



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**L'introduction d'une annexe « santé
publique » dans les contrats
pluriannuels d'objectifs et de moyens :
un moyen d'articuler le soin et la
prévention ?**

L'exemple de la Bretagne.

Cécile MARI

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement :

L'ensemble des personnes rencontrées lors de ce travail pour leur disponibilité, l'intérêt qu'elles y ont porté et la qualité de nos échanges.

Le Docteur François Petitjean sans qui je n'aurais jamais passé le concours de médecin inspecteur de santé publique l'an passé, pour son accompagnement tout au long de cette année à l'ENSP.

Le Docteur Brigitte Subileau, mon maître de stage ainsi que Christine Brunet, Michel Marquis et Jean-Pierre Epailard, MISP à la DDASS d'Ille-et-Vilaine, Véronique Sablonnière, médecin inspecteur régional, Pierre Guillaumot, MISP à la DDASS du Morbihan, Annie Le Goas, MISP à la DDASS des Côtes d'Armor et l'ensemble des MISP de la DRASS de Bretagne pour leur accompagnement durant cette année de stage.

L'ensemble du groupe 30 du module interprofessionnel 2007 auquel j'ai participé. Nos échanges m'ont permis de prendre plus de distance vis-à-vis de mon travail.

Christophe, Constance et Matthew pour leur soutien tout au long de cette année.

Une pensée également pour l'ensemble de la promotion MISP 2006-2007.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Le contexte	3
1.1 Le contexte national.....	3
1.1.1 Un changement de paradigme en matière de santé	3
1.1.2 Des modifications de la planification sanitaire	4
1.1.3 Une nouvelle politique de santé publique	7
1.1.4 Une redéfinition de la place des établissements de santé	8
1.2 Le contexte breton	11
1.2.1 La politique sanitaire	12
1.2.2 La politique de santé publique.....	12
1.2.3 Une volonté d'articuler le SROS et le PRSP à tous les niveaux.....	15
2 La méthode.....	17
2.1 Analyse des annexes « santé publique »	18
2.2 La réalisation d'entretiens semi-directifs	18
2.2.1 La démarche régionale.....	18
2.2.2 La démarche des établissements	19
3 Les résultats.....	21
3.1 La genèse de l'annexe « santé publique ».....	21
3.1.1 La préparation des CPOM.....	21
3.1.2 L'histoire de l'annexe « santé publique »	22
3.1.3 L'élaboration d'un lexique rédactionnel.....	23
3.1.4 La présentation de l'annexe aux établissements de santé.....	23
3.2 La description du contenu des annexes « santé publique ».....	24
3.2.1 Généralités.....	24
3.2.2 Les objectifs opérationnels et des plans d'actions de deux programmes.....	28
3.3 Les exemples de six établissements de santé.....	29
3.3.1 Le Centre hospitalier de Saint-Brieuc	29
3.3.2 Le Centre hospitalier de Guingamp	30
3.3.3 Le Centre hospitalier de Douarnenez	31
3.3.4 Le Centre hospitalier Guillaume Régnier	32

3.3.5	Le Centre hospitalier de Plouguernevel	33
3.3.6	La Clinique Saint-Yves.....	34
4	Analyse et Discussion	35
4.1	L'appropriation de l'annexe santé publique par les établissements de santé	35
4.1.1	Leur vision de l'annexe	36
4.1.2	Le choix des priorités	36
4.2	Le rôle de la Conférence sanitaire.....	39
4.3	Les difficultés rencontrées dans la démarche.....	42
4.3.1	Les contraintes liées au terrain	42
4.3.2	Le problème du financement.....	44
5	Les préconisations.....	49
5.1	Un lexique rédactionnel moins détaillé	49
5.2	Transmettre les projets aux animatrices territoriales de santé	49
5.3	Développer la pédagogie.....	50
5.4	Poursuivre les actions de communication.....	50
5.5	Inciter les conférences sanitaires à investir davantage le champ de la santé publique	51
5.6	Harmoniser les pratiques entre les départements	52
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASV	Atelier santé ville
ATS	Animation territoriale de santé
CAR	Comité administratif régional
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CH	Centre hospitalier
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison en alimentation nutrition
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
COB	Centre ouest Bretagne
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COMEX	Commission exécutive
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREDES	Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
CRAM	Caisse régionale d'Assurance Maladie
CRS	Conférence régionale de santé
CTRSI	Conseillère technique régionale en soins infirmiers
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DATAR	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIACT	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
DIRAT	Dispositif régional d'animation territoriale de santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ES	Établissement de santé
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
GHS	Groupe homogène de séjours
GIP	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupement régional de santé publique
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IASS	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
LFSS	Loi de financement de la Sécurité Sociale
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIR	Médecin inspecteur régional
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORS	Observatoire régional de la santé
PAEJ	Point d'accueil écoute jeunes
PAGUS	Programme régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
PE	Projet d'établissement
PMT	Projet médical de territoire
PNL	Privé non lucratif
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PREPS	Programme régional d'éducation et promotion de la santé
PRESTAT	Programme régional d'études et statistiques
PRS	Programme régional de santé
PRSE	Programme régional santé environnement
PRSP	Plan régional de santé publique
PSPH	Participant au service public hospitalier
PTS	Projet territorial de santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience humaine acquise
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TS	Territoire de santé
UMD	Unité pour malades difficiles
URCAM	Union régionale des caisses d'Assurance Maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
VIH	Virus de l'immunodéficience humain

INTRODUCTION

Selon une enquête réalisée par l'Organisation mondiale de la santé en 2000¹, la France dispose d'un système de santé des plus performants. Pourtant la France se classe en position défavorable par rapport aux autres pays européens en ce qui concerne la mortalité prématurée² (décès survenant avant l'âge de 65 ans) or la moitié de ces décès prématurés sont considérés comme évitables. Afin de diminuer la mortalité prématurée dans notre pays, deux leviers sont possibles : améliorer notre système de santé qui est déjà très performant ou développer des stratégies de prévention au sein d'une politique de santé publique qui sont peu développées. La santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population.

Pour faire face à ces problématiques de santé publique l'État a agi sur les deux leviers, d'une part en intégrant la prise en compte des besoins de santé de la population dans les instruments de planification sanitaire à travers la mise en place du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) et d'autre part en votant une Loi de santé publique le 9 août 2004³. Dans un souci d'articulation et de cohérence entre la politique sanitaire et la politique de santé publique, le législateur a considéré que le SROS 3 devait intégrer les priorités du plan régional de santé publique (PRSP) qui est l'instrument de mise en œuvre de la politique de santé publique.

La Bretagne est une région où la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne nationale. De ce fait, l'ensemble des acteurs régionaux se sont mobilisés depuis plus d'une dizaine d'années à travers des programmes régionaux de santé. La Bretagne a également expérimenté dès 2003 la territorialisation des politiques de santé à travers la mise en place de l'animation territoriale de santé. Forte de ces expériences, la Bretagne a profité du temps d'élaboration simultané du SROS 3 et du PRSP pour chercher à articuler le plus possible ces deux outils et y intégrer les démarches territoriales ascendantes.

Après avoir arrêté le SROS 3 en mars 2006, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a initié une démarche de négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ensemble des établissements de santé de la région. En effet,

¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000.

² HCSP, *La Santé en France*, 2002.

³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

l'Ordonnance du 4 septembre 2003⁴ a prévu une réforme du régime des autorisations des établissements de santé ainsi qu'une régulation de leur activité par la mise en place d'objectifs quantifiés de l'offre de soins fixés pour chacun établissement dans son CPOM. Cette même Ordonnance prévoit que l'ensemble des CPOM soit signés dans l'année qui suit la signature du SROS 3.

Profitant de la renégociation des CPOM, l'ARH en collaboration avec la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a décidé d'aller encore plus loin dans l'articulation du SROS et du PRSP en ajoutant une annexe « santé publique » opposable dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et ce avant l'obligation réglementaire prévue par le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif à l'élaboration des CPOM.

L'objectif de ce travail est de se demander si la mise en place d'une annexe « santé publique » opposable dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est un outil permettant d'articuler le SROS et le PRSP et au-delà le soin et la prévention en se fondant sur l'expérience de la Bretagne.

Dans un premier temps, je m'attacherai à décrire le contexte national et régional en matière de planification sanitaire et de politique de santé publique afin de mettre en évidence les impacts des modifications récentes sur les établissements de santé. Ensuite, après avoir précisé la méthode utilisée pour ce travail, j'exposerai les résultats en présentant les contenus des annexes « santé publique » analysées puis la démarche d'élaboration de six établissements de santé. Dans une quatrième partie, j'analyserais les résultats obtenus autour de trois axes : l'appropriation de l'annexe « santé publique » par les établissements de santé, le rôle de la conférence sanitaire et les freins rencontrés dans la démarche. Enfin, je présenterai des recommandations en vues d'améliorer cet outil qu'est l'annexe « santé publique ».

⁴ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

1 Le contexte

Avant de présenter le contexte régional, il convient d'exposer le contexte national indispensable afin d'éclairer mon questionnement.

1.1 Le contexte national

Dans un premier temps je monterai comment le changement de paradigme en matière de santé a entraîné des modifications de la planification sanitaire et de la politique de santé publique en France et a redéfini la place des établissements de santé.

1.1.1 Un changement de paradigme en matière de santé

Dans la Déclaration d'Alma Ata, le 12 septembre 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé* »⁵. Cette nouvelle définition de la santé, beaucoup plus globale et multisectorielle, marque un tournant dans l'approche du concept de santé. Cette évolution est confirmée en 1986 lors de la Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa où l'OMS a adopté une charte définissant des grands principes visant « *la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au delà* »⁶.

Ainsi la Charte d'Ottawa définit des conditions préalables à la santé telles que « *la paix, un abri, de la nourriture et un revenu* ». Afin d'assurer à une population ces pré-requis, il est nécessaire de privilégier une approche multisectorielle (emploi, logement, aide sociale, santé...). En effet, si la prévention de la maladie relève de l'institution sanitaire, la création des conditions sociales, politiques et économiques favorables à la santé implique une action de l'ensemble des pouvoirs publics⁷. La Charte d'Ottawa énonce ainsi cinq axes d'intervention en promotion de la santé : élaborer une politique publique saine (l'ensemble des politiques publiques doit permettre d'atteindre le meilleur

⁵ OMS : Conférence internationale sur les soins primaires, Alma Ata, 12 septembre 1978.

⁶ OMS : Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986.

⁷ Module interprofessionnel 2007, *Hôpital et santé publique : réalité ou utopie?*

niveau de santé possible des citoyens), la création d'environnements favorables par une approche socio-écologique de la santé, le renforcement de l'action communautaire par une participation de la communauté à tous les niveaux des politiques de santé, le développement des aptitudes individuelles par l'éducation pour la santé et la réorientation des services de santé par la mise en place de nouveaux modes d'organisation.

En 2005, la Charte de Bangkok⁸ va encore plus loin que la Charte d'Ottawa en promouvant la création de partenariats entre gouvernements, organisations internationales, société civile et secteur privé.

Ainsi, au fil des conférences internationales et des chartes, de nouveaux concepts ont émergé tels que la promotion de la santé ou l'éducation pour la santé. La promotion de la santé se définit comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Ce concept va plus loin que celui de la prévention qui a pour objet de réduire l'incidence⁹ d'une maladie dans une population donnée (prévention primaire), de réduire la prévalence¹⁰ d'une maladie dans une population donnée (prévention secondaire) ou de réduire la prévalence des complications et incapacités liées à une maladie (prévention tertiaire). Quant à l'éducation pour la santé du patient, elle « *concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé* »¹¹.

Ce changement de paradigme en matière de santé et la diffusion du concept de promotion de la santé ont obligatoirement impacté la définition des politiques publiques de santé notamment à travers des modifications de l'organisation de notre système de santé et à travers la définition d'une politique de santé publique en août 2004.

1.1.2 Des modifications de la planification sanitaire

La planification hospitalière a débuté avec la Loi hospitalière du 31 décembre 1970¹² qui instaure la carte sanitaire. Ce découpage géographique en 256 secteurs sanitaires,

⁸ OMS : Charte de Bangkok pour la promotion de la santé, 11 août 2005.

⁹ L'incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus au sein d'une population donnée et au cours d'une période donnée.

¹⁰ La prévalence : nombre total de cas d'une maladie (nouveaux et anciens) observés dans une population donnée à un moment donné.

¹¹ D'après l'Organisation Mondiale de la Santé.

¹² Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

arrêté en 1974, vise l'instauration d'un plateau technique minimum dans chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers¹³.

La Loi hospitalière du 31 juillet 1991¹⁴ va renforcer la planification en instaurant le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui pose les bases d'une organisation territoriale des soins et d'une planification pluriannuelle de leur évolution. Les schémas de première génération (1994-1999) ont porté l'effort sur l'état des lieux du système de soins et sur une planification quantitative de l'offre de soins. Ils reposaient sur la carte sanitaire, les besoins étant approchés par un indice populationnel.

Les schémas de deuxième génération (1999-2006) ont eu une approche plus qualitative en intégrant une dimension stratégique (cartographie de l'organisation des soins, recherche de coopérations et de complémentarité entre les établissements de santé publics et privés, début de graduation des soins).

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) (2006-2010) sont un des éléments des réformes engagées par le plan Hôpital 2007 prévu par l'Ordonnance du 4 septembre 2003. Cette ordonnance supprime la carte sanitaire et fait du SROS l'outil unique de planification. Les secteurs sanitaires sont remplacés par les « territoires de santé » et toutes les autorisations sont déconcentrées au niveau des ARH. Le SROS 3 est ainsi fondé sur une régulation de l'activité et non plus sur une programmation des lits. Il détermine, en s'appuyant sur les besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et des équipements lourds susceptibles d'être autorisés et définit l'offre de soins cible par territoire de santé. Ainsi le SROS 3 apporte une réponse aux besoins de santé physique et mentale des populations sur le plan des soins, de la prévention et des soins palliatifs et valorise une prise en charge globale des soins.

La graduation des soins est étendue à l'ensemble des activités de soins. Dans la démarche de territorialisation de l'offre de soins, le SROS 3 doit tenir compte de trois démarches complémentaires prévues dans la circulaire du 5 mars 2004¹⁵ : des territoires de santé pour l'organisation de l'offre de soins, des territoires de concertation avec les conférences sanitaires (qui s'inscrivent de préférence dans les territoires de santé) et des territoires de proximité pour l'accès aux soins comme le préconisait le rapport « Territoires

¹³ <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/instruments/planification-hospitaliere>

¹⁴ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁵ Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2005 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

et accès aux soins »¹⁶. Enfin, la Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit que le SROS 3 intègre les objectifs de prévention prévus dans le Plan régional de santé publique (article 3, chapitre II du Titre 1 de la Loi relative à la politique de santé publique).

L'Ordonnance du 4 septembre 2003 a également apporté des modifications du rôle des conférences sanitaires qu'il est important de présenter pour la suite de mon travail. Outre les missions antérieures d'avis sur le projet de SROS et de promotion de la coopération hospitalière, les conférences sanitaires sont désormais force de proposition pour « *l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du SROS* ». Les conférences sont un lieu de concertation pour l'organisation des soins. Elles constituent le cadre de l'élaboration du projet médical de territoire¹⁷. Les conférences sont composées de représentants de l'ensemble des établissements du territoire de santé, d'élus, de représentants des professionnels libéraux et de représentants des usagers.

Le projet médical de territoire (PMT) prévu dans la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération est élaboré par la conférence sanitaire. Ce document évolutif, non opposable juridiquement, contribue à l'élaboration du SROS à partir du diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population du territoire. Par la suite, le PMT traduit les orientations stratégiques du SROS sur un plan opérationnel. Il a pour but de fédérer les acteurs de santé qui travaillent ensemble et susciter des réflexions afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Ces différentes évolutions montrent le changement de perception du législateur qui est passé d'une planification basée sur un nombre de lits par habitants à une prise en compte des besoins de santé d'une population sur un territoire de proximité. D'une prise en charge purement curative, on est passé à une prise en charge globale en intégrant les filières de soins. Les « réseaux de soins » qui avaient été instaurés par l'Ordonnance du 24 avril 1996¹⁸ ont été étendus sous la forme de « réseaux de santé » par la Loi du 4

¹⁶ CREDES, *Territoires et accès aux soins*, Rapport du groupe de travail, 2003. Le CREDES a été remplacé par l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) en 2004.

¹⁷ Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2005 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

¹⁸ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

mars 2002¹⁹, en précisant que ces réseaux « *peuvent participer à des actions de santé publique* ». Deux ans plus tard, la première loi de santé publique, depuis 1902, est promulguée le 9 août 2004.

1.1.3 Une nouvelle politique de santé publique

Cette loi est l'aboutissement de réflexions et d'expérimentations datant du début des années 1990. Le premier programme national de santé pour le dépistage du cancer du sein a vu le jour en 1993. Les Ordonnances du 24 avril 1996²⁰ instaurent une nouvelle architecture dans l'organisation de l'offre de soins au niveau régional avec entre autre la création des Agences régionales pour l'hospitalisation (ARH) chargées d'organiser l'offre de soins sanitaire et création des Conférences régionales de santé chargées d'analyser les besoins de santé de la population et de déterminer des priorités de santé²¹. Ces ordonnances donnent un cadre légal aux démarches de programmation qui vont permettre le développement des programmes régionaux de santé (PRS).

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est « *destinée à favoriser une véritable culture de santé publique et de prévention, à sortir le champ de la santé publique des cloisonnements dont elle a trop souvent souffert, elle (...) permet de disposer d'un cadre clarifié et d'outils de travail communs aux niveaux national et régional* »²². De cette loi peuvent émerger cinq idées essentielles appelées les 5 « R » :

- **Responsabilité** de l'État qui fixe tous les 5 ans des objectifs pluriannuels de santé publique et des plans d'actions stratégiques et Responsabilité du Parlement qui débat et vote ces objectifs.
- **Résultats** : le gouvernement rend compte tous les 5 ans de l'impact de sa politique sur l'état de santé de la population.
- **Rationalisation** : la politique de santé publique s'appuie sur des structures simplifiées et clarifiées faisant du programme de santé l'outil de base du travail en santé publique.

¹⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale et Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

²¹ BRECHAT P-H, *Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités*, ADSP, n°50, mars 2005, p.21-27.

²² DAB W., *Editorial, La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, La Revue Santé Publique, Volume 16- N°4/2004, p.583.

- Régionalisation avec la création du plan régional de santé publique (PRSP) et modification des Conférences régionales de santé (CRS).
- Réseau : les principaux acteurs de santé publique sont coordonnés dans le groupement régional de santé publique (GRSP) chargé de mettre en œuvre le PRSP.

Le plan régional de santé publique est arrêté par le Préfet de Région après avis de la Conférence régionale de santé. Le GRSP est chargé de la coordination et de la mise en œuvre du PRSP. C'est un groupement d'intérêt public (GIP) dont le conseil d'administration est composé de l'État, l'Assurance Maladie (URCAM), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et des collectivités territoriales qui le souhaitent. Le GRSP est présidé par le Préfet de Région et dirigé par le directeur de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Le PRSP est un ensemble de programmes nationaux de santé publique et de programmes correspondant aux priorités que la région aura choisies en fonction de ses problématiques de santé. Le PRSP couvre une durée de 5 ans.

Dans une approche globale de la santé, développer la prévention est un moyen de limiter l'impact des maladies, d'améliorer l'état de santé de la population mais c'est aussi, dans une vision à long terme, un moyen parmi d'autres de réduire les dépenses de santé liées aux soins curatifs.

1.1.4 Une redéfinition de la place des établissements de santé

Après la présentation du contexte national, il est nécessaire de se placer au niveau des établissements de santé afin de comprendre l'impact de ces réformes à l'échelon local et de montrer que ces « multiples forces de changement [les placent] dans une situation paradoxale pour développer la promotion de la santé »²³.

En ce qui concerne la planification hospitalière, le plan Hôpital 2007 a complètement modifié l'organisation des établissements. Il prévoit en effet une réforme de la tarification des établissements de santé par la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A). Il réforme l'organisation interne des établissements avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et des pôles d'activités. Il introduit via le SROS 3 la notion

²³ BOURGUEIL Y., *L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?*, La revue hospitalière de France, N°492, mai/juin 2003, pp.17 -22.

d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Les OQOS sont définis dans l'annexe du SROS pour chaque territoire de santé dans certains champs d'activité (médecine, chirurgie, activités interventionnelles en cardiologie et neuroradiologie, activité de psychiatrie, activité de soins de suite, activité de soins de longue durée et activité du traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale). L'objectif est de corriger les éventuels déséquilibres que pourrait occasionner la T2A et de garantir ainsi un maillage territorial en évitant une concentration excessive des activités de soins. Dans chaque territoire de santé, les objectifs quantifiés sont ensuite définis pour chaque établissement dans une annexe de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La réforme de la tarification à l'activité a modifié complètement la culture des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) qui jusqu'alors étaient financés par la dotation globale de financement. L'absence de certitudes sur leur activité à venir rend difficile les prévisions budgétaires. Pour certains établissements l'adaptation à ce nouveau mode de financement, même progressif, est difficile et beaucoup se retrouvent face à des difficultés financières très importantes.

Au niveau d'un établissement de santé, l'instrument ultime de la planification sanitaire est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les contrats de première génération dits contrats d'objectifs et de moyens (COM) ont été mis en place par l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Dans ces contrats, l'ARH s'engageait à financer de manière pluriannuelle des éléments du contrat que l'établissement devait mettre en œuvre. L'Ordonnance du 4 septembre 2003 a renforcé la place des contrats devenus les « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ». En effet, dans leurs annexes, les contrats reprennent les objectifs quantifiés de l'établissement et sont le complément des autorisations d'activité. Tout titulaire d'autorisation doit signer un contrat avec l'ARH et ce dans l'année qui suit la signature du SROS soit avant le 31 mars 2007 afin de développer son activité. Le CPOM est construit autour de trois axes : les orientations stratégiques de l'établissement (orientations en termes d'activités de soins et les missions d'intérêt général), la qualité et la sécurité des soins et les engagements de la structure en matière de service rendu aux patients, d'efficacité de fonctionnement et de gestion.

Une autre grande différence avec les contrats de première génération est l'absence d'engagement financier pluriannuel de l'ARH. Les contrats seront financés de manière annuelle en fonction des enveloppes disponibles. Les établissements ont là aussi perdu en lisibilité financière rendant plus difficile des projections sur plusieurs années lorsqu'ils sont amenés à réaliser des investissements financiers importants : quel sera leur niveau

d'activité et donc de leurs recettes ? Auront-ils un accompagnement de l'ARH ? A quelle hauteur ?

Si on s'intéresse maintenant à la place accordée à la santé publique dans les établissements de santé, on constate la même évolution : grâce à son intégration progressive aux politiques publiques de santé, la santé publique commence à rentrer dans la culture de l'hôpital qui a pourtant été pendant longtemps le lieu phare de délivrance des soins curatifs. La Loi hospitalière du 31 décembre 1970 a créé le service public hospitalier qui « assure les examens de diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés » (article 2, section I, Chapitre premier). En plus de missions, le service public hospitalier peut concourir « aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ». La Loi hospitalière du 31 juillet 1991 va réaffirmer et compléter ce principe : les établissements de santé participent à « des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention »²⁴. La réalisation d'actions de santé publique fait donc partie intégrante des missions d'un établissement de santé.

Pourtant, en pratique, peu d'établissements se sont réellement inscrits dans une démarche active de santé publique et encore moins de promotion de la santé. Un réseau international des hôpitaux promoteurs de santé a été constitué à l'initiative de l'OMS à partir de 1993²⁵. En France, le réseau est aujourd'hui composé d'une quinzaine d'hôpitaux. Développer une culture de promotion de la santé revient, pour un hôpital, à orienter son organisation vers une démarche globale (en combinant les différentes dimensions du soin : préventive, curative, éducative, de réadaptation et de réhabilitation) et intégrée par un travail en réseau avec les hôpitaux de référence, les structures de proximité, la médecine libérale et les autres acteurs (social et médico-social, éducatif...) de son bassin de vie²⁶. Cela passe forcément par une ouverture de l'hôpital sur la ville et la communauté qui peut se faire par l'intermédiaire des réseaux de soins mis en place par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 et devenus des réseaux de santé en 2002.

Le changement de paradigme en matière de politique de santé et les réformes du plan Hôpital 2007 réinterrogent complètement la place de l'hôpital dans son territoire. Les

²⁴ Article L.6111-1 du Code de la santé publique.

²⁵ BUTTET P., DEVEAU A., *Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement*, La Santé de l'Homme, N°360-juillet-août 2002, p20 -21.

établissements doivent se repositionner et sortir d'une démarche purement curative pour s'intégrer dans les politiques locales de santé. Depuis le décret 2006-1332 du 2 novembre 2006²⁷, les établissements de santé ont l'obligation d'inscrire dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) « *les modalités de leur participation aux programmes de santé publique et de prévention* »²⁸. Cette nouvelle annexe montre bien que la santé publique représente un nouvel enjeu pour les établissements.

1.2 Le contexte breton

Les Ordonnances d'avril 1996 ont marqué le début de la régionalisation du système de santé, qui a été renforcée par la Loi de santé publique du 9 août 2004. Afin d'éclairer la suite de mon travail, il convient à présent d'exposer le contexte régional en Bretagne. Je m'attacherai à présenter la politique sanitaire et la politique de santé publique de la région avant de montrer comment les différentes institutions ont cherché à articuler ces deux politiques.

La Bretagne est une région qui compte environ 3 millions d'habitants et est composée de quatre départements. L'ensemble du territoire régional est couvert par des Pays. Les Pays, mis en place par la Loi dite Voynet de 1999²⁹, sont des territoires de projets. Ils réunissent collectivités et acteurs socio-économiques (entreprises, associations) autour d'un projet de développement commun. Il existe dans chaque Pays un conseil de développement qui regroupe les acteurs de terrains (milieux économiques, sociaux, culturels et associatifs) à l'image du conseil économique et social du Conseil Régional. Les élus et le conseil de développement élaborent ensemble une charte de développement qui définit les grands axes du projet de développement. Il existe 21 Pays en Bretagne.

²⁶ KRAJIC K, DIETSCHER MC, PELIKAN J., *Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital*, La Santé de l'homme, n°360, juillet-août 2002, pp.1 8-19.

²⁷ Décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

²⁸ Art. D. 6114-2 du Code de la santé publique, alinéa 4.

²⁹ Loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

1.2.1 La politique sanitaire

En ce qui concerne l'offre de soins en Bretagne, la région est découpée en huit territoires de santé qui correspondent aux anciens secteurs sanitaires. Il existe 130 établissements de santé dont 2 centres hospitaliers universitaires (CHU), 46 centres hospitaliers et hôpitaux locaux, 42 cliniques privées et 40 établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROS 3, l'ARH a mené une réflexion sur les trois niveaux de territorialisation de l'offre de soins prévus par la circulaire du 5 mars 2004 (territoire de santé pour l'organisation de l'offre de soins, territoire de concertation, territoire de proximité). Cette étude³⁰ a conclu qu'il paraissait « *opportun de rapprocher au maximum les territoires d'accès aux soins (offre et flux) des territoires de projet (Pays et agglomérations prenant en compte la dimension santé) dans un souci de cohérence territoriale et de « bonne gouvernance »* ». L'option qui a été choisie a été de conserver les anciens secteurs sanitaires dont l'organisation était satisfaisante pour les territoires de santé³¹ et les territoires de concertation, et de s'appuyer sur les Pays pour les territoires de proximité.

1.2.2 La politique de santé publique

La Bretagne a fait partie des premières régions en France à s'engager dans des programmes régionaux de santé. Il existe en effet une surmortalité régionale : la Bretagne se place en 19^{ème} position sur les 22 régions de France métropolitaine pour l'espérance de vie des hommes et en 15^{ème} position pour celle des femmes. Seul le département d'Ille-et-Vilaine a une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne nationale. Une étude a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Bretagne dans le cadre de la préparation du PRSP. Cette étude³² met en évidence une surmortalité prématurée des hommes qui place la Bretagne au 3^{ème} rang des régions affichant les taux comparatifs les plus élevés en 1998-2000. Parmi ces décès prématurés, 39% sont évitables car liés à des comportements à risque (la moyenne nationale est de 34%). Les principales causes de décès évitables sont (par ordre) le suicide, l'alcoolisme (cirrhoses et psychoses alcooliques), le cancer du poumon, le cancer des voies aérodigestives

³⁰ EVEN A., TARDIF L., *Territoires et Santé en Bretagne*, rapport à l'ARH, 2004.

³¹ De ce fait, le terme de « secteur » est encore très utilisé par l'ensemble des acteurs notamment à travers les termes de « secteur sanitaire », d'« équipe de secteur de l'ARH », « coordonnateur de secteur » ou de « conférence sanitaire de secteur ».

³² ORS Bretagne, *La santé de la population en Bretagne, état des lieux préparatoire à la mise en place du PRSP*, 2004.

supérieures et les accidents de la circulation. En France, le cancer du poumon arrive avant le suicide et l'alcoolisme.

Ces problématiques de santé publique ont mobilisé depuis plus de 10 ans l'ensemble des acteurs régionaux à travers des programmes régionaux de santé publique. Dès 1995, la Bretagne a expérimenté la méthode de Programmation Stratégique des Actions de Santé³³ (PSAS) dans le domaine de la souffrance psychique et du suicide. Après 1996, la Conférence régionale de santé a retenu 8 priorités de santé dont 3 ont fait l'objet d'un programme régional de santé (PRS) (le cancer, le suicide et la lutte contre les alcoolisations excessives). Entre 2000 et 2004, la Bretagne a décliné plusieurs plans nationaux (plan nutrition santé en 2001, plan cancer en 2003, plan santé-environnement en 2004) et a élaboré durant cette même période le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS).

La Bretagne a également été parmi les premières régions à développer la territorialisation des politiques de santé à travers la mise en place d'un dispositif régional d'animation territoriale de santé (DIRAT). L'expérimentation bretonne s'inscrit dans le cadre de la circulaire du 16 avril 2003³⁴ et de dans la circulaire du 4 septembre 2006³⁵. L'objectif de l'animation territoriale de santé (ATS) est de « *mettre en place à titre expérimental, des points d'appui locaux pour la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique dans le champ de la promotion de la santé, assurant une meilleure coordination des institutions, des professionnels sanitaires, médico-sociaux et de santé, en s'appuyant sur les dispositifs existants en matière de régulation du système de santé au service d'un projet territorial de promotion de la santé. Cette expérimentation vise à renforcer la dynamique locale à partir de l'existant et avec la participation des populations (élus, usagers)* »³⁶. Cet objectif a été repris dans le nouveau cahier des charges de

³³ « La PSAS vise à développer progressivement avec l'ensemble des acteurs locaux concernés des actions adaptées à la résolution à moyen terme d'un problème de santé considéré comme prioritaire ». HENRARD J-C., *Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique*, ADSP, n°50, mars 2005, p.18-21.

³⁴ Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DGAS/DATAR n°2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.

³⁵ Circulaire DGS/DHOS SD1A n°2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville.

³⁶ DOKI-THONON J-M, *L'expérimentation bretonne d'animation territoriale de santé*, revue IASS, 2005.

l'animation territoriale de santé établi en avril 2007³⁷. L'animateur territorial de santé est chargé de réaliser un diagnostic partagé qui permet de dégager les priorités du territoire et d'élaborer un « projet territorial de santé » (PTS).

Le dispositif est financé par l'État, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale³⁸ (DATAR), l'URCAM et la Collectivité. Le Conseil Régional a rejoint le dispositif en 2005 et participe également au financement depuis. Il existe à ce jour 7 animatrices territoriales de santé dans 6 Pays (Centre Ouest Bretagne, Guingamp, Ploërmel-Cœur de Bretagne, Saint-Malo, Trégor-Goëlo, Vitré-Porte de Bretagne) et la ville de Rennes. Trois autres pays sont en phase de réflexion : Pays de Fougères, de Redon et d'Auray.

L'élaboration du PRSP s'est déroulée dans la continuité des politiques antérieures. Il a été élaboré fin 2004 et en 2005 et approuvé par la Conférence régionale de santé en avril 2006. Il a été arrêté par le Préfet de Région en octobre 2006. La mise en place du GRSP a pris un peu plus de temps puisque la convention constitutive du GRSP n'a été signée que le 19 juin 2007.

Trois objectifs généraux ont été retenus dans le PRSP: « *diminuer la mortalité prématurée, réduire les inégalités de santé et améliorer la qualité de vie* »³⁹. Le PRSP repose sur une vision globale de la santé et s'inspire de la Charte d'Ottawa afin de développer une politique de promotion de la santé.

Il combine 14 programmes de santé, 4 approches populationnelles et 3 programmes support. Parmi les 14 programmes de santé, 6 sont prioritaires (programmes cancer, suicide, conduites addictives, nutrition santé, programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail (PRSE), le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)), 3 autres programmes sont des déclinaisons régionales de plans nationaux (Programmes santé mentale, maladies rares et VIH, IST, Hépatites) et 5 sont des programmes à développer (programmes risque et maladies cardiovasculaires, qualité de vie des maladies chroniques, iatrogénèse, impact de la violence sur la santé, santé périnatale). Les 4 approches populationnelles concernent les jeunes, les personnes âgées, les personnes en milieux de travail et les détenus. Les 3 programmes « support » sont le programme régional d'études et statistiques (PRESTAT), le programme régional d'éducation et de promotion de la santé (PREPS) et le programme régional d'alerte et de

³⁷ Préfecture de Région Bretagne, URCAM, Conseil Régional, Cahier des charges de l'animation territoriale de santé, 20 avril 2007.

³⁸ La DATAR a été remplacée le 1er janvier 2006 par la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT).

gestion des urgences sanitaires (PAGUS). Ces programmes et approches sont basés, en les combinant à différents niveaux, sur les trois types d'intervention en santé publique (par populations, par déterminants et par problèmes de santé)⁴⁰.

1.2.3 Une volonté d'articuler le SROS et le PRSP à tous les niveaux

Compte-tenu des problématiques de santé publique, l'ensemble des acteurs régionaux se sont mobilisés afin de « *s'engager résolument dans une démarche de promotion de la santé intégrant soins et prévention* »⁴¹. L'élaboration du SROS et du PRSP a été l'occasion de mener « *une réflexion conjointe Etat/ ARH/ URCAM sur des propositions pour concrétiser et renforcer les liens entre ces deux outils de planification au niveau régional et, à travers eux, entre soins et prévention* »⁴² à travers des « assises territoriales de santé ».

Ces assises territoriales de santé se sont déroulées dans les Pays qui le souhaitaient en 2005⁴³. Leur objectif était de présenter les grandes lignes du SROS et du PRSP et les articulations possibles entre les deux et d'échanger sur les besoins, atouts et démarches des Pays. Les élus, les établissements de santé, les associations, les services sociaux et médico-sociaux y étaient invités.

Ainsi la volonté d'articuler le SROS et le PRSP s'est faite à tous les niveaux :

- au niveau régional par l'existence de chefs de projets PRSP et SROS communs (Plan cancer, prévention du suicide, volet conduites addictives, Programme santé mentale et santé périnatale) et par l'existence de priorités communes avec une coordination étroite entre les deux institutions (Maladies cardio-vasculaires, jeunes, personnes âgées).
- au niveau des territoires de santé en faisant le choix de conserver les secteurs sanitaires qui permettaient d'intégrer les Pays comme territoires de proximité et ainsi d'articuler projet territorial de santé (PTS) et projet médical de territoire (PMT)⁴⁴.
- au niveau des établissements de santé en intégrant une annexe « santé publique » dans les CPOM avant l'obligation réglementaire.

³⁹ PRSP Bretagne, p.19.

⁴⁰ PRSP Bretagne, p.52.

⁴¹ CAR Santé du 14 décembre 2005.

⁴² Articulation SROS/ PRSP – Document de travail DRASS/ ARH – Réunion du 10 avril 2006.

⁴³ La directrice de l'ARH, la préfète de Région et le directeur de l'URCAM étaient présents à chacune de ces réunions.

⁴⁴ EVEN A., TARDIF L., *Territoires et Santé en Bretagne*, Rapport à l'ARH, 2004.

2 La méthode

J'ai fait le choix méthodologique de m'intéresser à la démarche d'élaboration de l'annexe « santé publique » des CPOM puisque c'est à ce niveau que le médecin inspecteur de santé publique (MISP) joue un rôle clé. En effet, un binôme composé d'un administratif (inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) ou administratif de la Caisse régionale d'Assurance Maladie (CRAM)) et d'un médecin (MISP ou médecin conseil) est chargé par l'ARH de la « négociation » du CPOM avec l'établissement. C'est ce binôme qui va conseiller l'établissement pour le choix de ses orientations stratégiques et s'assurer que l'établissement est en conformité avec le SROS et qu'il répond aux besoins de son territoire.

Le MISP intervient à un second niveau : il est chargé des politiques de santé publique, de l'analyse des projets déposés dans le cadre de l'appel à projets PRSP jusqu'à l'accompagnement de leur mise en œuvre et leur évaluation. Il peut avoir aussi un rôle de « conseil » pour les promoteurs de projets ou pour impulser une dynamique sur un territoire donné.

Or bien souvent, quand les effectifs de MISP sont suffisants en DDASS, ce sont deux personnes différentes qui sont en charge de ces missions. Il est alors indispensable que ces deux personnes travaillent ensemble et échangent leurs informations.

Ainsi, comme l'objectif de mon travail était de déterminer si l'annexe « santé publique » était un outil permettant d'articuler le SROS et le PRSP et d'y montrer l'influence du MISP, j'ai décidé de ne rencontrer que les personnes qui avaient participé à l'élaboration des CPOM c'est-à-dire les équipes de direction et les personnes qu'elles avaient associées à la démarche.

Ce travail se décompose en deux parties différentes : le travail lié à l'analyse des annexes « santé publique » des CPOM et la réalisation des entretiens avec des personnes ressources institutionnelles et des directeurs d'établissements de santé.

Dans le cadre de la régionalisation du stage, j'ai pu assister à des réunions sur la thématique organisées par les différentes institutions (ARH, DRASS, DDASS) ainsi qu'à un groupe de travail « santé publique » organisé par la conférence sanitaire du territoire n°5. Ce groupe de travail a été mis en place dans le cadre de la révision du projet médical de territoire (PMT).

Ce travail de « recherche » et ma position de MISP stagiaire m'ont permis d'avoir une vision assez globale de la question de départ.

2.1 Analyse des annexes « santé publique »

Toutes les annexes « santé publique » des CPOM approuvés par la Commission exécutive (COMEX) de l'ARH entre le 1^{er} décembre 2006 et le 31 mars 2007 ont été analysées. Les annexes « santé publique » se décomposent en objectifs opérationnels, plans d'actions, moyens de mise en œuvre et indicateurs de suivi. Pour chaque annexe, j'ai identifié dans quel(s) programme(s) du PRSP s'inscrivait chaque objectif opérationnel. J'ai considéré qu'un objectif opérationnel pouvait décliner plusieurs programmes puisque le PRSP Bretagne combine des programmes thématiques et populationnels (exemple : la prévention du suicide chez les jeunes ou la lutte contre la dénutrition de la personne âgée). Il me semble que ce choix permet d'avoir une description plus précise et plus transversale. Ensuite, j'ai centré l'analyse sur les plans d'actions des deux programmes du PRSP qui étaient le plus souvent déclinés (nutrition et lutte contre les conduites addictives).

2.2 La réalisation d'entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'identifier les attentes de la DRASS et de l'ARH et de cerner la manière dont les établissements s'étaient appropriés cette annexe « santé publique ».

Deux grilles d'entretiens ont été élaborées pour chaque type d'acteur (institution ou établissement) (voir annexe). Les entretiens avec les établissements ont été enregistrés et analysés à l'aide d'une grille d'analyse (voir annexe). Les entretiens ont duré en moyenne une heure.

Au total, 17 entretiens ont été réalisés et 19 personnes ont été rencontrées auxquels s'ajoutent un entretien informel avec le MISP de la DDASS 29 binôme d'un des établissements et des entretiens téléphoniques avec trois animatrices territoriales de santé.

2.2.1 La démarche régionale

Quatre entretiens ont été réalisés avec les personnes qui avaient participé à la création de l'annexe « santé publique », puisque celle-ci a été ajoutée au CPOM avant l'obligation réglementaire. J'ai ainsi rencontré l'ancien chef de projet PRSP, le Directeur Adjoint de l'ARH, la Chargée de mission ARH impliquée dans le projet et le « nouveau » MISP chargé des politiques de santé publique à la DRASS de Bretagne. L'objectif était de

cerner quelles étaient les motivations des institutions, les objectifs attendus de l'annexe pour pouvoir les confronter ensuite à la pratique et à ce qui a été fait (et perçu) par les établissements de santé.

2.2.2 La démarche des établissements

L'objectif était d'avoir un panel le plus représentatif possible des établissements de santé de la région. Il n'a pas été possible d'analyser un établissement de santé privé à but lucratif (type clinique médico-chirurgicale) puisque ces établissements ont gelé les relations avec l'ARH jusqu'au 31/12/2006 et que les négociations des CPOM n'ont repris qu'à partir d'avril 2007.

Une autre contrainte a été le faible nombre de contrats approuvés par la COMEX (24 contrats sur 130) compte tenu de la charge de travail demandée aux établissements et aux équipes de secteur pour la réalisation d'un travail de qualité.

Il semblait important que le panel soit constitué :

- d'établissements avec de statuts différents (public et PSPH),
- d'établissements avec des activités différentes (MCO, soins de suite, psychiatrie),
- d'établissements de tailles différentes et donc des niveaux de recours du SROS différents,
- d'établissements situés dans des pays où il y avait une animation territoriale de santé

Les établissements choisis figurent dans le tableau 1. Il manque un hôpital local dans mon échantillon, mais j'ai privilégié l'établissement de soins de suite PSPH afin d'avoir plusieurs établissements PSPH.

Tableau 1 : Présentation des établissements analysés :

Nom	Statut	Activité	Territoire de santé	Présence d'une animation territoriale de santé
CH de Saint-Brieuc	Public	MCO	7	Non
CH de Guingamp	Public	MCO	7	Oui
CH de Douarnenez	Public	MCO	2	Non
CH de Plouguernevel	PSPH	Psychiatrie	8	Oui
CH Guillaume Régnier- Rennes	Public	Psychiatrie	5	Oui ⁴⁵
Clinique Saint-Yves- Rennes	PSPH	Soins de suite	5	Oui

⁴⁵ L'animation territoriale de santé (ATS) de la ville de Rennes a un fonctionnement assez différent des autres puisqu'il y a deux personnes qui se répartissent les thématiques et que le dispositif « cohabite » avec celui des Ateliers santé ville (ASV) au sein du pôle santé de la ville de Rennes. Au final, les acteurs rencontrés connaissent le service santé de la ville de Rennes mais n'ont pas identifié de rôle propre à l'animatrice territoriale de santé.

Les directeurs des établissements ont été sollicités pour un entretien. Tous ont accepté de me rencontrer. J'ai demandé à tous les établissements l'autorisation de faire figurer dans ce travail leur nom et de présenter, sous forme d'une petite monographie, leur démarche d'élaboration de l'annexe « santé publique ».

Les coordonnateurs des territoires de santé des établissements choisis ont également été rencontrés. Ces entretiens avaient pour but d'essayer d'identifier comment les « attentes » de l'ARH au sujet de l'annexe avaient été retransmises aux établissements lors de la négociation du CPOM.

Une chargée de mission d'une conférence sanitaire a été interrogée afin d'avoir une vision à l'échelle d'un territoire de santé.

Les animatrices territoriales de santé ont été interrogées sur la participation des établissements de santé aux actions du Pays et sur leur sollicitation éventuelle de l'ATS lors de l'élaboration de l'annexe « santé publique ».

3 Les résultats

Je vais dans un premier temps présenter la « genèse » de l'annexe « santé publique » jusqu'à sa présentation aux établissements de santé. Ensuite je m'attacherai à décrire le contenu de l'ensemble des annexes analysées. Enfin, j'exposerai la démarche d'élaboration de l'annexe des six établissements rencontrés.

3.1 La genèse de l'annexe « santé publique »

Avant de présenter l'annexe « santé publique », son histoire et ses objectifs, il convient de rappeler la démarche globale de l'élaboration des CPOM en Bretagne pour replacer l'annexe « santé publique » dans le CPOM.

3.1.1 La préparation des CPOM

L'ARH Bretagne avait déjà signé environ 70 contrats « ancienne génération ». La principale faiblesse constatée était qu'il y avait autant de présentations que de contrats. Comme dans le cadre du SROS 3 et de la modification du régime des autorisations il fallait tous les renégocier, l'ARH a souhaité les harmoniser. Il était donc important d'avoir un cadre commun, une formulation plus homogène et plus condensée.

La Bretagne était également une région pilote au plan national dans la réflexion sur le cadre du CPOM et le modèle du contrat cadre a servi de base à l'élaboration du décret du 2 novembre 2006 relatif à l'élaboration des CPOM.

La réflexion sur le cadre du CPOM s'est déroulée en 2005 et au 1^{er} semestre 2006, pour aboutir à un document finalisé en novembre 2006. Elle a été conduite par un groupe de travail animé par l'ARH et composé des fédérations hospitalières et de l'État.

Le contrat type est composé du cadre général du contrat d'objectifs et de moyens, de neuf annexes opposables (orientations stratégiques, objectifs quantifiés et activités particulières, missions d'intérêt général, actions de santé publique, coopérations complémentarités réseaux, qualité et sécurité, pilotage interne, relations sociales et gestion des ressources humaines, accompagnement financier) et de deux annexes informatives (plan de financement prévisionnel des orientations du CPOM, contrat de bon usage des médicaments).

Afin d'homogénéiser les CPOM, un lexique rédactionnel a été élaboré. Il formalise les grands principes du SROS 3 en terme d'objectifs opérationnels et de plans d'actions.

L'objectif de ce lexique était d'être opérationnel, de simplifier la tâche des établissements et de condenser les CPOM pour qu'ils soient des documents « vivants » et consultés régulièrement.

3.1.2 L'histoire de l'annexe « santé publique »

Dans la suite logique des réflexions institutionnelles, l'annexe « santé publique » a été ajoutée dans le contrat cadre du CPOM suite à une réunion DRASS/ ARH le 10 avril 2006. Elle était voulue comme l'instrument permettant d'articuler le SROS et le PRSP à l'échelon territorial le plus petit : l'établissement de santé et son bassin d'activité. Ainsi au niveau d'un établissement, le CPOM devrait être la rencontre entre les démarches régionales descendantes du SROS et du PRSP et la démarche ascendante du territoire sur lequel est implanté l'établissement de santé.

A travers cette annexe, les institutions souhaitaient :

- Rendre lisible ce qui se faisait déjà puisque la plupart des établissements font déjà de la santé publique à travers les actions d'éducation thérapeutique, de dépistage des cancers, de dépistage et de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, de formations de professionnels libéraux par exemple. L'objectif premier était donc de valoriser les actions et l'implication de l'établissement et de l'ensemble de son personnel.
- Réfléchir aux besoins locaux afin d'adapter l'offre de soins de l'établissement aux besoins de la population.
- Mobiliser les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement permettant ainsi la création de dynamiques territoriales entre les différents partenaires (secteur social et médico-social, élus, usagers, associations...).
- Eviter la dispersion en priorisant deux ou trois actions pour concentrer les moyens et éviter le « saupoudrage » financier.

Il a été évoqué de possibles redondances entre les annexes « missions d'intérêt général », « santé publique » et « coopérations, complémentarités, réseaux »⁴⁶ mais la volonté politique d'individualiser et d'afficher clairement les actions de santé publique a prévalu.

3.1.3 L'élaboration d'un lexique rédactionnel

Après la réunion DRASS/ARH du 10 avril 2006, le chef de projet PRSP et la chargée de mission SROS de l'ARH ont été missionnés pour élaborer la partie « actions de santé publique » du lexique rédactionnel. Pour ce faire, ils ont réuni l'ensemble des chefs de projets SROS et PRSP afin d'identifier dans les thématiques du PRSP celles qui pourraient être mises en œuvre dans un établissement de santé et reprises dans l'annexe. Ils ont ensuite rédigé une proposition d'objectifs opérationnels et de plans d'actions pour chaque programme du PRSP. Dans l'esprit des deux rédacteurs, le lexique devait être purement indicatif et les objectifs opérationnels et plans d'actions n'étaient que des exemples pour les établissements qui devaient les adapter à leurs activités et surtout aux priorités de leur territoire.

Le lexique rédactionnel reprend les thématiques suivantes : la participation au dispositif d'animation/ de démarche locale de santé, la lutte contre les addictions, la prévention et le dépistage du cancer, la promotion de la santé des détenus, la lutte contre le SIDA, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles, la nutrition, la périnatalité, la précarité, le risque vasculaire, la santé mentale et le suicide.

3.1.4 La présentation de l'annexe aux établissements de santé

En octobre 2006, le contrat cadre, le guide méthodologique et le lexique rédactionnel ont été présentés aux établissements lors de deux réunions sur le territoire régional. D'autres réunions ont eu lieu en mars 2007 avec les cliniques privées qui ont fait le gel des relations jusqu'en décembre 2006.

Le contrat cadre du CPOM rappelle dans le préambule de l'annexe 4 « santé publique » que « *Outre les actions déjà mises en œuvre (dont celles répertoriées dans l'annexe n°3 « Missions d'intérêt général » rappelées pour mémoire), l'établissement concentre ses efforts sur 1 ou 2 priorité(s) de santé publique qui ont fait l'objet d'une concertation au niveau de la conférence sanitaire, notamment avec les Pays* ».

En novembre 2006, le PRSP est présenté aux Conférences sanitaires soit par le DRASS en personne (Territoire de santé (TS) n°2), soit par son adjoint (TS n°1), soit par le MISP de la DRASS chargé des politiques de santé publique (TS n°5 et 6). Suite à des

⁴⁶ L'annexe « Coopérations, complémentarités, réseaux » est également une innovation des contrats de deuxième génération. Auparavant, les établissements n'étaient pas obligés d'indiquer l'ensemble de leurs coopérations et conventions dans les contrats d'objectifs et de moyens.

contrettemps, le PRSP n'a pas été présenté de manière formelle aux territoires de santé n°3, 4, 7 et 8.

3.2 La description du contenu des annexes « santé publique »

Entre le 1^{er} décembre 2006 et le 31 mars 2007, la COMEX a approuvé 24 CPOM qui ont été analysés.

Parmi ces établissements, 12 ont un statut d'établissement public, 9 un statut de privé PSPH, 2 un statut de privé non lucratif et un a un statut de privé lucratif.

Les activités des établissements sont les suivantes :

- médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : 8 établissements,
- psychiatrie : 6 établissements,
- soins de suite : 10 établissements.

3.2.1 Généralités

Ces 24 établissements ont décliné 90 programmes du PRSP qui sont récapitulés dans le tableau 2. Chaque établissement a décliné entre 1 et 10 programmes. La moyenne est de 3,75 programmes par établissement et la médiane de 3 programmes par établissements.

Tableau 2 : Les différents programmes du PRSP déclinés dans les annexes « santé publique » en fonction de l'activité des établissements.

Programmes du PRSP	Nombre d'établissements déclinant le programme (N=24)			
	MCO (N=8)	Psychiatrie (N=6)	Soins de suite (N=10)	Total (%)
Conduites addictives	6	5	6	17 (71)
Nutrition	6	1	10	17 (71)
Suicide	2	4	2	8 (33)
Jeunes	1	4	2	7 (29)
Personnes âgées	1	0	6	7 (29)
Risque cardio-vasculaire	4	0	2	6 (25)
Santé périnatale	4	1	0	5 (21)
Cancer	4	0	0	4 (17)
Santé mentale	1	3	0	4 (17)
PRAPS	2	1	1	4 (17)
Qualité de vie des maladies chroniques	2	0	1	3 (12)
Participation au dispositif local de santé	1	0	2	3 (12)
Détenus	1	1	0	2 (8)
VIH, IST, hépatites	2	0	0	2 (8)
Iatrogénèse	1	0	0	1 (4)
Impact de la violence	0	0	0	0
PRSE	0	0	0	0
Maladies rares	0	0	0	0
Travailleurs	0	0	0	0
Total	38	20	32	90 (100)
Nombre moyen de programmes par ES	4,75	3,3	3,2	3,75

Si on inclut la participation au dispositif local de santé, 15 des 19 programmes du PRSP ont été déclinés par les établissements de santé à l'exception du PRSE, des maladies rares, de l'impact de la violence sur la santé et de la population « travailleurs ». Ces quatre programmes ne sont pas cités dans le lexique rédactionnel. En effet, à l'exception du programme « maladies rares » qui pourrait concerner les CHU, les établissements de santé sont moins directement concernés par ces thématiques⁴⁷.

Le tableau 3 (page 26) présente, pour chaque établissement, les programmes dans lesquels il a souhaité inscrire son action, le nombre d'objectifs opérationnels et de plans d'actions.

En ce qui concerne les soins de suite, les établissements se sont positionnés sur 9 des 19 programmes. Tous les établissements (10/10) ont choisi de décliner la nutrition. Les conduites addictives et la population « personnes âgées » sont également majoritairement représentées (6/10 pour les deux programmes). Ainsi la lutte contre la dénutrition des personnes âgées est une des priorités des établissements de soins de suite.

Les établissements de psychiatrie se sont positionnés sur 8 programmes différents. La lutte contre les conduites addictives a été retenue comme une priorité par 5 établissements sur 6 (83%). Le suicide et la population « jeunes » viennent ensuite avec 4 établissements sur les 6 (67%).

Les établissements ayant une activité MCO se sont positionnés sur 14 programmes différents sur 19. Cette plus grande diversité dans les programmes s'explique par les activités plus nombreuses et variées de ce type d'établissement par rapport aux deux précédents. La lutte contre les conduites addictives et la nutrition sont fortement représentées (6 établissements sur 8 (75%)). La lutte contre le cancer, la prévention du risque cardio-vasculaire et la santé périnatale viennent ensuite (4 établissements sur 8 (50%)).

⁴⁷ Le programme destiné à la population de travailleurs aurait également pu être intégré dans le lexique rédactionnel puisque dans une démarche de promotion de la santé au sein d'un hôpital, les actions doivent aussi être dirigées vers le personnel de l'établissement.

Tableau 3 : Présentation des programmes du PRSP déclinés dans les annexes « santé publique » des établissements.

Etablissement	Statut	Activité	Territoire de santé	cancer	Prévention du suicide	conduites addictives	nutrition	PRSE	PRAPS	Santé mentale	maladies rares	VIH, IST, hépatites	Prévention du risque cardi-vasculaire	qualité de vie maladies chroniques	iatrogénèse	violence	Santé périnatale	Jeunes	Personnes âgées	Travailleurs	Détenus	Participation au dispositif local de santé	Total	Nombre d'objectifs opérationnels	Nombre d'actions dans le plan d'actions
CH Quimper	public	MCO	2	x	x	x	x					x	x				x	x				x	9	12	26
CH Douarnenez	public	MCO	2	x		x	x						x										4	4	33
Clinique mutualiste de La Porte de l'Orient	PSPH	MCO	3	x										x									2	2	4
CH Fougères	public	MCO	5			x								x			x						3	3	7
Clinique Saint-Laurent	PNL	MCO	5			x	x		x														3	3	10
CH Saint-Malo	public	MCO	6		x	x	x																3	3	7
CH Guingamp	Public	MCO	7			x							x				x		x				4	3	11
CH Saint-Brieuc	Public	MCO	7	x		x	x		x	x		x	x		x		x				x		10	10	20
CH Gourmelen	public	psy	2		x	x			x	x							x	x					6	5	9
Centre de postcure Le Phare	PSPH	psy	3			x																	1	2	2
Etbt Public de Santé Mentale du Morbihan	public	psy	4		x	x	x			x								x			x		6	5	11
CH Guillaume Régnier	public	psy	5		x	x												x					3	2	5
La maison bleue	PNL	psy	5							x								x					2	2	2
CH Plouguernevel	PSPH	psy	8		x	x																	2	5	9
Résidence de Kerampir	PSPH	SSR	1				x												x		x		3	4	8
Centre de Perharidy	PSPH	SSR	1			x	x						x					x				x	5	5	13
Clinique ker an Eod	Privé lucratif	SSR	2				x												x				2	5	8
Centre de soins de suite « Jean Tanguy »	PSPH	SSR	2			x	x												x				3	3	6
HL Port louis	public	SSR	3				x												x				2	1	4
La maison Saint-Joseph	PSPH	SSR	3			x	x		x										x				4	3	8
HL La Roche Bernard	public	SSR	4		x		x							x									3	3	5
Centre de soins de suite de Korn en Houet	PSPH	SSR	4			x	x												x				3	2	4
HL Saint-Méen-le-Grand	public	SSR	5			x	x																2	2	11
Clinique Saint-Yves	PSPH	SSR	5		x	x	x						x					x					5	3	6
Total				4	8	17	17	0	4	4	0	2	6	3	1	0	5	7	7	0	2	3	90	92	229

Tableau 4 : Description des objectifs opérationnels et des plans d'actions du programme nutrition.

Objectifs opérationnels	Plans d'actions	Nombre d'ES. ayant repris ces items dans leurs plans d'actions (17 ES.)
Informier, éduquer, communiquer dans les établissements de santé	Relayer les campagnes nationales ou régionales	4
Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels	Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels	3
	Dépister les troubles du comportement alimentaire, le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents	3
	Faire bénéficier les enfants dépistés, en lien avec leurs parents, d'un accompagnement médico-nutritionnel : * Organiser des cours collectifs * Créer des ateliers cuisine diététique	1
	Systématiser le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées	7
	Lutter contre la dénutrition: redonner un état nutritionnel correct aux patients accueillis dénutris	5
	Etendre à un plus grand nombre le traitement nutritionnel des patients : suivi nutritionnel et information / formation sur le plan nutritionnel par une diététicienne	1
Améliorer la nutrition au sein des ES et le suivi alimentaire des patients	Améliorer la nutrition au sein des ES et le suivi alimentaire des patients	2
	Mettre en place un CLAN opérationnel dans chaque CH	8
	Former le personnel de cuisine à la diététique	4
	Former le personnel intervenant en institution (hors lexique rédactionnel)	1
	Apporter la compétence d'un diététicien (vacations)	8
Former les acteurs de santé en nutrition en direction de populations spécifiques	Mettre en place ou participer à des sessions de formation	3
Privilégier une prise en charge multidisciplinaire en réseau	Participer à la mise en place et au fonctionnement de réseaux (obésité, diabète...)	2
Développer la prévention (items hors lexique rédactionnel)	Favoriser l'éducation thérapeutique	4
	Développer l'éducation nutritionnelle	2
	Mettre en place des consultations de diététique de suivi	2

3.2.2 Les objectifs opérationnels et des plans d'actions de deux programmes

Il est intéressant de constater que les programmes « nutrition » et « lutte contre les conduites addictives » sont de loin les programmes les plus repris dans les annexes. La lutte contre le tabagisme a également été déclinée dans 16 établissements (67%) soit dans le programme « lutte contre des conduites addictives », soit dans le programme « prévention du risque cardio-vasculaire ». La loi anti-tabac a eu un effet non négligeable sur ce choix car tous les établissements ont dû développer une politique anti-tabac dirigée à la fois vers leurs personnels et vers la population générale (demande croissante de consultations de sevrage tabagique par exemple).

A) La nutrition

Le tableau 4 (page 27) représente les objectifs opérationnels et les plans d'actions en rapport avec la nutrition qui ont été repris dans les annexes.

L'analyse des plans d'actions permet de faire deux constats : d'abord certains établissements sont restés très généraux (exemple : « relayer les campagnes nationales ou régionales » ou « améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels »), ensuite la majorité des établissements ont repris mots pour mots le lexique rédactionnel.

Parmi les plans d'actions les plus repris, la mise en place d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et l'apport de la compétence d'une diététicienne arrivent en tête avec 8 établissements sur 17 (47%). Le dépistage systématique de la dénutrition chez les personnes âgées est repris dans 7 établissements (41%). Il faut souligner que le thème de l'éducation thérapeutique ou nutritionnelle a été choisi par 6 établissements (35%).

B) Les conduites addictives

Les objectifs opérationnels et les plans d'actions concernant les conduites addictives sont beaucoup plus diversifiées et s'éloignent beaucoup plus du lexique rédactionnel que pour la nutrition. Dans une analyse par produits, la prise en charge du tabagisme est la plus représentée (13 des 17 établissements soit 76%), puis celle de l'alcool (5 établissements soit 29%). Les prises en charge spécifiques du cannabis ou des polyaddictions sont citées chacune dans un établissement (6%). Trois établissements (18%) n'ont spécifié aucun produit particulier.

Dans une analyse par type de plan d'actions on obtient les résultats suivants :

- Développement de consultations d'addictologie (tabac et/ou alcool et/ou sans précision) : 5 établissements (29%),
- Formation du personnel à la prise en charge des conduites addictives : 4 établissements (23%),
- Création d'une équipe de liaison en addictologie : 3 établissements (18%),
- Actions tournées vers l'extérieur (scolaires, entreprises) : 3 établissements (18%),
- Participation à des réseaux d'addictologie sur le territoire : 2 établissements (12%),
- Développement de l'éducation thérapeutique : 1 établissement (6%),
- Actions destinées à l'entourage du patient : 1 établissement (6%).

Après la description générale du contenu des annexes « santé publique » de 24 établissements, il convient de s'intéresser maintenant de manière plus précise à la démarche d'élaboration de l'annexe de six établissements de santé.

3.3 Les exemples de six établissements de santé

Pour chaque établissement vont être présentés : ses caractéristiques principales, le contexte local, sa démarche d'élaboration de l'annexe « santé publique ».

3.3.1 Le Centre hospitalier de Saint-Brieuc

Le Centre hospitalier Yves Le Foll de Saint-Brieuc est l'établissement de référence du territoire de santé n°7 et du département des Côtes d'Armor (22). En termes d'activité PMSI, c'est le troisième établissement de la région après les deux CHU. En plus des activités MCO, l'hôpital présente la particularité d'avoir une filière gériatrique complète relativement importante (500 lits de gériatrie au total avec un secteur médico-social très développé) ainsi qu'une activité de chirurgie pédiatrique et de chirurgie thoracique. Le projet d'établissement (PE) est en cours d'élaboration (le projet médical est déjà rédigé).

Pour la rédaction de l'annexe « santé publique », l'établissement s'est basé sur le PRSP et le lexique rédactionnel et a repéré dans les programmes les actions qu'il mettait déjà en œuvre ou qui étaient en projet. Un médecin s'est manifesté auprès de la direction pour que son activité figure dans l'annexe « santé publique ». L'établissement a également inscrit la création d'un Centre de lutte antituberculeux (CLAT) (action

n'apparaissant pas dans le lexique rédactionnel) prévue en 2007 dans le cadre du transfert de compétences du Conseil Général vers l'État.

Ainsi, le Centre hospitalier de Saint-Brieuc s'est fixé 10 objectifs qui sont les suivants : mettre en œuvre le programme régional d'orientation cancer, agir sur les conduites addictives, participer à la déclinaison du programme national nutrition santé (PNNS), développer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, participer à la promotion de la santé mentale, participer à la déclinaison du programme national de lutte contre le VIH/ SIDA et les IST, prévenir les maladies cardio-vasculaires, lutter contre la iatrogénèse, améliorer la santé périnatale, et lutter contre la tuberculose.

En plus de ces actions, l'hôpital co-organise avec la ville de Saint-Brieuc des « soirées de la santé » sur thème de la prévention et de l'éducation sanitaire. Cette action ne figure pas dans l'annexe santé publique⁴⁸.

3.3.2 Le Centre hospitalier de Guingamp

Le Centre hospitalier de Guingamp est un établissement public de proximité du territoire de santé n°7. Il a la particularité de former un pôle de santé avec la Polyclinique d'Armor et d'Argoat (clinique chirurgicale privée à but lucratif), les deux établissements travaillant en complémentarité. Le Centre hospitalier de Guingamp développe les activités suivantes : MCO, service d'accueil des urgences et SMUR⁴⁹, surveillance continue, soins de suite et EHPAD⁵⁰.

Il faut souligner que le Pays de Guingamp est doté d'une animatrice territoriale de santé depuis 2004, c'est d'ailleurs le premier Pays en Bretagne à s'être engagé dans le dispositif. Les priorités retenues sont la parentalité, le lien social, la qualité de vie et le développement durable, l'information et la sensibilisation des élus à la promotion de la santé.

Le nouveau projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'administration en septembre 2006 et par la COMEX en janvier 2007. Les équipes soignantes ont été très mobilisées pour la rédaction du PE et n'ont pas été resolicitées par la direction pour l'élaboration du CPOM puisque les deux démarches se sont succédées.

⁴⁸ Lorsque j'ai fait relire mes monographies aux coordonnateurs de secteurs, il s'est avéré que personne à la DDASS 22 n'avait connaissance de ces soirées de la santé, y compris l'équipe de santé publique.

⁴⁹ SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.

⁵⁰ EHPAD : Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Pour le choix des priorités et la rédaction de l'annexe « santé publique », l'établissement s'est basé sur le PRSP et sur le lexique rédactionnel. Il a recensé à l'aide de ces deux outils les actions qu'il mettait en œuvre. C'est la directrice des soins qui a été chargée de cette tâche. L'établissement a choisi trois grandes orientations : le risque cardio-vasculaire, la santé périnatale et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et la prise en compte de leurs besoins de soins et sociaux.

Les professionnels de l'établissement sont impliqués au quotidien dans les actions menées par le Pays. Il existe par exemple des lits dédiés à la prise en charge des épisodes aigus de souffrance psychique chez les adolescents notamment des crises suicidaires ainsi qu'un travail en partenariat avec le réseau « Cap jeunes » afin d'assurer et de coordonner le suivi après la sortie de l'hôpital.

3.3.3 Le Centre hospitalier de Douarnenez

Le Centre hospitalier de Douarnenez est un établissement de proximité du territoire de santé n°2 qui a été partiellement restructuré début 2000 (fermeture de la maternité). Il conserve des activités de médecine, chirurgie, urgences et SMUR, soins de suite et soins de longue durée. Il a développé avec l'hôpital de référence (CH de Quimper) des coopérations importantes qui lui permettent entre autre de conserver une activité chirurgicale. Le projet d'établissement a été approuvé par la COMEX en janvier 2005. Il convient de souligner que le directeur de l'établissement a participé au groupe de travail sur l'élaboration du contrat cadre du CPOM.

La population du « secteur » est fort vieillissante d'où la nécessité pour l'établissement de développer une filière gériatrique complète. Les indicateurs de mortalité de l'ouest Cornouaille sont sensiblement plus élevés⁵¹ que les indices de mortalité du Finistère eux-mêmes plus élevés que ceux de la Bretagne qui le sont plus que la moyenne nationale. Les taux de suicide et d'alcoolisation chez les jeunes sont également plus élevés que les moyennes régionales. Pour faire face à ces problématiques, le directeur de l'établissement souhaiterait mettre en place un projet territorial de santé. Il a réussi à convaincre les élus des deux communautés de communes de l'intérêt de s'approprier les thématiques de santé publique, mais la mobilisation des élus à l'échelon du Pays de Cornouaille est plus difficile. En effet le Pays est très grand (superficie de 2484 m² soit

⁵¹ L'indice comparatif de mortalité 1991-1999 chez les hommes est de 128 dans le canton de Douarnenez, de 117 dans le Pays de Cornouaille et de 112 en Bretagne. Source : ORS Bretagne, *La santé dans les 21 Pays de Bretagne*, 2005.

près de deux fois plus que la moyenne régionale⁵²) et centré sur la ville de Quimper, il a pour le moment peu investi les problématiques de santé publique. Il semblerait que l'option retenue pour l'instant soit le développement d'un projet territorial de santé au niveau des trois communautés de communes de l'ouest Cornouaille.

Pour la rédaction de l'annexe « santé publique », un groupe de travail animé par un cadre de santé a été mis en place. Il était composé de médecins et de cadres de santé. La réflexion à propos de l'annexe a été l'occasion de formaliser un projet de santé publique pour l'établissement en permettant de faire le bilan de l'existant et de ce qu'il serait pertinent de développer. A titre d'exemple, l'établissement organise six fois par an des « mercredis de la santé » sur des problématiques de santé publique (tabac, Alzheimer...) qui ont beaucoup de succès auprès de la population.

Le Centre hospitalier de Douarnenez s'est fixé 4 objectifs opérationnels : développer la prévention du risque cardio-vasculaire, développer la prévention des conduites addictives (tabac, alcool), développer la prévention au niveau de la nutrition, développer la prévention de la maladie cancéreuse. L'annexe est particulièrement détaillée : chaque objectif opérationnel donne lieu à deux ou trois plans d'actions eux-mêmes détaillés en quatre ou cinq actions.

3.3.4 Le Centre hospitalier Guillaume Régnier

Le Centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) est un établissement psychiatrique du territoire de santé n°5. Il a une vocation universitaire. Il regroupe les activités suivantes : hospitalisation complète et hospitalisation de jour adulte et infanto juvénile, service d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adultes, service de soins de longue durée, service médico-psychologique régional (SMPR) et un département des conduites addictives.

Son troisième projet d'établissement a été approuvé en 2006. Sa rédaction a été l'occasion de fédérer l'ensemble des équipes autour d'un projet commun à l'ensemble de l'établissement. La réflexion a été menée dans chaque service qui a rédigé son propre projet et dans des groupes de travail thématiques animés par des membres de la commission médicale d'établissement (CME). Le CPOM a repris les grands axes du projet d'établissement. Il n'y a pas eu de nouveaux groupes de travail pour le choix des priorités de l'annexe « santé publique ».

⁵² Source : site www.region.bretagne.fr.

Pour la rédaction de l'annexe « santé publique », le CHGR a choisi trois actions sur lesquelles il était le seul à positionner sur le territoire de santé ou sur lesquelles il était considéré comme le référent. Il n'a pas utilisé le lexique rédactionnel. Il faut souligner que le directeur général de l'établissement a participé au groupe de travail préparatoire sur les CPOM. L'établissement s'est positionné sur le renforcement de la prévention des comportements d'alcoolisation auprès des publics jeunes (préados et adolescents), sur la formation au repérage de la crise suicidaire et sur le renforcement de l'accompagnement de l'entourage en postvention.

Dans le projet médical, on retrouve notamment des actions auprès des détenus liées à l'activité du SMPR ou auprès des personnes âgées qui auraient pu figurer dans l'annexe « santé publique ».

3.3.5 Le Centre hospitalier de Plouguernevel

Le Centre hospitalier de Plouguernevel est un établissement psychiatrique privé participant au service public hospitalier membre de l'Association Hospitalière de Bretagne du territoire de santé n°8. Il regroupe les activités suivantes : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, long séjour, secteur médico-social. L'établissement développera à partir de septembre 2007 une activité de médecine et de soins de suite faisant office d'hôpital local. En janvier 2008 ouvrira une unité pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale (Basse Normandie, Pays de la Loire et Bretagne).

L'établissement a la particularité d'avoir joué un rôle très important dans la mise en place de l'animation territoriale de santé dans le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB). Dans sa charte de développement le Pays COB a posé comme principe que la santé était une des préoccupations de Pays et devait être un de ses grands axes de développement. Du fait de l'existence d'objectifs communs, le CH de Plouguernevel s'est positionné en partenaire des élus du Pays pour la mise en place de l'ATS. L'établissement participe ainsi au point d'accueil écoute jeunes (PAEJ) mis en place par le Pays, il a été le promoteur du centre local d'information et de coordination (CLIC). Le directeur a présenté son projet d'établissement qui est en cours de rédaction aux élus du Pays afin de prendre en compte également leurs priorités. L'établissement participe également à des formations auprès des chefs d'entreprises du Pays afin de les aider à mieux appréhender le problème des conduites addictives de leurs employés. L'établissement embauche une conseillère en économie sociale et familiale qui travaille essentiellement auprès des lycées, des entreprises et qui met en place des modules de formation, des animations.

Pour l'élaboration de l'annexe « santé publique », l'établissement a choisi 5 objectifs opérationnels : développer les consultations d'addictologie, promouvoir et participer à des réseaux de santé « conduites addictives sur le territoire de santé », former le personnel soignant au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire, sensibiliser et informer sur le phénomène suicidaire et améliorer les conditions de sortie des suicidants. Ces objectifs opérationnels et les plans d'actions qui y sont associés reprennent quasiment mots pour mots le lexique rédactionnel.

Comme l'a dit le directeur de l'établissement « la spécificité de Plouguernevel n'est pas inscrite dans le CPOM mais dans le projet d'établissement et les actions menées au quotidien.

3.3.6 La Clinique Saint-Yves

La Clinique Saint-Yves est un établissement privé participant au service public hospitalier situé à Rennes dans le territoire de santé n°5. Son activité est basée sur des soins de suite spécialisés nutritionnels et digestifs et sur de la médecine physique et de réadaptation (MPR) spécialisée en rééducation cardio-vasculaire. L'établissement a développé une activité à vocation régionale en matière de prise en charge nutritionnelle et souhaite étendre son « rayonnement » régional à la prise en charge de l'anorexie mentale restrictive. Il s'est également positionné sur « *la prise en charge plus précoce et plus dynamique des troubles nutritionnels liés aux traitements anticancéreux en coordination avec ceux-ci* »⁵³ en développant la nutrition entérale à domicile.

La réflexion de l'établissement pour l'élaboration du CPOM s'est déroulée en lieu et place de la réflexion sur le projet d'établissement. Des groupes de travail thématiques ont été mis en place avant l'été 2006 pour identifier les grandes orientations à venir de l'établissement. Ces groupes de travail ont mobilisé l'ensemble de la communauté médicale et des paramédicaux.

Pour la rédaction de l'annexe « santé publique », la clinique s'est inspirée du lexique rédactionnel afin d'identifier dans les attentes de l'ARH les activités qu'elle mettait déjà en œuvre et s'en est ensuite affranchie pour formuler à sa manière ses objectifs opérationnels. Ainsi l'établissement s'est fixé trois objectifs : la lutte contre les conduites suicidaires chez les patients hospitalisés souffrant d'anorexie mentale restrictive, le renforcement de l'équipe de tabacologie pour faire face aux besoins et privilégier une prise en charge multidisciplinaire en réseau de la nutrition.

⁵³ CPOM Clinique Saint-Yves, page 3.

4 Analyse et Discussion

A ce stade de mon travail, il convient d'en souligner un possible biais. En effet, tous les établissements rencontrés sont d'une manière ou d'une autre impliqués dans les réflexions régionales : le contrat de 1^{ère} génération de St Brieuc a servi de modèle pour le contrat cadre du CPOM, le directeur de Douarnenez a participé au groupe de travail préparatoire sur les CPOM, tout comme le directeur du CHGR qui est aussi un représentant syndical national, le Centre hospitalier de Plouguernevel joue un rôle moteur dans le projet territorial de santé du pays Centre Ouest Bretagne, Guingamp est le premier Pays à avoir eu une ATS. Ces établissements ont peut-être eu une approche plus positive et constructive dans leur démarche d'élaboration de l'annexe « santé publique ».

Dans un premier temps je présenterai la manière dont les établissements de santé se sont appropriés l'annexe « santé publique » à travers leur vision de l'annexe et le choix de leurs priorités. Ensuite, j'aborderai le rôle de la conférence sanitaire dans la démarche d'articulation du SROS et du PRSP et je terminerai par la présentation des difficultés rencontrées.

4.1 L'appropriation de l'annexe santé publique par les établissements de santé

Il semblerait que lors de la présentation du contrat cadre du CPOM en octobre 2006, l'annexe « santé publique » ait déconcerté un certain nombre d'établissements qui se sont demandés comment ils allaient la renseigner. Il leur a été répondu de s'inspirer du PRSP et du lexique rédactionnel. A ce moment là le PRSP venait juste d'être signé par le Préfet de Région et était en cours de diffusion, beaucoup d'établissements de santé n'en avaient pas pris connaissance et certains ne savaient pas qu'il était terminé. Il n'a été présenté aux établissements qu'en novembre 2006.

Il semblerait également, d'après les acteurs rencontrés, que la présentation du PRSP par le DRASS et par son adjoint lors des Conférences sanitaires des territoires 1 et 2 ait eu un impact différent que dans les autres territoires. En effet, les établissements y ont vu une source potentielle de financements puisqu'il leur a été dit qu'en s'inscrivant dans les

programmes du PRSP, ils pourraient répondre à l'appel à projets commun État/ Assurance Maladie/ Conseil régional et peut-être obtenir des crédits⁵⁴.

4.1.1 Leur vision de l'annexe

Peu de temps après la présentation du contrat cadre du CPOM, chaque établissement a reçu l'annexe « objectifs quantifiés » qui précise pour chaque activité les fourchettes basses et hautes d'activité. Autant la présentation des OQOS du territoire de santé n'avait pas posé de problème, autant leur déclinaison au niveau de chaque établissement a entraîné une certaine crispation. En effet, la majorité d'entre eux estimaient que la fourchette haute d'activité était trop basse...

Un deuxième point de crispation a été le changement des « règles du jeu ». Dans les nouveaux contrats, l'ARH ne prend aucun engagement financier, ce qui n'était pas le cas dans les précédents contrats. Le CPOM a été perçu par les établissements comme un « *exercice imposé* » ou même comme un « *contrat d'adhésion* ».

A ces deux éléments se rajoutent les difficultés déjà évoquées : mise en place de la réforme du plan hôpital 2007 le 1^{er} janvier 2007, incertitudes sur les ressources financières liées à la T2A. Dans ce contexte, il est facilement compréhensible que l'annexe « santé publique » n'ait pas été considérée comme une priorité par les établissements. D'après les coordonnateurs de secteur, c'est en général celle qui a été rédigée en dernier. Certains établissements ne l'avaient même pas renseignée dans leurs premières versions pensant qu'elle n'était pas obligatoire.

Même si les directeurs ne me l'ont pas dit directement lors des entretiens, les autres entretiens et ma participation à différentes réunions me permettent de dire que l'annexe « santé publique » a été vécue par certains comme une contrainte supplémentaire, une nouvelle obligation pour laquelle les établissements n'auraient aucun financement supplémentaire mais sur laquelle il leur faudrait en plus « rendre des comptes » lors des revues annuelles de contrat.

4.1.2 Le choix des priorités

Comme je l'ai précisé plus haut, malgré certaines réticences initiales pour certains, les six établissements rencontrés ont « joué le jeu » en rédigeant leur annexe « santé

⁵⁴ PV de la Conférence sanitaire du territoire n°1 du 24 novembre 2006 et PV de la Conférence sanitaire du territoire n°2 du 17 novembre 2006.

publique ». Celle-ci est toujours l'aboutissement d'une réflexion au sein de l'établissement mais qui a le plus souvent eu lieu lors de la rédaction du projet d'établissement. La rédaction du CPOM a généralement mobilisé les équipes de directions et le président de CME et non l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Pour le choix des priorités, les établissements se sont quasiment tous inspirés du lexique rédactionnel. Il leur a permis de réaliser qu'un certain nombre des activités qu'ils développaient déjà étaient inscrites dans le PRSP. L'établissement a ainsi identifié parmi ses activités ou ses projets tous ceux qui rentraient dans le cadre du PRSP (et du lexique).

La démarche a ensuite été différente selon les cas : certains ont choisi deux ou trois objectifs opérationnels, en général ceux qu'ils faisaient déjà le mieux, d'autres ont voulu être complet et citer l'ensemble des activités identifiées. Il semblerait que les équipes de secteur aient eu un rôle non négligeable entre ces deux orientations. En effet, en Ile-et-Vilaine par exemple, les binômes ont insisté fortement pour que les annexes ne comportent que deux ou trois priorités maximum. Alors que dans le Finistère, les binômes ont laissé toute liberté aux établissements (qui leur en sont reconnaissant) et leur ont même demandé de rajouter un objectif opérationnel sur le thème du cancer comme ce fut le cas pour le CH de Douarnenez. Dans les Côtes d'Armor, la position a été intermédiaire, les équipes ont insisté sur le fait qu'il y avait trois grandes priorités (le cancer, la souffrance psychique et les conduites addictives) mais elles n'ont pas demandé aux établissements de retirer des priorités quand il y en avait beaucoup. Il n'a pas été possible, compte-tenu du faible nombre d'établissements par secteur, de comparer la moyenne du nombre de programmes par établissements entre les secteurs, afin de déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative entre les secteurs.

L'éventualité d'avoir un potentiel financement « PRSP » a également influencé le choix du nombre de priorités. Il a été dit initialement lors de la présentation du PRSP en Conférence sanitaire⁵⁵ que les établissements pourraient éventuellement obtenir des financements dans le cadre de l'appel à projets commun État/ Assurance Maladie/ Conseil Régional. Mais compte-tenu du montant de l'enveloppe, il a ensuite été décidé de prioriser les associations. Les équipes de secteur ont été chargées de faire redescendre le message aux établissements mais si on considère le nombre de projets déposés, dans chaque département, par les établissements dans le cadre de l'appel à projets, on constate une certaine différence : 14 dossiers dans le Morbihan, 14 dossiers dans le

Finistère, 7 en Ille-et-Vilaine, 0 dans les Côtes d'Armor. Il m'est impossible de dire si cette différence est due à la transmission du message par les équipes de secteur ou si les établissements ont voulu « tenter leur chance » malgré les avertissements des binômes.

En ce qui concerne la prise en compte des priorités du Pays lors de la rédaction de l'annexe, les animatrices territoriales de santé ont été peu sollicitées par les établissements. Dans un souci d'information des établissements, elles ont toutes été amenées à présenter (aux deuxième et troisième trimestres 2006) la démarche de l'ATS, les priorités retenues et les actions mises en place dans le Pays. Dans les suites, quelques unes ont été contactées par des établissements : l'équipe de direction du Centre hospitalier de Carhaix a rencontré l'ATS du Pays COB fin août 2006 mais il n'y a pas eu de suites, l'ATS du Pays de Saint-Malo a été contactée par l'Hôpital local de Cancale plus récemment et a participé à la rédaction de leur annexe. L'hôpital de Saint-Malo a repris également les priorités du Pays mais les coopérations Pays/ CH avaient commencé avant la rédaction de l'annexe (le directeur adjoint fait partie du comité de pilotage de l'ATS). L'hôpital de Guingamp et le Centre hospitalier de Plouguernevel participent au quotidien aux actions de leur Pays, mais ceci n'est pas mis en évidence dans leurs annexes. Au total, peu d'établissements (sur les 24 annexes analysées) ont tenu compte des priorités des Pays.

Les deux établissements de psychiatrie et celui de soins de suite m'ont tous dit avoir déjà développé une culture de santé publique et avoir, du fait de leur activité, intégré depuis longtemps la nécessité de prendre en compte les besoins du territoire. En effet, du fait de la sectorisation en psychiatrie, l'établissement ne prend en charge que des personnes issues d'un même territoire géographiquement délimité. Il ne peut pas, du fait de ce mode de recrutement, ne pas prendre en compte les besoins de son secteur. Alors qu'un hôpital général peut développer une activité particulière qui ne répond pas forcément à un besoin local en recrutant des patients en dehors de son bassin d'attractivité. Une autre particularité de la psychiatrie est le travail en partenariat très développé avec l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux centré autour de la prise en charge d'un patient. En ce qui concerne l'établissement de soins de suite, la durée de l'hospitalisation, la préparation du retour à domicile et même l'admission en soins de suite nécessitent là aussi une démarche centrée sur le patient et un travail de collaboration avec l'amont et l'aval que l'on retrouve dans le concept de promotion de la santé.

⁵⁵ PV de la Conférence sanitaire du territoire n°1 du 24 novembre 2006 et PV de la Conférence sanitaire du territoire n°2 du 17 novembre 2006.

Je souhaiterais maintenant revenir sur les différents programmes du PRSP repris dans les 24 annexes étudiées et plus particulièrement sur le thème de la nutrition. En effet, 17 établissements (71%) (tableau 2) ont choisi la nutrition comme priorité. Ce succès est probablement dû au fait qu'il est relativement facile de mettre en place des actions en faveur de la nutrition surtout sur le papier. On peut penser que si les établissements ont repris dans la majorité des cas les mots du lexique rédactionnel, c'est parce qu'ils n'ont pas encore mis en place ces actions, qu'ils ne se les sont pas encore « appropriées » comme c'est le cas pour les conduites addictives⁵⁶. Il conviendra de s'assurer lors des revues de contrat que les actions prévues sont effectivement mises en place et qu'elles sont opérationnelles et donc de se poser les questions suivantes : le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) est-il réellement opérationnel ou n'a-t-il une existence que sur le papier ? Les consultations de diététique sont-elles proposées aux personnes qui en ont le plus besoin ? Les formations du personnel sont-elles adaptées ? Toutes ces questions méritent d'être posées et s'il apparaît dans les années à venir que les réponses sont positives, je crois que l'on pourra dire que l'annexe « santé publique » y aura joué un rôle déterminant.

Même si la réflexion au niveau du Pays et de la Conférence sanitaire n'a pas souvent eu lieu et si toutes les actions choisies correspondent à des activités déjà mises en place ou en instance de l'être, les six annexes des établissements rencontrés sont de qualité car elles correspondent à de vrais projets de santé publique. Par contre, plusieurs des 24 annexes étudiées sont de simples « copier/ coller » du lexique rédactionnel et on peut s'interroger sur le sens qui est donné à ces actions dans les établissements et sur leur mise en œuvre effective. Seules les revues de contrats permettront d'apporter une réponse à cette question dans les années à venir.

4.2 Le rôle de la Conférence sanitaire

Tous les acteurs rencontrés (directeurs, chargée de mission de la conférence sanitaire, coordonnateurs de secteurs) sont unanimes sur le rôle positif qu'a joué la Conférence sanitaire depuis la préparation du SROS 3. En effet, les réunions régulières, la réflexion autour du projet médical de territoire ont permis aux établissements de mieux se connaître, de diminuer « la peur de l'autre » perçu comme un concurrent potentiel et

⁵⁶ Plusieurs établissements ont, dans la même annexe, reformulé les objectifs opérationnels pour la lutte contre les conduites addictives alors qu'ils ont repris le lexique rédactionnel pour la nutrition.

ainsi de développer des coopérations et des complémentarités qui n'auraient probablement pas vues le jour sans la Conférence sanitaire. C'est du moins ce que pensent les acteurs. Les établissements se sont rendus compte qu'ils ne pouvaient plus travailler seuls dans leur coin et que s'ils voulaient s'en sortir sur le plan financier il fallait qu'ils s'organisent entre eux et qu'ils se coordonnent afin de travailler en complémentarité plutôt qu'en concurrence⁵⁷.

Pour illustrer mes propos, je vais présenter la démarche de révision du projet médical de territoire (PMT) du territoire de santé n°5. Il a été acté en Conférence sanitaire de mettre en place quatre groupes de travail sur les sujets suivants : la démographie médicale, les soins de suite et de réadaptation, la cancérologie et la santé publique. J'ai pu participer au groupe de travail « santé publique » dont je vais présenter la démarche et les conclusions. Ont été invités : les établissements de santé du territoire, les animatrices territoriales de santé du Pays de Vitré et de la ville de Rennes, des représentants d'associations et de réseaux du territoire de santé, les services de l'État. Deux réunions ont eu lieu en février et mars 2007 qui ont permis de faire dans un premier temps un état des lieux des actions de santé publique mises en œuvre dans les établissements de santé et ensuite d'essayer de dégager des engagements communs pour le projet médical de territoire. Entre les deux réunions tous les établissements ont été sollicités par la chargée de mission afin de remplir un tableau détaillant leurs actions de santé publique. 35 des 36 établissements ont répondu (seule l'Association des urémiques de Bretagne (AUB) n'a pas répondu). Il est intéressant de constater que l'on retrouve dans le territoire de santé n°5 les mêmes tendances que dans mon échantillon régional⁵⁸ : 21 établissements sur 35 (60%) ont choisi les conduites addictives, 18 (51%) la nutrition, 9 (25%) le suicide. Viennent ensuite l'éducation thérapeutique (4 établissements (11%)), les enfants et les adolescents, les personnes âgées et la douleur (3 établissements (8,5%)).

Il a été décidé lors de la deuxième réunion que pour la thématique « nutrition », la priorité était l'évaluation de la dénutrition des personnes âgées et la nécessité d'avoir un référentiel commun pour cette évaluation. Ceci permettrait à terme d'avoir des pratiques communes et systématisées dans tous les établissements du TS. En ce qui concerne les conduites addictives, compte-tenu de la diversité des produits et des populations concernées, il a été proposé que dans le PMT il soit « *demandé à chaque établissement*

⁵⁷ PODEUR A., *Territoire de santé. Objectifs quantifiés et projet médical de territoire.*, Revue hospitalière de France 2006/05-06, N : 510, pp.12-16.

⁵⁸ Il y avait dans mon échantillon 6 établissements du TS n°5 sur les 24, soit 16,7% des établissements du TS n°5 et 25% de mon échantillon.

de soins du secteur d'agir particulièrement sur cette question en fonction des spécificités de son activité »⁵⁹.

Les groupes « cancérologie » et « SSR » ont fonctionné de la même manière et abouti aux mêmes types de conclusions. Comme par exemple le développement de coopérations (préparation des chimiothérapies dans un autre établissement ou des temps partagés de chirurgiens) afin de permettre le maintien d'une activité de cancérologie conforme aux textes réglementaires dans les établissements en dessous des seuils.

Pour chacune des thématiques dégagée dans les groupe de travail, une fiche synthétique a été réalisée qui précise pour chaque thème les objectifs à atteindre, les partenaires, les participants, les actions opérationnelles à mettre en œuvre, les engagements des différents partenaires, les outils, le calendrier et l'évaluation.

Il me semble que la démarche de la Conférence sanitaire est très positive et prometteuse car elle a permis aux établissements de se mettre d'accord sur le principe de développer des pratiques communes et systématiques ou de se coordonner. L'annexe « santé publique » a eu à mon avis une influence à deux niveaux : dans le choix de mettre en place un groupe de travail thématique sur la santé publique et au niveau des établissements qui se sont mobilisés comme ils avaient déjà tous réfléchi au contenu de leur propre annexe. Le groupe de travail ne partait pas de rien, avant de mettre en place une réflexion commune, il est nécessaire que chacun ait déjà mené sa propre réflexion en interne.

Dans le territoire de santé n°2, la présentation du PRSP en novembre 2006 qui faisait suite à quelques semaines d'intervalle à la présentation du contrat cadre du CPOM, a été l'occasion d'avoir pour la première fois un véritable débat sur les enjeux de santé publique et sur le rôle des établissements de santé en la matière.

Un dernier point pour souligner le rôle de la Conférence sanitaire est qu'en milieu d'année 2006 les animatrices territoriales de santé sont intervenues dans la conférence de leur Pays pour présenter la démarche et les priorités du Pays et que cela a eu une influence sur des contacts ultérieurs entre les ATS et les établissements (cf. supra).

⁵⁹ Relevé de décision de la réunion du groupe de travail « actions de santé publique » du 24 mars 2007.

4.3 Les difficultés rencontrées dans la démarche

Je vais maintenant aborder les principales difficultés identifiées dans la mise en œuvre de l'annexe « santé publique » qui sont de deux types : des contraintes liées au terrain qui rendaient l'exercice difficile et des contraintes liées aux modalités de financements.

4.3.1 Les contraintes liées au terrain

A) Un calendrier très serré

Initialement tous les CPOM devaient être signés pour le 31 mars 2007. La volonté de l'ARH était de respecter ces délais même si seule la signature des « contrats socles »⁶⁰ était obligatoire. Afin de tenir le calendrier, les équipes de secteur et les établissements ont dû travailler plus rapidement qu'ils ne l'avaient fait pour les contrats de première génération et de manière « parallèle ». Ainsi la réflexion inter-établissements initialement prévue au sein de la Conférence sanitaire et des Pays n'a pas eu lieu, la recherche de la cohérence territoriale a été effectuée par les équipes de secteur, les établissements étant plus dans une logique individuelle de défense de leurs intérêts.

Une autre difficulté a été les calendriers différents du SROS et du PRSP. La plus grande partie des établissements de santé n'ont pas suivi la démarche d'élaboration du PRSP. Ils n'ont découvert son contenu qu'après sa signature en octobre 2006 quand l'ARH leur a présenté l'annexe « santé publique ». Le PRSP n'a été présenté qu'à quatre des huit conférences sanitaires. Par la suite, une campagne de communication a été menée à l'initiative de la Conseillère technique régionale en soins infirmiers (CTRSI) de la DRASS dirigée vers l'ensemble des directeurs des soins. Le PRSP leur a été présenté par le DRASS fin mars 2007.

La signature et donc la diffusion tardive du PRSP ont été dommageables pour l'intégration de ses priorités dans la réflexion des établissements de santé. C'est d'autant plus regrettable qu'il avait été approuvé par la Conférence régionale de santé en avril 2006, soit très peu de temps après le SROS. Une diffusion plus rapide aurait peut-être permis une meilleure appropriation du PRSP par les établissements de santé.

Un troisième obstacle a été le faible nombre de projets territoriaux de santé. En effet seuls six des 21 Pays ont défini la santé comme un axe de développement de leur Pays.

⁶⁰ Les « contrats socles » correspondent aux objectifs quantifiés définis dans le cadre du renouvellement des autorisations.

Il est donc difficile pour les établissements de s'appuyer sur un projet territorial qui ne prend pas en compte la santé. Beaucoup d'élus pensent encore que la santé ne fait pas partie de leur champ de compétences et qu'il s'agit d'un secteur réservé à l'État et à l'Assurance Maladie. Ils n'ont pas encore « intégré » la nouvelle définition de la santé de l'OMS et le concept de promotion de la santé. Bien souvent, ce sont les problèmes de démographie médicale sur leur territoire qui leur font prendre conscience du caractère multifactoriel de la santé. L'exemple de Douarnenez montre bien à quel point la seule volonté d'un établissement et de son directeur sont insuffisantes pour mobiliser l'ensemble des partenaires sur un territoire autour d'un projet territorial de santé. La volonté politique est indispensable. Il me semble que le fait d'introduire un débat sur les actions de santé publique en Conférence sanitaire vise aussi à sensibiliser les élus en montrant que le soin et la prévention sont liés, que le concept de santé est bien plus global que l'absence de maladie et qu'en tant qu'élus ils ont eux aussi un rôle à jouer.

Dans les Conférences sanitaires où il y a une animatrice territoriale de santé, celles-ci sont venues présenter leurs actions afin de sensibiliser les établissements et dans l'optique de développer des démarches conjointes. Mais les élus présents sont là aussi visés : ces présentations sont l'occasion de leur démontrer que d'autres élus locaux se sont emparés de la thématique santé et qu'ils sont parfaitement légitimes pour le faire.

L'ARH avait parfaitement conscience qu'il était difficile, voire impossible, de signer en moins de 6 mois 130 contrats de qualité qui seraient la résultante d'une réflexion territoriale. Le choix a été fait de signer le maximum de contrats complets de qualité et pour les autres établissements de signer avant le 31 mars 2007 un « contrat socle » afin de leur permettre de rédiger leurs contrats dans de meilleures conditions. L'ambition de départ a été revue à la baisse (24 CPOM approuvés sur les 130 au 31 mars 2007) compte-tenu des contraintes liées au terrain et au calendrier mais l'important était d'impulser une dynamique. Des avenants aux contrats permettront ultérieurement de les modifier et de les améliorer. Les 130 contrats devraient tous avoir été approuvés par la COMEX en septembre ou en octobre 2007.

B) Des changements de porteurs du projet

Outre les problèmes liés au calendrier, l'annexe « santé publique » a probablement un peu « souffert » des changements de personnes parmi les porteurs du projet. En effet, entre juillet et octobre 2006, la Directrice de l'ARH et la Préfète de Région qui étaient toutes deux très impliquées dans l'articulation des soins et de la prévention sont parties. Le chef de projet PRSP qui a joué un rôle moteur dans la création de l'annexe a rejoint

l'ENSP. Le directeur de la DRASS et le médecin inspecteur régional (MIR) ont également changé fin 2006. Les principaux porteurs du projet étant partis, la dynamique autour de ce dossier est un peu retombée le temps que les nouvelles personnes se l'approprient.

Ces changements de porteurs du projet associés à aux contraintes du calendrier expliquent le résultat en demie teinte de la mise en place de l'annexe « santé publique ». L'annexe existe dans tous les CPOM mais la réflexion s'est en général centrée sur l'établissement sans réellement intégrer une réflexion territoriale au sein de la conférence sanitaire ou du Pays. Il semblerait que dans certains cas, les établissements aient voulu aller au plus vite dans la rédaction de leur annexe en recopiant le lexique rédactionnel ce qui a limité la réflexion. Il serait intéressant de voir si les établissements qui ont eu plus de temps pour rédiger leur annexe ont pris le temps de consulter la conférence sanitaire ou le Pays.

4.3.2 Le problème du financement

Après avoir abordé les difficultés d'élaboration des annexes « santé publique », il convient d'aborder la mise en œuvre des actions inscrites dans les contrats. Le principal obstacle à la mise en œuvre identifié lors des entretiens est le financement de ces actions. En effet, compte-tenu des difficultés financières de beaucoup d'établissements, leurs dirigeants n'envisagent pas de mettre en place de nouvelles actions ou de poursuivre des activités non rentables sans un accompagnement financier.

Je vais d'abord présenter les différentes modalités de financements des actions de santé publique pour ensuite en faire ressortir les principales difficultés.

A) La tarification à l'activité

Dans le cadre de la réforme du plan hôpital 2007, la tarification à l'activité (T2A) remplace progressivement depuis 2002 la dotation globale de financement des établissements de santé. En 2007, les établissements publics et PSPH seront financés à 50% par la tarification à l'activité. Cette part de financement à l'activité devrait continuer à augmenter dans les années à venir jusqu'à 100% du financement des établissements de santé. Les établissements privés, eux, sont déjà entièrement dans le régime de la tarification à l'activité.

Le principal problème des actions de santé publique est qu'elles sont très peu valorisées dans le système de la T2A. En effet, les actions de prévention ou d'éducation à

la santé réalisées dans le cadre d'une hospitalisation ne donnent pas lieu à une meilleure valorisation du groupe homogène de séjour (GHS) du patient. De plus, la classification commune des actes médicaux (CCAM) n'identifie aucun acte de prévention. Un établissement doit donc financer de telles actions sur ses fonds propres ou par redéploiement.

Il semblerait cependant qu'un financement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé soit possible dans le cadre d'une hospitalisation en médecine ambulatoire. En effet, une prise en charge pluridisciplinaire associant des examens paracliniques et se terminant par une consultation de synthèse effectuée par un praticien peut être facturée comme un séjour ambulatoire de médecine. On peut imaginer que dans le cadre du suivi de sa pathologie chronique, un patient diabétique puisse bénéficier en hospitalisation de jour d'examens paracliniques (biologie et électrocardiogramme), de consultation de spécialistes (cardiologue et ophtalmologiste), d'une consultation avec une pédicure-podologue et de cours collectifs d'éducation thérapeutique ou de nutrition. Le séjour se terminant par une consultation avec le médecin référent afin de définir un plan de prise en charge. Ce type de séjour répond aux recommandations de pratiques cliniques, permet d'effectuer un certain nombre d'actions de prévention et d'éducation à la santé et correspond aux critères définis pour la facturation d'un séjour de médecine ambulatoire⁶¹.

Afin de limiter cet effet un peu pervers de la T2A, le législateur a mis en place les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

B) Les missions d'intérêt général

La dotation des MIGAC correspond à la notion de compensation de service public du droit communautaire. Elle est fixée dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté tous les ans lors de la Loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS). En 2007, cette enveloppe s'élevait à près de 6 milliards d'euro au niveau national et à environ 214 millions d'euro pour la Bretagne. Le Décret 2005-336 du 08 avril 2005⁶² fixe la liste des activités donnant lieu à un financement dans le cadre de cette enveloppe. Les principales activités sont les suivantes : l'enseignement et la recherche, la participation aux missions de santé publique (par exemple : la prévention et

⁶¹ Module interprofessionnel 2007, *Hôpital et santé publique : réalité ou utopie ?* Synthèse d'entretien en annexe page XXIII

l'éducation pour la santé, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires...) et la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques. Les MIGAC peuvent également financer des actions destinées à certaines populations spécifiques : femmes enceintes, détenus et populations en difficultés. Cette enveloppe est extrêmement fléchée et toutes les actions de santé publique ne peuvent pas y émarger. Mais les établissements de santé ont d'autres possibilités de financements.

C) Les plans nationaux

Plusieurs plans de santé publique nationaux donnent lieu à des crédits fléchés pour les établissements de santé comme le plan national de lutte contre le cancer, le plan de prise en charge des maladies rares, le plan périnatalité, le plan santé mentale, le plan de lutte contre les addictions, le plan urgence, le plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan douleur, plan qualité des soins/ infections nosocomiales ou la prise en charge des états végétatifs chroniques. En 2007, ils s'élèvent à 400 millions d'euro au niveau national. En Bretagne, le montant de cette enveloppe pour 2007 s'élève à 16,1 millions d'euro. Ces crédits sont répartis selon les projets des établissements et les actions inscrites dans les CPOM.

D) La marge de contractualisation

En plus de cette enveloppe santé publique, l'ARH dispose d'une marge de contractualisation grâce à la dotation annuelle complémentaire (DAC) laissée à la libre disposition des ARH. En Bretagne cette enveloppe s'élève à 4,5 millions d'euro en 2007. La marge de contractualisation a été mobilisée pour développer et conforter l'offre de soins en complément de l'enveloppe santé publique (mesures insuffisamment financées par les plans) ou pour accompagner d'autres priorités non accompagnées dans les différents plans.

E) L'appel à projets PRSP

Lors de la conception de l'annexe « santé publique », il avait été évoqué la possibilité pour les établissements de répondre à l'appel à projets PRSP afin de financer certaines

⁶² Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale

des actions prévues dans leur annexe⁶³. Cela a été dit aux établissements de santé lors de la présentation du PRSP en Conférence sanitaire et certains établissements y ont vu la possibilité de financer certaines de leurs actions déjà en place et financées sur leurs fonds propres. Ainsi, 36 dossiers ont été déposés par des établissements de santé lors de l'appel à projets commun État/ Assurance Maladie/ Conseil Régional.

Mais lors de la répartition de ces crédits, il a été décidé de prioriser les projets émanant des associations compte-tenu du montant de l'enveloppe disponible. Seuls quelques projets hospitaliers ont été financés.

Même si de nombreuses possibilités de financements des actions de santé publique existent, il n'en demeure pas moins que toutes ces enveloppes sont limitées et ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des besoins. De plus, la plupart des crédits ne sont pas pérennes ce qui remet en cause chaque année la poursuite des actions engagées. Il est évident qu'un établissement qui a déjà des difficultés financières ne pourra pas mettre en œuvre les actions inscrites dans son annexe « santé publique » sans accompagnement financier. Une personne rencontrée m'a dit que « *la santé publique était un luxe que certains établissements ne pouvaient pas se payer* ». Tous ces constats posent des questions auxquelles il m'est impossible de répondre. La valorisation de la santé publique dans les GHS pourrait être un moyen d'inciter les établissements de santé à s'inscrire dans une vraie démarche de santé publique, mais au détriment de quoi puisque toutes les enveloppes sont limitées? Ceci est un vrai choix de société...

Après avoir décrit le contenu des annexes « santé publique » et analysé les démarches des établissements pour identifier les forces et les faiblesses de la démarche, il convient de dégager quelques pistes d'actions pour le MISp afin d'améliorer la mise en œuvre des actions de santé publique dans les établissements de santé.

⁶³ Articulation SROS/ PRSP – Document de travail DRASS/ ARH – Réunion du 10 avril 2006.

5 Les préconisations

5.1 Un lexique rédactionnel moins détaillé

Il me semble important que la partie « actions de santé publique » du lexique rédactionnel ne soit pas trop détaillée. En effet, si l'objectif est d'inciter les établissements à mener une réflexion sur les besoins de leur territoire en partenariat avec les autres acteurs, il ne faut pas leur mettre à disposition un outil tout prêt qu'ils puissent « recopier » dans leur annexe. La reformulation du lexique témoigne de l'appropriation de l'objectif opérationnel par l'établissement et du sens qui sera donné au projet. De même, un plan d'actions « personnalisé » montre que l'établissement a tenu compte de ses ressources et de ses contraintes et éventuellement des besoins du territoire pour la mise en œuvre du projet.

Il conviendrait de présenter les grandes thématiques et des exemples d'objectifs opérationnels dans chacune d'entre elles, sans détailler de plan d'actions et de renvoyer ensuite les établissements au PRSP pour étayer leur annexe.

5.2 Transmettre les projets aux animatrices territoriales de santé

Plusieurs animatrices territoriales de santé ont exprimé le souhait d'avoir une communication des projets des établissements du Pays sur lequel elles sont implantées. Ceci leur permettrait de développer les partenariats au sein du Pays et de renforcer la cohérence territoriale des projets en impliquant davantage les établissements dans les projets territoriaux de santé. Les liens entre les ATS et les établissements de santé ne sont pas encore tissés dans tous les Pays. Ainsi lors du groupe de travail santé publique du territoire de santé n°5, l'ATS présente ne se sentait pas vraiment légitime pour y participer et ne voyait pas quelle plus-value elle pouvait apporter au groupe.

On peut imaginer que le MISPP chargé des politiques de santé publique de la DDASS qui est à la fois un partenaire privilégié de l'ATS et des équipes de secteur de l'ARH⁶⁴ puisse faire le lien entre les projets des établissements et l'animatrice territoriale de santé. Les annexes « orientations stratégiques », « santé publique » et « coopérations, complémentarités réseaux » pourraient être très utiles aux ATS car représentatives des grands axes de développement de l'établissement en matière de promotion de la santé et de réponse aux besoins du territoire.

5.3 Développer la pédagogie

Les services de l'État ont un véritable rôle à jouer en matière de pédagogie dans l'élaboration et le suivi des projets des établissements de santé. Les médecins hospitaliers et les équipes de direction sont encore peu habitués à la conduite de projets. Par exemple, un des établissements rencontrés, qui avait un véritable projet de santé publique en tabacologie n'a pas pu obtenir de financements dans le cadre du plan addictologie à cause de la forme de son projet. Celui-ci était présenté très sommairement ce qui ne permettait pas d'avoir suffisamment d'arguments pour le défendre par rapport à d'autres beaucoup plus étoffés. Un accompagnement en amont aurait sûrement évité cela : le médecin du binôme réoriente l'établissement vers le MISP chargé des politiques de santé publique afin de le conseiller sur la pertinence, le fond et la forme du projet car ensuite, c'est ce même MISP qui va donner son avis sur les projets et les prioriser.

Le MISP en assistant régulièrement aux Commissions médicales d'établissements (CME) peut également faire passer plus facilement des messages aux équipes médicales et travailler en amont avec l'établissement. Sa présence au plus près du terrain permet de donner du sens aux politiques régionales qui peuvent paraître parfois un peu abstraites pour l'établissement. Il est également une aide pour les établissements afin de se repérer dans le champ institutionnel de la santé publique auquel ils ne sont pas encore habitué.

La culture de santé publique commence à rentrer dans l'hôpital qui de ce fait « sort petit à petit de ses murs ». Les établissements de santé font déjà un certain nombre d'actions de santé publique qu'ils n'étiquettent pas en tant que telles⁶⁴. Il est primordial que les services de l'État les accompagnent dans ce « repérage » des actions de santé publique qu'ils mettent en œuvre. Il est indispensable qu'au sein des DDASS les équipes chargées des politiques sanitaire et de santé publique fassent le lien entre elles car l'articulation entre le soin et la prévention ne se fera au niveau d'un établissement de santé que si elle s'est faite à tous les échelons supérieurs.

5.4 Poursuivre les actions de communication

Afin d'améliorer encore la pénétration de la santé publique dans les établissements de santé et d'articuler le soin et la prévention, il convient de poursuivre les démarches déjà

⁶⁴ Les coordonnateurs de secteurs sont tous des MISP ou des IASS.

⁶⁵ KRAJIC K, DIETSCHER MC, PELIKAN J., *Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital*, La Santé de l'homme, n°360, juillet-août 2002, pp.1 8-19.

initiées de communication en utilisant toutes les voies possibles : sensibilisation des équipes médicales par la présence du MISp en CME, sensibilisation des équipes de direction des établissements et des élus aux projets territoriaux de santé par les interventions répétées des animatrices territoriales de santé en conférences sanitaires, sensibilisation des directeurs des soins à travers des actions comme celle menées à l'initiative de la CTRSI.

Il me semble que les directeurs des soins peuvent être des interlocuteurs pour les services de l'État et en particulier du MISp chargé des politiques de santé publique. En effet, les directeurs des soins sont chargés de guider les équipes dans la conception du projet de soins qui est intégré au projet d'établissement. En plus des soins de base et des soins techniques, le projet de soins aborde les soins relationnels et éducatifs (exemple : dépistage de l'anxiété préopératoire, des syndromes de glissement mais aussi éducation des patients dans le cadre d'une maladie chronique). Un directeur des soins sensibilisé à la promotion de la santé, qui connaît bien le PRSP et le territoire autour de l'établissement, va pouvoir avoir un rôle moteur et créer une dynamique au sein de l'établissement grâce au projet de soins et à son suivi.

Comme je l'ai évoqué plus haut, il faut absolument continuer les actions de communication sur les projets territoriaux de santé et renforcer les liens entre les ATS et les établissements de santé. Le MISp est un bon médiateur pour faire cela.

5.5 Inciter les conférences sanitaires à investir davantage le champ de la santé publique

A l'instar du groupe de travail santé publique du territoire de santé n°5, il serait intéressant d'encourager la création d'un tel groupe de travail dans chaque conférence sanitaire afin de définir deux ou trois priorités par territoire de santé et d'essayer ensuite de coordonner les actions dans le territoire.

On pourrait même imaginer la création de sous-groupes réunissant au minimum les établissements de santé et au mieux l'ensemble des acteurs de la conférence sanitaire d'un même Pays. Ce sous-groupe pourrait définir les priorités de santé du Pays quand les élus du Pays ne se sont pas saisis de la santé et qu'il n'existe pas d'animatrice territoriale de santé. Ce premier stade pourrait être ensuite un élément déclenchant et intégrer petit à petit les élus du Pays, les professionnels libéraux, les associations, les réseaux. Les services de l'État ont là aussi un rôle d'accompagnement méthodologique et d'appui technique à jouer.

5.6 Harmoniser les pratiques entre les départements

Enfin, il me semble indispensable qu'il y ait une harmonisation des pratiques entre les différents départements. Même s'il n'était pas possible de montrer une différence statistiquement significative entre les départements concernant le nombre de priorités choisies par établissement, les entretiens mettent en évidence une différence dans les discours des acteurs (directeurs d'établissements et coordonnateurs de secteur).

L'objectif initial de l'ARH était de prioriser deux ou trois actions au maximum afin d'éviter le saupoudrage. Le risque des annexes « santé publique » trop fournies pourrait être la dispersion et remise en question de la pérennité des actions. En effet, si un établissement met en place des actions en fonction des priorités des grands plans, que va-t-il se passer si l'année suivante les priorités (et les financements) changent ? Il va arrêter ce qu'il faisait pour réorienter ses actions sur la nouvelle priorité sans avoir pu mesurer les effets de ses actions ? Quel est alors le service rendu à la population ? Je pense que compte-tenu des moyens financiers alloués à la santé publique, il serait préférable de ne financer que quelques actions qui répondent aux besoins du territoire et qui pourraient s'inscrire dans la durée et bénéficier d'une évaluation.

Certains établissements n'ont pas fait de choix de priorités dans leur annexe « santé publique » puisqu'ils ont choisi d'être exhaustifs, mais il me semble que si on souhaite mettre en place une politique de santé publique cohérente qui s'inscrive dans la durée, les établissements vont être obligés de choisir et il faut absolument que les équipes de secteur les aident car ils ont une vision plus globale du territoire, de ses besoins et des politiques déjà mises en place. Et dans un souci de cohérence régionale, les équipes de secteur doivent obligatoirement porter les mêmes messages.

Conclusion

En ajoutant une annexe « santé publique » aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, l'ARH Bretagne souhaitait impliquer davantage les établissements de santé dans des actions de santé publique qui répondent aux besoins de santé de leur territoire. Cette annexe devait être conçue après une concertation avec les Pays et les conférences sanitaires et devait contenir deux ou trois priorités incluses dans le PRSP. Elle aurait dû être la rencontre des politiques régionales descendantes et d'une politique territoriale ascendante.

Ce travail a montré que l'ensemble des établissements avait effectivement rédigé une annexe « santé publique » qui déclinaient des programmes du PRSP ce qui n'apparaissait pas comme une évidence pour certains établissements en octobre 2006, lors de la présentation du contrat cadre. Entre la décision d'ajouter cette annexe en avril 2006 et l'approbation des premiers contrats par la COMEX début décembre, il s'est passé relativement peu de temps. L'environnement dans la région était favorable et même si certains établissements ont été surpris par cette annexe, elle était dans la continuité des politiques menées antérieurement ce qui fait qu'elle était « acceptable ». Pour autant, il semblerait que la majorité des établissements ait choisi des actions déjà mises en œuvre et qu'il n'y ait pas eu de réelle consultation préalable du Pays ou de la conférence sanitaire.

Même si les objectifs escomptés ne sont pas tous atteints, les résultats sont quand même positifs compte tenu des nombreuses contraintes relatives à l'élaboration des CPOM et du contexte général. L'élaboration de l'annexe a obligé les établissements à se poser la question de la place de la santé publique dans leur structure et leur a permis de réaliser qu'ils menaient déjà des actions de santé publique. Même s'ils sont plutôt restés centrés sur leurs activités au lieu d'étendre la réflexion à l'adéquation de ces dernières aux besoins du territoire, cette étape était indispensable avant de mener une réflexion à un échelon plus élevé (territoire de santé ou Pays) et de s'engager dans une démarche de promotion de la santé plutôt que de prévention.

L'exemple du groupe de travail « santé publique » du territoire de santé n°5 démontre qu'une dynamique est enclenchée et qu'il faut encourager les autres territoires de santé dans la même voie. Il est également important que l'ARH, les services de l'État et maintenant le GRSP continuent d'impulser cette dynamique et qu'ils accompagnent et suivent la mise en œuvre de ces annexes.

Maintenant que les annexes « santé publique » sont écrites, c'est là que tout commence...

Bibliographie

Articles

- BRECHAT P-H, *Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités*, ADSP, n°50, mars 2005, pp.21-27.
- BOURGUEIL Y., *L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?*, La revue hospitalière de France, N°492, mai/juin 2003, pp.17 -22.
- BUTTET P. DEVEAU A. *Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement*, La santé de l'homme, juillet-août 2002, n°360, pp20-21.
- DAB W., *Editorial, La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, La Revue Santé Publique, Volume 16- N°4/2004, pp.583.
- DOKI-THONON J-M, *L'expérimentation bretonne d'animation territoriale de santé*, revue IASS, 2005.
- HENRARD J-C., *Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique*, ADSP, n°50, mars 2005, pp.18-21.
- KRAJIC K., DIETSCHER M.C., PELIKAN J., *Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital ?*, La Santé de l'Homme, N°360, juillet-août 2002, pp .18-19.
- PODEUR A., *Territoire de santé. Objectifs quantifiés et projet médical de territoire.*, Revue hospitalière de France 2006/05-06, N : 510, pp.12-16.

Textes généraux et rapports

- EVEN A., TARDIF L., *Territoires et Santé en Bretagne*, rapport à l'ARH, 2004.
- CREDES, *Territoires et accès aux soins*, Rapport du groupe de travail, 2003.
- CPOM Clinique Saint-Yves, page 3.
- HCSP, *La Santé en France*, 2002.
- Module interprofessionnel 2007, *Hôpital et santé publique : réalité ou utopie?*
- Préfecture de Région Bretagne, URCAM, Conseil Régional, *Cahier des charges de l'animation territoriale de santé*, 20 avril 2007.
- Plan régional de santé publique « *La Bretagne en santé* », 2006-2010.
- Schéma régional d'organisation sanitaire de Bretagne, 2006-2010.
- OMS, *Conférence internationale sur les soins primaires*, Alma Ata, 12 septembre 1978.
- OMS, *Conférence internationale pour la promotion de la santé*, Ottawa, 21 novembre 1986.
- OMS, *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé*, 11 août 2005.
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000.

ORS Bretagne, *La santé de la population en Bretagne, état des lieux préparatoire à la mise en place du PRSP*, 2004.

ORS Bretagne, *La santé dans les 21 Pays de Bretagne*, 2005.

Textes législatifs et réglementaires

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DGAS/DATAR n°2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées et d'action social et médico-sociale dans la cadre des projets territoriaux de développement.

Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2005 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Circulaire DGS/DHOS SD1A n°2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville.

Art. L.6111-1 du Code de la santé publique.

Art. D. 6114-2 du Code de la santé publique.

Documents de travail, relevés de conclusions

Articulation SROS/ PRSP – Document de travail DRASS/ ARH – Réunion du 10 avril 2006.

CAR Santé du 14 décembre 2005.

PV de la Conférence sanitaire du territoire n°1 du 24 novembre 2006.

PV de la Conférence sanitaire du territoire n°2 du 17 novembre 2006.

Relevé de décision de la réunion du groupe de travail « actions de santé publique » du 24 mars 2007.

Sites internet

www.viepublique.fr/politiquespubliques/politiquehospitaliere/instruments/planification-hospitaliere

www.region.bretagne.fr

Liste des annexes

Annexe I : Liste des personnes rencontrées

Annexe II : Grille d'entretien « personnes ressources »

Annexe III : Grille d'entretien « directeur d'établissement »

Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens avec les établissements

Annexe I :

Liste des personnes rencontrées

Monsieur Yvon Guillerm, Directeur Adjoint de l'ARH Bretagne

Monsieur François Petitjean, ancien chef de projet PRSP Bretagne

Madame Anne Le Roux, chargée de mission « coordination de l'élaboration des dispositifs régionaux d'organisation des soins », ARH Bretagne

Monsieur Jean-Pierre Nicolas, MISP chargé des politiques de santé publiques à la DRASS Bretagne

Madame Christine Brunet, MISP, DDASS 35, coordonnateur du territoire de santé n°5

Madame Annie Le Goas, MISP, DDASS 22, coordonnateur du territoire de santé n°8 et

Madame Monique Duforrestel, IASS, DDASS 22, coordonnateur du territoire de santé n°7

Monsieur Nicolas Pellé, IASS, DDASS 29, coordonnateur de territoire de santé n°2

Madame Jeannine Genin, Conseillère technique régionale en soins infirmiers, DRASS Bretagne

Monsieur le Directeur de la Clinique St-Yves à Rennes

Monsieur le Directeur du Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes

Monsieur le Président de CME du Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes

Monsieur le Directeur par intérim et Madame la Directrice des Soins du Centre hospitalier de Guingamp

Monsieur le Directeur du Centre hospitalier de Plouguernevel

Monsieur le Directeur Général et Monsieur le Directeur Financier du Centre hospitalier de Saint-Brieuc

Monsieur le Directeur du Centre hospitalier de Douarnenez

Madame la chargée de mission de la Conférence sanitaire du territoire n°5

Annexe II :

Guide d'entretien « personnes ressources »

A propos de l'annexe et de la démarche d'articulation du SROS et du PRSP :

A quand remonte la volonté politique d'articuler le SROS et le PRSP et au-delà le soin et la prévention en Bretagne?

Quels sont les moyens prévus pour articuler le SROS et le PRSP ?

A quel moment a-t-il été décidé de rajouter une annexe santé publique dans les CPOM en Bretagne ? Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de l'annexe et quels sont les effets attendus ?

Existait-il déjà une partie santé publique dans les précédents COM ?

Comment cette annexe a-t-elle été présentée aux binômes ARH et aux établissements : objectif, contenu...

A propos du lexique rédactionnel :

Quelle a été la commande pour le lexique rédactionnel ?

Comment les priorités du lexique ont-elles été choisies ? Est-ce que c'est déjà une adaptation du PRSP aux activités potentiellement réalisées par les ES ?

A quel moment a-t-il été finalisé ?

A quel moment a-t-il été diffusé aux établissements ?

Quelle présentation a été faite aux établissements de ce lexique?

Quelle est la marge de manœuvre des ES vis-à-vis de ce lexique rédactionnel ? Ont-ils la liberté d'indiquer des actions en dehors des champs du lexique ?

Le financement :

Comment pensez-vous que ces actions seront financées ?

Qu'est-ce qui a été prévu initialement ?

Les ES qui auront choisi des priorités hors PRSP auront-ils des financements ?

Annexe III :

Guide d'entretien « directeur d'établissement »

Présentation de mon thème de mémoire.

Demander pour l'enregistrement.

Assurer de la confidentialité et de l'anonymisation des entretiens.

Demander si je peux citer le nom de l'établissement dans la liste des établissements analysés et l'autorisation pour la monographie.

Généralités :

Présentation rapide de l'établissement : son activité, le contexte actuel, les difficultés éventuelles

Globalement, comment s'est déroulée la négociation de votre CPOM ?

L'élaboration de l'annexe santé publique :

Comment cette nouvelle annexe santé publique vous a-t-elle été présentée par le binôme ?

Comment l'avez-vous vécu dans le contexte des réformes actuelles ?

Quelles sont les priorités de santé publique inscrites dans votre CPOM ?

Sur quels critères avez-vous fait ces **choix** ? Qui a participé à ce choix (médecins, instances....) ?

Avez-vous utilisé le lexique rédactionnel ?

Le lexique rédactionnel a-t-il été une aide pour vous ou a-t-il représenté un cadre +/- rigide ?

Vous a-t-il permis de vous rendre compte que certaines de vos activités pouvaient être considérées comme de la santé publique ?

La réflexion territoriale :

Est-ce qu'il y a eu une réflexion au niveau de la conférence sanitaire sur le rôle de chaque établissement ?

Avez-vous pris en compte les priorités du pays quand il y a une ATS ?

La mise en œuvre des actions prévues dans le contrat :

Comment pensez-vous financer ces actions de SP ?

La place de la SP dans l'établissement et la place de l'établissement dans le dispositif régional :

Est-ce que vous connaissez le contenu du PRSP ?

Quelle place pensez-vous que la santé publique occupe dans votre établissement ?

Quel rôle pensez-vous avoir à jouer dans le système régional de santé publique et de prévention qui se structure progressivement, avec notamment la mise en place du GRSP ?

Les préconisations :

Qu'est-ce qui vous aurait aidé dans l'élaboration de cette annexe ?

Qu'attendez-vous comme aide de la part des services de l'Etat pour la mise en œuvre et le suivi de cette annexe ?

Annexe IV :

Grille d'analyse entretien des établissements

Présentation générale de l'établissement

Le cadre général de la négociation du CPOM

Le projet d'établissement

La présentation de l'annexe santé publique

Que représente l'annexe santé publique pour eux

Le choix des priorités

D'autres activités non identifiées

L'utilisation du lexique rédactionnel

Le rôle de la conférence sanitaire de secteur

Les liens avec le pays et l'ATS

Le financement

La place de la santé publique dans l'établissement

Quel rôle pour l'établissement en matière de prévention et promotion pour la santé ?

Quelle aide des services de l'Etat ?