

Classification	N° du texte
AG 115	6310

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention générale
et de l'environnement

**Circulaire DGS/PGE/1 A-n° 245 du 28 juin 1985
relative aux observatoires régionaux de la santé (O.R.S.)**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,*

Le secrétaire d'Etat chargé de la santé

à

*Messieurs les commissaires de la République de région
(direction régionale des affaires sanitaires et sociales et
inspection régionale de la santé) (pour exécution) ;*

*Messieurs les commissaires de la République de départe-
ment (direction départementale des affaires sanitaires
et sociales et inspection départementale de la santé)
(pour information).*

Le programme d'exécution prioritaire n° 11 du IX^e Plan avait prévu d'ici l'année 1988 la création d'observatoires régionaux de la santé. Leur mise en place a été plus rapide, puisque, actuellement, le réseau d'observatoires régionaux de la santé est presque achevé.

L'observatoire régional de la santé est un outil technique d'aide à la décision, dans l'élaboration d'une politique de la santé, utilisant notamment comme support l'épidémiologie, véritable méthode de raisonnement sur les phénomènes morbides au sens large observés dans les populations.

Depuis un siècle, l'épidémiologie est passée du domaine des épidémies à celui des maladies non transmissibles, pour s'attacher maintenant à l'étude des états intermédiaires entre la santé et la maladie (facteurs de risque). Le premier stade de l'épidémiologie est l'utilisation de statistiques sanitaires et sociales aboutissant à une description de l'état de santé ; le second est représenté par la recherche étiologique des phénomènes observés ; le troisième stade vise à évaluer les actions destinées à améliorer l'état de santé.

Ainsi, l'épidémiologie se trouve étroitement en contact avec de nombreuses disciplines médicales, sociologiques, démographiques et économiques.

Il convient de bien préciser les missions des O.R.S. ainsi que les différents écueils à éviter, de donner des précisions sur leurs fonctionnements et les modalités du contrôle de leurs activités afin de vous aider à suggérer d'éventuelles modifications en fonction des difficultés rencontrées, dans le but d'une efficacité optimale.

Néanmoins, il conviendra de respecter certaines situations particulières ou les disparités régionales (ex. : régions de petite taille, départements et territoires d'outre-mer), l'observatoire régional de la santé devant rester une structure souple, adaptée aux réalités locales.

1. - Missions des observatoires régionaux de la santé

Sept points méritent d'être détaillés :

1. *Inventorier les diverses sources de données sanitaires et sociales et l'analyse critique de celles-ci, notamment leur validité.*

En effet, de nombreuses données de santé publique existent, issues de sources variées (administrations, hôpitaux, caisses d'assurance maladie, Inserm). Elles restent parfois dans leurs structures insuffisamment exploitées.

Aussi, l'observatoire n'est pas une structure de plus qui va rassembler des données à l'infini, fournissant uniquement des statistiques. Son rôle est à l'inverse de valoriser les données existantes, de les rassembler, certes, mais pour les analyser en fonction d'objectifs précis, puis de les rendre accessibles par une présentation simplifiée et adéquate.

Par ailleurs, l'O.R.S. recense les travaux et études épidémiologiques locaux touchant la santé publique (thèses, rapports, mémoires) et peut communiquer avec les réseaux nationaux de documentation.

2. *Valoriser et diffuser l'information d'une façon rapide et sous une forme accessible aux différents partenaires (décideurs, professionnels de santé, usagers). Ce retour d'information permet en outre d'améliorer peu à peu la qualité du recueil des données.*

3. *Susciter les études nécessaires au niveau de la région, dans des secteurs mal explorés, comblant ainsi des lacunes préjudiciables à l'élaboration d'une politique de santé. L'observatoire régional de la santé est donc amené à répondre aux questions posées par les décideurs (l'Etat, les élus, les organismes d'assurance-maladie) ou les partenaires locaux.*

Les enquêtes régionales seront réalisées soit par des équipes compétentes en la matière, soit par l'observatoire régional lui-même. Mais cette structure ne doit pas devenir une « tour d'ivoire » de l'épidémiologie.

Au niveau national, l'observatoire régional de la santé pourra être amené à participer à des enquêtes et à apporter de façon ponctuelle ou continue, les indicateurs régionaux de santé nécessaires à l'élaboration de la politique nationale.

4. *Conseiller les promoteurs locaux d'enquêtes, au niveau des protocoles.*

5. *Participer à l'évaluation technique d'actions locales de promotion de la santé.*

6. Par ailleurs, il m'apparaît important que les observatoires puissent communiquer entre eux et avec d'autres partenaires (diffusion des travaux, échange de protocoles, soutien des O.R.S. les plus anciens aux O.R.S. les plus récents).

7. Les règles du secret médical et de la confidentialité des données devront être scrupuleusement respectées, à tous les stades de traitement des données individuelles utilisant notamment l'informatique (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, concernant l'informatique, les fichiers et les libertés).

II. - Statut et composition

1. Statut.

Les vingt-trois observatoires régionaux, sauf en Ile-de-France et en Guadeloupe, ont un statut d'association régie par la loi de 1901.

Il apparaît souhaitable de conserver ce statut en raison des nombreux avantages offerts :

- souplesse de création et de fonctionnement ;
- possibilité d'ouverture vers des partenaires multiples permettant la pluridisciplinarité, et ce en fonction des enquêtes entreprises à un moment donné ;
- gestion financière, permettant un plurifinancement : Etat, collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie...

2. Composition du conseil d'administration de l'observatoire.

Le nombre de ses membres ne doit pas être trop élevé : trente à trente-cinq représente un maximum, pour un travail optimal, en tenant compte de la taille de la région.

Il doit exister un équilibre entre membres de droit et membres élus.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales doit siéger impérativement comme membre de droit au sein du conseil d'administration et du bureau de l'O.R.S.

Vous veillerez qu'au sein du conseil d'administration soient représentés :

- le médecin inspecteur régional ;
- un ou plusieurs représentants des D.D.A.S.S. et des médecins inspecteurs départementaux (en tenant compte toutefois du nombre de départements de la région, afin de ne pas multiplier les membres du conseil d'administration) ;
- les élus des collectivités territoriales ;
- les caisses d'assurance maladie ;
- les organismes mutualistes ;
- les directeurs d'hôpitaux ;
- la direction régionale du travail ;
- la direction régionale de l'I.N.S.E.E. ;
- les professionnels de santé :
 - praticiens hospitaliers ;
 - praticiens libéraux ;
 - professions para-médicales.

Du fait du conseil d'administration restreint, il serait souhaitable de choisir des représentants qui soient également des techniciens et des partenaires de travail.

Cette liste n'est pas, bien sûr, exhaustive et pourra comprendre d'autres partenaires en fonction de leur compétence.

3. Conseil scientifique.

Il serait souhaitable de créer au sein de chaque O.R.S. un conseil scientifique ou conseil d'experts dont la mission serait de proposer des travaux au conseil d'administration ou de donner un avis technique. Il sera composé d'experts de votre région, particulièrement compétents dans le domaine de l'épidémiologie et dans d'autres secteurs touchant la santé publique (environnement, socio-économie, démographie, services de santé des armées, etc.).

J'attire votre attention sur le fait que l'observatoire ne doit pas devenir l'outil d'un seul groupe de professionnels, mais unir les compétences.

III. - Personnel des observatoires

Actuellement le fonctionnement des observatoires repose pratiquement sur l'aide apportée par les directeurs régionaux qui mettent à disposition du personnel et leurs infrastructures.

1. Il apparaît indispensable actuellement que chaque observatoire bénéficie d'un technicien permanent ; sa formation initiale peut être variable : médecin, épidémiologiste, démographe, etc. Ce personnel peut être de statut différent :

- médecins inspecteurs de la santé ou autres personnels des D.D.A.S.S. ou D.R.A.S.S. peuvent être mis à disposition ;
- utilisation d'autres personnels : internes de santé publique, chercheurs de l'I.N.S.E.R.M., de l'I.N.S.E.E., universitaires, personnel des caisses, etc. Les modalités de cette utilisation seront fonction du statut concerné ;
- recrutement sur contrat, conformément aux règles du droit du travail pour permettre aux O.R.S. d'assurer leurs missions Etat. Pour la réalisation de ses autres travaux, l'O.R.S. peut faire appel soit à des vacataires chargés d'études, soit à du personnel sur contrat à durée déterminée. Les tarifs des vacations de ces techniciens doivent être comparables à ceux pratiqués par des organismes équivalents, dépendant de la fonction publique.

2. Au sein de l'O.R.S. doit être désigné un directeur ou une personne en assumant la fonction.

3. D'autre part, l'observatoire possède du personnel de secrétariat et de documentation adapté à ses besoins.

IV. - Financement des observatoires régionaux de la santé

Actuellement, les moyens de financement sont variables selon les régions et les sources de financement multiples.

En raison de la vocation régionale de l'observatoire, il serait souhaitable qu'en complément du financement de l'Etat, d'autres participations financières soient recherchées et obtenues, comme cela est déjà le cas pour plusieurs O.R.S. (contrats de plan Etat-région, organismes d'assurance maladie...).

Le fonctionnement de ces structures repose, actuellement, pour la participation de l'Etat, sur les crédits régionalisés de prévention (chap. 47-13, art. 60).

Cela pose deux problèmes :

- les crédits attribués à l'observatoire sont soumis à l'avis du comité consultatif régional de promotion de la santé, qui peut ne pas saisir l'importance de l'épidémiologie dans la démarche de promotion de la santé ;
- les O.R.S. ont des missions demandées par l'Etat qui nécessitent un financement spécifique.

Aussi apparaît-il nécessaire d'individualiser un paragraphe « Observatoires régionaux de la santé », dans le cadre du chapitre 47-13 (art. 60) inscrit au budget de l'Etat.

V. - Relations de l'O.R.S. avec les différents partenaires de la région

1. La direction régionale des affaires sanitaires et sociales

La direction régionale des affaires sanitaires et sociales intervient dans l'organisation des observatoires régionaux de la santé, leur fonctionnement et leur contrôle.

Elle doit siéger dans l'observatoire en tant que membre de droit représentée par son directeur et/ou ses services techniques.

Il lui appartient également de participer au contrôle financier de l'observatoire puisque l'Etat reste le principal financeur.

Je vous demanderai désormais un rapport annuel concernant l'activité et le budget de l'observatoire régional de la santé de votre région.

Par ailleurs, il faut bien préciser le rôle de l'échelon statistique de la D.R.A.S.S. vis-à-vis de l'O.R.S. En aucun cas, ils ne doivent être concurrentiels, mais au contraire s'enrichir mutuellement.

La connaissance de l'état de santé de la population repose sur la pluridisciplinarité : les techniciens de l'O.R.S. doivent utiliser les compétences du statisticien régional et réciproquement.

La mission de l'échelon statistique régional au sein de la D.R.A.S.S. est de réaliser un véritable système d'information statistique et comptable :

- gestion des enquêtes nationales déconcentrées et des répertoires : A.D.E.L.I., F.I.N.E.S.S. (cf. *Bulletin officiel* 8417 bis) ;
- réalisation d'enquêtes régionales ou locales ;
- publication et diffusion des statistiques disponibles, à l'usage de l'administration ;
- coordination avec les différents partenaires traitant de l'information de santé.

L'observatoire régional de la santé peut être amené à utiliser certaines données émanant de la D.R.A.S.S. ou des D.D.A.S.S. en les enrichissant et en les confrontant avec d'autres sources, mais ne doit pas traiter ces données de façon permanente et/ou systématique. Ainsi, l'O.R.S. ne se substitue pas au travail de l'Etat, et notamment n'étend pas son action au recueil d'indicateurs d'activité (de structures de soins par exemple) ou de gestion.

2. I.N.S.E.R.M. et autres organismes de recherche

En ce qui concerne l'I.N.S.E.R.M., les observatoires régionaux de la santé travaillent avec lui dans sept régions. Dans les régions dépourvues en unités I.N.S.E.R.M. de santé publique, la liaison se fait parfois avec l'échelon national ou avec des unités plus spécialisées.

Ce lien coopératif, avec les différentes structures de recherche, permet à l'échelon local une harmonisation des travaux épidémiologiques, un enrichissement mutuel des données et des compétences.

3. les enseignants de différentes disciplines de santé publique

Ils participent déjà au travail de plusieurs observatoires régionaux. Leur concours semble important pour l'apport de compétences, le contact avec le terrain qu'il suppose.

D'autre part, les O.R.S. ouvrent la possibilité de postes formateurs aux internes de la filière santé publique.

4. Caisses régionales d'assurance maladie

Il s'agit d'organismes indépendants dont la collaboration doit être recherchée par chaque observatoire.

Leurs représentants ont leur place dans le conseil d'administration.

Ils possèdent de nombreuses données sanitaires et sociales, peu exploitées, hors de leurs structures. Leur valorisation permet d'éviter des études réalisant un double emploi, à une période de rigueur budgétaire.

Enfin, il serait souhaitable que les caisses d'assurance maladie montrent leur intérêt à la structure, par un cofinancement, comme cela est déjà réalisé dans certaines régions.

5. Les comités consultatifs de promotion de la santé

Ces instances de concertation (régionales, départementales, locales) peuvent utiliser l'O.R.S. comme un outil technique. Ce dernier leur apporte des informations sur l'état de santé de la population, aide à la définition des priorités par des enquêtes adéquates, et participe à l'évaluation des programmes.

Par ailleurs, l'O.R.S. peut transmettre aux comités consultatifs ou aux instances de décision des propositions d'actions en fonction de l'examen des indicateurs de santé dont il dispose.

VI. - Participation des observatoires régionaux de la santé à l'amélioration de la connaissance de l'état de santé de la population

Au niveau national a été engagée une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer, valoriser et coordonner les informations dans le but de progresser dans la connaissance de l'état de santé. Un groupe réuni dans ce but, et composé de membres de la direction générale de la santé et de l'I.N.S.E.R.M., a remis un rapport en 1985 en émettant des propositions touchant notamment le système de recueil des causes médicales de décès, la création de banque de données d'enquêtes épidémiologiques *ad hoc*, la coordination des registres de pathologies, etc.

Par ailleurs, s'effectue au niveau national un travail sur les indicateurs de santé de l'O.M.S. dans un double but, celui d'améliorer notre propre recueil d'informations, et la qualité des données transmises à l'O.M.S. pour notre pays.

Les observatoires régionaux de la santé seront amenés à participer activement aux systèmes d'information en tant que producteurs et utilisateurs d'informations.

Un premier rapport « La Santé en France » a été publié fin avril 1985. Je souhaite qu'en 1986 le rapport sur l'état de santé en France soit élaboré sur les données régionales rassemblées par les observatoires régionaux de la santé, en liaison avec les D.R.A.S.S. Déjà plusieurs régions avec l'aide de l'O.R.S. ont élaboré des rapports régionaux sur l'état de santé ; d'autres possèdent des données sur certains secteurs seulement en fonction des problèmes particuliers de leur région et des priorités des décideurs régionaux.

Quelle que soit la situation de la connaissance de l'état de santé dans la région, il me paraît important que chaque région contribue au rapport « Etat de santé ».

Je vous demande donc d'étudier avec les O.R.S. les éléments que vous pouvez faire parvenir à la direction générale de la santé avant la fin décembre 1985 et dont vous disposez pour votre région concernant par exemple :

- la mortalité ;
- la morbidité concernant des pathologies comme le cancer, la santé mentale, les maladies chroniques dégénératives, en prenant en compte les différents facteurs de variabilité (sexe, âge, inégalités sociales) et les perspectives d'évolution ;
- la santé et les comportements individuels (nutrition, tabagisme, alcoolisme, toxicomanies) ;
- des populations spécifiques : maternité, enfance, personnes âgées, groupes défavorisés, handicapés ;
- des thèmes spécifiques : mortalité et morbidité accidentelles, nutrition, environnement et santé, école et santé, travail et santé... ;
- en les confrontant, si cela s'avère enrichissant, aux données démographiques (I.N.S.E.E.), à la consommation de soins et à l'utilisation des structures médico-sociales.

Il est bien sûr compréhensible que les O.R.S. les plus récents fournissent des données encore fragmentaires.

*
* *

En conclusion

Les observatoires régionaux de la santé sont des structures techniques légères dont le développement est bien amorcé et qu'il importe de soutenir : beaucoup sont de création récente et n'ont pu encore donner toute leur mesure.

Ils doivent jouer un rôle important de par leurs missions nouvelles :

- au niveau régional : au service des décideurs, en collaboration avec différents partenaires, articulé avec les autres instances locales ;
- au niveau national : venant enrichir par leurs données la connaissance de l'état de santé.

Dans ce cadre, je vous demande de bien vouloir me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous rencontrez pour le développement des O.R.S.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Pr. J. ROUX