

Indicateurs de santé dans les régions d'Europe (Isare)

André Ochoa

ORS Aquitaine

Frédéric Imbert

ORS Alsace

Bernard Ledésert

ORS Languedoc-

Roussillon

Alexandre Pitard

Olivier Grimaud

ORS Bretagne

Dans le cadre du programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé, de nombreux projets ont été proposés par des équipes des pays de l'Union européenne. Ils concernent notamment la définition d'indicateurs communs aux pays européens, la comparabilité des données de santé et des méthodes d'enquête. La majorité de ces travaux concerne le niveau national. La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a proposé un projet d'étude sur les indicateurs de santé dans les régions de l'Union européenne, le projet Isare. Ce travail s'inscrit dans deux types d'actions prévus pour la réalisation des objectifs du programme : l'établissement d'indicateurs de santé de la Communauté et la mise en place d'un réseau communautaire de partage des données de santé.

L'importance des régions, en tant qu'unités de gestion politique et administrative, est croissante en Europe. En Allemagne, par exemple, les Länder ont un haut degré d'autonomie, ce qui, dans le champ de la santé, se traduit par l'exercice de responsabilités budgétaires et décisionnelles. Au Portugal, avec la création de régions sanitaires, une déconcentration des politiques de santé a été récemment opérée.

La tendance à la régionalisation de la prise de décision en Europe nécessite un système d'informations adapté à l'orientation locale des politiques de santé et à leur évaluation. L'intérêt de données épidémiologiques régionales repose aussi sur d'autres arguments. Examiner les phénomènes de santé à un niveau infra-national augmente le pouvoir de discrimination de l'observation et permet d'identifier des disparités géographiques masquées par les moyennes nationales. De plus, les phénomènes de santé publique ne respectent pas les frontières des États. Il existe, par exemple, plus de similarités entre la province du Hainaut (Belgique) et la région de Picardie (nord de la France) qu'entre cette dernière et une région du sud de la France.

Un objectif : construire une base de données d'indicateurs de santé

L'objectif du projet Isare est de fournir à la Commission européenne les éléments nécessaires à la construction d'une base de données d'indicateurs de santé à un niveau infra-national.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs étapes sont nécessaires :

- Identification de « régions santé » pertinentes : cela implique de repérer, parmi les niveaux administratifs *infra*-nationaux, celui qui est le plus approprié à l'échange d'informations entre régions.

- Détermination des données disponibles à un niveau régional : cela consiste à déterminer si les données nécessaires à la construction des indicateurs de santé existent et peuvent être utilisées à ce niveau.

- Recueil des données et construction d'une base d'indicateurs régionaux expérimentale : cette étape inclut aussi l'analyse de la qualité et de la comparabilité.

Les deux premières étapes ont été réalisées dans le cadre du projet Isare I, la troisième a débuté à la fin 2001 et constitue le projet Isare II.

Une démarche partenariale d'analyse de l'existant

Des représentants de la Fnors et d'observatoires régionaux de la santé conduisent ce projet. Ils s'appuient, au sein d'un groupe de pilotage, sur l'expertise des correspondants de cinq pays européens¹, de la Commission européenne², de l'OMS Europe et de la Drees³. La mise en œuvre de ce projet s'appuie fortement sur un réseau de partenaires des pays de l'Union européenne.

L'analyse de la documentation existante sur les systèmes de santé et les formes de démocratie locale et régionale, complétée par des contacts avec les correspondants de chacun des pays membres, a permis de rassembler des informations sur les caractéristiques géographiques, politiques et administratives d'un ou de plusieurs niveaux *infra*-nationaux dans chaque pays.

La disponibilité au niveau régional d'une série de données déterminée a été explorée à l'aide d'un questionnaire. Cette liste de données a été élaborée en s'appuyant sur les travaux du projet européen Echi (European Community Health Indicators).

Des résultats

Les résultats présentés concernent les deux premières étapes du projet qui se sont déroulées de 1999 à 2001.

Entre un et trois niveaux *infra*-nationaux ont été étudiés pour chacun des pays de l'Union européenne, soit au total 26 niveaux. Un niveau, ou « région santé », a pu être recommandé pour 13 des 15 pays.

Ces « régions santé » identifiées constituent le plus souvent un niveau Nuts (nomenclature des unités territoriales statistiques), classification utilisée par Eurostat pour l'analyse des données, notamment économiques et démographiques.

Elles correspondent généralement à un niveau de démocratie locale, possèdent des responsabilités dans le domaine de la promotion de la santé, participent pour la plupart à la gestion des hôpitaux et des soins ambulatoires et, tous sauf une, élaborent des rapports régionaux de santé publique. En Grèce, de nouvelles régions, instituées fin 2001, n'ont pas pu être prises en compte lors de cette phase du projet. En Finlande,

1. Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas, Suède.

2. DG Sanco et Eurostat.

3. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

tableau 1

Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations sur la santé dans 13 pays membres de l'Union européenne

Pays	« Région santé » recommandée	Nombre de régions	Population moyenne (en milliers)	Niveau Nuts ^a correspondant (ou proche)
Allemagne	Land	16	5 090	1
Angleterre	Health Authority	99 ^b	503	(3)
Autriche	Bundesland	9	892	2
Belgique	Province	10+1 ^c	920	2
Danemark	Amtskommuner	14	335	3
Espagne	Communauté autonome	17	2 344	2
France	Région	26	2 315	2
Irlande	Health Board	10	370	(3)
Italie	Regioni	20	2 857	2
Luxembourg	Niveau national	1	420	1
Pays-Bas	GGD	50	315	(3)
Portugal	Health care region	5	1 721	(2)
Suède	Comté	21	422	3
Ensemble		299	1 166	

a. Nomenclature des unités territoriales statistiques (Nuts) utilisées par Eurostat.

b. Depuis la rédaction du rapport, des modifications ont eu lieu en Angleterre et 9 « Regional government office level » ont été créés. Ces 9 régions seront prises en compte pour le projet Isare II.

c. 10 provinces et la région de Bruxelles capitale.

la municipalité, seul niveau de démocratie locale avec des compétences en matière de santé, a une population trop faible pour permettre un échange pertinent d'informations en santé (tableau 1).

Les niveaux recommandés représentent près de 300 régions dans 13 pays, soit une moyenne de 23 régions par pays. Cette valeur moyenne se retrouve en Suède (21 comtés), en France (26 régions) et en Italie (20 régions). Sept pays comprennent entre 5 (Portugal) et 17 (Espagne) régions. Les Pays-Bas, très au-dessus de la moyenne, avec 50 régions, représentent une exception. Il en était de même pour l'Angleterre avec 99 Health Authorities, mais depuis, des modifications importantes ont eu lieu, et seules 9 régions (Regional government office level) seront prises en compte.

Au regard de la population des niveaux recommandés, deux groupes de pays se distinguent. Un premier groupe de cinq pays, avec une population régionale moyenne supérieure à 1,5 million d'habitants, et un second groupe de huit pays, avec une population régionale comprise entre 315 000 et 920 000 habitants.

Les données démographiques et de mortalité sont largement disponibles dans les « régions santé » recommandées, de même que celles concernant les professionnels et les établissements de santé, l'utilisation des services de santé, la prévention, le domaine socio-économique et les conditions de vie et de travail. En revanche, la disponibilité de données concernant la morbidité est faible.

Conclusion

Cette première phase du projet Isare a permis de proposer, pour la plupart des pays européens, un niveau infra-national adapté à l'échange d'informations en santé. Ce choix, validé par l'ensemble des participants, a pris en compte les réalités locales de mise en œuvre des politiques de santé.

Il existe des variations importantes dans le niveau d'autonomie exercé par les différentes « régions santé » recommandées. Dans certains pays, il peut être suffisant, pour décider de leurs propres priorités, d'identifier les interventions nécessaires et d'affecter des fonds pour les exécuter. Dans d'autres pays, l'autonomie peut être limitée et la responsabilité réduite à l'adaptation régionale des politiques décidées au niveau national.

L'échange d'informations de santé au niveau régional entre les membres de l'Union européenne devrait permettre de meilleures description et appréciation des problèmes de santé publique. Cet échange apparaît de plus en plus indispensable pour la mise en perspective des politiques de santé.

Une deuxième phase (Isare II), qui a pour objectif de collecter des données et des indicateurs dans les différentes régions afin de construire une base de données expérimentale, vient de débuter. Ce recueil sera complété par une analyse des sources d'informations ainsi que des problèmes de qualité et de comparabilité des données. ★