité. Ils doivent comprendre des données de santé « positive », et des statistiques apparemment plus « sociales » mais dont l'influence sur la santé est déterminante ;

- le terme d'indicateur est surtout opérant pour une démarche de programmation par objectifs, celui de statistiques sanitaires (ou données ou paramètres)

continuant à convenir pour tout ce qui est relatif à l'observation de l'état de santé et à l'identification des problèmes.

■ L'Union européenne n'échappe pas à cette double nécessité de disposer d'outils d'observation de l'état de santé et de critères d'évaluation des politiques, qui soient communs à tous les pays membres. Ce besoin est devenu particulièrement pressant depuis la ratification du traité de Maastricht, puisque celui-ci prévoit, dans son article 129, la mise en œuvre d'une politique de santé publique commune en matière de prévention.

La Commission de l'Union européenne et le Haut Comité de la santé qui lui est rattaché ont mis en place, en liaison avec les pays membres, un groupe de travail qui vient d'identifier une série d'environ 800 « données sociales ». Dans le rapport préalable qui a été adressé en décembre 1994 aux pays membres, l'auteur introduit clairement la différence entre les « descripteurs » et les *indicateurs*, ces deux catégories ayant des finalités différentes. L'Union adopte donc (sans concertation) les mêmes conclusions que les ingénieurs de l'Ifen.

Face à cette polysémie, quel fut le choix du groupe ?

Cette revue des définitions et de l'historique montre donc que le concept d'indicateur a deux sens :

- certains professionnels utilisent le mot pour désigner « des instruments quantifiés pour décrire des situations, et identifier des problèmes ».
- d'autres réservent ce terme aux paramètres construits en fonction d'un objectif. Ils permettent alors de juger des résultats, de vérifier si l'objectif a été atteint.

Dans le rapport de 1994 sur l'état de santé des Français, si l'on avait retenu le premier sens, il eut fallu travailler de façon panoramique et construire un annuaire des statistiques jugées les plus pertinentes pour décrire l'état d'une situation et mettre en lumière les principaux « problèmes » existants...

Rien ne justifiait qu'un tel labeur fut

réalisé par le Haut Comité de la santé publique. En toute logique, ce travail de « veille » devant être fait en « routine » revient au bureau de la DGS chargé de l'observation, lequel travaille en liaison avec le service des études statistiques du ministère (Sesi) et les instituts spécialisés (ORS, Insee, Inserm...).

Compte tenu de la réflexion menée sur les deux sens du mot, il a été jugé plus pertinent de retenir le second sens, ce qui a supposé que soient préalablement définis les objectifs à atteindre (réalisés par le groupe « objectifs »), pour ensuite sélectionner des indicateurs permettant un suivi et une évaluation de la politique mise en œuvre pour atteindre l'objectif.

Quel enjeu derrière cette étude sémantique ?

L'observation d'une situation doit respecter la plus grande neutralité possible. Le risque, dans le diagnostic d'une situation, est d'être influencé par des présupposés qui faussent le regard et font souvent trouver ce que l'on cherche.

Définir des objectifs est, par nature, un acte politique. Il semble alors préférable de dissocier les fonctions de description et d'identification des problèmes (fonction qui demande une indépendance par rapport au domaine politique) de la fonction de programmation (voire de planification, avec définition des indicateurs de suivi), même si ces deux fonctions ont souvent beaucoup d'interactions. ■

Armelle George-Guiton

Médecin inspecteur général de santé publique, direction générale de la Santé, sous-direction de la Veille sanitaire, bureau VS1