



Observer la santé dans les régions de France et d'Angleterre

Olivier Grimaud
Médecin de santé publique,
Observatoire régional de santé
de Bretagne

Alain Trugeon
Président de la Fédération
nationale des ORS

En France comme en Angleterre, des observatoires de la santé ont été créés. Un séminaire leur a permis de se rencontrer et de confronter leurs expériences.

Depuis bientôt 20 ans en France, les observatoires régionaux de la santé inventorient, valident, génèrent et disséminent des informations concernant la santé des populations. Dans d'autres pays des institutions ou organismes locaux assument ou commencent à assumer des fonctions similaires. Y a-t-il des points communs entre ces initiatives ? L'expérience des uns peut-elle servir aux autres ? Des travaux de collaboration à l'échelon international sont-ils envisageables, à l'instar de ceux entrepris par les ORS sous l'égide de leur fédération ? Échanger sur ces questions était le but d'un séminaire organisé récemment par la Faculté de santé publique du Royaume-Uni, dont un extrait des débats est présenté dans les paragraphes suivants.

Des convergences

Les observatoires régionaux de santé publique (Regional Public Health Observatories, ou RPHO) se développent en Angleterre depuis l'annonce de leur création par le

gouvernement dans le livre blanc *Our Healthier Nation* publié en 1999 [1]. La mise en place des RPHO, au nombre de huit, n'est pas sans rappeler certains traits de l'histoire des observatoires français. Tout d'abord le travail des pionniers : tout comme l'Île-de-France en créant le premier observatoire de santé inspira leur dissémination dans les régions de France dans les années quatre-vingt, l'observatoire de Liverpool, établi en 1990, précède la généralisation de structures comparables dans les régions d'Angleterre [2]. Par ailleurs, les missions des observatoires anglais, comme celles des français, sont définies à grands traits, laissant place à l'initiative et encourageant l'innovation (voir encadré 1). L'accent est clairement mis sur les fonctions de relais entre producteurs d'information et décideurs, sur l'identification et la diffusion de données disponibles, sur la prestation de conseils pour l'évaluation des inégalités de santé. Si l'on attend d'eux l'identification des insuffisances en information sanitaire, les RPHO

Missions des observatoires de santé publique anglais

- Surveiller la santé et l'évolution des maladies, en soulignant les domaines où des actions sont nécessaires.
- Identifier les domaines où les informations de santé sont inexistantes.
- Conseiller sur les méthodes pour l'évaluation des inégalités de santé.
- Entreprendre des projets mettant en évidence des problèmes spécifiques de santé.
- Évaluer les progrès des agences locales pour l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités.
- Identifier les questions de santé publique futures et contribuer à la préparation de réponses.

Étude d'impact sur la santé : points essentiels de la méthode élaborée par l'Observatoire de la santé publique de Liverpool [3]

- L'étude d'impact sur la santé consiste à estimer les effets d'une action spécifique sur la santé d'une population définie.
- Les actions en question peuvent concerner des projets circonscrits (exemple : la construction d'un centre de loisir), ou des programmes ou politiques de plus grande envergure (exemple : un projet de développement des transports en commun dans une ville, un quartier...).
- Un des principes de l'étude d'impact est l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans le processus par l'intermédiaire de leur participation à un comité de pilotage. Celui-ci inclut bien entendu les décideurs, mais aussi les détenteurs d'information, et des représentants des communautés concernées.
- Les étapes clés du processus comprennent :
 - l'analyse politique détaillée du projet ou programme en question,
 - la réalisation d'un profil socio-économique de la population concernée,
 - l'identification des risques, et l'évaluation de leurs impacts sur la santé,
 - la formulation de recommandations visant à maximiser l'impact positif du projet ou programme sur la santé de la population.

ne sont *a priori* pas censés en générer eux-mêmes. À l'échelle de leur courte existence, les RPHO se sont développés à vitesse variable et il est difficile de dessiner un portrait type. On voit néanmoins se profiler des équipes d'environ 5 à 10 personnes, associant des compétences en santé publique, démographie, statistique, sociologie et géographie de la santé, telles qu'on les trouve dans les ORS en France. Les observatoires de santé publique ont par ailleurs déjà commencé à échanger leurs expériences au sein d'une association nationale.

Des différences

Bien sûr, des différences existent, parmi lesquelles deux méritent d'être soulignées. La première concerne le fait que, contrairement à la France, la région ne représente pas un échelon de la démocratie locale en Angleterre. Elle correspond néanmoins à un niveau de déconcentration administratif important dans le cadre du développement économique à travers les *Regional Development Agencies*. La seconde différence tient au mode de financement qui, dans le cas des RPHO, est assuré entièrement par le ministère de la Santé, alors que le budget des ORS est alimenté en partie par l'État, mais aussi par des commanditaires d'études. Ces deux différences soulèvent une question commune qui fut débattue lors du séminaire de Glasgow : il s'agit de la notion d'« *accountability* », terme sans cor-

respondance directe en français, mais que l'on peut rapprocher du concept de responsabilité, de celui d'être redevable d'une action, de devoir répondre d'un travail devant une personne physique ou morale. En France, le statut associatif des ORS n'est pas sans poser de problèmes, parmi lesquels l'absence de stabilité financière n'est pas le moindre. Il procure par contre l'avantage d'ouvrir la porte à de multiples partenariats et confère une certaine indépendance, laquelle n'irait pas forcément de soi dans un contexte de financement exclusivement public. Il reviendra aux observatoires anglais de trouver leurs marques entre leurs financeurs nationaux, leurs « clients » locaux, éventuellement d'autres partenaires, par exemple du champ académique ou professionnel, prêts à mutualiser leurs moyens sur des objectifs communs.

L'Angleterre possède une forte tradition de santé publique et il fait peu de doute que les RPHO atteignent rapidement une vitesse de croisière. Des échanges de compétences entre la France et l'Angleterre pourraient d'ores et déjà être envisagés. Par exemple, l'observatoire de Liverpool a utilisé une méthode d'étude d'impact dont la vocation est d'estimer, pour la santé des populations, les conséquences attribuables à des programmes ou projets touchant d'autres secteurs tels que le transport, l'industrie, ou l'urbanisme (voir encadré 2) [3]. N'y a-t-il pas là de quoi intéresser les collectivités

territoriales en France ? D'un autre côté, le développement de collaborations telles que la démarche santé observée, le succès des congrès organisés par les ORS français, comme en témoigne la dernière édition nantaise en septembre 2000, pourraient inspirer nos collègues d'outre-Manche. Malgré les difficultés, les retombées de ces collaborations sont sans doute grandes en terme de reconnaissance, d'apprentissage, de création de réseau entre professionnels de la santé publique. Peut-être créent-elles aussi des synergies pour un impact plus marqué des priorités de santé publique auprès d'un public large et varié.

L'intérêt des comparaisons internationales n'est plus à démontrer et ainsi les perspectives d'échanges en matière d'indicateurs de santé entre les régions d'Europe sont larges. Les obstacles à surmonter pour valoriser et rendre fructueux de tels échanges ne manquent pas non plus. Vaste chantier auquel la Fnors contribue depuis 1999 à travers un projet soutenu par la Commission européenne. Il s'agit d'un premier pas visant à identifier, dans chaque pays de l'Union européenne, l'échelon régional le plus approprié pour l'échange d'indicateurs de santé. Dans cette réflexion sont confrontés des critères de taille critique de population, de degré de décentralisation des systèmes de santé, de fonctionnement de la démocratie locale et de disponibilité de données. Si les nouvelles technologies offrent des solutions de plus en plus performantes pour les échanges d'informations, le problème épineux de la comparabilité des données risque de rester un facteur limitant.

L'observation de la santé dans les régions d'Europe se développe. Souhaitons que cela soit à grands pas et pour le bénéfice de la santé des populations. ■

bibliographie

1. Department of Health. *Saving Lives, our Healthier Nation*. London : The Stationery Office, 1999. Cm 4386.
2. Ashton J R. « Public Health Observatories, the key to timely public health intelligence in the new century ». *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000 ; 54 :724-725.
3. Scott Samuel A, Birley M H, Arden K. *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Liverpool : Public Health Observatory, University of Liverpool, 1998.