



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MISP

Date du Jury : **22 Avril 2002**

**MISE EN PLACE
D'UN DISPOSITIF D'EVALUATION
DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE
EN NORD-PAS-DE-CALAIS**

Monique VIGUIER

Sommaire

CHAPITRE 1 PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Introduction

I/. LA REGIONALISATION

- I/.1. Les lois de décentralisation..... .. page 7
- I/.2. La mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).... page 9
- I/.3. Des Conférences Régionales de Santé aux PRS, une autre manière de planifier la santé publique..... page 11

II/. L'IMPLICATION EN SANTE PUBLIQUE

- II/.1. La planification populationniste ou la planification en termes de besoins et de priorités de santé..... page 15
- II/.2. La santé communautaire..... page 16
- II/.3. La démocratie sanitaire..... page 18

III/. L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

- III/.1. L'évaluation ; nouvelle réorganisation de l'action publique ou concept d'importation ?..... page 20
- III/.2. L'évaluation ; un ensemble de concepts contradictoires ?
 - III/.2.1. *Evaluation cognitive ou formative ?*..... .. page 23
 - III/.2.2. *Evaluateur externe ou interne ?*..... .. page 25
 - III/.2.3. *Evaluer comment ?*..... .. page 26
- III/.3. L'évaluation : du concept aux questions évaluatives. De la qualité de la méthodologie dépendra la qualité de l'évaluation
 - III/.3.1. *Quel est l'objet évalué ? De l'objet évalué dépendent les Questions évaluatives*.....page 27
 - III/.3.2. *Qui est le pilote de l'évaluation ?*..... .. page 28
 - III/.3.3. *La construction des indicateurs*..... .. page 29
- III/.4. Une évaluation des politiques publiques en dessous de ses possibilités techniques d'analyse de l'action publique ?..... page 30

CHAPITRE 2 MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'EVALUATION EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Introduction

I/ L'OBJET A EVALUER : LES PRS DE LA REGION

NORD-PAS-DE-CALAIS

I/1. Quels PRS en Nord Pas de Calais ?

I/1.1. "Challenge", un PRS qui entame une deuxième phase de travail...	page 34
I/1.2. Un PRS exceptionnel : le PRASE.....	page 34
I/1.3. Trois PRS en phase de montée en charge.....	page 35
I/1.3.1. PRS "Santé cardiovasculaire".....	page 35
I/1.3.2. PRS "Santé des enfants et des jeunes".....	page 35
I/1.3.3. PRS "Conduites des consommations à risques".....	page 36
I/1.4. Un monde à part : le PRAPS.....	page 36

I/2. Le fonctionnement d'un PRS

I/2.1. Généralités.....	page 37
I/2.2. Le rôle du pilote.....	page 38
I/2.3. Le rôle particulier du groupe de suivi.....	page 39
I/2.4. L'instance d'évaluation.....	page 39
I/2.5. Le rôle du comité des Politiques Régionales de Santé.....	page 41
I/2.6. Le rôle du comité de gestion.....	page 42
I/2.7. La place de la Conférence Régionale de Santé.....	page 42
I/2.8. Le conseil scientifique.....	page 42

I/3. Les PRS en action

I/3.1. Généralités.....	page 43
I/3.2. Les PRS en actions.....	page 44
I/3.3. Le partenariat.....	page 44
I/3.3.1. Le partenariat institutionnel	page 47
I/3.3.2. Le financement des PRS.....	page 48

I/3.4. La place des PRS dans l'action des Services déconcentrés de l'Action sanitaire et sociale en Nord-Pas-de-Calais

I/3.4.1. La place des PRS dans l'Inspection Régionale de Santé.....	page 49
I/3.4.2. La place des PRS dans l'action sanitaire et sociale.....	page 49

II/ LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'EVALUATION

I/.1. Généralités.....	page 51
II/.2. La mise en place du dispositif.....	page 52
II/.2.1. Le calendrier.....	page 52
II/.2.2. Le cahier des charges.....	page 52
II/.2.3. Le recrutement des évaluateurs.....	page 53
II/.2.3.1. Les évaluateurs en charges de l'évaluation des actions.....	page 53
II/.2.3.2. Les évaluateurs en charge des programmes.....	page 55
II/.2.3.3. Les évaluateurs en charge de l'instance régionale.....	page 55
II/.2.4. La mise en place des instances d'évaluation.....	page 55
II/.3. Les implications managériales.....	page 56
II/.3.1. Les implications au début de la programmation pour l'auteur.....	page 56
II/.3.2. Les implications managériales pour les acteurs.....	page 56

CHAPITRE 3 DISCUSSION SUR LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN NORD-PAS-DE-CALAIS

III/. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES D'UNE EVALUATION DE POLITIQUE PUBLIQUE

III/II. DISCUSSION SUR LE DISPOSITIF DES PROGRAMMES DE SANTE DU NORD-PAS-DE-CALAIS

III/II.1. Une évaluation chemin faisant.....	page 64
III/II.1.1. Généralités.....	page 64
III/II.1.2. Les règles de sélection des critères.....	page 65
III/II.1.3. Synthèse.....	page 67
III/II.2. Le rôle de l'évaluateur.....	page 69
III/II.2.1. Généralités.....	page 69
III/II.2.2. La pérennisation du dispositif d'évaluation.....	page 70
III/II.3. L'importance du travail préparatoire et les questions évaluatives.....	page 71
III/II.3.1. Généralités.....	page 71
III/II.3.2. La formulation des questions évaluatives.....	page 71
III/II.4. Les instances d'évaluation.....	page 72

CONCLUSION

Glossaire..... page 74

Annexes..... page 81

Bibliographie..... page 134

L'objet de ce travail est de décrire la mise en place d'une procédure d'évaluation concernant les Programmes Régionaux de Santé (PRS) dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Les PRS, créés à l'initiative du Préfet, sur proposition de la Conférence Régionale de Santé, sont définis par le décret du 17 avril 1997 (118) de la façon suivante : "*Ces programmes comportent des actions de promotion pour la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation*".

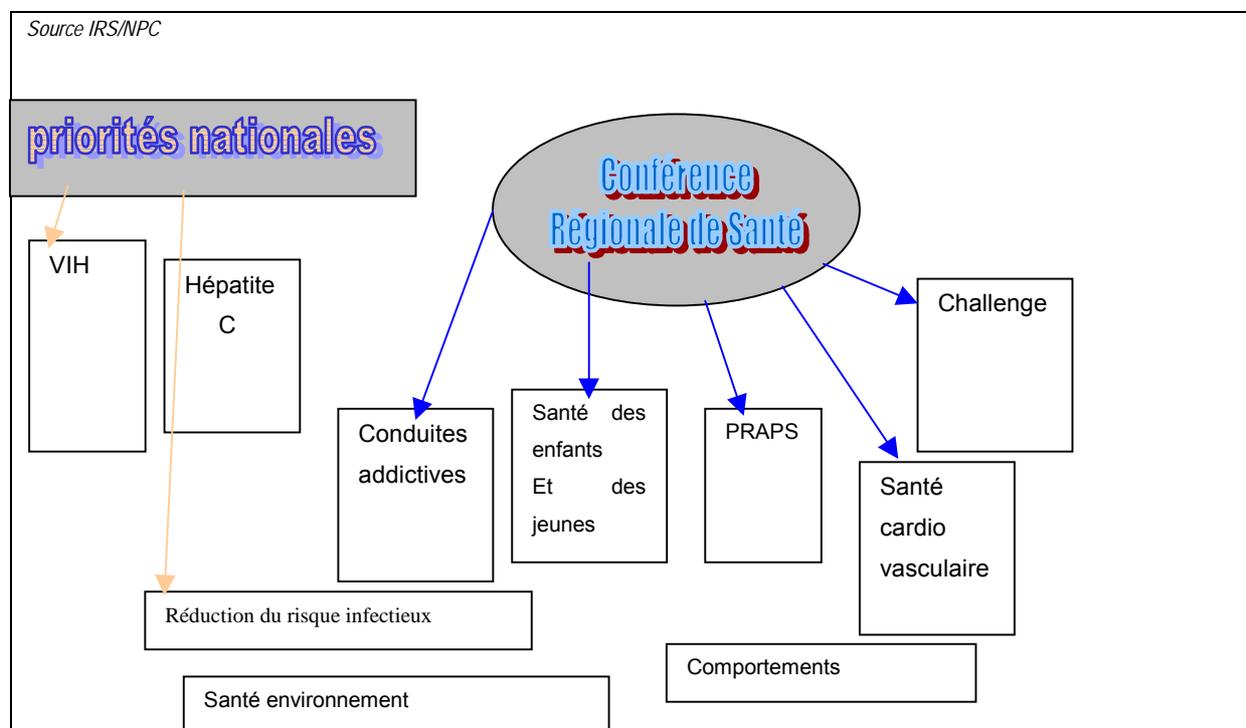
Nous ferons un synopsis en fin de ce chapitre de la genèse des PRS.

Pour sa part, la région Nord-Pas-de-Calais a mis en œuvre 6 PRS entre 1998 et 2001.

Dès 1998, le programme «Challenge» est lancé, rejoint, en 1999, par les autres programmes « Santé des enfants et des jeunes », «Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins », «Conduites Addictives», «Santé Cardiovasculaire» et bientôt par le Programme Régional de santé et Environnement «Prase» .

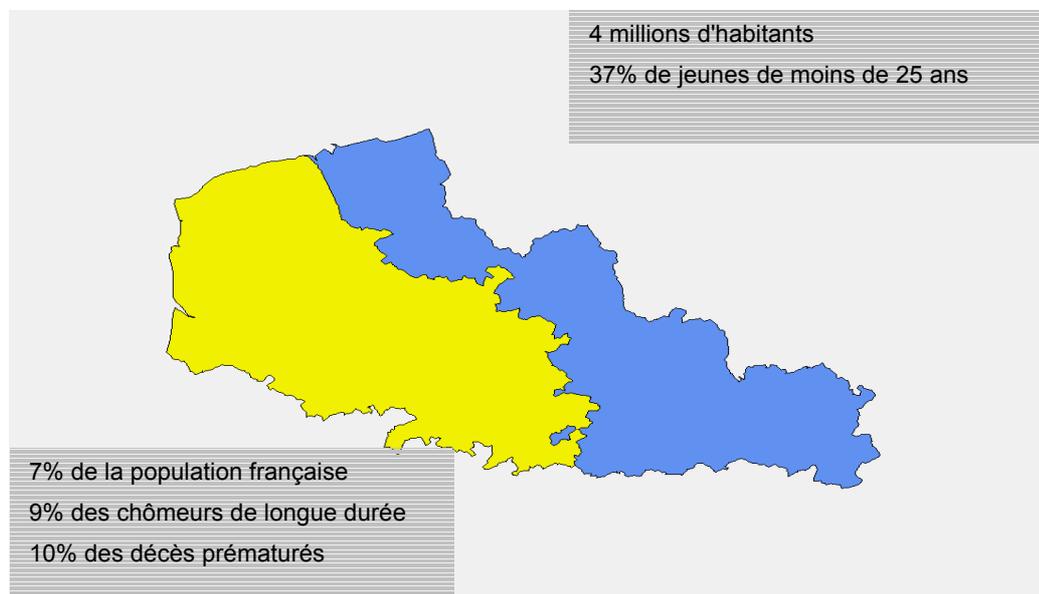
Par ailleurs sont déclinés des plans transversaux autour de l'alimentation, le VIH et l'hépatite C, correspondants aux priorités nationales. L'ensemble est détaillé dans le tableau 1.

TABLEAU 1



La région Nord-Pas-de-Calais offre par ailleurs certaines spécificités régionales résumées ci après :

TABLEAU 2 *source IRS/NPC*



Une "petite grande" région

La région Nord-Pas-de-Calais, avec 4 millions d'habitants est la deuxième région de France après l'Île de France.

C'est cependant une petite région en termes de territoire. Deux départements resserrés, le Nord centré autour de l'agglomération lilloise et le Pas-de-Calais plus contrasté, alliant milieu rural et cités industrielles, n'en constituent pas moins une région très différenciée en termes d'habitat et de styles de vie.

▪ ***Une région marquée par des indicateurs de santé de la population parmi les plus mauvais sur le plan national***

- Une espérance de vie à la naissance mauvaise : 70 ans chez les hommes pour une moyenne nationale de 73 ans chez les hommes, 79 ans chez les femmes pour une moyenne nationale de 81 ans ;
- Une mortalité prématurée élevée, dite évitable : un tiers des habitants meurent avant 65 ans ;
- Une mortalité élevée par cancers, maladies cardiovasculaires, bronchites chroniques, cirrhoses.

Une spécificité marquée de la Région en termes d'investissement dans la politique de la santé et partenariat

Un engagement des élus autour de la politique de santé est notable bien au-delà des obligations légales prévues par les lois de décentralisation. Cette dynamique se retrouve tant dans l'implication du Conseil Régional que dans les volets Santé de la Politique de la Ville ou dans l'investissement des Conseils Généraux. Pour exemple, les élus du Conseil Général se sont engagés dans une politique de santé marquée concernant le SIDA avec distributeurs de seringues gratuites. Ils ont organisé également des unités territoriales structurées autour de projets de santé. Le XIIe Contrat Plan Etat Région (CPER), déjà signé (seulement trois régions ont déjà signé ce CPER), comportant un volet santé et une politique de la ville, caractérisent la Région. Le précédent CPER englobait déjà un volet santé. Il existe un Vice-Président du Conseil Régional en charge de la Santé. Les services de l'Etat participent, par ailleurs, activement à cette attitude volontariste.

C'est la région entière qui a pris à bras le corps ses problèmes de santé en concrétisant 5 PRS entre 1998 et 1999.

C'est dans cette dynamique régionale que se met en place une évaluation d'un processus impliquant tous les acteurs de la région.

La difficulté de la procédure d'évaluation tient, d'une part, à la volonté des acteurs impliqués d'évaluer dans un même mouvement actions, processus et politique régionale de santé et d'autre part, au fait que l'évaluation n'a pas été prévue dès le départ des PRS. Les critères d'évaluation seront donc posés comme une évaluation *«chemin faisant»* pour faire le point des actions entreprises et permettre un réajustement. Certains éléments n'auront pas pu être anticipés, d'autres ne pourront pas être comparés à une grille préalable ; enfin les résultats en termes d'effets sur la santé ne bénéficieront pas d'un temps de recul suffisant pour être appréciés. Dans ce dernier cas, la construction de "l'outil évaluatif" devra être anticipatif.

Enfin certains choix opérationnels concernant la méthodologie de l'évaluation peuvent être critiqués. La dimension managériale de l'évaluation a été préférée à la neutralité distanciée. Cela pose donc la question des domaines respectifs de l'évaluation et du management de la qualité.

Le premier chapitre posera brièvement la problématique des PRS depuis leur genèse et leur implantation dans le champ sanitaire, social et politique.

L'évaluation dans ses concepts théoriques sera également abordée, notamment dans l'aspect spécifique de l'évaluation des politiques publiques, concept encore récent et pour lequel un tour d'horizon sera esquissé.

Le deuxième chapitre, descriptif, racontera le montage du dispositif d'évaluation, tel qu'il a été choisi par les partenaires et les outils méthodologiques utilisés après avoir fait un bref tour d'horizon des spécificités des Programmes Régionaux de Santé du Nord-Pas-de-Calais. La discussion autour de certains choix méthodologiques ou éthiques charpentera le troisième chapitre.

Notre méthodologie d'intervention sera différente en fonction des chapitres. Essentiellement centrée sur la recherche bibliographique et les écrits de référence dans le premier chapitre, dans le deuxième chapitre nous serons partie prenante dans le cadre du stage et en charge d'une partie de l'action, associée à la réalisation du cahier des charges de l'évaluation dont nous décrivons la mise en place méthodologique. Ailleurs, dans le deuxième chapitre nous serons spectatrice des choix opérés sur le terrain et nous en décrivons le déroulement.

Dans le troisième chapitre, sur la base des écrits disponibles, certains entretiens seront réalisés pour affiner le jugement et permettre la discussion autour des choix opérés, du dispositif mis en place, des interrogations méthodologiques ou éthiques, des pistes de réflexion. Les outils méthodologiques utilisés seront cités et éventuellement détaillés lorsqu'ils sont constitutifs de l'apprentissage réalisé. Les entretiens seront réalisés sous forme de questions semi-ouvertes. La liste des personnes sollicitées pour ce travail est disponible en annexe.

TABLEAU 3 : GENESE DES PRS / C NICOLAS (92)

1994-1996

LA PHASE D EXPERIMENTATION

1994 **RAPPORT DU HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Objectivation d'une amélioration de la santé en France de façon globale avec maintien d'une disparité forte régionale et sociale ainsi que d'une surmortalité évitable importante et d'une augmentation de situations de mal-être.

Constat : - Un système de soins incapable de résoudre les problèmes de santé

- La multiplicité des centres de décisions et des acteurs

- Une qualité de vie insuffisante des personnes malades ou handicapées.

Propositions :

Quatre grands buts : Réduction des décès évitables

Réduction des incapacités évitables

Amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées ou malades

Réduction des inégalités face à la santé

Déclinaison des buts en objectifs spécifiques autour de problèmes ou de déterminants assortis de propositions d'actions et d'indicateurs d'évaluation

Pertinence du niveau régional pour adapter une politique nationale et réorienter les ressources stratégiques

1994 Déclinaison régionale des priorités du HCSP **Trois PRS mis en place** en région Auvergne (périnatalité, Alsace (Cancers), Pays de Loire (conduite d'alcoolisation à Risque) sous l'impulsion de la DGS et de l'ENSP

1995 Tenue des conférences Régionales de Santé expérimentales entre fin 95 et mi 96

1996 Huit nouvelles régions expérimentent les projets régionaux de santé

1996-1999

LA PHASE D'INSTALLATION

24 avril 96 les ordonnances sur la maîtrise des dépenses de santé institutionnalisent les Conférences Régionales de Santé et leur déclinaison opérationnelle les PRS

27 janvier 1997 circulaire relative aux missions des DRASS et des DDASS dans l'élaboration d'un Programme régional de santé

17 avril 1997 décret : projets régionaux de santé deviennent les PRS (Programmes régionaux de santé) « **ils comportent des actions de promotion de santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion ainsi que les indicateurs quantitatifs et qualitatifs nécessaires à leur évaluation. Ils sont élaborés et mis en œuvre avec la coordination, notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et associations qui y participent**

20 novembre 1997 la circulaire n°97/731 rappelle les textes et l'obligation au Préfet et à ses services de coordonner et de mettre en œuvre les programmes et de leur adjoindre une CPRS comité permanent de la Conférence régionale de santé

1998 décrets création des PRAPS sur le modèle de fonctionnement des PRS

290 déc. 98 Décret concernant le Comité de Politiques Régionales de Santé qui remplace le Comité Permanent de la CRS

En 1999 c'est 73 programmes qui sont lancés

1998-2001

LA PHASE D EVALUATION

sep 97-avril 99 trois séminaires réunissant les coordonnateurs ont lieu pour échanger et analyser les difficultés de mise en place

1997 Etude GRAPHOS sur les Conférences Régionales de Santé

1999 évaluations ASPHER commanditée par la DGS et réalisée par l'ENSP et l'ASPHER sur les PRS

1999 évaluations complémentaires à l'ASPHER concernant le PRS réalisée par la SFSP

2001-2002 évaluation des PRAPS commanditée par la DGS

2001-2003

LA PHASE D AMENAGEMENT

2001-2002 Formation managériale à destination des coordonnateurs chefs de projet

2001-2003 Proposition de réaménagement du concept CRS

CHAPITRE 1

PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

INTRODUCTION

La notion de PRS (Programme Régional de Santé) a cinq ans et s'inscrit dans une triple dynamique d'action, concrétisée à l'issue du rapport de 1994 du Haut Comité de la Santé Publique* : une dynamique de régionalisation de la prise en charge de la politique de santé, la volonté de développer le concept de santé publique en France et, enfin, une volonté de transparence de l'action de l'Etat et du politique qui traverse tous les champs de l'action publique. L'interface de ces trois mouvements est au cœur de la construction du dispositif conceptuel des PRS. Les Programmes Régionaux de Santé, basés sur la planification stratégique, ambitionnent de régénérer la planification de l'action sanitaire et sociale autour de ces trois directions.

Le décret¹ d'application définit les PRS ainsi : **"Le Préfet de Région détermine parmi les priorités établies par la Conférence Régionale de Santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion pour la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation"**.

Nous allons dans ce chapitre, envisager successivement comment la volonté de décentralisation des politiques publiques, l'irruption, parfois brutale, dans les dernières années du concept de santé publique et la volonté de moderniser la politique publique, campent le décor de ce travail théorique que constitue le mémoire.

¹ Décret du 17 avril 1997 instituant les CRS et les PRS

I. LA REGIONALISATION

Les axes de la régionalisation de la politique de santé se dessinent autour de trois pivots que sont les lois de décentralisation, la mise en place de l'ARH et la création des PRS : nous allons succinctement présenter l'influence qu'ils représentent pour l'administration du système sanitaire français.

I.1. Les lois de décentralisation

Le premier pivot suit au plus près les lois² de décentralisation dont la loi du 2 mars 1982 est la «loi locomotive» et la délégation de compétences propres des conseils généraux en matière de santé. Ces compétences spécifiques, dévolues au Conseil Général et fixées par voie de décret, sont explicites. Elles obligent, de fait, les services déconcentrés de l'Etat, au niveau départemental, à un partage de compétences et à un partenariat.

Dans le domaine de la santé, le Conseil Général gère la Protection Maternelle et Infantile*, la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes, les vaccinations et le dépistage précoce du cancer. Le département gère également une partie de l'aide sociale depuis la décentralisation : l'aide sociale à l'enfance, aux familles et aux handicapés ainsi que le Revenu Minimum d'Insertion. L'aide médicale gratuite était également gérée par les communes, jusqu'à la mise en place de la CMU*, directement prise en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Enfin, en ce qui concerne les établissements sociaux ou médico-sociaux, la compétence du département est exclusive en cas de financement isolé du département, conjointe dès lors qu'il existe un financement mixte.

Le Président du Conseil Général peut voir mis à disposition les services de l'état par voie de

² Loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, départements et régions / décret du 10 mai 1982 relatifs aux pouvoirs des commissaires du gouvernement et à l'action des services de l'Etat dans les départements et les régions modifiées par décrets du 28 juillet 1983. /loi du 10 juillet 1982 et décret du 22 mars 1983 relatifs aux chambres régionales des comptes. / Loi des 7 janvier, 22 juillet, 29 décembre 1983 et 25 juillet 1985 relatives à la répartition des compétences entre l'Etat, les communes, les départements et les régions ; celle du 22 juillet 83 concerne plus spécifiquement l'action sociale et la santé. Le décret du 19 octobre 1984 organise le transfert des services de l'Etat en matière d'action sociale et de santé et définit les missions des DDASS. La loi du 6 janvier 1986 adapte la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé ainsi que le fonctionnement des conseils généraux / décret du 14 mars 1986 missions et attributions des DDASS et DRASS

Au 31 décembre 1987 50 lois et 300 décrets d'application ont posé les règles du jeu de la décentralisation en termes d'actions sanitaires et sociales Trois lois modifient en profondeur le reste du paysage le RMI mis en place en 1988, la CMU mise en place au 1^{er} Janvier 2000 qui modifie les conditions de l'aide médicale gratuite et la prestation dépendance. La CMU modifiant les conditions d'attribution de l'aide médicale gratuite et la nouvelle 'prestation dépendance' (loi du 20 juillet 2001) » appelée prestation personnalisée d'autonomie, attribuée par le Conseil Général est décomposée en trois forfaits un forfait soin, un forfait hébergement, un forfait dépendance

* Protection Maternelle et Infantile

convention ; cela concerne surtout les agents des DDASS³.

Ces attributions supplémentaires au détriment de l'Etat ne se sont pas accompagnées d'une modification du mode de scrutin. Le scrutin uninominal organisé au sein du canton, peut figer une vision d'arbitrages d'intérêts locaux au détriment d'une politique déclinant l'intérêt général au plus près de la population.

En ce qui concerne la Région et le Conseil Régional, la décentralisation se présente sous des auspices différents. La loi fondatrice de 1982 aligne la Région sur le modèle de la collectivité territoriale : le préfet cède l'exécutif au président du Conseil Régional constituant ainsi avec le vice - président l'exécutif du Conseil Régional. L'assemblée régionale est élue au suffrage universel selon le mode proportionnel ; la Chambre Régionale des Comptes et le Conseil Economique et Social complètent le dispositif, de deux assemblées consultatives. Le Conseil Régional apparaît donc posséder une légitimité démocratique plus élevée au regard des textes. Le Conseil Régional possède par ailleurs des délégations de compétences, concrétisées également par les lois de décentralisation en termes d'équipement, de la formation, de l'aménagement du territoire. Cependant, du bilan des Contrats Plan Etat Région (CPER) signés dans le cadre du XIe plan émerge une tonalité mitigée (2).

L'Etat régulateur, jacobin, y est souvent contesté dans sa légitimité à réguler l'action. Il est également considéré comme un frein plutôt qu'un moteur de la décentralisation que les élus souhaiteraient plus large.

Ce débat n'est encore pas tranché en France et l'on assiste à des avancées massives de la décentralisation suivies de reprises en main par l'échelon central de la décision. Si les élus se plaignent de la régulation parfois pesante de l'Etat, frein à des avancées régionales significatives, celui-ci craint la constitution de fiefs, sources d'inégalités potentielles.

La pertinence du niveau régional de décision politique, assez unanimement partagée, laisse supposer la suppression de l'échelon intermédiaire départemental et le renforcement de l'échelon local communal, voire intercommunal.

La communauté d'agglomérations ou la communauté de communes se profile comme une force économique de décision et, parfois, comme un échelon politique incontournable. Le passage dans le vocabulaire courant de la nouvelle entité «l'agglomération» est le reflet de la légitimité acquise sur le terrain en dix ans d'existence. Les dix prochaines années seront vraisemblablement décisives de l'outil décisionnaire dont veut se doter le pays, que ce soit dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, l'aménagement du territoire ou d'autres domaines des politiques publiques.

³ Pour exemple on prendra celui de la DDASS du Nord dont les agents ,au nombre de 2500 avant la décentralisation gèrent actuellement moins de 210 agents, les agents ayant été transférés ainsi que les compétences au Conseil Général du Nord

I.2. La mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation

Le second pivot est porté par les trois ordonnances Juppé de 1996, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et de la mise en place d'une gestion régionale hospitalière sous la tutelle du directeur d'ARH. La tutelle des hôpitaux passe des mains des services de l'Etat à l'ARH, constituée en Groupement d'Intérêt Public.

En théorie, il s'agit d'une modification substantielle du fonctionnement de l'administration française. Le terme d'agence n'est pas neutre et l'on renverra aux théories en vigueur sur la relation d'agence⁴. Cependant, stricto sensu, l'ARH ne répond pas à la définition de « l'Agence » qui est une "*structure⁴ administrative bénéficiant de garanties d'indépendance statutaire la mettant en dehors de l'organisation administrative classique*" (17). Ce GIP se trouve en charge de gérer l'hospitalisation publique depuis le 1er Juillet 1997, date de la mise en place effective des ARH et la totalité de l'hospitalisation depuis le début de l'année 2000. Dans ce champ de l'action sanitaire et sociale les agents des services déconcentrés de l'Etat sont mis à disposition du directeur de l'ARH.

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales devaient disparaître en tant qu'entités autonomes. La réforme finale sera un peu en retrait, laissant subsister DDASS et DRASS, avec une amputation de leurs champs de compétences, transféré à l'Agence.

La volonté du législateur était d'installer le directeur de l'ARH en situation de «*préfet sanitaire*» pour reprendre l'expression en vogue à la création des Agences.

Dans les faits, la délégation large faite aux conseils généraux de pans respectables de l'action sanitaire et sociale a amputé une partie de la mission.

L'assise des services déconcentrés de l'Etat a donc été ébranlée par ce double mouvement de décentralisation politique et de régionalisation des décisions en termes de santé. D'un côté, les Conseils Généraux forts de leurs délégations en matière de santé entendent bien exercer toutes leurs prérogatives. L'augmentation programmée de la territorialisation risque d'amplifier le phénomène. De l'autre côté le partage de prérogatives dans la gestion de l'hospitalisation au sein de la Commission exécutive, entre les services de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie, n'est pas toujours neutre. La création de l'URCAM⁵, acteur essentiel au niveau régional participe des échanges complexes noués tant dans le champ sanitaire de l'hospitalisation que de la médecine libérale depuis la modification de l'hospitalisation induite par les ordonnances de 1996 (118)

La création de l'ARH ne modifie pas le niveau régional de décision en termes d'organisation sanitaire, puisque c'était déjà, par l'intermédiaire des DRASS, l'échelon de régulation choisi

⁴ La contractualisation des EPS MIP 2001 document ENSP

⁵ Union Régionale des Caisses d' Assurance Maladie

par l'Etat. Notamment la loi hospitalière de 1991, par l'intermédiaire des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, pilotés par les DRASS, avait fortement structuré le parc hospitalier autour d'une régionalisation de l'offre sanitaire.

Cependant, l'Agence Régionale d'Hospitalisation est une réponse à l'échec de l'expérience de la DRISS⁶, menée entre 1991 et 1993. Cette expérience voulait renforcer la compétence et l'efficacité des services de l'état en termes d'organisation sanitaire et sociale. L'objectif était, déjà, d'unifier l'échelon décisionnaire au niveau régional. La création de l'ARH est la démarche inverse de celle qui sous-tendait la création de la DRISS.

L'ARH⁷ est davantage une recentralisation de la décision politique du système sanitaire, le directeur de l'ARH ne dépendant que de l'échelon ministériel, les DRISS ayant été une réelle tentative de décentralisation.

Une partie des prérogatives spécifiques du Directeur de l'ARH, prélevées sur les préfets de région et de département, visait à le protéger des pressions politiques locales dont n'avaient pas toujours pu se prémunir les préfets dans le cadre des restructurations hospitalières. Le rôle du Directeur d'ARH est comparé (17) à "*une autorité de l'État sans en avoir tous les attributs*". L'ARH participe à la fois de la déconcentration⁸ et de la décentralisation.

On peut donc s'interroger sur le projet qui vient d'être voté d'adjoindre à l'ARH une commission consultative régionale (CRS) composée en partie d'élus et en partie d'institutionnels.

I.3. Des Conférences Régionales de Santé aux Programmes Régionaux de Santé, une autre manière de planifier la santé publique

Le troisième aspect, impulsé par le rapport 1994 du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)*, expérimenté dès 1994 et généralisé par les ordonnances de 1996, crée les Conférences⁹ Régionales de Santé (CRS) et leur déclinaison opérationnelle, les

⁶ Décret n° 91-987 du 26 septembre 1991 portant création à titre expérimental de trois directions régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité (Auvergne, Haute Normandie et Midi Pyrénées)

⁸ Les ARH ont donc fonction de « *constituer une autorité de décision cohérente [...] qui remédiera à la dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences entre les services de l'Etat et l'assurance maladie* » opus cité

⁹ « *établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de Région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population* » ordonnance du 24 avril

Programmes Régionaux de Santé (PRS), dont le fonctionnement ¹⁰ est fixé par le décret du 17 avril 1997. Les premières CRS se tiennent entre 1995 et 1996 sur l'ensemble du territoire avec des bonheurs divers. Les thématiques abordées reprennent les dix priorités nationales retenues par le HCSP et choisissent des spécificités régionales autour de ces dix thèmes majeurs. L'enjeu de ces CRS était de permettre un débat public sur les enjeux en matière de santé (95).

Le dispositif est complété par un Comité¹¹ Régional de Politiques de santé par voie de décret, le 29 décembre 1998. L'objectif est, sous l'égide du Préfet de Région, qui préside cette instance consultative, de mettre en place un lieu de concertation pour les différents décideurs autour des propositions de la CRS.

De trois programmes expérimentaux régionaux en 1995, on passera à 44 PRS fin 1997, et à 73 à la fin de 1999 dans 22 régions. Une première évaluation nationale du dispositif aura lieu en 1999, sur l'initiative de la DGS, réalisée conjointement par l'ASPHER (Association of schooners of public headlines in the européen région) et la Société française de Santé Publique (SFSP).

Seront adjoints aux PRS, dès 1998, les PRAPS¹² (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) à destination des populations défavorisées.

Les PRAPS sont à la frontière des actions sous la responsabilité des collectivités territoriales et de l'Etat. Leurs objectifs opérationnels déclinent des problèmes spécifiques. Leur évaluation devrait donc obéir à des critères singuliers. Une évaluation de ces programmes est en cours d'élaboration à la DGS ; une première évaluation parcellaire avait été réalisée en 1999. On notera la précision¹³ de l'évaluation prévue pour les

1996

¹⁰ "Le Préfet de Région détermine, parmi les priorités établies par la Conférence Régionale de Santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion pour la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion ; Ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation".

Pour mémoire, rappelons que les trois régions pilotes expérimentant les Programmes régionaux de Santé furent l'Alsace autour d'un programme sur le cancer, l'Auvergne testant pour sa part la périnatalité et les Pays de Loire les conduites d'alcoolisation à risque. Les priorités avaient été dégagées par les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. L'expérimentation fut pilotée par la DGS et l'ENSP.

¹¹ Comité Permanent de la Conférence Régionale de Santé sur recommandation de la DGS par voie de circulaire en date du 20 novembre 1997, renommé par le décret constitutif

¹² les PRPAS suivent la loi sur l'exclusion de décembre 1998 et en constituent une des déclinaisons opérationnelles.

¹³ circulaire 23 fev 99 sur l'évaluation des PRAPS : « [] on doit obtenir une amélioration des capacités d'expression dans un groupe, une acquisition des connaissances, une diminution des personnes sans couverture sociale. L'évaluation constitue aussi des outils d'analyse pour comprendre ce qui a contribué ou réussi à faire réussir ou échouer l'action. L'appréciation du processus porte sur les calendriers, les intervenants, le partenariat, la coordination, les moyens matériels, la pédagogie utilisée, le taux et la qualité de la participation. Cela suppose que tous ces éléments aient été bien définis avant le début du programme ou de l'action et que les indicateurs des processus aient été mis en place [...] conçue (l'évaluation) en même temps que le programme lui-même, elle a pour rôle de vérifier les résultats en référence aux objectifs fixés et doit s'appuyer sur des indicateurs. La mesure des résultats varie suivant les objectifs de départ : amélioration des capacités d'expression dans un groupe, acquisition de connaissances, diminution des

PRAPS par voie de circulaire.

L'organisation des CRS ainsi que le pilotage des PRS et des PRAPS sont dévolus aux DRASS.

Le dispositif PRS se veut vecteur d'un discours de santé publique fort, en provenance des services déconcentrés de l'état, par l'intermédiaire de la planification de priorités de santé. Nous verrons dans le prochain paragraphe, que ce concept de santé publique est récent en France et implique des éléments différents. La planification repose, suivant les préceptes de Pineault sur une planification à la fois tactique et stratégique et une succession d'étapes. Il s'agit de décliner des objectifs généraux vers des objectifs spécifiques puis vers des actions de santé publique à partir d'un problème identifié et de besoins estimés.

Se pose alors l'articulation avec les réseaux¹⁴, tels que définis par la réforme hospitalière, du système de soins curatifs puisque, si les PRS ont comme mission prioritaire de favoriser promotion et éducation de la santé, le champ de leurs missions inclut des missions de soins. Par ailleurs les hôpitaux ont des missions de prévention de service public soulignées par la loi hospitalière de 1991 (118) et reprises dans le corps des ordonnances de 1996.(118). On retiendra que la définition donnée par le Code de la Santé Publique permet également d'assimiler les PRS à des réseaux.

Les principes d'action sous tendus par le réseau sont le décloisonnement et la transversalité. Le fonctionnement en »réseaux« du système médical et médico social est un des grands axes de l'ordonnance¹⁵ portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. La nouvelle loi de financement de la Sécurité Sociale modifie et amplifie le phénomène, créant une "enveloppe réseau" nationale qui sera déclinée régionalement, cogérée par l'URCAM et l'ARH.

Les PRS viennent donc se juxtaposer à un réseau déjà dense . Il existe plus de 785 réseaux identifiés appartenant à plus de 25 catégories différentes : soins palliatifs, cancers, SIDA, Asthme, ou à des populations particulières telles que les personnes âgées, handicapées.

CADRE LEGAL DES RESEAUX/d' après VINAS (126)

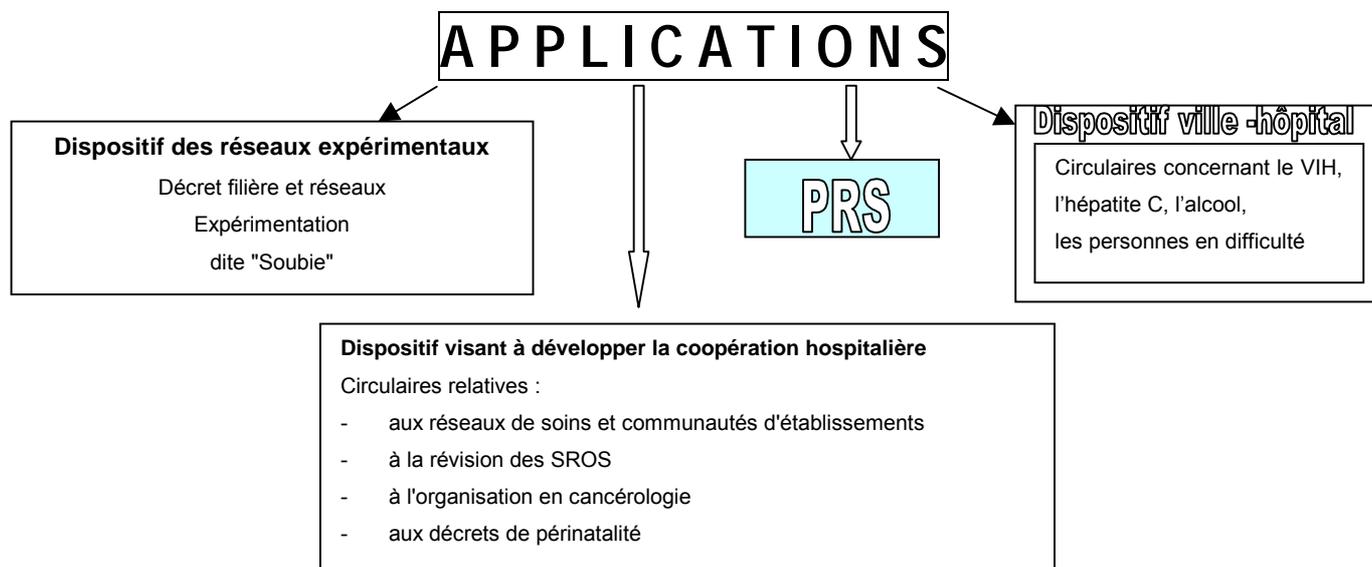
personnes sans couverture sociale, changements de comportements »

¹⁴ article L 712-3 du code de la santé publique certains réseaux ont pour objet « d' assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui ont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité » artL 162-31-1 indique que toute personne physique ou morale peut mener « des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l' accord des bénéficiaires de l'assurance maladie concernée, des nouvelles formes de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge qu'il s' agisse de soins ou de prévention » (réseaux expérimentaux dit Soubie)

¹⁵ article 29de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 : les réseaux sont régis par deux ordonnances, une convention médicale, deux décrets d'application, dix circulaires et quelques cahiers des charges ou conventions constitutives - Vinas, Opus Cité.

TABLEAU 4

Article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 / Article 29 et 3 de l'ordonnance n°96 346 du 24 avril 1996 / Article 73 de la loi sur l'exclusion du 29 juillet 1998 / Décret du 17 avril 1999



Par ailleurs la logique de financement de ces réseaux est extrêmement complexe, fonction du statut juridique du porteur de projet d'action. La mise en réseau de personnes morales de statut juridique différent reste particulièrement difficile, dès lors qu'il s'agit d'obtenir des financements ou de gérer des personnels de façon conjointe.

L'inscription des PRS dans le champ des réseaux correspond-elle à un recentrage de l'action sanitaire et sociale avec une régulation matricielle (87) ou à une dispersion des moyens qui se trouvent saupoudrés dans tous les champs du sanitaire et du social ? Les deux opinions contradictoires se juxtaposent dans les services déconcentrés de l'Etat.

La mission dévolue aux PRS est-elle une juxtaposition ou une tentative de coordination d'un système en situation de tohu-bohu ?

Une évaluation consacrée à la mise en place des PRS en région, pilotée par la DGS, réalisée en 1999 donne des conclusions ambiguës (3,115).

II L'IMPLICATION EN SANTE PUBLIQUE

Les PRS participent donc également d'une deuxième logique en inscrivant l'Etat au cœur d'un dispositif opérationnel de santé publique. Est recherchée autour de cette rénovation de la planification sanitaire et sociale une approche non plus institutionnelle (carte sanitaire, indice-lit) mais populationnelle, non plus exclusivement curative, mais centrée sur la prévention et l'éducation à la santé.

Plusieurs ambitions sous-tendent le propos :

➤ la volonté d'une logique de réseaux autour d'une démarche de soins ou d'un parcours de soins individualisé sollicitant les différents partenaires et institutions et non pas une logique d'offre de soins d'un plateau technique institutionnel vers lequel convergeraient les malades.

➤ la politique affichée de l'Etat d'impliquer le «citoyen» et «l'usager» dans la gestion du système de santé. L'argumentation, souvent reprise sous le terme générique de «*démocratie sanitaire*», recouvre des réalités complexes. L'Etat veut faire partager le poids de certaines décisions médico-économiques autour d'un "consensus citoyen", un arbitrage peut être nécessaire entre le curatif et le préventif.

C'est également un Etat peut-être plus modeste dans sa façon d'impulser les choix au nom de l'intérêt général. La crise de confiance et de légitimité qui traverse toute l'action publique a durement éprouvé le secteur sanitaire avec le scandale du "sang contaminé". Plus que dans d'autres secteurs la faillite de l'Etat à organiser, prévoir, réguler, anticiper a été jugée par la population. Plus qu'ailleurs, les professionnels se sont sentis mis en cause. Plus que dans d'autres secteurs de l'action publique la demande de transparence s'inscrit dans les priorités de l'action qui doit être justifiée.

Enfin, le concept de «*santé communautaire*» et de «*démocratie sanitaire*» qui se déploient tentent de sortir le discours et les actions de santé du contrôle exclusif par les professionnels. Est-ce une maturation de la population qui souhaite devenir sujet et non plus objet de soins ou est ce le reflet de la crise de légitimité ? (55,74,88,122)

C'était également une des ambitions affichées des PRS de mettre en place une participation et une implication citoyenne autour des Conférences Régionales de Santé et des Programmes régionaux.

Nous verrons dans les paragraphes suivants comment les PRS répondent à ces démarches.

III.1. La planification populationniste ou la planification en termes de besoins et de priorités de santé

La planification se présente, si l'on suit Pineault (98), comme un processus d'aide à la décision qui vise à prévoir des ressources et des services pour atteindre des objectifs prédéterminés en termes d'éducation et de promotion à la santé. Le processus peut lui-même être découpé en plusieurs étapes : les problèmes doivent d'abord être identifiés. Ensuite un consensus doit être trouvé sur les buts et finalités : ***exemple diminuer la mortalité évitable du sujet de moins de 65 ans.***

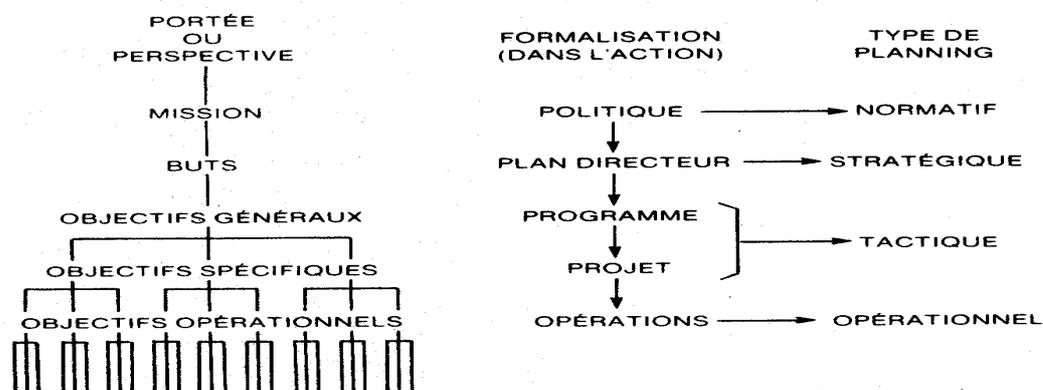
Compte tenu de l'ampleur des changements escomptés, l'étape pour juger des résultats se place sur une durée de cinq à dix ans.

Ensuite, il convient de définir des objectifs spécifiques prioritaires. Cette étape impose

d'identifier les problèmes de santé et leurs déterminants, les personnes concernées (populations cibles), la localisation géographique (nationale, régionale, communale), puis la hiérarchisation des problèmes peut être déroulée.

TABLEAU 5 / Pineault

Hiérarchisation des objectifs selon le niveau de planification



A ce stade, la programmation doit tenir compte de l'évolution possible de ces différents facteurs. Les objectifs de réduction du problème de santé sont quantifiés et rapportés à une période de cinq ans.

Le choix des solutions s'épaulé sur des scénarios alternatifs en termes d'efficacité, de tolérance socio-politique locale. Enfin, la programmation des moyens et activités nécessaires à la réalisation des objectifs peut se mettre en œuvre. Elle aura à définir le calendrier et les conditions de mise en œuvre des actions décidées et à planifier l'évaluation des actions en termes de procédures et de résultats.

III.2. La santé communautaire

Dans un premier temps, utilisée dans les pays en voie de développement, cette méthode de travail a semblé utile pour favoriser l'accès à la socialisation et à une démarche de santé des groupes migrants ou exclus. « *L'approche communautaire est conçue par les professionnels comme une forme de lutte contre l'exclusion sociale dans une perspective méthodologique nouvelle ou l'accent est mis sur une approche locale des formes d'organisation collective, des réseaux de relation, de l'espace territorial de proximité. Dans cette perspective, ce sont les liens sociaux, l'autonomie individuelle, la capacité d'action des différents acteurs dans une stratégie de changement social qui sont valorisés* » (Schapmann).

Le diagnostic communautaire, quant à lui, s'inspire des sciences sociales. Cette démarche consiste à identifier les problèmes d'une population et à déterminer leur importance à partir de la perception qu'ont les individus de leurs problèmes. Le diagnostic communautaire est une étape qui permet d'ouvrir le groupe sur la collectivité dans son ensemble. Cette étape doit permettre au groupe de se situer socialement par rapport au système socio-

institutionnel . En ce qui concerne les professionnels, elle doit aboutir à recueillir les données informatives suffisantes pour confirmer la pertinence des problèmes, rentrer en contact avec le groupe et examiner possibilités et moyens pour résoudre les difficultés signalées. L'objectif ultime est l'autonomisation en général sous forme associative qui permet d'inscrire des actions dans la durée et de passer à une démultiplication des actions .

Dans cette forme d'action sociale, la rigueur est moins le contrôle de l'avancement des travaux que la vérification de l'adéquation des moyens aux objectifs de l'action.

Mathieu (84) rappelle quelques notions : il convient de ne pas négliger que ces démarches "communautaires" ne visent qu'à pallier les failles du dispositif de « droit commun ». Les démarches communautaires sont supposées reposer sur une « communauté » au sens sociologique du terme, dotée d'un sentiment identitaire et d'une cohésion sociale. Mathieu souligne aussi que les populations mobilisées dans les projets communautaires sont fragmentées et dans leur identité personnelle et dans leur adhésion à un quelconque groupe social d'appartenance. Agréger alors ces populations à une communauté est abusif et constitue davantage un enjeu de la démarche et un objectif politique qu'une réalité sociologique. Enfin le dernier volet de l'action participative soutenu par la démarche est souvent impossible en termes de prises de responsabilité en raison d'un trop faible capital culturel ; *"la représentation de la communauté devient alors enjeu politique"* (Fournier).

Plus concrètement les décideurs de ce domaine de santé ne définissent en général une communauté que dans sa dimension géographique. Quartier, secteur sanitaire, arrondissement sont les unités de mesure des décideurs. Malgré tous ces défauts, cette dimension communautaire est devenue incontournable(43) dans les soins de santé primaire et participe à une vision holistique de la santé (Unger et Killingsworth 1986).

Cette démarche communautaire, partant du principe que les déterminants de santé sont la cause de comportements pathogènes, les interventions en éducation et promotion de la santé ont été intégrées dans les programmes de santé pour faire évoluer de façon substantielle les comportements.

Les actions alors entreprises en termes d'éducation et de promotion de la santé visent à modifier connaissances, attitudes et comportements jugés préjudiciables à la santé (annexe1).

Les professionnels procèdent parfois à l'amalgame dans lequel la participation communautaire est à la fois le moteur de l'effort collectif et le véhicule de changements de comportements individuels (43), d'où certaines dérives dans la perception de la « *santé communautaire* ». L'utilisation de la terminologie s'opère alors avec une certaine confusion ; Fournier (43), après une revue de la littérature de 600 articles ayant utilisé le concept pendant les 20 dernières années n'est pas en mesure d'identifier les fondements de ces concepts. Il note cependant que les enjeux de participation comportent des objectifs

différents suivant que l'on s'adresse à un pays en voie de développement ou à un pays occidental. Si dans les pays du Tiers-Monde la participation peut aboutir à une remise en cause fondamentale, voire radicale, des structures sociales, les pays occidentaux jouent là une redistribution des pouvoirs locaux ou centraux sans remise en cause de l'ensemble du dispositif social et politique. Cela est notable dans les PRS lorsque s'opère la déclinaison des PRS vers les Programmes Territoriaux de Santé et leur intégration à la politique de la ville ou leur confrontation aux actions territoriales de santé des Conseils Généraux .

On peut concevoir la vision de la santé communautaire comme une vision de transformation sociale ou politique ou dans une version utilitariste en termes de santé.

Dans le cas qui nous occupe, l'utilisation est, théoriquement, utilitariste.

Les objectifs sont alors d'introduire des changements de comportements dans des milieux où la technologie médicale est peu efficace pour améliorer la santé, la confiance en soi et le développement de la responsabilité. Parallèlement, la recherche d'une augmentation du recours aux soins est recherchée.

I/II.3. La démocratie sanitaire

Le terme a fait flores¹⁶, mais il reflète des valeurs et des nuances différentes.

Il existe une réelle volonté des politiques de ne plus assumer seuls le poids de certaines décisions. Les facteurs en sont multiples et ce n'est pas l'objet de ce travail d'en débattre. Certes, il existe une perte de confiance, due à un affaiblissement de légitimité des politiques et des experts dans le choix (88) de certaines orientations lourdes comme la gestion de farines animales, de l'amiante ou du sang contaminé, pour citer des exemples récents, choisis dans le domaine qui nous occupe. Certains doutent de l'efficacité de certaines politiques ou de l'intérêt des élus à mieux défendre l'intérêt général que leurs intérêts propres. Mais il existe aussi une maturation politique des citoyens qui veulent être associés aux débats de société.

La demande d'une démocratie directe, plus adaptée à la décentralisation est parfois forte pour les enjeux de société, essentiellement lorsque cela touche à l'aménagement du territoire quotidien. On a vu ainsi se mettre en place des « forums hybrides » inspirés des néerlandais qui possèdent une forte culture du consensus.

Citons le jury citoyen sur l'implantation des OGM, celui pour l'aménagement du port du Havre, la discussion publique, volens nolens dans ce dernier cas, autour de la construction de la desserte picarde de Roissy. La mise en place des Etats Généraux de la Santé¹⁷ participe de cette idée d'une légitimité experte et "d'un savoir profane" à égalité avec le savoir de l'expert.

La mise en place des CRS¹⁸ participe également de cette idée des « forums hybrides » et d'un autre type de forum de discussions que sont les « conférences de consensus ». Le fonctionnement des quatre collèges constituant les CRS¹⁹ est calqué sur ce modèle : décideurs (représentants de l'État, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie), professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, éducateurs sociaux), institutionnels (établissements publics et privés, associations) doivent se prononcer après argumentation devant un jury²⁰ sur des priorités de santé publique. 40 personnes par collège et par région

¹⁶ issu d'un discours de J. BARROT, prononcé à Lille en 1996

¹⁷ pour Catrice Lorey (1997) la sécurité sociale est un échec du "paritarisme". « L'évolution dans son ensemble décrit un système où le pouvoir des gestionnaires est à la fois encadré et déconnecté des responsabilités majeures et tend à être une fiction ; au total, c'est d'une régulation étatique qu'il s'agit et non d'une régulation par les partenaires sociaux »

¹⁸ la santé en FRANCE santé publique n° 1, 1995,29-57

ordonnances 96 345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses - décret n°976360 du 17 avril 1997, les décideurs représentants de l'état des collectivités territoriales de l'assurance maladie, professionnels de santé médicaux paramédicaux et personnels médicosociaux. Les premières CRS se sont tenues entre 1995 et 1996 ,de façon expérimentale, de façon annuelle de puis 1997, organisés par les DRASS elles mobilisent , sur une journée , une logistique importante. Entre septembre 1995 et juin 96, 20 régions ont réuni 7240 participants - Verpillat, Opius Cité.

²⁰ Le jury est constitué par la DRASS avec un président nommé par le Préfet de région à qui sont adressées les recommandations de la Conférence. Les travaux de la CRS sont également transmis à la Conférence Nationale de Santé ; cette dernière a la charge d'un rapport

ont donc mission pour établir un choix motivé parmi les priorités nationales du HCSP de deux problèmes de santé et d'un déterminant prioritaire pour la région considérée ; il existe au préalable un recueil par questionnaire.

Le Préfet de région choisit parmi les priorités de la conférence régionale celles qui peuvent être déclinées en Programme Régional de Santé. Lors de la constitution du Programme Régional de Santé, un »pilote«, médecin inspecteur le plus souvent, est désigné, en charge de réunir autour de lui un « groupe de programmation » composé de professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs, mais aussi de personnes issues du milieu associatif, de représentants des usagers. Ce groupe d'une vingtaine de personnes est en charge d'élaborer le programme. Ce programme sera successivement décliné des buts généraux vers des objectifs généraux, puis spécifiques, vers la déclinaison des actions à entreprendre dans le but d'améliorer la santé des populations prises en charge. Cela implique donc une évaluation en termes de besoins, d'analyse des actions à entreprendre, des résultats escomptés, évaluation prévue d'ailleurs dans le décret constitutif.

Mais que sous-tend l'évaluation dont le concept envahit tous les champs de l'action publique ?

III. L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

La volonté de transparence découle du point précédent et d'une volonté de réforme plus générale du "commandement"²¹, réforme entreprise dans toutes les grandes administrations. De ce paradigme se déclinent l'obligation de rendre compte et d'évaluer, à un moment donné, dans le cursus de l'action, le pourquoi et le comment de l'action, le besoin de la légitimer ou de l'orienter dans une autre direction. Le processus visé est double : s'assurer de l'efficacité de la politique publique et légitimer le politique.

Cependant, dans les faits, il apparaît que, si l'évaluation est presque toujours prévue, s'il arrive de plus en plus souvent qu'une évaluation soit montée, il arrive aussi que les évaluations ne soient pas lues ou que leurs résultats restent lettre morte. L'évaluation est-elle simplement plaquée sans modifier le cours des événements sur des actions décidées en d'autres lieux et avec d'autres outils ou est-ce l'évaluation qui est en cause ? L'évaluation pêche-t-elle par excès d'ambition ou les commanditaires se sont-ils égarés dans la méthodologie ?

III.1. L'évaluation : nouvelle réorganisation de l'action publique ou concept d'importation ?

L'évaluation souffre d'un problème de définitions²² d'une part, d'une difficulté d'acculturation d'autre part.

Deleau et Viveret (127) définissent pour leur part l'évaluation comme « *un jugement de valeur sur une action entreprise [...] évaluer une politique publique, c'est reconnaître et mesurer ses effets propres* ».

Dans les entreprises, le processus d'évaluation est ancien, couplé en général au bureau de recherches et méthodes ou à la cellule de qualité des directions opérationnelles. On parle alors de normes ISO, de cercles de qualité, importés du Japon dans les années 60.

L'évaluation participe donc pleinement de l'action mais se situe autour de normes quantitatives de production ou de procédures qualitatives de sécurité, de contrôle de gestion ou autour du management de la qualité, comme les indices de la satisfaction du client ou le "zéro défaut".

Dans le domaine de la santé curative, l'évaluation est également usuellement utilisée comme « contrôle de production » ne se distinguant guère en cela de l'ingénierie classique.

²¹ faire passer le gouvernement du commandement à la gouvernance est pour certains auteurs l'enjeu d'une politique d'évaluation réussie

²² Le dictionnaire donne l'évaluation « *comme un outil de gestion permettant d'améliorer l'efficacité du processus décisionnel* »

Les publications médicales élaborent et discutent les consensus de pairs et les normes de qualité acceptées ou souhaitées en termes de résultats attendus ou d'effets adverses.

En termes d'organisation, il faudra attendre la loi de 1991²³, la création de l'Agence Nationale d'Evaluation Médicale (ANDEM) puis celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES)²⁴ en 1997, pour voir apparaître des évaluations organisationnelles, quantitatives et qualitatives, de tout ou partie du système de santé. Ces dispositions suivent l'ensemble de la réforme impulsée par le gouvernement Rocard à la suite du rapport Viveret (127), commandité en 1988.

Dans ces définitions, l'évaluation se démarque peu d'une référence à la production de normes et de référentiels, malgré un corpus théorique vigoureux qui revendique une autre dimension. Mais, dans ce domaine, il existe une confusion des genres. La France est dotée de corps d'inspection²⁵ et de contrôle qui se sont appropriés, d'une certaine façon, outre la fonction d'audit ou de contrôle de gestion, cette fonction plus subtile d'évaluation. La notion peine alors à s'imposer, moins par réticences au fait de *»porter un regard critique sur ce que l'on fait* », que par la réalité. Pourquoi renommer ce que l'on fait déjà ? Il existe donc une appropriation de fait des concepts et méthodes de l'évaluation dans ces corps de professionnels.

Ce qui est en jeu avec l'évaluation des politiques publiques est d'une autre nature puisqu'il s'agit de justifier une politique en termes d'efficacité et de légitimité démocratique. Les données à analyser, à évaluer, relèvent de problématiques plus difficiles à catégoriser et à échantillonner d'une part, d'une révolution dans la façon de gouverner d'autre part. La France est marquée par une culture de gouvernement très spécifique. Le politique élu ou responsable administratif se présente comme le garant de l'intérêt général et se situe dans un position de *« commandement »* vis à vis de ses *« administrés »*.

L'élection ou la nomination lui confère des prérogatives de décision et peu de rétrocontrôles lui sont opposables. Par ailleurs l'Etat occupe une position interventionniste dans le domaine social et économique ainsi qu'une centralisation marquée du processus décisionnel.

Les conclusions du rapport Viveret étaient ambitieuses. Sa volonté était de doter le gouvernement d'un dispositif complexe, à la fois gouvernemental, nommé par le Premier Ministre, et d'un pôle indépendant, doté d'une mission à la fois technique et politique. Par ailleurs la saisine du conseil national d'évaluation aurait pu être faite directement par le citoyen. Les apports de Viveret allaient dans un double sens : mettre en place des instances

²³ art L710.4 du CSP *"les établissements développent une politique d'évaluation de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité"*.

²⁴ L' ANAES, créée après décret en 1997, était annoncée dans les ordonnances de 96 portant réforme de l'hospitalisation dans sa mission d'accréditation, obligatoire pour tous les EPS, à l' horizon des 5 ans suivant la parution de la loi (art L710.5)

²⁵ les corps d'inspection et de contrôle sont dotés depuis 1946 d'un comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics. Pour être complète, la « rationalisation des choix budgétaires » (RCB mise en place dans les années 70 et importée des USA sur la base du Planning Programming and Budgeting System), tient-elle de l'audit financier, de l'évaluation ou du contrôle de gestion ?

en charge d'analyser l'efficacité de l'Etat et d'obtenir que l'Etat puisse légitimer son action aux yeux du citoyen, non plus par l'opacité mais par la transparence du »*rendre compte*«.

C'était placer le citoyen en juge et non plus en administré. Ces conclusions ont été actées²⁶ par le gouvernement par un dispositif en retrait : trois instances ont été ainsi créées : Le Comité Interministériel d'Evaluation (CIME). Le Conseil Scientifique de l'Evaluation (CSE) et le fonds national de développement de l'Evaluation²⁷.

Après quelques années de fonctionnement on s'aperçoit que l'essentiel des saisines émane des ministères et essentiellement du Ministère des Finances qui souhaite remettre en cause les budgets permanents des ministères dits dépensiers ; l'utilisation est donc essentiellement celle d'un audit financier. On remarquera cependant que certaines dispositions du rapport ont été suivies. L'exemple de l'évaluation de l'efficacité du dispositif RMI en est un exemple.

Le dispositif choisi n'est cependant pas indépendant et obéit davantage aux règles politiques qu'aux règles scientifiques dont Weber (128) avait souligné comment les logiques sont différentes.

Le politique²⁸ doit prendre une décision dans un temps limité avec une marge d'incertitude importante puisque tous les éléments ne sont pas portés à sa connaissance. Par ailleurs, il agira selon des valeurs personnelles qui coloreront son action. En charge de l'évaluation, par des partenaires du même horizon politique, on peut craindre qu'il ait du mal à opérer une évaluation critique d'amis de son camp politique. Le rapport Syriex (16) commandité par Rocard, dans ses difficultés à rendre un rapport sans pressions, illustre bien le propos.

Lorsque le politique est élu, les échelles de temps de l'action sont infléchies, de plus, par le calendrier électoral. Dans l'action, l'obsession de résultat à court terme s'accommode mal des actions de longue haleine, aux résultats contrastés, et encore moins du temps nécessaire à l'évaluation. Lorsque le choix d'un politique s'impose dans le management d'une action évaluative, il conviendra donc de préférer un politique nommé à un élu au mandat volatil.

L'évaluateur, de son côté, peut être réticent à rendre des résultats sous contrainte

²⁶ décret du 22 janvier 1990 modifié par le décret du 7 juin 1990 crée le dispositif d'évaluation en trois instances : la CIME composée de 5 membres permanents (Ministre des Finances, Ministre du Budget, Ministre de l'Intérieur, le Ministre des Réformes administratives, ministre du Plan et des ministres concernés par l'ordre du jour), le FNE, le CSE.

²⁷Le CIME , présidé par le Premier Ministre et en charge d'opérer les choix des projets d'évaluation. Il est secondé par le Commissariat au Plan- Le fonds national de développement de l'Evaluation (FNE) doté de fonds spéciaux est placé auprès du Premier Ministre, le Conseil Scientifique de l'Evaluation (CSE), est constitué de 11 membres nommés par le Président de la République, experts, nommés pour 6 ans non renouvelables. Par ailleurs le Conseil Economique et Social s'est vu doté des prérogatives spéciales en termes d'évaluation et un droit de tirage de 20 % du Fonds National de l'Evaluation. Enfin une circulaire du 28 décembre 1998 complète le dispositif et crée une cellule nationale d'évaluation des politiques de l'état et de l'action publique dont les missions sont intégrées au commissariat du Plan. Est ce un retour vers une instance nationale d'évaluation comme la souhaitait Viveret ?

²⁸ politique sera dans ce paragraphe entendu le plus souvent en temps que décideur. Le politique impliqué dans la décision peut être un politique élu ou un politique nommé . Chacun aura donc à rendre compte sur des objectifs différents à son commanditaire ou à son électoral.

temporelle.

C'est dire la difficulté d'envisager une évaluation des politiques publiques sous la seule responsabilité des politiques. En termes de crédibilité on peut être réservé.

Mais quel est le corpus de sciences sous tendu par l'évaluation ?

I/III.2. L'évaluation : un ensemble de concepts contradictoires?

L'évaluation est une science. Plus exactement, l'évaluation devient une science lorsque, sachant utiliser des méthodes empruntées aux « sciences dures » statistique, épidémiologie et aux « sciences molles » que sont sociologie et anthropologie, elle érige son travail théorique sur d'autres bases que la maîtrise d'un catalogue de techniques. Les définitions peuvent paraître contradictoires. « *Porter un jugement sur* » est une action quantitative et qualitative qui permet, du point de vue du décideur, de juger cohérence²⁹, utilité, pertinence, efficacité et efficience de l'action. Elle remplit alors sa fonction « *d'aide à la décision* ». Elle s'apparente donc à l'audit.

Mais dès lors qu'elle dit aussi permettre d'améliorer l'action et revendique de la rendre plus efficiente et plus cohérente, elle participe à l'action, devient partie prenante de celle-ci. Elle perd alors la neutralité distanciée que certains disent être le signe d'une vraie évaluation et s'intègre au management. La dimension politique prend le pas sur l'analyse.

De ce flou initial par rapport à ce qu'est et ce que n'est pas l'évaluation découlent toutes les autres contradictions d'école.

I/III. 2.1. Evaluation cognitive ou formative ?

L'évaluation cognitive, que d'autres appellent administrative, est une évaluation à visée d'éclairage sur l'action. Elle sous-tend un évaluateur extérieur, indépendant de l'action et demande une évaluation distanciée, non interventionniste dans le cursus de l'action.

C'est une évaluation qui, dans l'idéal, doit avoir posé les indicateurs d'évaluation avant le début de l'action (*ex ante*) et comparer le déroulement de l'action, chemin faisant, on parle parfois alors de "*monitoring de l'action*", et à la fin de l'action, souvent dénommée "*ex-post*".

C'est, en quelque sorte, une « *évaluation arrêtée* », les indicateurs ayant été posés, toutes choses égales par ailleurs et renseignées de façon linéaire. On concevra aisément que dans l'application de cette théorie, le choix d'un évaluateur externe s'impose. Cette évaluation

²⁹ **La cohérence** se juge en fonction de l'adéquation entre les buts et la déclinaison des actions entreprises. **L'utilité** fait référence à la pertinence du dispositif pour résorber le problème concerné : ex le RMI est-il utile pour permettre un revenu minimal d'insertion ET résorber la pauvreté. On peut s'apercevoir que dans ce cas là, la réponse n'est pas univoque. **L'efficacité** se juge en termes de nombre de personnes ayant pu disposer du dispositif ou de l'action évaluée : ex un nouveau circuit de circulation des autobus augmente-t-il significativement le nombre de passagers sur un trajet donné et/ou résorbe-t-il des encombrements de véhicules particuliers?. **L'efficience** se calcule en termes de coût/prix est-il acceptable au regard du service rendu ? /utilité, coûts/avantages si le nouveau circuit de bus est efficace, à quel prix l'est-il pour la collectivité ?

ressemble à un audit et prend en compte la fonction de contrôle de l'évaluation.

Dans cette évaluation, l'objectivité de la mesure est la priorité. L'évaluateur se positionne avec l'impermanence et la distance du contrôleur des comptes de l'entreprise. Il appartient au management opérationnel d'appliquer les recommandations et de les mettre en œuvre. L'exemple de référence de ce type d'évaluation dans le domaine de la santé est l'évaluation des établissements de santé par l'ANAES. L'évaluation se positionne comme un vecteur de connaissance et refuse l'implication, source de confusion de rôles.

La deuxième conception de l'évaluation est une conception centrée davantage sur l'action et son évolutivité.

Il est donc admis dans cette typologie d'évaluation que les acteurs participent à l'évaluation, voire l'initient. Le point alors requis est moins de rendre compte au commanditaire que de modifier l'action en fonction des données apportées par l'évaluation.

La donne change alors dans la demande faite auprès de l'évaluateur et des évalués qui doivent **apprendre** de l'évaluateur et de l'évaluation, modifier perceptions, attitudes ou actions, pour obéir à une dynamique de l'action jugée, par eux, par le commanditaire ou par l'évaluateur, plus efficiente. Ce qui compte alors, c'est moins la neutralité de l'évaluateur que la perception personnelle et la confiance accordée par les évalués. Pour se construire, l'évaluation doit être participative. Dans cette conception, également appelée pluraliste ou auto évaluation, les évalués doivent s'approprier les outils et les indicateurs. Cette position théorique pose le principe que les évalués savent non seulement quels sont les indicateurs pertinents mais comment les infléchir dans un sens d'amélioration. De leur adhésion à l'évaluation, conditionnant un choix de questions évaluatives et d'indicateurs, dépendra les résultats de l'évaluation.

Dans cette conception, une évaluation réussie est une évaluation dont les résultats sont utilisés pour modifier l'action. Dans cette dimension théorique, l'évaluation est intégrée au management, dont elle devient une des sources actives.

TABLEAU 6
Les deux paradigmes de l'évaluation/ d'après PATTON

paradigme normatif	paradigme empirique
<i>données quantitatives</i>	<i>données qualitatives</i>
<i>objectivité</i>	<i>subjectivité</i>
<i>distance /observations extrospection)</i> <i>(introspection)</i>	<i>proximité la plus grande des milieux d'observation</i>
<i>approche fragmentaire</i>	<i>approche holistique</i>
<i>système fixe</i>	<i>système dynamique</i>
<i>importance accordée à la fiabilité des données</i>	<i>importance accordée à la validité des données</i>
<i>démarche déductive</i>	<i>démarche inductive</i>
<i>tend vers l'uniformité</i>	<i>tend vers la diversité</i>

VIII.2.2 Évaluateur externe ou interne ?

L'évaluateur externe garantit la neutralité et la distance. Mais certaines informations peuvent ne pas être recueillies par manque de confiance des évalués ou par une distance de l'évaluateur qui ne perçoit pas certains éléments. Le point de vue du commanditaire permet en général d'être bien entendu (10), notamment parce que les questions évaluatives reflètent souvent les préoccupations du moment du décideur.

L'évaluateur interne ou les évaluateurs internes garantissent l'implication dans le projet, sous réserve de leur adhésion. Le biais est celui de la sélection de certaines informations au détriment d'autres (10).

L'évaluation nationale des PRS réalisée en 1999 (3,115) par l'ASPHER et par la SFSP illustrent bien cette différence d'approche et la dynamique divergente de résultats qui en émanent. Rappelons que l'évaluation «*c'est porter un regard sur*». Du paragraphe précédent, il apparaît que l'évaluation devra être choisie en fonction de ce qui peut, doit être regardé.

L'évaluation doit se résigner à l'incomplétude, ce qui est toujours difficile pour une science qui cherche la vérité. Mais une vérité approchée ou déformée est-elle préférable à l'ignorance ou, pire, à la complaisance ?

Commanditaires et évaluateurs doivent s'accorder sur les objectifs : quelles sont les finalités auxquelles on veut répondre et quel point de vue sera adopté lors de la phase évaluative ? Celui des commanditaires ou celui des évalués ? Une autre question doit également être résolue avant de choisir les outils évaluatifs: qu'évalue-t-on ?

I/III.3. L'évaluation : du concept aux questions évaluatives. De la qualité de la méthodologie dépendra la qualité de l'évaluation.

I/III.3.1. Quel est l'objet évalué ? De l'objet évalué dépendent les questions évaluatives.

En effet ce n'est pas de la même méthodologie que procèdent une évaluation d'organisation, une évaluation de réseaux, une évaluation de processus, une évaluation de résultats (1).

- Une évaluation de structure explorera la mobilisation des acteurs, la pertinence de la composition de la structure, celle de l'implantation, la validité et la pertinence du cadre juridique.
- Dès que l'on passe en évaluation de processus, c'est à une analyse des processus de prise en charge de processus organisationnels qu'il conviendra de procéder.
- Une analyse de résultats ne collectera pas les mêmes données qualitatives ou quantitatives suivant que les résultats analysés sont des résultats de coûts, de satisfaction des personnes, des résultats sociaux ou sanitaires.

Ce n'est qu'une fois ces conceptions posées et ces paramètres choisis que pourra être abordée l'évaluation proprement dite.

Du principe d'une évaluation posée suivant les paramètres définis dans les paragraphes précédents découle la nécessité de déterminer les questions évaluatives, les indicateurs nécessaires pour pouvoir répondre à ces questions et le choix du moment pour poser ces questions.

- Dans le cas de l'évaluation d'une organisation, les questions devront être posées, en termes de pertinence, d'utilité et d'efficacité de la structure avant la création de la structure et pendant toute la durée de son existence.
- En cas d'analyse d'un réseau ou d'un programme, il est illusoire d'espérer une vision sur les résultats lorsque ce réseau est en phase de montée en charge ou d'évolution. Seuls pourront être analysés en continu les processus et leur qualité. Reportons-nous, pour faciliter la démonstration, à l'exemple de questions évaluatives développé par l'ANAES dans le tableau suivant (tableau 8 et 9)

**EXEMPLE DE QUESTIONS EVALUATIVES CHOISIES
POUR L EVALUATION CHEMIN FAISANT D UN RESEAU / SOURCE ANAES**

TABLEAU 8

- 1. Le réseau atteint- il ses objectifs ?**
- 2. Quelle est la qualité des processus mise en œuvre et les résultats atteints ?**
- 3. Les personnes prises en charge sont elles satisfaites?**
- 4. Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et des résultats ?**
- 5. Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?**
- 6. Quels sont les effets indirects, possibles ?**

Six questions évaluatives suffisent. De ces six questions évaluatives découlent la pertinence de la méthodologie et des indicateurs de bord nécessaires .

I/III.3.2. Qui est le pilote de l'évaluation ?

Une dernière question conceptuelle doit être réglée à ce stade. A qui appartient la construction des questions évaluatives qui structurera la méthodologie de l'évaluation ?

A l'évaluateur ou au groupe, interne ou externe, en charge de conduire l'évaluation ? A une instance d'évaluation en charge du pilotage de l'évaluation ?

Dans ce dernier cas de figure, qui compose cette instance ? Des acteurs de terrain impliqués dans l'action, des politiques ou des experts choisis pour leur connaissance théorique du sujet évalué ou méthodologique de l'évaluation ? Quelle indépendance les experts et quelle légitimité possèdent ils par rapport aux évalués ? Les choix sont loin d'être neutres.

Dans la littérature consacrée à l'évaluation il n'y a pas consensus. Certains, comme les Américains fonctionnent sans instance d'évaluation qui semble retenue par contre par l'ensemble des pays européens.

Cette instance peut en revanche jouer des rôles extrêmement différents allant du pilotage de l'évaluation au pôle d'expertise méthodologique en passant par le relais managérial. C'est dire que, du choix des membres de cette instance, de leur implication dans l'action évaluée (acteurs, commanditaires, spécialistes de la question évaluée ou experts en méthodologie d'évaluation) dépendront une grande partie de l'évaluation dans sa structuration et dans son devenir.

Enfin est -ce l'instance d'évaluation qui recrute l'évaluateur ?

Quels sont les rapports entre l'évaluateur et l'instance d'évaluation lorsqu'elle existe ?

L'évaluateur recruté est il donc le manager de l'évaluation ou est il un méthodologiste recruté pour effectuer des analyses ?

I/III.3.3. La construction des indicateurs

La construction d'indicateurs fiables et pertinents, qui focalise toute l'attention lorsqu'on parle d'évaluation, arrive seulement en cette place dans le montage d'une évaluation. Les outils utilisés à apprécier les différents points cités en exemple (tableau 8 et 9) devront emprunter aux tableaux de bord des contrôleurs de gestion pour le point 5, aux outils épidémiologiques et statistiques pour les exemples cités en point 1 et 2, à des outils sociologiques et de management des organisations pour explorer les processus du réseau en terme de qualité. De la juxtaposition et de la complémentarité des outils utilisés pour répondre aux bonnes questions dépendront les résultats, et donc la pertinence de l'évaluation³⁰. De son degré de pertinence viendra son utilisation comme « *outil d'aide à la décision* ». Un des critères de l'efficience de "*l'outil évaluatif*" est de tenir compte du coût de l'information, que ce soit en termes de délais pour obtenir l'information ou de temps des acteurs consommés.

Enfin, l'évaluation se place dans un contexte. Le commanditaire **doit** prendre une décision. Pour que l'évaluation soit utilisée, l'évidence est que ses résultats parviennent dans **un temps utile** au décideur. Sinon l'outil « *d'aide à la décision* » que constitue l'évaluation ne remplit pas sa fonction. La recherche de la vérité ne doit pas occulter, lorsque l'on parle de l'évaluation, que l'évaluation a lieu sur un temps relativement contraint par les nécessités du temps politique. Le CNE recommande des évaluations courtes sur 12 à 18 mois.

³⁰ l' évaluation doit aussi pouvoir être jugée en termes d'utilité, cohérence , efficacité, efficience au même titre que l' objet étudié

TABLEAU 9
EVALUATION D UN RESEAU /ANAES

1. identifier les différents objectifs du réseau : reformuler la question de façon concrète sur chaque objectif. Exemple, construire des indicateurs permettant d'y répondre Les objectifs opérationnels sont à distinguer des finalités du réseau. Les objectifs opérationnels décrivent les actions nécessaires : finalités du réseau cancer : «diminuer de 20 % la mortalité évitable du K du poumon » Déclinaisons opérationnelles attendues : **des actions de lutte contre le tabagisme** et les résultats attendus de ces actions : population touchée par les actions(impact), nombre de personnes ayant durablement cessé de fumer **à cause** de l'action (effet).

2. quelle est la qualité du processus mis en œuvre et des résultats atteints ?

Ex : le réseau s' est il doté de protocoles de soins correspondant aux problèmes rencontrés et les respecte-t-il ? Exemple : si le diabète est facteur de maladies cardiovasculaires a-t-on mis en œuvre des actions de dépistage du diabète ? A quel coût et avec quel résultat ?

3. les personnes sont elles satisfaites ? Il est nécessaire et insuffisant de se poser la question en ces termes. On peut être satisfait d'une prise en charge qui ne répond pas à des normes techniques de qualité et, à l'inverse, être mécontent d'une prise en charge correspondant aux normes de sécurité et d'état de l'art et de la science. Ces paramètres sont toujours difficiles à manier.

4. apport spécifique de l'organisation du réseau. Si les objectifs opérationnels sont atteints et que les soins dispensés sont de qualité existe il un apport spécifique de l'organisation en réseau ? Exemple : si le dépistage du diabète est fait, l'est-il avec fiabilité et couverture de tout le réseau et est-ce la meilleure solution en termes de coût / efficacité ou de coût / utilité pour rendre le service à la population concernée ? Les résultats obtenus ne reflètent- ils pas la qualité individuelle des membres du réseau ? Les intervenants auraient - ils obtenu le même résultat en dehors du réseau ? Quel est le supplément de qualité, en termes d'efficacité apportée par le réseau ? L'évaluation de l'apport spécifique du réseau portera sur les changements d'attitudes et de comportements des acteurs, le développement et la mise en œuvre d'outils communs et de processus organisationnels.

5 les coûts engendrés par le réseau doivent être analysés en différenciant les coûts liés à la prise en charge des actions et les coûts liés au fonctionnement.

6 les effets indirects positifs ou négatifs ex : prise en charge de toxicomanes : l'effet positif est la baisse de consommation avec baisse de la délinquance, du taux d'hépatite B. L 'effet négatif est la dépendance à la méthadone ou à l'institution qui peuvent être considérés comme les effets négatifs induits par le réseau.

I/III.4. Une évaluation des politiques publiques en dessous de ses possibilités techniques d'analyse de l'action publique ?

Nous avons exposé dans les paragraphes précédents la complexité du dispositif national mis en place à l'issue du rapport Deleau³¹ et surtout du rapport Viveret. L'évaluation peine à s'imposer en termes d'institution indépendante du politique. Pour certains l'évaluation est comparable à un « *Gulliver enchaîné* » (E MAURY.) En effet le politique, en dehors du dispositif spécifique d'évaluation mis en place à la suite du rapport Viveret, dispose d'outils variés. Les deux chambres parlementaires disposent de commissions spéciales permanentes ou temporaires munies de pouvoirs étendus d'enquêtes pour évaluer une politique ou un champ technique. La limite du genre est le processus de nomination des rapporteurs et des membres de ces commissions qui sont, essentiellement, un lieu de confrontation d'intérêts. Ces enquêtes ont souvent lieu dans un temps restreint de six mois qui limite le champ d'investigation. La loi n°96-517 du 14 juin 1996 renforce le pouvoir de ces commissions qui, souvent, s'abstiennent de critiques publiques. Cette loi crée par ailleurs un Office Parlementaire d'évaluation des Politiques Publiques³² dont le budget de fonctionnement en 1997 n'a pas dépassé 600 000F. Les rapports au Parlement (rapport Deleau, Syriex, Viveret, André) sont multiples. « L'office des choix scientifiques et technologiques » crée en 1983 sur le modèle de l'Office of Technology Assessment aux USA fonctionne de façon indépendante (8 députés et 8 sénateurs) et dispose d'un large éventail de possibilités techniques théoriques. Il est assisté d'un Conseil scientifique de 15 personnalités nommées pour trois ans sur des compétences techniques. Ils peuvent être saisis par 60 parlementaires (60 députés ou 40 sénateurs) et disposent d'une possibilité d'autosaisine. Leur champ de compétence est cependant limité à l'évaluation technologique et il n'existe pas de corpus méthodologique d'encadrement des travaux. Enfin, tous les grands corps d'inspection ont développé une culture d'évaluation qui est utilisée. Très peu de lois sont publiées en prévoyant un dispositif d'évaluation de leur efficacité et de leur utilité. La loi sur le RMI par exemple est une exception³³ dans ce domaine. PRS et PRAPS participent de la même démarche.

La circulaire du 28 décembre 1998 créant la cellule nationale d'évaluation, placée auprès du Commissariat au Plan est explicite sur les règles du jeu voulues par le législateur dans le

³¹ Rapport Deleau 1987 suivi du rapport Viveret en 1988

³² Le président en est le rapporteur de la Commission des Finances 8 membres sont désignés par les différents groupes politiques

³³ art 52 loi n°8-1088 « dans un délai de trois mois suivant la promulgation de la présente loi, le gouvernement présentera au Parlement un rapport sur les modalités d'évaluation et, avant le 2 avril 1988 un rapport d'évaluation » la loi de finances 1995 précise par ailleurs « un protocole fixe les modalités d'évaluation des difficultés de fonctionnement du dispositif RMI. Cette évaluation doit permettre de formuler des propositions d'aménagement du dispositif susceptible d'accroître la maîtrise de la dépense publique, de favoriser l'insertion des bénéficiaires et de mieux définir le rôle des acteurs du système de protection sociale. »

domaine de l'évaluation des politiques publiques».

"L'évaluation de la politique publique consiste à comparer ses résultats aux moyens qu'elle met en œuvre, juridiques, administratifs, financiers, et aux objectifs initialement fixés. Elle se distingue du contrôle et du travail d'inspection en ce qu'elle doit aboutir à un jugement partagé sur l'efficacité de cette politique et non à la simple vérification du respect des normes administratives et techniques".

Ce sera l'objet du prochain chapitre de décrire la mise en place d'un dispositif d'évaluation en charge à la fois de respecter cette règle du jeu de la transparence de la politique publique et de s'inscrire dans une réalité de terrain.

CHAPITRE 2

MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'EVALUATION DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Introduction

Avant de décrire le dispositif opérationnel d'évaluation choisi en Région Nord-Pas-de Calais, nous ferons une brève présentation des PRS de la Région Nord-Pas-de-Calais et de leur fonctionnement.

V/L'OBJET A EVALUER : LES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE DE LA REGION NORD PAS-DE-CALAIS

Un investissement très fort de la Région sur la thématique des PRS a été réalisée en raison des indicateurs de santé, jugés inquiétants. C'est la région entière qui a pris à bras le corps ses problèmes de santé en concrétisant 5 PRS entre 1998 et 1999, un sixième démarre sa phase d'appel à projets en 2002.

Non seulement le Comité Des Politiques Régionales de Santé fonctionne conformément aux dispositions légales, mais il s'est doté d'une structure de coordination, le Comité de Gestion, afin de décliner plus facilement les financements des partenaires. Cela permet le fonctionnement à guichet unique et la transparence des sommes investies, par chaque partenaire, dans les PRS.

I.1. Quels PRS en Nord Pas de Calais ?

Six PRS occupent le champ régional et se déploient de façon différenciée.

I.1.1. Challenge, un PRS qui entame une deuxième phase de travail.

Le PRS "Challenge"³⁴ a été monté à l'issue de la première CRS de 1996 et fonctionne depuis 1997. Depuis maintenant 18 mois, il a entrepris une évaluation de son fonctionnement avec intégration d'un évaluateur externe dans son équipe de programmation et mise en place d'une «*auto-évaluation accompagnée*» systématique pour les porteurs de projet. Cette auto-évaluation se présente sous la forme d'une aide méthodologique, aux promoteurs, lors du montage du projet. Il s'agit de faire élaborer par les porteurs de projet les outils d'évaluation de leur action et de les aider à la valider.

Lorsque l'action est importante financièrement, des membres du groupe de suivi participent à ce groupe de travail méthodologique. Une instance d'évaluation s'est structurée autour de l'évaluateur, du pilote et de quelques membres du groupe de programmation pour affiner encore la démarche évaluative. Le travail d'évaluation formative auquel s'est livré «Challenge» depuis 18 mois a largement inspiré l'ensemble du dispositif qui va être mis en œuvre pour l'ensemble de la région (54,101).

I.1.2. Un PRS exceptionnel : le PRASE

Le "Prase", (Programme Régional d'Actions en Santé Environnement) est un PRS d'exception. Hormis en Ile de France où un programme travaille sur le saturnisme et en PACA où un programme se penche sur les sites pollués, il n'existe pas de programmes régionaux sur les problèmes de l'environnement.

Son animation est assurée par l'ingénieur sanitaire régional en coordination avec la CIRE d'une part avec le "PRAPS" d'autre part. Trois copilotes sont désignés pour les objectifs spécifiques du programme : deux ingénieurs sanitaires³⁵ et un médecin inspecteur particulièrement impliqué dans la veille sanitaire. Sa thématique a été décidée à l'issue de la CRS de l'année 2000.

Le Conseil Régional finance 12 Millions de francs sur les 7 ans du XII^e CPER, l'Etat 30 Millions de francs. Quant au Conseil Général il met à disposition ses services de PMI. Cette année c'est 4 Millions de francs qui sont à disposition du "PRASE" en termes d'actions. Trois objectifs stratégiques ont été retenus éventuellement déclinés en sous

³⁴ "Challenge" est un PRS dédié au cancer

³⁵ Cellule Interrégionale d'épidémiologie

objectifs :

- Un objectif général autour de l'habitat avec trois thèmes déclinés : la lutte contre les intoxications à l'oxyde de carbone, la lutte contre le saturnisme et le logement insalubre. Cette première thématique travaille en lien étroit avec le PRAPS et sur les dossiers suivis dans le cadre de la Politique de la Ville.
- Un deuxième objectif se décline autour de l'évaluation et de la gestion du risque sanitaire autour des sites pollués.

Le succès auprès des habitants de ce programme est considérable puisque les assemblées générales ont réuni plus de 500 personnes qui ont du être segmentées en groupes de travail successifs et deux groupes de programmation afin de finaliser les objectifs.

Ce projet s'inscrit en interface de plusieurs missions de l'Etat et des collectivités territoriales. A l'heure actuelle le "PRASE" lance les appels à projet tout en mettant en place les indicateurs d'évaluation de résultats espérés. Ce projet bénéficiera le premier d'une évaluation *ex ante*, tous les autres programmes ayant décliné des objectifs opérationnels "*chemin faisant*" en s'appuyant sur les indicateurs annuels de l'ORS³⁶.

I.1.3 . Trois PRS en phase de montée en charge

Ces trois PRS ont le même âge ; construits en 1999 ils sont en phase de montée en charge et, cherchent un recadrage de l'action.

- **I.1.3.1. PRS : "Santé Cardiovasculaire"** s'inscrit autour de trois objectifs généraux :

1/ développer la prévention primaire, 2/ agir plus précocément et de manière plus efficace sur les facteurs de risque, 3/ limiter les conséquences du handicap et faciliter la réinsertion.

Ce PRS est fortement marqué par une culture de réseau et un travail prioritaire en éducation à la santé sur l'année 2000 (annexe 6).

- **I.1.3.2. PRS "Conduites des consommations à risque"**

Le PRS englobe toutes les conduites addictives et décline les objectifs suivants ;

³⁶ Office Régional Statistique, organisme public créé en 1982 ; il réunit toutes les informations régionales et mène les enquêtes qui lui sont confiées

1/ Réduire les consommations de substances psycho-actives, 2/ Réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux, 3/ Promouvoir la recherche sur l' amélioration des connaissances, la formation, l' évaluation.

La particularité de ce PRS est organisationnelle puisque le pilote est un MISP affecté à la DDASS et non pas à la DRASS. Ce PRS est marqué par une très forte prégnance du milieu associatif avec des engagements éthiques, parfois très contrastés, en termes de prise en charge des addictions. Cela pose le problème spécifique du contenu des projets d'éducation à la santé et de leur évaluation. C'est visiblement un des problèmes soulevés par l'évaluation interne faite par le pilote du programme sur l'année 2000.

Sur le bilan de l'année 2000, si 84 projets sur 193 sont bâtis autour de la prévention des conduites à risque, on s'aperçoit par ailleurs que près de 50 % des projets sont argumentés autour des besoins de formation des professionnels. Les associations portent 104 projets sur 193.

• **I/.1.3.3. PRS "Santé des enfants et des jeunes"**

Les thèmes de ce programme sont centrés (annexe 4) autour de la parentalité, du «mieux-être», de l'éducation à la santé, notamment en prévention des conduites addictives et autour des difficultés d'acquisition cognitives ou procédurales. Ses objectifs sont déclinés de la façon suivante :

1/ Favoriser la qualité des liens d'attachement parents enfants, 2/ Soutenir les parents isolés ou en difficulté, 3/ Réduire les déficits sensoriels non pris en charge, 4/ Lutter contre la maltraitance, 5/ Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque, 6/ Diminuer le décrochage scolaire, 7/ Favoriser le sentiment de bien être des enfants et des jeunes, 8/ Accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie, 9/ Promouvoir une communication visant à susciter un regard positif sur l'enfant et le jeune.

Ce PRS est marqué par des liens assez forts avec le milieu éducatif et par les demandes émanant du corps enseignant ou des assistants sociaux.

I/.1.4. Un monde à part : le PRAPS

Les PRAPS ont été créés dans un second temps³⁷ et fonctionnent suivant le même dispositif organisationnel que les PRS. Les objectifs déclinés de ce PRS, animé par un Inspecteur Principal, lui aussi affecté à la DDASS sont les suivants :

1/ Faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner, 2/ Faire en sorte

³⁷ Loi juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 71./ décret n°98-126 du 29 décembre 1998 relatif aux PRAPS et circulaire DGS n°99-110 du 23 février 1999 relatif aux PRAPS

que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé, **3/** Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

Les difficultés spécifiques de ce programme sont la traçabilité des populations suivies. Les interfaces et les ambiguïtés des dispositifs nationaux, départementaux, urbains ou de quartier se juxtaposent et entraînent des difficultés assez spécifiques de coordination. A signaler qu'un protocole d'évaluation national du dispositif PRAPS est en cours de montage à la DGS.

I/.2. Le fonctionnement d'un PRS

I/2.1. Généralités

Les programmes sont construits après élaboration d'une priorité régionale par la CRS (annexe3).

La phase de programmation dure approximativement un an mais peut prendre jusqu'à dix huit mois, sur la base des six grands principes de la charte³⁸ des PRS qui sont :

1/ Partir de l'existant et en tenir compte, 2/ Agir de façon globale, 3/ Associer systématiquement la population, 4/ Ouvrir le partenariat, 5/ Agir en s'adaptant aux réalités des territoires, 6/ Décliner l'action dans la durée.

Débutent alors la phase de programmation. La phase de programmation se met en place autour d'une priorité identifiée par la CRS et d'un chef de projet, désigné, muni d'un mandat par le préfet de Région. Ce chef de projet constitue une équipe de programmation de 10 à 20 personnes et élabore une démarche de programmation qui doit :

1/ S'appuyer sur une connaissance approfondie de l'existant, 2/ Arrêter des objectifs clairs, 3/ Evaluer les objectifs suivant les six principes de la charte, 4 / Communiquer autour et à partir de l'action entreprise

Les membres de l'équipe projet sont également désignés par le Préfet pour trois ans. Une fois la programmation finalisée et les objectifs spécifiques déclinés, est lancée la phase d'appels à projets, annuelle, sur une période fermée. Un guide du porteur de projet est à disposition permettant de faciliter les démarches administratives et de fournir un guide méthodologique aux porteurs d'actions. Il s'agit du même guide quel que soit le projet, qu'il soit présenté dans le cadre des Programmes Régionaux, de la Politique de la Ville ou dans la déclinaison à venir des Programmes Territoriaux.

Ces projets peuvent être présentés par le milieu associatif, hospitalier, libéral par

³⁸ charte des PRS spécifique à la région NPC

l'intermédiaire de l'URML, institutionnel (URCAM*, CRAM*, Education Nationale pour les plus fréquents d'entre eux) et présentés pour labellisation ou financement. Certains projets peuvent également trouver financeurs auprès des fonds européens que sont le FEDER³⁹ et le FSE³⁹.

Le projet est successivement instruit par le groupe de suivi du PRS pour validation technique, puis par le Comité de Gestion pour validation financière et décision du financeur le plus adéquat. Parfois, sur des projets importants c'est un cofinancement qui est choisi.

Il arrive que le projet soit imprécis ou que sa méthodologie soit insuffisante. Le porteur de projet se voit alors signifié la nécessité de retravailler son projet avec un accompagnement méthodologique, si nécessaire, mis à disposition par le groupe de pilotage du PRS porteur. Ailleurs encore, il arrive que le projet soit plus adéquat dans un autre programme. Il appartient alors au pilote du PRS sollicité de transférer le dossier pour instruction auprès du pilote de PRS concerné.

L'enveloppe financière à disposition des projets du PRS n'est pas fermée. A compter du 15 septembre 2001, les projets non labellisés et non financés sont instruits pour l'année 2002

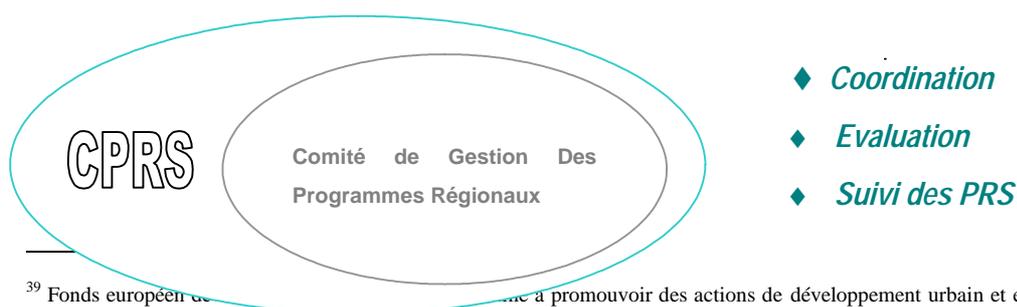
I/2.2. Le rôle du pilote

Coordonnateur de l'ensemble du programme, il a en charge la réalisation de la programmation avec le groupe de programmation dont il s'est entouré. En phase opérationnelle du projet il est en charge d'instruire les projets sur le plan technique et de mettre en place, avec les porteurs de projet et le groupe de suivi, la dynamique des actions ainsi que leur suivi et la communication du PRS. Il convient que sa légitimité soit forte auprès des partenaires, son rôle de pivot lui conférant une responsabilité lourde dans le système (115).

Il appartient également au pilote de mettre en place des tableaux de bord pertinents de "pilotage" de l'efficacité du programme. Enfin il existe une coordination du travail des pilotes de PRS, animée par le Médecin Inspecteur Régional, qui se réunit à intervalles réguliers.

TABLEAU 10

LE FONCTIONNEMENT DES PRS SOURCE NPC Guide du porteur de projet



³⁹ Fonds européen de développement régional qui vise à promouvoir des actions de développement urbain et économique et FSE Fonds Social Européen destiné à promouvoir des actions d'insertion sociale ou professionnelle auprès de publics en difficulté

GROUPES DE PILOTAGE

- ◆ Appel A projet pour les PRS

- ◆ *Financement*

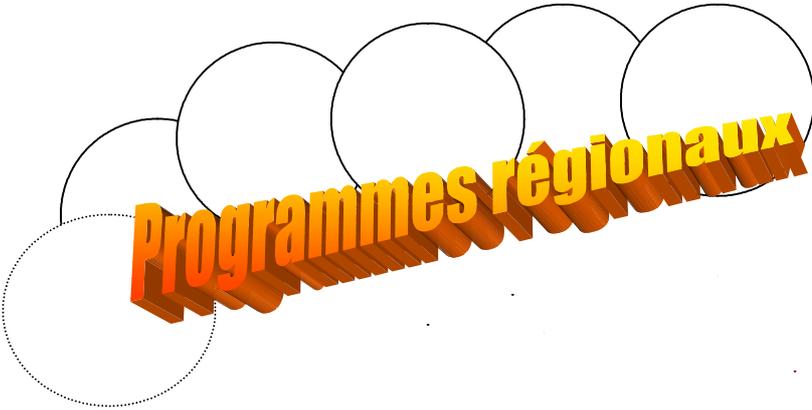
- ◆ *Label*

- ◆ *Continuité des PRS*

- ◆ *Evaluation des projets*

- ◆ *Promotion d'actions nouvelles*

- ◆ *Liaison avec les PTS*



Programmes régionaux

I/.2.3. Le rôle particulier du groupe de suivi

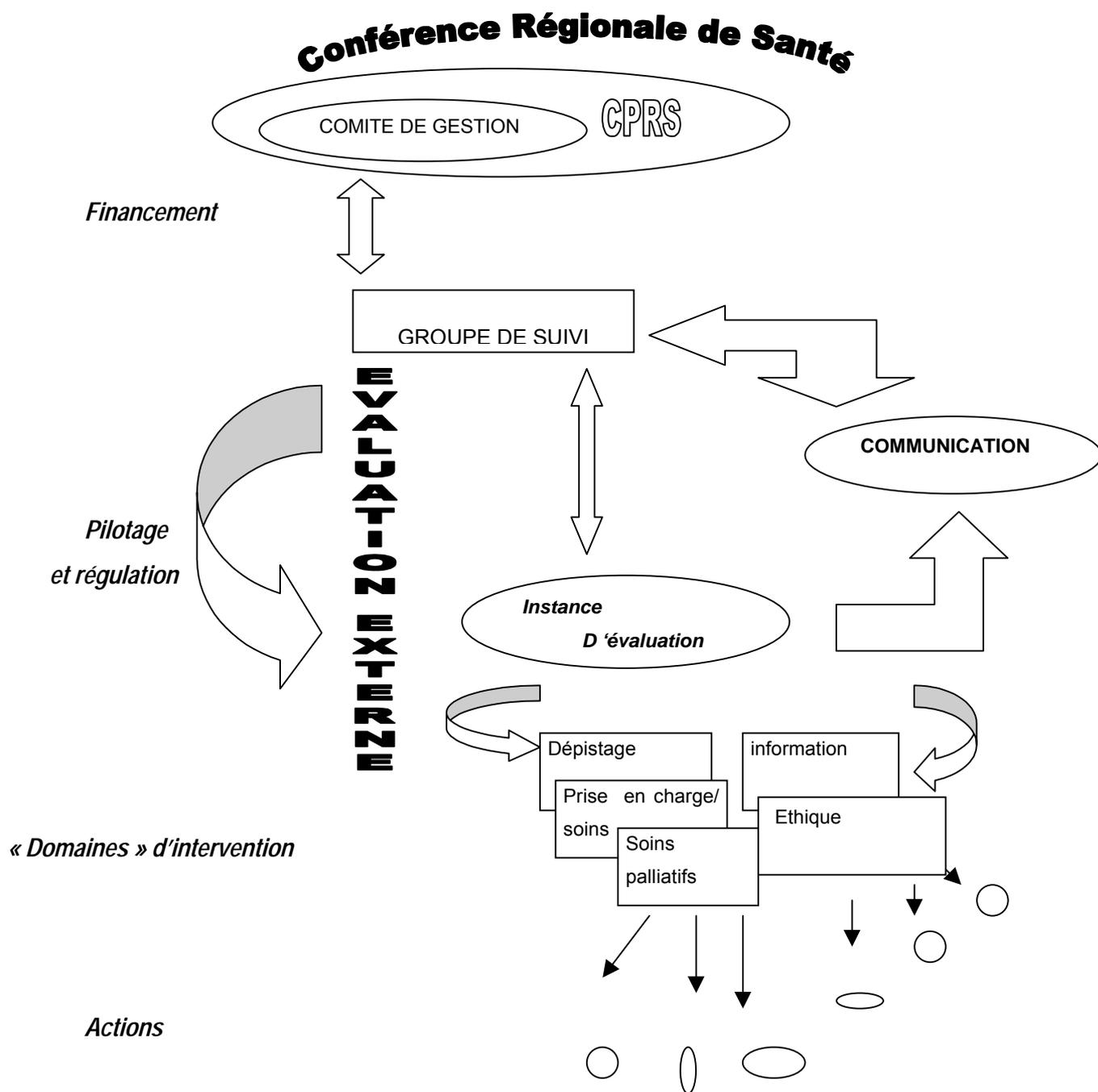
Multidisciplinaire, il regroupe souvent des partenaires institutionnels ou professionnels du programme et il apporte son soutien technique au pilote. Lors du montage de l'évaluation certains de ses membres seront appelés à constituer l'instance d'évaluation.

I/.2.4. L'instance d'évaluation

Seul le PRS "Challenge" était doté l'année dernière d'un évaluateur externe et d'une instance d'évaluation. Au lancement de l'évaluation régionale mise en place dans le cadre de ce travail, chaque PRS devra être doté d'une instance d'évaluation en dérivation du groupe de suivi .

TABLEAU 11

PRS CHALLENGE ORGANIGRAMME / SOURCE DRASS GUIDE DU PORTEUR DE PROJET



Le fonctionnement de l'instance d'évaluation du PRS "Challenge" est le suivant. Cette instance a été mise en place il y a un dix huit mois au moment du lancement de l'évaluation interne de "Challenge". Elle est une émanation du groupe de suivi et bénéficie par ailleurs du soutien méthodologique du Département de Santé Publique du CHU ; l'évaluateur externe participe bien entendu à cette instance d'évaluation. L'évaluateur externe a mis en place une formation méthodologique à l'évaluation de leur action pour les porteurs de projet.

Lorsque une action est particulièrement onéreuse elle bénéficie, ainsi que la cellule

d'évaluation, d'une formation spécifique de 5 à 8 jours . Cette «évaluation lourde» est intégrée dans le budget de l'action à hauteur de 10 % de son coût. La formation comporte donc à minima un accompagnement méthodologique au montage de «l'auto-évaluation» et du suivi de l'action par les porteurs. En option haute, cet accompagnement peut aboutir à la création d'outils spécifiques.

La modélisation régionale de l'évaluation s'inspirera largement de cette arborescence.

Les instances d'évaluation qui seront mises en place à l'automne 2001 se calqueront sur le dispositif de la Commission Nationale d'Evaluation⁴⁰. Composées de 12 membres pour partie issues des groupes de suivi des PRS pour ce qui concerne les instances d'évaluation internes aux PRS, pour partie de personnalités extérieures reconnues pour leur expertise, elles auront comme mission, en compagnie de l'évaluateur, de piloter l'évaluation, conformément au cahier des charges avalisé par le CPRS (annexe 5).

Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'instance régionale d'évaluation, la composition suivra la même répartition, la moitié des membres émanant du CPRS, les autres étant des personnalités extérieures. Dans ce dernier cas il est suggéré dans le cahier des charges de choisir les membres de l'instance d'évaluation parmi les membres du Conseil Scientifique.

Il est très clairement dévolu dans le cahier des charges un rôle de pilotage dans l'évaluation à venir à l'instance d'évaluation, que ce soit à l'intérieur de chaque Programme Régional, que ce soit à l'échelon de l'instance régionale émanant du Comité des Politiques Régionales de Santé. L'évaluateur externe est l'animateur de cette instance d'évaluation.

I/.2.5. Le rôle du Comité des Politiques Régionales de Santé ⁴¹

Recommandé depuis 1997 par les textes, créé depuis 1998, il est consulté régulièrement pour les décisions importantes et informé de la réalisation des programmes. Son rôle risque de se modifier avec la mise en place du Conseil régional de Santé prévu par la loi de modernisation du système de soins.

Primitivement prévu pour, sous l'égide du Préfet de Région, encadrer le fonctionnement de la Conférence Régionale de Santé et des PRS, son rôle sera à préciser dans le nouveau système.

⁴⁰ circulaire du 28 dec 1998 créant la CNE et en décrivant la constitution et le mode de fonctionnement.

⁴¹ circulaire de 1997,décret du 29 décembre 1998

I/.2.6. Le rôle du comité de gestion

C'est une originalité du dispositif PRS en Nord-Pas-de-Calais. Cet organe a été créé pour répondre aux difficultés spécifiques liées au financement des projets. Il joue un rôle facilitateur et de courroie de transmission entre les financeurs institutionnels, la structure technique des PRS et le CPRS.

Son action est de faciliter le montage du dossier de subvention auprès de l'institution qui financera l'action. Sa composition permet de tenir compte du jeu pluri-institutionnel. Ses membres sont issus du Comité des Politiques Régionales de Santé. Le comité de gestion mis en place permet aux projets d'être gérés par un guichet unique. Par ailleurs, chaque financeur potentiel est représenté au comité de gestion. Les objectifs sont donc d'obtenir gain de temps et transparence des financeurs et dans leur engagement partenarial et dans les sommes effectivement utilisées. Les jeux de course aux financeurs se trouvent ainsi impossibles, ce dont se plaignent parfois les porteurs de projets.

I/.2.7. La place de la Conférence Régionale de Santé

Là encore nous nous trouvons face à une interface réglementaire. Expérimentales en 1995, les CRS ont été installées par les ordonnances de 1996 et par les décrets constitutifs qui ont suivi. Leur périodicité annuelle et leurs missions de générateur des priorités régionales efficaces ont été remises en cause par deux évaluations successives mises en place par la DGS. La loi prévoit la refonte de la Conférence Régionale de Santé et du CROSS dans un dispositif unique, le Comité Régional de Santé, subdivisé en sections spécialisés. Le rôle de la Conférence Régionale de Santé dans cette nouvelle configuration est à définir.

I/.2.8. Le conseil scientifique

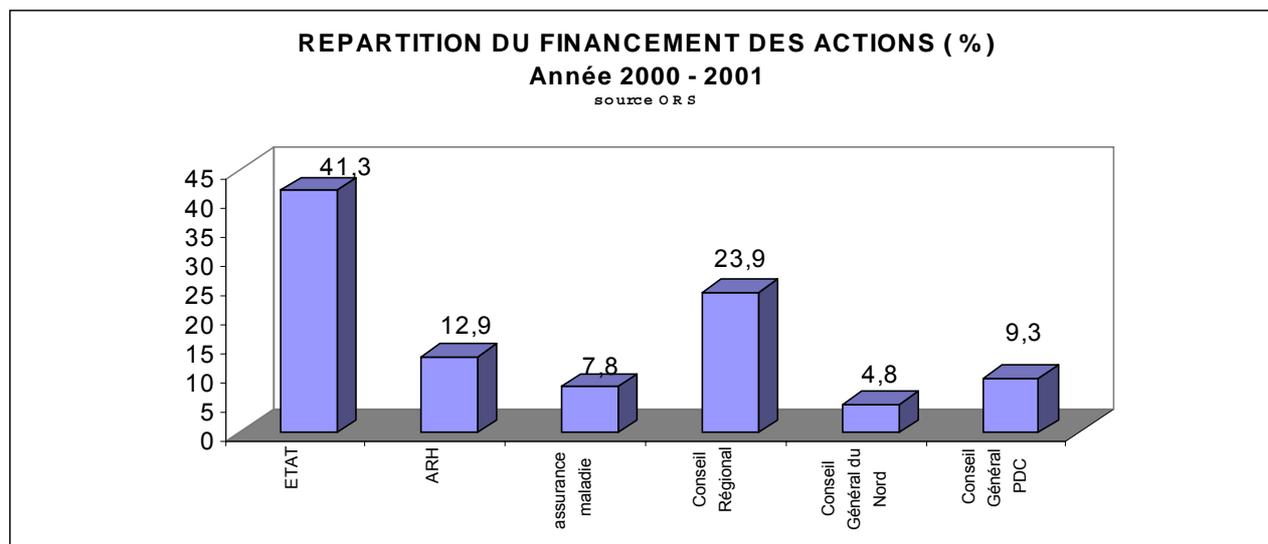
Créé il y a deux ans, regroupant des spécialistes de santé publique (Annexe 8) d'horizons différents, il ne s'est pas encore réuni. Il n'a pas été associé au montage du dispositif d'évaluation décrit dans le deuxième paragraphe si ce n'est dans les recommandations du cahier des charges. Sa participation est recommandée pour constituer les instances d'évaluation.

I/.3. Les PRS en actions

I/.3.1. Généralités

445 actions ont été financées ou labellisées pendant l'année 2001 dont 158 correspondant à des reconductions d'actions 2000. En 2000 ce sont 323 actions qui avaient été financées ou labellisées. Plus de 50 % des actions, pour l'année 2001, tous PRS confondus, émanent du secteur associatif. Il convient cependant de nuancer, ces associations recouvrant des réalités très disparates de l'association de professionnels, à la fédération de structures en passant par des associations financées par des fonds publics ou parapublics et des associations de bénévoles. A noter qu'en 2000, 57% des actions étaient soutenues par des associations.

TABLEAU 12



Les collectivités territoriales pour leur part portent 6,4 % des actions, les EPS⁴² autour de 6%, la protection sociale, CRAM, URCAM et CPAM confondues, 9% contre 17 % en 2000. Les organisations professionnelles restent stables avec moins de 3% des actions, les associations d'usagers assumant pour leur part moins d'1% des projets. A noter l'émergence de l'Education Nationale investie dans 17% des projets contre un peu moins de 7 % en 2000. Les porteurs divers sont également en augmentation autour de 7.7 % contre un peu moins de 4 % en 2000.

Il existe un discret déséquilibre entre les actions menées dans le Nord et le Pas-de-Calais puisque 48% des actions sont menées dans le Nord contre 31.1% dans le Pas-de-Calais alors que le Nord est trois fois plus peuplé que le Pas-de-Calais. Ce déséquilibre est stable par rapport à l'année 2000. En revanche, en quantité de financement 38,8 % des

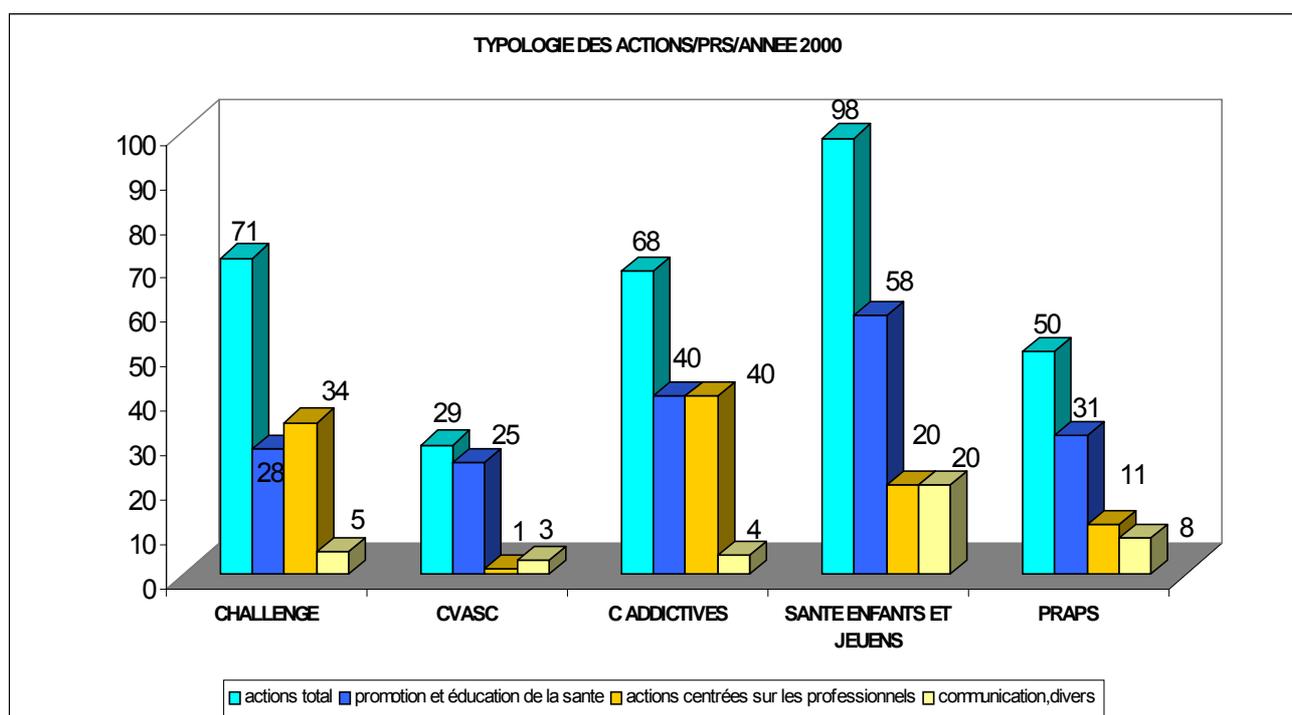
financements des actions sont dans le Nord contre 24,1% dans le Pas de Calais. L'Etat finance plus de 55 % des actions et l'implication du Conseil Général du Pas-de-Calais est importante.

I/3.2. Les PRS en actions

Les tableaux suivants représentent la typologie des actions réalisées au cours de l'année 2000 par PRS ainsi que le financement par typologie d'action. Dans un tableau synthétique sont représentés, par PRS, les actions autour de la promotion, de l'éducation de la santé et des malades d'une part, les actions centrées sur les professionnels d'autre part. Un dernier groupe correspond à des actions de communication non ciblée ou à des actions non classables dans les catégories précédentes. Les actions ont ensuite été divisées en sous classes plus détaillées, argumentées en annexe 6.

TYPOLOGIE DES ACTIONS / PRS : année 2000

TABLEAU 13



L'ORS a par ailleurs établi une classification sur la base synthétisée dans le tableau 14. Cependant cette typologie choisie ne semble pas rendre compte de la réalité de certains PRS et, notamment le PRS "Santé des enfants des jeunes", peine à entrer ses actions dans

⁴² Etablissements Publics de Santé

la classification de l'ORS.

A signaler qu'un groupe de travail national est constitué actuellement sur le sujet et qu'un consensus sur la classification par typologie ne semble pas simple à trouver.

TYPLOGIE DES ACTIONS : REGROUPEMENT ORS 2000 / 2001

TABLEAU 14

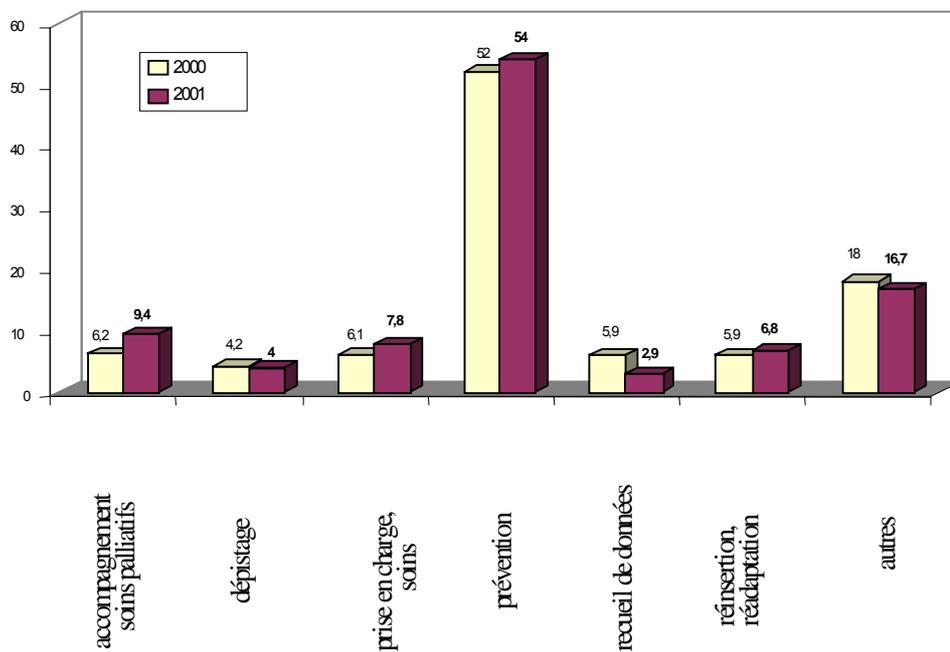
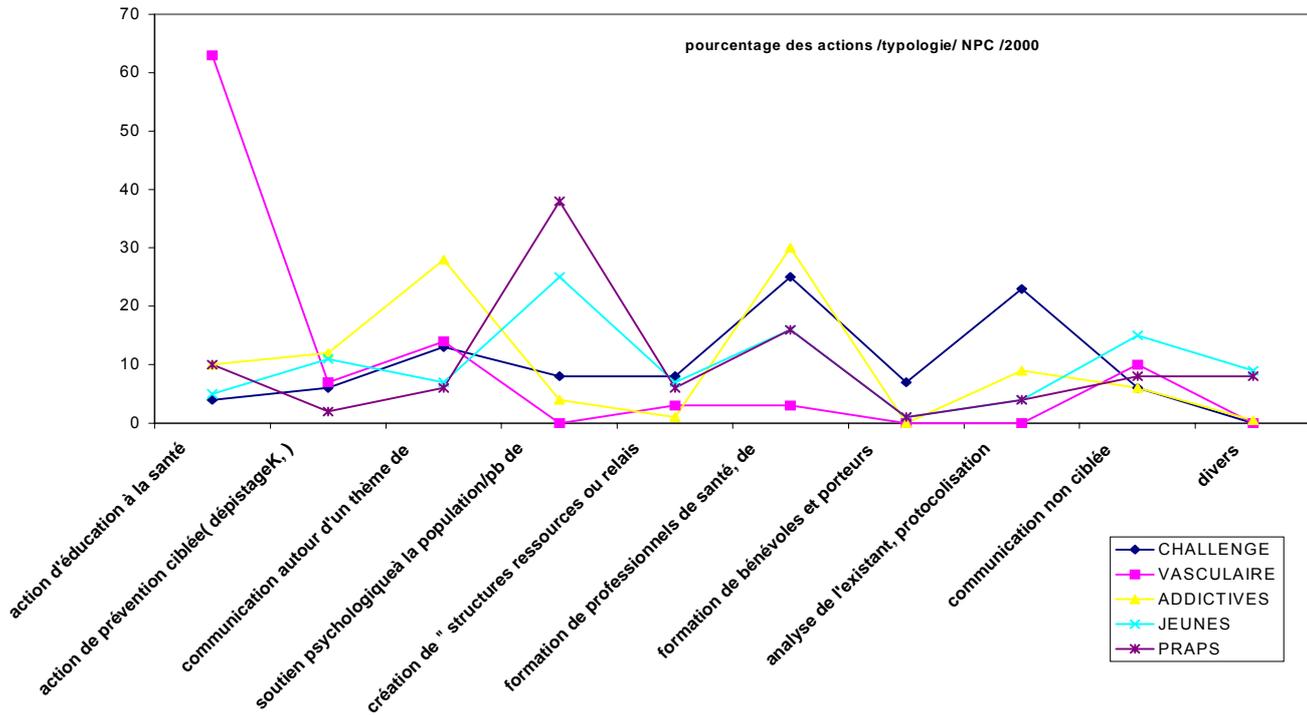
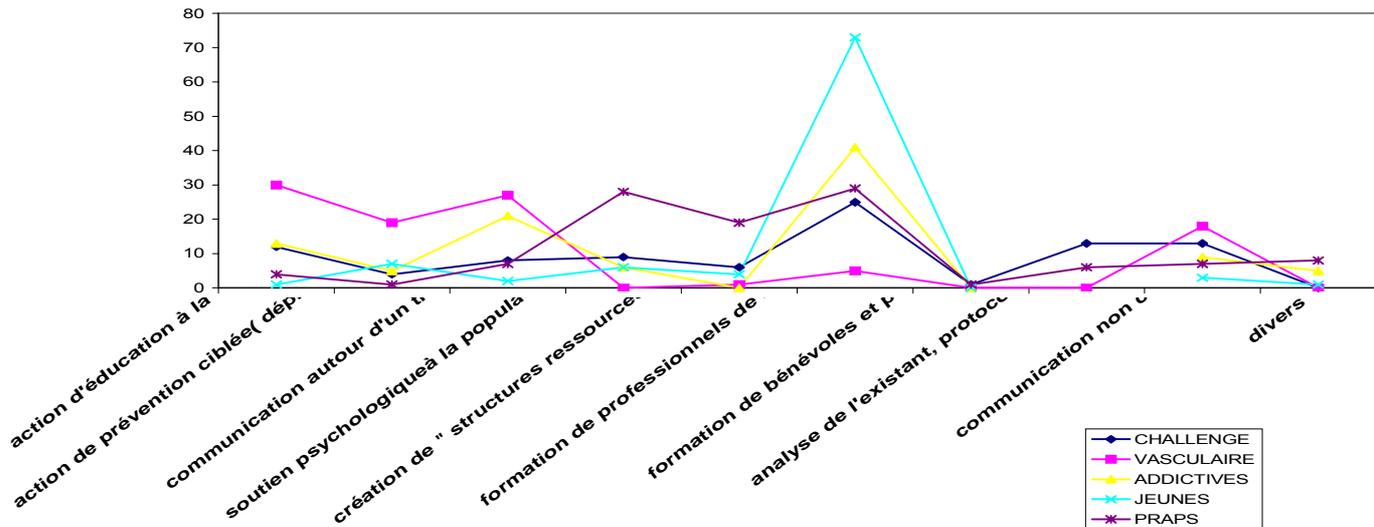


TABLEAU 15 – TYPOLOGIE DES ACTIONS PAR PRS



POURCENTAGE DES FINANCEMENTS DE CHAQUE PRS / TYPOLOGIE ACTIONS / 2000 / NPC
TABLEAU 16

pourcentage des financements de chaque PRS / typologie actions/ 2000/NPC



Ce classement est personnel et ne tient pas compte de la classification entreprise en intra PRS en NPC. En effet en NPC une classification est en cours de constitution, interne à chaque PRS.

I/.3.3. Le partenariat

Les PRS réorganisent le champ partenarial qu'il soit institutionnel, financeur ou organisationnel.

I/.3.3.1. Le partenariat institutionnel

Les PRS reposent sur un partenariat diversifié. Ce partenariat est également variable en fonction des PRS. Pour exemple on retiendra la forte participation institutionnelle de l'Education Nationale dans le PRS "Santé des enfants et des jeunes". La DDE est par ailleurs très impliquée dans le "PRASE". Les pôles Santé ou les services sociaux de la ville sont également diversement associés et sont très présents dans le "PRAPS" et le PRS "Santé des Enfants et des Jeunes". Réseaux hospitaliers et associations diverses sont bien entendu parties prenantes dans les projets. Cette énumération n'est pas exhaustive. Les partenaires financiers sont pour l'essentiel l'Etat, la Région, le Conseil Général, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, par le biais du Fonds National d'Education et d'Information Pour la Santé (FNEIPS)⁴³, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)⁴⁴ par le financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de la Ville (FAQSV)⁴⁵, la Ville ou les communautés urbaines.

Le CPER définit le partenariat financier de la façon suivante : 80 Millions de francs sont disponibles dans cette enveloppe. Le Conseil Général définit sa participation de façon variable. Parfois il s'agit de mise à disposition de personnels ou de structures telles que les Unions Territoriales d'Actions Sanitaires et Sociales (UTASS)⁴⁶. Parfois le Conseil Général abonde des sommes au pot commun. Pour exemple, le Conseil Général du Pas de Calais abondera 3 Millions de francs dans le déclinaison territoriale des PRS. Cette mise en place est prévue pour 2002.

Certains acteurs occupent une place complexe. L'ORS, organisme parapublic assure une

⁴³ Fonds National d' Education et d' Information pour la Santé représentant approximativement 2% du budget de la CNAM destiné réaliser des campagnes d'information et d' éducation à la santé

⁴⁴ URCAM : Union Régionale des Caisses d' assurance maladie instaurée par les ordonnances Juppé de 1996 portant sur la modernisation de la Sécurité Sociale.

⁴⁵ FAQSV : Fonds d' aide à la qualité des soins de ville créé par les ordonnances Juppé et géré de façon conjointe par l' URCAM et l' Union Régionale des Médecins. Ces financements , non pérennes, financent des actions spécifiques de soins de ville médicales ou paramédicales. Ce fonds initialement prévu pour cinq ans vient de se voir proroger pour 5 ans jusqu'en 2006.

⁴⁶ Unions Territoriales d' Actions Sanitaires et Sociales regroupant tous les services du Conseil Général attachés à l'action sanitaire et sociale relevant des prérogatives du Conseil Général. Pour exemple dans le Pas-de-Calais il existe 21 UTASS. La déclinaison territoriales des coordinateurs territoriaux prévoit 7 arrondissements et 7 coordinateurs. La superposition territoriale des différentes actions est donc à construire ;

partie non négligeable de la communication et de la connaissance analytique de l'état de santé de la population.

Tous les ans il réalise une analyse du travail opéré sur l'année précédente avec notamment une évaluation quantitative sur certains axes. Citons, de façon non exhaustive, la classification par typologie, une analyse du ratio de projets présentés par rapport aux projets acceptés, la répartition des actions par territoire, par financeurs, par PRS. Ce document est réalisé, de façon annuelle, après consultation des décideurs et des éléments qu'ils souhaitent voir apparaître dans la synthèse, présentée le jour de la tenue de la Conférence Régionale de Santé.

MRPS⁴⁷, CRES* et CDES* assurent également une action de formation à l'éducation de la santé et des actions de communication tous publics. Leur financement est également public. Ils participent également au dispositif PRS par la mise en place d'actions méthodologiques et de formations auprès des porteurs de projet et, dans certains PRS, sont intégrés dans le groupe de suivi. Le projet d'évaluation régionale prévoit de les associer en tant qu'évaluateurs externes des actions. Il est en effet prévu dans leur contrat d'objectifs et de moyens, la mise en place d'évaluations en santé publique sur commande de leurs financeurs.

1/3.3.2. Le financement des PRS

Le HCSP avait estimé à 1% les dépenses de santé qu'il conviendrait de réserver à des actions de programmation régionale telles que les PRS. Les fonds sont multiples provenant de décideurs d'horizons différents : FNEIPS*, FAQSV* pour ce qui concerne la sécurité sociale, crédits d'état répartis sur plusieurs lignes (ville, lutte contre les dépendances), collectivités régionales, départementales ou urbaines, Fondation de France, mutualités, fonds européens sont les principaux fonds. La lisibilité des sommes abondées n'est pas toujours évidente.

La Région Nord-Pas-de-Calais a choisi de mettre en place un guichet unique ou 40MF ont été abondés en 2000, guichet unique géré par le Comité de Gestion, sur délégation du Comité des Programmes Régionaux de Santé*. Cette somme représente 10 F par habitant de la région Nord-Pas-de-Calais.

L'enveloppe n'est pas fermée mais la totalité de la somme prévue n' a pas été utilisée sur 2000 ni sur 2001. L'objectif est de faire gagner du temps aux porteurs de projet dans l'instruction et la gestion des dossiers administratifs et financiers.

Les objectifs des financeurs sont de gagner du temps et de la transparence, la procédure d'instruction des dossiers étant standardisée, le débat collégial.

⁴⁷ Maison régionale de la promotion de la santé qui regroupe sous son toit un certain nombre d'associations, impliquées dans l'action régionale dont le CDES centre départemental d'éducation à la santé et CRES (centre régional d'éducation à la santé)

I/.3.4. La place des PRS dans l'action des services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale en Nord-Pas-de-Calais

I/.3.4.1. La place des PRS dans l'Inspection Régionale de Santé (IRS)

Si l'on analyse les différentes missions dévolues à l' IRS, l'occupation temporelle suivante de l'IRS, par rapport à ses différentes missions est segmentée en trois parties : promotion de la santé, sécurité sanitaire et organisation des soins.

La promotion de la santé, qui recoupe approximativement le travail accompli autour des PRS, occupe 40 % du temps de l'IRS. La sécurité sanitaire occupe 25 % du temps et englobe les missions d'inspection et la gestion des plaintes. A signaler que d'autres missions de sécurité sanitaire ne sont pas gérées par l'IRS ; Il s'agit notamment de l'activité de la CIRE, de l'activité de l'inspection de pharmacie et de l'activité de veille sanitaire gérée par les ingénieurs sanitaires.

L'organisation des soins occupe pour sa part 35% de l'activité de l'IRS et regroupe les activités spécifiques autour du SROS, du suivi des établissements de santé, des réseaux de soins, de la gestion du PMSI et des la gestion des carrière des Praticiens Hospitaliers.

I/.3.4.2. La place des PRS dans les services concentrés de l'action sanitaire et sociale

A la DRASS les PRS occupent 9.57 personnes sur 210.5 soit moins de 5 % de l'effectif.

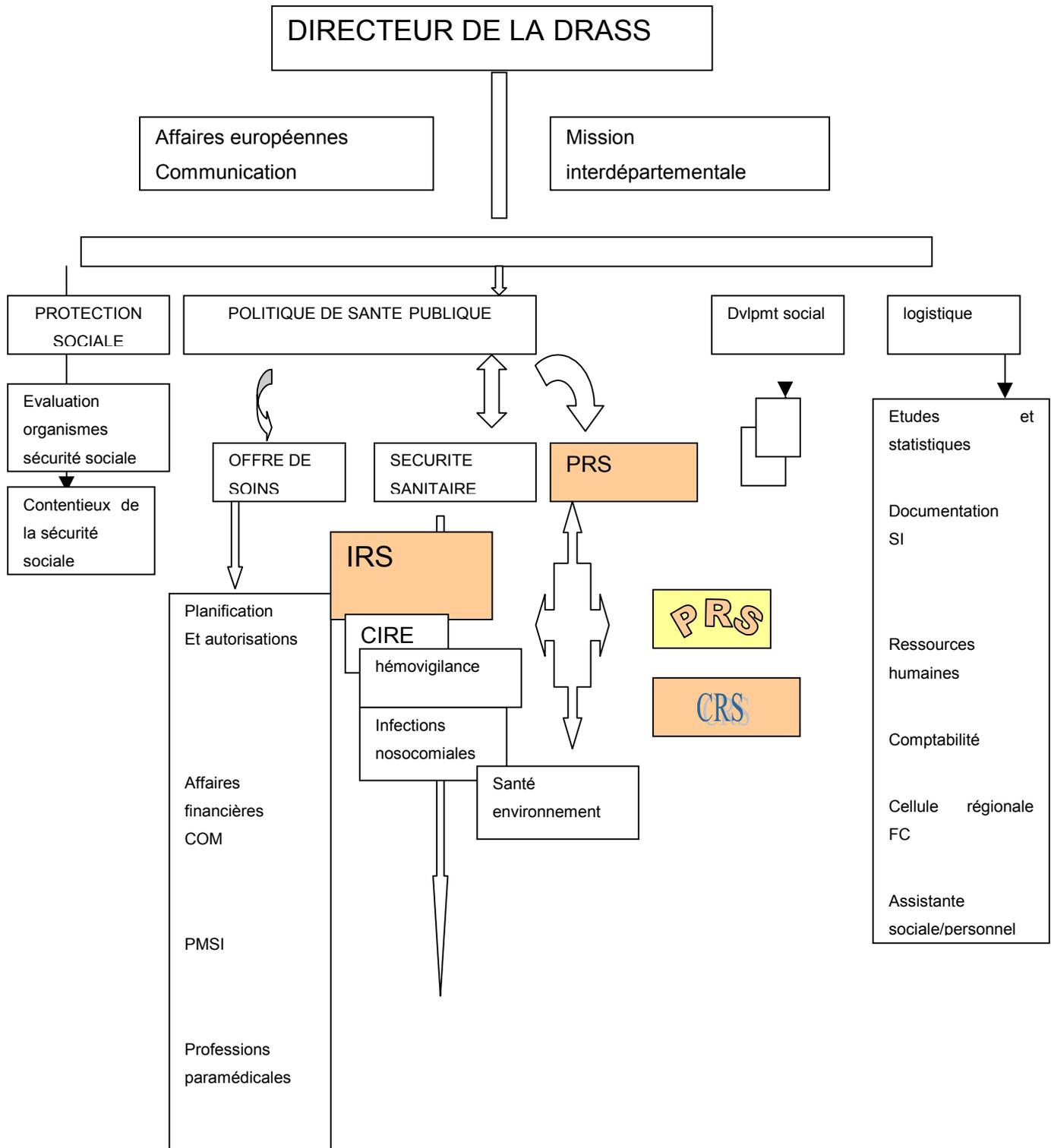
A noter cependant qu'un diagramme hiérarchique s'accommode assez mal de la dynamique PRS qui est transversale et matricielle (87).

Au regard du nombre de salariés de l'institution des deux DDASS et de la DRASS confondues, le nombre de personnels investis spécifiquement ou partiellement dans l'action PRS est faible représentant 4 % des effectifs, la politique de santé publique représentait approximativement 25 % de l'action sanitaire et sociale, en terme d'utilisation des effectifs du personnel. A l'intérieur de ce pôle l'activité due aux PRS représente 4% de l'occupation des ETP⁴⁸. Les autres pôles d'activité se situent autour de l'offre de soins, de la politique de développement social, de la tutelle des organismes de protection sociale. L'ensemble est diversement réparti entre les trois institutions, DDAS et DRASS ,et résumé en annexe 9.

TABLEAU 17

⁴⁸ Equivalent Temps Plein

ORGANIGRAMME DRASS Source DRASS NPC



Ces six programmes mobilisent des ressources non négligeables même si elles paraissent dérisoires face aux autres budgets de la santé dans la Région : 18 milliards sont dédiés à l'hôpital, 2.5 aux cliniques et au médico-social pendant que l'ambulatoire consomme 23 Milliards par an.

Que ce soit vis à vis des ressources consommées ou vis à vis de la nécessaire évaluation des politiques publiques telles que définie dans la circulaire⁴⁹ du 28 décembre 1998, il est important de ne pas attendre la fin du Contrat de Plan pour évaluer les actions entreprises que ce soit en termes de processus ou de résultats.

L'évaluation s'intègre alors, dans l'acceptation du texte cité en référence, comme participant au management de l'action publique, partie prenante d'un programme d'amélioration de la qualité. C'est, outre la volonté de rendre des comptes, la volonté sous-tendue par cette évaluation à mi-parcours du CPER.

Ce sera l'objectif du prochain paragraphe de décrire le dispositif choisi et le déroulement de la mise en place. Il s'agit de présenter le cheminement méthodologique entrepris par les équipes en place, les interrogations ainsi que les choix techniques opérés afin de mettre en place cette évaluation dans les délais impartis.

II MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'EVALUATION

II.1. Généralités

► Le commanditaire est le CPRS. Le directeur de la DRASS souhaite par ailleurs, à mi chemin du CPER, recentrer son action et savoir quelles sont les actions indispensables à mener et la place de l'Etat dans le dispositif en cours de construction. Il existe également un souhait de savoir jusqu'où l'engagement de l'Etat doit se poursuivre dans la déclinaison territoriale. Enfin la pertinence de l'action engagée demande à être examinée.

- ◆ La période évaluée sera celle de mars 2002 à mars 2003.
- ◆ L'évaluation portera sur les actions, les programmes et la politique régionale de santé

► Le CPRS a fait le choix d'une « **auto-évaluation accompagnée** ». Cela positionne donc l'évaluation à venir, sur le plan théorique, comme une évaluation formative .

Par ailleurs, une segmentation de l'évaluation a été choisie sur trois niveaux. Cette segmentation reprend les principes de Pineault (98) sur l'évaluation des réseaux et segmente de façon transversale le dispositif : évaluation des actions, évaluation individuelle de chaque PRS et évaluation de la politique régionale de santé. A chaque niveau

d'évaluation correspondra donc et le recrutement d'un ou plusieurs évaluateurs et un cahier des charges spécifique pour encadrer la commande et définir les questions évaluatives.

II/.2. La mise en place du dispositif

II/.2.1. Le calendrier

- ◆ A été mis en place dès le mois de mai pour fixer les étapes de la programmation suivant la programmation par objectifs de Gantt (24). Les temps forts du calendrier étaient l'élaboration du cahier des charges, le séminaire d'évaluation et la date butoir de recrutement des évaluateurs pour débiter l'évaluation dans les délais impartis. Le séminaire d'évaluation avait, lui, pour objet, de finaliser les questions évaluatives. Le temps proprement dit de l'évaluation a été fixé à 12 mois.

II/.2.2. Le cahier des charges

Quel est l'objectif du cahier des charges ?

Il s'agit de poser les questions évaluatives nécessaires à la mise en place de l'évaluation. Des questions évaluatives retenues dépendront les outils méthodologiques utilisés par les évaluateurs recrutés. Ces questions évaluatives peuvent être déterminées par les évaluateurs, par une instance d'évaluation, par le commanditaire les acteurs de terrain.

Dans un premier temps, nous avons mis en place des réunions de « brainstorming⁵⁰ » dans un « pré-cahier des charges » soumis à la validation des acteurs. Trois « pré-cahiers des charges » ont été ainsi modélisés à l'issue des réunions. Deux réunions ont rassemblé des animateurs du CRES et un responsable de programme territorial. Deux réunions autour des pilotes de PRS ont ensuite eu lieu animées par la stagiaire ou par le Médecin Inspecteur Régional qui a eu en charge d'animer la réunion des représentants du CPRS. Pour chacun des participants, il s'agissait de réfléchir à leur vision de l'évaluation de leur action. A l'issue de ces cinq réunions et d'entretiens individuels complémentaires que nous avons mené, un pré-cahier des charges a été modélisé autour des nécessités et priorités des évaluations à venir. Il a été proposé à la validation des acteurs début août 2001.

⁵⁰ ces séances ont eu pour finalité, de faire réunir pilotes, porteurs de projet, membres du CPRS, autour des Qui Quoi Pourquoi Comment ou Combien afin de définir ce qu' était ou n' était pas l' évaluation avant de modéliser le précahier des charges

Cette évaluation s'inscrivait, pour les participants, autour de deux axes : un axe de contrôle de "rendre compte de ce que l'on fait", un axe de management de la qualité "comment mieux faire ?" .

L'évaluation ainsi posée devrait tenter de répondre à ce double objectif. Une modélisation financière a également été faite dans ce cadre en fonction des besoins ressentis, des estimations de temps nécessaires et du budget imparti. Le séminaire d'évaluation a eu lieu en octobre 2001, regroupant 100 personnes. Les institutionnels et les acteurs impliqués dans les PRS étaient invités.

Le séminaire d'évaluation a eu pour objet, outre d'identifier les questions évaluatives, d'officialiser la dynamique de l'évaluation après une demi-journée de généralités théoriques. La deuxième partie de la journée a consisté à faire travailler les acteurs présents sur la modélisation des questions évaluatives importantes à leur niveau d'action ; 9 groupes de travail ont réfléchi sur la base de la méthode Delphi⁵¹ sur actions, programmes et politiques régionales de santé. La synthèse a ensuite été colligée pour constituer l'armature des trois cahiers des charges (annexe 5) soumis à l'approbation du CPRS le 30 octobre 2001.

Les cahiers des charges, outre l'appel à projets pour les évaluateurs extérieurs et l'enveloppe financière allouée, posent une méthodologie interne d'organisation à venir pour les acteurs de terrain pour la part d'évaluation qui leur incombe (annexe 5).

II.2.3 Le recrutement des évaluateurs

II.2.3.1. Les évaluateurs en charge de l'évaluation des actions

Pour la majeure partie des actions dont le budget est inférieur à 200 000F(30490 euros) deux jours d'évaluation sont prévues, réparties au début du projet et à six mois du démarrage de l'action, évaluation groupée pour 10 à 15 porteurs de projet afin de réduire les coûts. Pour les actions dont le coût unitaire est supérieur à 3330490 euros, une évaluation individuelle est prévue correspondant à 10 % du montant de l'action et sur un temps entre 6 et 8 demi journées. Le coût de l'évaluation sera alors intégré dans le budget de l'action.

Il n'y a pas d'évaluateur spécifique recruté pour ce niveau d'évaluation. CRES, MRPS sont tenus, dans le cadre de leurs contrats d'objectifs et de moyens, de réaliser ces évaluations à la demande des porteurs de projet qui gardent latitude pour contractualiser avec d'autres structures spécialisées. La seule obligation est le respect du cahier des charges validé par le CPRS (annexe 5).

⁵¹ chaque groupe de travail de 10 personnes est subdivisé en sous groupes de deux à trois personnes qui élaborent leurs priorités en les classant de 1 à 10. L'animateur rassemble ensuite les sous groupes pour obtenir classement et regroupement éventuel des similitudes. Un deuxième classement prioritaire est ensuite demandé par sous groupes et finalisé en résultat du groupe.

LES QUESTIONS EVALUATIVES DES CAHIERS DES CHARGES

TABLEAU 18

• **QUESTIONS EVALUATIVES / ACTIONS**

- L'action est-elle conforme aux six points de la charte des PRS et, en particulier, dans quelle mesure la population concernée a-t-elle été associée ?
- L'action est-elle pertinente par rapport aux attentes de la population, aux résultats attendus ?
- Les objectifs de l'action ont-ils été atteints ?
- Y a-t-il eu d'autres effets induits ?
- La méthode employée et les ressources humaines, matérielles et financières mises en œuvre sont-elles en adéquation avec les objectifs de l'action ?
- La communication a-t-elle été adaptée à l'action ?
- L'action a-t-elle entraîné des évolutions de pratique ?
- L'action est-elle reconductible, peut-elle être reproduite ailleurs ?

LES QUESTIONS EVALUATIVES AUTOUR DES PROGRAMMES

- Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme entre les objectifs et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?
- Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de population et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?
- Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?
- Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?
- Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?
- Quels ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux autres dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?
- Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?
- Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?
- Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration puis la mise en œuvre du programme ?
- Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

• **QUESTIONS EVALUATIVES POLITIQUES**

- Dans quelle mesure la politique des programmes régionaux de santé répond-elle aux besoins de la population du Nord-Pas-de-Calais, aux attentes des décideurs et à celles des opérateurs de la région ?
- Quel est l'impact potentiel des programmes régionaux de santé sur la santé de la population du Nord-Pas-de-Calais ?
- Quels ont été les effets induits par la politique des programmes régionaux de santé sur l'organisation sanitaire de la région ?
- Faut-il prioriser certains objectifs des PRS et si oui selon quels critères ?
- Quelles sont les relations entre programmes régionaux de santé et schémas régionaux d'organisation des soins ?
- Est-ce que la politique des PRS a permis une meilleure articulation entre les niveaux national, régional, départemental et local ?
- En quoi la politique des programmes régionaux de santé a-t-elle modifié les relations entre les acteurs, est-ce qu'elle a réellement permis l'émergence d'une dynamique de terrain ?
- Le fonctionnement du comité de gestion des programmes régionaux de santé est-il satisfaisant ? En quoi devrait-il être amélioré ?
- Quelles sont les améliorations à apporter dans la procédure d'instruction des dossiers, du lancement de l'appel à projet jusqu'au financement ?
- Quels sont les aspects de la communication des programmes régionaux de santé qu'il conviendrait d'améliorer ?

A signaler par ailleurs la mise en place d'un guide méthodologique à destination des porteurs de projet comportant des fiches techniques d'évaluation, adaptées à la typologie du projet.

II/.2.3.2. Les évaluateurs en charge des programmes

Pour chaque programme la somme abondée est de 95 000F (13721 euros). L'évaluateur recruté sur appel d'offres (annexe 5) aura donc à répondre aux questions évaluatives retenues dans le cahier des charges et à formaliser, en partenariat avec l'instance d'évaluation, l'organisation pratique de l'évaluation, le compte rendu final de l'évaluation et la modélisation d'une évaluation en continu.

Il est également prévu, dans un deuxième temps, qu'un évaluateur devienne pérenne dans chaque programme.

II/.2.3.3. Les évaluateurs en charge de l'instance régionale

Dans ce cas de figure l'appel d'offres contenu dans le cahier des charges a porté explicitement sur un évaluateur extérieur à la région Nord-Pas-de-Calais. C'était une volonté très affirmée du groupe de travail initial de recruter l'évaluateur en dehors du champ de compétence régional pour s'assurer de son indépendance vis à vis de la politique locale.

L'appel d'offres porte sur une somme de 31 000 euros. Là encore le cahier des charges formalise les questions évaluatives, le partenariat avec l'instance d'évaluation décrite dans le cahier des charges et les obligations contractuelles en termes de rapport d'étape et de finalisation de l'évaluation.

II/.2.4 La mise en place des instances d'évaluation

Décidée pour respecter le cadre conceptuel de l'évaluation formative telle que décrite dans le premier chapitre, elles seront présentes dans chaque PRS, émanations du groupe de suivi et de personnalités qualifiées .

Par ailleurs une instance régionale se constituera, issue, en partie du CPRS, en partie de personnalités qualifiées. On notera qu'il est fait mention dans le cahier des charges des membres du Conseil Scientifique. Les instances auront pour fonction d'accompagner les évaluateurs recrutés dans leur action. Des fonctions plus spécifiquement managériales devraient leur échoir mais c'est essentiellement une question de rythme interne, propre à chaque PRS d'une part, à la personnalité des évaluateurs recrutés d'autre part.

II/3. Les implications managériales

II/3.1. Les implications au début de la programmation pour le MISP Stagiaire

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte au début de la programmation. Dans un premier temps, il convient de tenir compte des références existantes, des démarches en cours, notamment de l'état d'avancement de l'évaluation dans le programme "Challenge" ainsi que des compétences régionales disponibles.

On pensera notamment au Département de Santé Publique du CHRU qui dispose d'une méthodologie et de ressources humaines.

- ◆ Le facteur temps doit également être pris en compte et le calendrier doit être mis en place dès le début de l'action, suffisamment souple pour ne pas entraîner des zones de tension dans la réalisation.
- ◆ La bonne volonté à priori des acteurs doit être sollicitée mais les résistances doivent être entendues. La dimension de contrôle de l'évaluation n'échappe à personne. L'objectif essentiel est l'adhésion des acteurs à cette évaluation qui ne doit, en aucun cas, être vécue comme une évaluation-sanction. La demande formative est par ailleurs forte, intégrant pleinement l'évaluation dans le recul nécessaire à l'action. Cependant, cette seconde dimension, précieuse et motrice, ne doit pas amener à négliger l'aspect quantitatif et « *miroir* » de l'évaluation .

Les objectifs doivent être revalidés régulièrement tant par les acteurs que par les instances décisionnelles. Aucun relais ne doit être oublié. C'est au démarrage que peut s'enliser un projet et c'est au début qu'il faut accepter de passer du temps à expliquer les objectifs. Ce sera un des apprentissages majeurs du travail accompli pendant cette période.

II/3.2 Les implications managériales pour les acteurs

Des réunions de « brainstorming » réalisées pendant l'été 2001 sont remontées un certain nombre de données qui auront abouti à la mise en place dès l'automne 2001 d'aménagements du dispositif opérationnel :

- ◆ Un des objectifs des instances d'évaluation sera de classer les actions de leur PRS en "typologies d'actions". L'objectif managérial sous-tendu est de permettre de structurer chaque PRS autour de pôles d'intervention définis. Ce classement devrait être plus analytique que la classification en "domaines", actuellement choisie par le PRS "Challenge"
- ◆ Les réunions ont objectivé une difficulté méthodologique des porteurs de projet à inscrire une action et à l'argumenter en termes d'objectifs , d'impacts, de résultats, et d'évaluation de l'action. Dès janvier 2002 démarrera pour l'ensemble des porteurs de projet, une formation à la méthodologie de projet et à l'évaluation, sur la base de 5

journées à l'ensemble des porteurs afin d'apporter un soutien méthodologique à *l'écriture du projet*⁵².

Les objectifs sont multiples. Il s'agit de permettre aux porteurs de cibler des objectifs réalistes à leur action, compatibles avec les programmes et de mettre en place les grilles d'auto-évaluation de leurs actions. Exemple : une pièce de théâtre réalisée auprès des jeunes des collèges autour du tabagisme n'a pas pour objet d'évaluer son action ou sa « productivité » en testant la créativité des acteurs amateurs mais l'impact du message de santé publique diffusé par la pièce. On peut espérer, à l'issue de ce travail, un délai d'instruction des dossiers plus court, sans reprise d'écriture et des actions plus affûtées dans leurs objectifs. Enfin, cette étape constitue le préalable nécessaire à l'auto évaluation, par les porteurs, complétée ou non, d'une évaluation extérieure.

◆ Lors des réunions préalables à la constitution des cahiers des charge sont apparues également des difficultés à concevoir l'évaluation de certaines actions, notamment sur le plan qualitatif. Ainsi certains décideurs hésitaient à financer des actions centrées autour de « l'estime de soi » (politique de la Ville, "Praps", "Santé des Enfants et des Jeunes") au motif de l'absence d'outil évaluatif pertinent. Ailleurs, et cela était notable dans le "PRS Conduites addictives", il n'existait pas toujours de consensus entre les différents porteurs de projet pour aborder des actions autour du sevrage d'une dépendance. De cet ensemble de constats est née la nécessité, dans le cadre de l'évaluation, de concevoir un guide méthodologique, à destination des porteurs, regroupant, par typologie d'actions, des outils d'aide à l'évaluation. Cet outil sera mis en place dans le cadre de l'évaluation et appartient au cahier des charges des évaluateurs en charge des actions.

Nous avons essayé de résumer l'existant des Programmes Régionaux de Santé. Le dispositif d'évaluation est en cours de mise en place, les appels à projet effectués, les instances d'évaluation constituées. Le choix des évaluateurs doit intervenir dans le début 2002 afin que l'évaluation effective se mette en place en mars 2002. Un rapport d'étape est prévu pour décembre 2002 et l'évaluation sera close en mars 2003.

Le choix méthodologique réalisé a permis de modifier le cours de l'action dès la conception de l'évaluation puisque certaines mesures managériales ont d'ores et déjà été prises. C'est d'ailleurs une des difficultés méthodologiques d'évaluer un processus en marche et un processus par ailleurs évolutif dans le temps et dans l'espace (1,98).

⁵² Une demi journée regroupant une centaine de porteurs de projet pour de la méthodologie générale. Une demi journée en atelier de 10 personnes pour un animateur pour un travail à l'écriture de projet. Enfin pour les projets particulièrement complexes une « aide à l'écriture » individuelle peut être sollicitée. Le CRES est en charge de la logistique de ce projet. Les ateliers d'écriture sont animés par le CRES et par les pilotes des PRS.

Il nous reste à opérer une lecture plus critique, sachant que l'observation sur le terrain aura été parcellaire.

C'est l'objet du troisième chapitre.

CHAPITRE 3

DISCUSSION

SUR LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN NORD-PAS-DE-CALAIS

Dans ce chapitre, nous tenterons une réflexion sur ce qu'est l'évaluation de l'action⁵³, en tentant, à chaque fois, de la relier au dispositif choisi en Nord-Pas-de-Calais.

En effet, à ce stade du travail, il nous semble que l'on ne puisse dissocier l'action, entendue au sens d'action sur le monde, de son évaluation. *«Toute tentative de compréhension d'une théorie est une recherche théorique sur cette théorie et son problème qui deviennent partie intégrante de l'objet de la recherche»* (Popper).

L'évaluation se positionne alors comme objet critique de l'action entreprise.

III/I. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES

D'UNE EVALUATION DE POLITIQUE PUBLIQUE

Nous nous appuyerons dans cette partie sur certains auteurs ayant réfléchi aux risques d'échec de l'action publique, certains risques étant liés à une carence méthodologique de l'expérimentation, d'autres plus politiques. Ces risques et contingences doivent, à notre sens, être pris en compte dans le montage d'une évaluation des politiques publiques.

⁵³ L'action entendue au sens philosophique du terme aussi bien que dans le sens d'action de politique publique

➤ **L'expérimentation doit obéir à quatre critères incontournables (71) :**

- Un terrain d'étude retenu
- Un terme fixé au départ
- Une évaluation fixée à l'expiration de la date
- Une extension ou une pérennisation du dispositif subordonnée aux conclusions de l'évaluation.

Les trois premiers critères sont actuellement remplis dans le cadre pratique qui nous occupe. Le quatrième critère ne sera discutable qu'à la fin de l'évaluation, prévue pour mars 2003.

➤ **La position de l'évaluateur dans le système décisionnel est alors capitale.**

Il peut être le même que celui qui a la responsabilité du pilotage de l'expérimentation. Mais il peut aussi être en position d'extériorité.

A la différence de l'évaluateur acteur, l'évaluateur expert dispose d'une capacité d'analyse critique. Par contre, déconnecté des processus décisionnels, la prise en compte de ses observations peut être plus difficile.

Le problème, ainsi posé par Le Chevallier (71), est le sort réservé aux évaluations. Ont-elles une fonction cognitive ou précèdent-elles une généralisation des dispositifs ?

Cependant le succès d'une réforme administrative ne dépend pas que de ses qualités intrinsèques mais des rapports de force cristallisés autour de cette réforme.

➤ **Quel que soit le processus réformateur, il comporte une dimension symbolique sur le bien-fondé de l'action publique.**

Souvent, une réforme administrative est posée comme une conception, purement instrumentale, et néglige que son application va interagir dans un univers social complexe, déjà organisé, susceptible de réactions. Toute réforme administrative constitue un enjeu autour duquel se mobilisent un certain nombre d'acteurs :

- Le politique, soucieux de monter ses capacités d'action sur le réel, source de sa légitimité.
- les administratifs directement affectés par la réforme qu'ils l'initient, la soutiennent, la subissent ou s'y opposent
- Les acteurs impliqués à titres divers dans les processus donnés.

Pour prévenir l'échec « *sans le soutien du politique, les PRS sont des hochets*

administratifs»(Csazar-Goutchokf, Médecin Inspecteur Régional de Picardie), un réel rapport de force doit être créé en faveur du changement, d'une part par l'exercice d'une pression continue (29), pour lever les blocages, d'autre part par l'anticipation juste (123) des résistances inévitables que suscite la réforme. Une réforme administrative ne peut aboutir que si elle est prise en compte par le politique (71), car ainsi elle accède au réel.

- *Cependant, prise en compte par le politique, il se peut qu'elle échappe au réformateur.*

C'est, actuellement, la crainte des opérateurs, lors de la déclinaison des Programmes Régionaux de Santé vers les programmes territoriaux. La pertinence et la cohésion des territoires ont des logiques propres. La fragmentation de l'action en zones territoriales peut nuire à la cohésion de l'ensemble. Par ailleurs, la dispersion des moyens peut entraîner des surcoûts non négligeables, voire une perte de l'efficacité de l'action. Le maintien d'une structure éloignée du terrain, cohésive, est contraire à l'esprit de la réforme. Le dilemme est de taille.

- *La modification des règles du jeu touche aux équilibres administratifs qui entrent en résistance pour préserver les positions acquises.*

Toute réforme administrative touche des intérêts sociaux et des alliances, négociées de longue date. Les stratégies d'acteurs décrites par Crozier⁵⁴(26) ne se modifient pas si aisément et sans contreparties. Tous les acteurs ne peuvent négocier en position gagnant-gagnant.

La réforme administrative souffre de deux maux chroniques (119) qui peuvent également la mener à l'échec : la sur rationalisation de l'objet auquel s'appliquent les réformes et la sous rationalisation des stratégies utilisées pour réformer l'objet.

- La sur rationalisation est à l'œuvre lorsque l'Administration est perçue comme un corps homogène, réagissant à l'unisson et sans intérêts contradictoires ; les difficultés et résistances concrètes à la mise en place des ARH en sont un exemple.
- La sous-rationalisation perd le réformateur quand il croit qu'il suffit de vouloir pour pouvoir en ignorant les effets pervers et latéraux induits par la réforme.

Certains effets pervers des délégations de compétences en termes de santé sont justement redoutés, au nom de la rupture d'équité.

➤ **Enfin le modèle délibératif des années 1980 mis en place interpelle à plus d'un titre et aboutit à une complexification du monde.**

⁵⁴ « derrière une objectivité scientifique liée aux techniques statistiques et aux modèles expérimentaux plus sophistiqués, il faut rechercher les paradigmes personnels des chercheurs, les luttes de pouvoir, les biais et manipulations. Le problème n'est pas de refuser l'évaluation mais de faire de l'évaluation une réorganisation entre acteurs et système, de trouver le chemin commun d'objectifs, de contraintes, » les rationalités limitées » de chacun » Crozier »

- *Les élus*, censés représenter la population, s'atomisent en professionnels de la politique, déconnectés de la société civile. La notion d'intérêt général, spécificité du droit français, s'effrite au contact des traités internationaux⁵⁵. Pire, il n'est pas toujours apparent aux citoyens dans les décisions politiques si l'on prend l'exemple de l'implantation picarde de la gare de TGV ou l'introduction des produits sanguins chauffés (88)

- *Les experts*⁵⁶ sont contestés et la « légitimité profane » des jurys citoyens est sollicitée.

- *Cette participation citoyenne* peut s'inscrire autour de quatre axes : communication, consultation, concertation, critique de l'action publique. Cependant, pour exercer ces fonctions, le groupe doit disposer de représentations et d'intérêts communs.

Lascoumes (60) et Petitjean (97) décrivent bien les limites de l'exercice. Le groupe doit disposer d'un niveau minimal de compétence participative. Il faut se garder que le groupe se soumette entièrement à l'avis de l'utilisateur, dont on a vu dans les Etats Généraux de la Santé (EGS) qu'il revendiquait un pouvoir critique sur l'usage du système(97) mais refusait de participer aux choix techniques et financiers. Les EGS présentaient «*un caractère éphémère, une mise en scène inhérente à l'exercice, une rhétorique révolutionnaire à laquelle il a été fait appel, l'événement pouvant donner l'impression d'avoir été manipulé* » (Petitjean)

Du côté des représentants officiels on a pu penser qu'ils privilégiaient leurs intérêts propres plutôt que les intérêts collectifs.

Du côté des politiques ⁵⁷, le reproche n'a pas été moins vif. Lascoumes considère que l'exercice se limite à un habillage, une caution démocratique, que l'organisation de la concertation est plus importante que le résultat. La participation alibi est même évoquée. « *Le doute plane sur la crédibilité politique de la démarche* » (Lecorps)

⁵⁵ on se souviendra du débat de 1989 –90 sur l' embargo des viandes originaires de grande –Bretagne et l'importation des farines animales, décidé unilatéralement par la France au nom du principe de précaution et de la protection des populations et de la riposte anglaise condamnant ces dispositions au nom de la libre circulation des marchandises.

⁵⁶ On citera là comme exemple la politique publique mise en cause dans la gestion du SIDA autour du « sang contaminé » et la position officielle des experts en 1986, lors de l' explosion nucléaire de Tchernobyl. Le nuage radioactif aurait été arrêté à la frontière rhénane.

⁵⁷ entendu au sens large de décideur administratif ou d' élu

Petitjean, qui porte son analyse plus spécifiquement sur les forums hybrides que sont les CRS, relève plusieurs points :

La présentation publique au sens du forum installe une incertitude des opérateurs, le forum devant, pour remplir son rôle, être « *pluraliste, inventeur, rendant visible les conflits d'intérêts, capable de reformuler le problème posé* ». Il crée alors une certaine instabilité, pour ne pas dire une volatilité de la réunion, ce qui génère une certaine insécurité pour les organisateurs, attentifs aux dérives et soucieux de préserver un confort des débats. Peu d'organisateur de CRS souhaiteraient voir leur Conférence Régionale se transformer en Assemblée Générale estudiantine.

Trois types de Conférences (97) peuvent ainsi avoir lieu :

- Les conférences de type A, catalyseurs de stratégies émergentes, dont on peut penser qu'elles ont une occurrence élevée de déstabilisation des organisateurs
- Les conférences de type B incapables de s'émanciper des structures institutionnelles et organisationnelles, fonctionnant comme un simple relais, chaînon régional d'un processus décidé ailleurs ;
- Les conférences de type C, évolution idéale des conférences du type A, vers une compréhension des enjeux, avec une définition progressive de stratégies régionales et une régulation du système régional. L'utilisation des outils opérationnels permet alors une vision de long terme et une modification de l'environnement institutionnel par décloisonnement.

La suppression des CRS dans leur forme actuelle, refondues dans un Conseil Régional de Santé regroupant les CROSS et les Conférences Régionales laisse une impression inachevée. N'ont-elles pas su trouver leur place comme le suggèrent les évaluations, les évaluations ont-elles conclu avant qu'elles ne trouvent leur rythme ou n'étaient-elles qu'une transition, programmée, entre deux dispositifs opérationnels régionaux?

La capacité du milieu associatif, largement appelé à débattre dans le cadre de ces forums, à se poser en représentant de la société civile est incertaine d'après Mathieu (84) Il existe une sensation d'illégitimité à intervenir. Le risque est alors majeur de voir la parole confisquée par des professionnels associatifs quêteant une légitimité personnelle, très éloignée des populations qu'ils sont censés représenter.

La notion d'usager ne suffit pas à donner un sentiment identitaire fort, si ce n'est pour des problèmes ponctuels concernant la vie quotidienne : desserte d'aéroport, décharge publique. Dès que le risque environnemental devient complexe, (proximité d'usines à émissions potentiellement toxiques ou radioactives) les usagers et riverains se dispersent dans des représentations contradictoires du risque et une implication divergente.

La gestion du système de santé est renvoyée aux techniciens et aux élus.

Dans la relation au corps, on oscille de l'utopie du corps parfait, avec les revendications inhérentes, préoccupantes en termes d'enjeux médico-économiques, à la relation « médecin-malade » qui survit. Dans ce cadre, il convient de suivre Jaspers car il interroge

en profondeur sur le jeu relationnel qui fonde la relation thérapeutique, l'information n'étant pas l'enjeu principal de la relation duelle, même si elle est actuellement au cœur du débat sociétal.

Nous allons maintenant examiner l'évaluation choisie dans le Nord-Pas-de-Calais et les interrogations théoriques et méthodologiques qu'elle soulève.

III/II DISCUSSION SUR LE DISPOSITIF D'EVALUATION DES PRS DU NORD-PAS-DE-CALAIS

L'évaluation est un processus d'observation et de comparaison. Deux notions différentes devront être appréhendées par les évaluateurs. Des méthodes comparatives «avant après» et «ici et ailleurs» analytiques seront à mettre en place.

III/II.1. Une évaluation chemin faisant

III/II.1.1. Généralités

L'efficacité supposée au stade expérimental de certaines stratégies d'intervention avant diffusion ou généralisation devra être testée. On parle dans ce cas de '*recherche évaluative*' : exemple : un programme de recherche systématique de plombémie chez les enfants serait-il efficace ? A quel coût ? A quel rendement ?

Par ailleurs, on cherche à vérifier, en situation de routine, les performances annoncées par l'application des stratégies d'intervention. Il s'agit là de l'évaluation pragmatique et dynamique de l'introduction de modifications ultérieures dans le déroulement de l'action. L'exemple concret qui peut en être donné est le suivant : la mise en place des ateliers d'écriture à l'automne 2001 a-t-elle simplifié, allégé l'instruction des dossiers des porteurs de projet et, si oui, de quelle façon ? Quels sont les gains en termes de temps, par rapport au temps passé et à l'argent investi à gérer ces ateliers ? Quels en sont les gains immatériels ? Comment quantifier ou qualifier les uns et les autres ? Les gains immatériels justifient-ils les coûts ?

III/II.1.2. Les règles de sélection des critères

Les critères sélectionnés devront qualifier de manière fiable les caractéristiques étudiées que celles-ci se rapportent à l'état de santé, à l'état de connaissances, aux attitudes de la population ou aux composantes précises de progression. Ces différentes caractéristiques seront mesurées par **des indicateurs** qui sont les **données concrètes**. Les indicateurs⁵⁸, sont la critique des énoncés des théories.

» *Nous ne pouvons jamais justifier rationnellement d'une théorie mais nous pouvons, si nous avons de la chance, justifier rationnellement une préférence pour une théorie prise dans un ensemble de théories concurrentes, à un moment donné ; c'est à dire en fonction de l'état présent de la discussion* ». Ce qui est sous-entendu ici, dans l'état présent de la discussion, c'est l'état des connaissances objectives scientifiques au moment où l'on traite l'information.. Si la critique ne réfute pas la théorie, cela ne veut pas forcément pas dire qu'elle est vraie,⁵⁹ mais que le théoricien de la connaissance n'a pas pu « *coincer* » la théorie.

Ainsi, pour qu'une théorie soit vraie, il convient qu'elle ait su répondre à des tests » *cruciaux* » et aussi « *rigoureux* » que possible (99)

A tout instant, le souci de l'évaluateur scrupuleux sera de découvrir la mieux testable des théories en concurrence afin de la soumettre à de nouveaux tests. « *Par degré de corroboration d'une théorie, j'entends un bilan d'évaluation concis de l'état à un certain instant t de la discussion critique d'une théorie ; il porte sur la manière dont la théorie résout les problèmes dont elle traite, son degré de testabilité, la rigueur des tests qu'elle a subis, et la manière dont elle les a supportés. La corroboration est donc un bilan d'évaluation de ses résultats passés. [...] Comme elle n'est qu'un bilan des résultats passés, elle porte sur une situation qui peut nous conduire à préférer certaines théories à d'autres. Mais elle ne dit absolument rien des résultats futurs d'une théorie, ni de sa fiabilité* »

D'un point de vue rationnel, (99) nous ne pouvons faire a priori confiance à aucune théorie. Cependant l'homme d'action doit en choisir une, même si aucune ne mérite la "confiance absolue". Pour agir, il convient donc de « *préférer* » celle qui aura été la mieux testée.

L'évaluation est alors, par essence, critique, car elle a pour but la découverte et l'élimination de l'erreur. Une évaluation réussie permet de reconsidérer la relation entre nous -les sujets- et les objets de nos entreprises, c'est à dire nos théories^{60, 61}.

⁵⁸ Pour Popper "La connaissance objective", toute théorie doit être critiquée. Seule la critique permet de tester la Vérité d'une théorie, terme que réfute aussitôt Popper pour employer le terme de « *vérisimilitude* » qui lui semble préférable et qu'il définit comme l'approche la plus fine que nous puissions faire, par l'examen attentif et critique des nos théories sur le monde, de la vérité. C'est moins la Vérité d'une théorie de la connaissance qui est ainsi posée et de l'action qui en découle que la tentative d'approche d'une moindre fausseté d'une théorie par rapport à une autre. Il propose ainsi de passer la théorie par la critique la plus dure possible

⁵⁹ ou plus exactement vérisemblante, Popper,opus cité

⁶⁰ Ainsi, si nous avons de la chance, il est possible que nous réussissions à survivre à certaines de nos théories erronées. Jamais, nous ne pourrions acquérir l'absolue certitude que notre théorie n'est pas perdue/ Popper,opus cité.

En effet, toute action sur le monde présuppose un ensemble d'attentes, c'est à dire, des théories⁶² sur le monde.

Toute action est une tentative de résoudre un problème. Le seul vrai problème de l'homme d'action est d'avoir posé correctement l'énoncé, c'est à dire l'hypothèse de départ et de la démontrer.

Cependant, il convient aussi parfois se défendre de la critique dogmatique et « *d'immuniser*⁶³ » une théorie contre la critique. Il faut en effet, à contrario, parfois défendre la théorie contre la critique, sinon elle succombera trop facilement et avant d'avoir pu apporter sa contribution au progrès scientifique.

Nous retrouvons, très concrètement, les préoccupations de l'ANAES qui recommande de ne pas évaluer un réseau en phase de montée en charge(1) sur ses résultats mais uniquement sur ses processus.

Certaines théories sont cependant mieux testables que d'autres. Si nous renforçons notre exigence méthodologique et sommes à la recherche de théories de mieux en mieux testables nous arrivons à un principe méthodologique.

L'intérêt d'un programme de santé publique est de mesurer les résultats et les effets produits que ceux ci soient prévus ou non, de les interpréter et d'en déduire des recommandations utiles pour l'amélioration des processus.

Ce principe méthodologique doit guider les énoncés des objectifs généraux vers les objectifs spécifiques dans la déclinaison des PRS (annexe 4)

Les changements de comportements, de culture, d'organisation sont des processus complexes et longs.

- ◆ Dans ces cas là, une évaluation classique, quantitative, peinera à rendre compte des évolutions produites sur les savoir- faire, les processus, les rapports entre les acteurs.
- ◆ Ce qui est évaluable, c'est une dynamique de réseau .Mais comment mesurer la croissance de la relation entre les acteurs ?
- ◆ Eventuellement, un examen attentif des pratiques et procédures permettant d'estimer l'effort accompli en vue de passer d'un état organisationnel à l'autre pourra être tenté.

⁶¹ Tout ce que nous pouvons faire, c'est rechercher le contexte de fausseté de notre meilleure théorie.Ce que nous faisons en essayant de réfuter notre théorie , c'est à dire en la testant rigoureusement à la lumière de notre objectivité. Il se peut très bien que la théorie soit fausse même en ayant survécu aux tests Mais , si elle passe les tests, il est permis de penser que la théorie a un contenu de vérité plus grand que la théorie précédente./ Popper ,opus cité

⁶² « la lune est aussi faite de fromages verts » (Tarski) cité par Popper, opus cité. On citera aussi Foucault qui décrit dans l' Archéologie du savoir La formation des stratégies à partir de la formation des concepts eux m^mes définis à partir de la formation des objets

III/II.1.3. Synthèse

En synthèse, il convient de :

- ▶ **1** *Garder une approche d'évaluation médico-économique* parce qu'il existe une rigueur de questionnement (protocolisation d'un processus de soin, réflexion sur l'impact, mesure de l'impact et des effets) mais sans garder cet indicateur unique de jugement, trop restrictif.

- ▶ **2** *Compléter par une évaluation plus qualitative et organisationnelle* mobilisant les disciplines de l'organisation et de la sociologie pour capturer l'évolution des processus attendus.

- ▶ **3** *Cela ne dispense pas d'une évaluation formative* dont le but est de fournir des outils de pilotage aux promoteurs. La formalisation des outils de pilotage doit cependant être actée. Ces outils, pour être utilisables, doivent fonctionner comme des indicateurs sentinelles et ne pas être exagérément chronophages.

- ▶ **4** *Les niveaux de l'évaluation doivent être précisés* : une analyse préliminaire qui consiste à décrire le contexte clinique et organisationnel du projet et d'en définir explicitement les enjeux doit être faite.

Non seulement les actions des PRS sont indissociables de l'organisation générale mais les premières servent la seconde. Il en résulte que l'évaluation doit tenir compte de la nouvelle organisation et de l'apport à l'action de cette organisation.

Par ailleurs, l'évaluation de l'organisation et de l'outil, d'un point de vue fonctionnel, est très importante dans une démarche de gestion de projet (efficacité, efficience, cohérence des processus de décision) et bénéficierait d'une dimension comparative interPRS d'une part, et interrégionale d'autre part, à PRS comparable.

⁶³ Hans Albert cité par Popper, opus cité

- Le premier niveau serait l'analyse de la dimension technique et fonctionnelle de l'outil.

Cela passe par une analyse des processus mis en œuvre et de leur efficacité. Ce sont donc des mesures quantitatives et qualitatives sur les processus engagés.

- Le deuxième niveau serait celui des impacts par rapport aux objectifs et testerait la performance de l'outil au regard de l'action opérationnelle.

Les actions doivent donc être finement analysées en fonction de leur typologie, de leur rentabilité opérationnelle.

Si nous prenons l'exemple du PRS « Challenge » et de l'« action ALD⁶⁴ 30 » il est important de savoir quelle valeur ajoutée a apporté ce travail qui a mobilisé un certain nombre d'acteurs pendant trois ans, en réalisant une classification épidémiologique des cancers régionaux sur la base de l'attribution de l'ALD 30. Quels étaient les objectifs ? Obtenir un nouvel outil épidémiologique à destination des cliniciens et si oui est-il opératif ? Coordonner des acteurs et si oui à quel coût matériel et immatériel cela a-t-il eu lieu ? Y-a-t-il un retour sur investissement ? Si non à quelle échéance est-il raisonnable de prévoir ce retour sur investissement pour juger de la réussite ou de l'échec de l'action ?

C'est le type de questions auxquelles doit répondre l'évaluateur en mettant en place les indicateurs nécessaires quantitatifs et qualitatifs permettant de constituer les tableaux de bord à court, moyen et long terme de ce type d'action.

- Le troisième niveau serait celui de l'impact systémique.

En ce qui concerne le niveau 3, la référence implicite doit être constituée par un certain nombre d'objectifs majeurs visés à l'heure actuelle par les pouvoirs publics :

- création de nouvelles formes de coopération entre institutions et professionnels et mise en place de réseaux coordonnés de soins
- constitution de consensus sur des protocoles de prise en charge
- mise en place de pratiques de référence et standardisation de l'activité médicale
- optimisation des ressources dans le cadre d'une contrainte économique forte
- Responsabilité réelle de l'organisation dans la mise en place des changements constatés.

⁶⁴ Allocation Longue Durée n° 30 attribuée pour classer en longue maladie les patients atteints d'un cancer.

III/II.2. Le rôle de l'évaluateur

III/II.2.1. Généralités

Il sera intéressant de noter dans l'évaluation qui démarre en mars 2002 la façon dont se construira la légitimité des évaluateurs retenus (annexe 5) puisqu'ils auront été choisis par les instances d'évaluation, déjà constituées. Leur indépendance est théoriquement garantie par rapport aux porteurs d'enjeux, leur recrutement étant extra régional, afin de recruter des personnes non impliquées dans les PRS.

Dans la littérature, il existe une opposition nette entre la position de Patton, cité dans la description de l'évaluation dite pluraliste, et celle de Scriven (10) qui plaide pour l'externalité:

« la valeur d'un expert dépend de la validité de son évaluation et celle-ci est mise en péril par l'interaction sociale [] la distanciation a un prix, mais l'implication met la totalité de l'évaluation en danger » On se souviendra que, pour Le Chevallier, l'important n'était pas dans cette approche, mais plutôt dans la dimension politique ou pas de l'évaluation qui, seule, justifie de la décision d'externalité ou du pilotage interne de l'évaluation.

Pour Mannheim, cité par Daniel Dreuil, auquel nous empruntons de larges passages (40) toute critique de l'idéologie est prise elle-même dans un point de vue situé par la position sociale et historique de l'évaluateur. La neutralité n'existe pas chez Mannheim.⁶⁵ Dans sa perspective, la notion d'idéologie ne relève pas que du conflit et de la politique. Elle est aussi l'objet d'une sociologie et d'une connaissance. L'observateur, attaché à une position particulière dans le système, se situe comme acteur du processus. Si aucun critère de l'évaluation de l'idéologie n'est possible, au motif que nous sommes tous pris dans l'idéologie, le relativisme reste la seule issue.

Selon Ricoeur, la rencontre du doute ou de la critique (que représente l'évaluation) est menacée d'une dislocation généralisée. Que l'intégration de l'idéologie se dissolve pour un individu et c'est l'ensemble du groupe qui se sent menacé. Seule l'exclusion peut réduire la tension apparue entre l'appartenance pratique d'un individu à un groupe idéologique. Le doute qui le saisit le fait exclure, d'abord de façon symbolique, de l'ordre idéologique du groupe.

Ainsi, le risque de dislocation par l'expression d'un seul désaccord subjectif, peut expliquer la violence avec laquelle les idéologies répriment le dissident, ennemi intérieur.

⁶⁵ Mannheim différencie aussi l'idéologie de l'utopie, l'utopie ayant comme visée la concrétisation pratique de l'idéologie

Cela repose avec acuité la place et la légitimité des évaluateurs externes dans le dispositif mis en place dans le Nord-Pas-de-Calais.

III/II.2.2. La pérennisation du dispositif d'évaluation

Une évaluation idéale doit pouvoir être réalisée en continu.

La légitimité de l'évaluateur dans un programme pose avec non moins d'acuité la pérennité d'un évaluateur intégré, à terme, dans chaque programme.

Peut-il garder, une fois intégré dans la logique d'un programme, sa dynamique spécifique critique ? Ou devient-il un méthodologiste, sans recul sur l'action ? Ou est sa valeur ajoutée de professionnel ? Dans l'apport d'une méthodologie d'intervention pour analyser l'action ou dans son recul sur l'ensemble du processus ?

- ◆ C'est une question qui devra être tranchée pendant le travail à venir.
- ◆ Il est donc prudent de se poser la question d'une pérennisation d'une instance d'évaluation, en charge exclusive des processus et de la méthodologie de l'évaluation avec une compétence inter PRS. Cette option peut être retenue, si le choix d'un évaluateur intégré par programme est effectué. Cette instance pourrait être placée directement sous la responsabilité du manager de l'ensemble des programmes, si l'on veut privilégier la dimension strictement managériale de l'évaluation et sa fonction d' "aide à la décision"
- ◆ Elle pourrait également fonctionner de façon autonome, sur saisine des responsables de programme, sur la base d'une commande annuelle. Elle se situerait alors en prestataire de services vis à vis de l'ensemble des PRS. Cependant, sa légitimité dépendrait étroitement des membres qui la composent d'une part, du processus de nomination de ses membres d'autre part et, enfin, de sa capacité d'auto saisine. Le Conseil Scientifique, qui aurait pu jouer ce rôle, en raison de la légitimité personnelle de ses membres, n'a pas été saisi, depuis sa constitution, par les acteurs. Il a fallu une démarche volontariste, expressément contenue dans le cahier des charges (annexe5) pour qu'il soit sollicité dans l'évaluation. Ses membres ont donc un rôle qui se dessinera au cours de l'évolution du déroulement de l'évaluation.

III/II.3. L'importance du travail préparatoire et les questions évaluatives

III/II.3.1. Généralités

On rejoint encore le souci constant de Popper autour de la formalisation d'un énoncé lisible.

III/II.3.2. La formulation des questions évaluatives

Un énoncé précis peut être mieux réfuté qu'un énoncé vague et on peut par conséquent mieux le tester.

Si nous prenons quelques exemples de la définition de la santé, couramment admises à différentes époques, on jugera de la difficulté comparative de tester la notion de santé et la véracité de l'énoncé, définissant des normes en termes de santé.

La définition de Leriche « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* » peut aisément être réfutée au regard de nos connaissances biologiques actuelles. Si nous choisissons maintenant la définition de Canguilhem « *la santé, c'est tomber malade et s'en relever, c'est l'adaptation de l'homme aux infidélités du milieu* », la réfutation de l'énoncé paraît beaucoup plus difficile à mettre en œuvre ou, dans tous les cas, mériter une argumentation plus soutenue. Saisissons nous maintenant de la définition de l'OMS qui définit « *la santé comme un état de complet bien-être physique, psychique et moral* » Nous nous trouvons alors très embarrassés par l'énoncé. Comment démontrer ou réfuter la notion de bien- être qui connote un lien social et une adéquation de l'individu aux normes de la société dans laquelle il s'inscrit ? Doit-on alors assimiler l'intégration sociale à la santé ? Les dérives de certains pays totalitaires, hospitalisant en asile psychiatrique les opposants du régime en place, laissent craindre des interprétations floues de l'intégration sociale idéale. » 1984 « (Georges Orwell) nous livre un modèle de société idéale de bien- être qui laisse rêveur le lecteur sur les limites éthiques qu'une société peut imposer au nom du bien-être collectif. Par ailleurs, cette notion de bien- être, chez un même individu peut ne pas être stable d'un moment de la journée à l'autre. Suis-je en moins «bonne santé» dans le métro que le soir devant ma télévision ? Ma santé est- elle donc un état fluctuant au gré de l'humeur ? Ce bien-être n'est-il pas confondu avec le bonheur⁶⁶? On voit bien ce que tente de nous signifier Popper dans la clarification des énoncés qui sous-tendent l'action.

⁶⁶ « Les clés du bonheur » entretien avec Boris Cyrulnik , Nouvel Observateur, janv 2002, p 6-14

⁶⁷ Le Comité National d'Evaluation emploie l'expression des "militants du programme"

III/II.4. Les instances d'évaluation

En analysant les guides européens, américains et australiens rassemblés (10), il n'y a pas consensus.

De la position extrême des Américains qui travaillent sans groupe de pilotage, laissant l'évaluateur extérieur mener sa tâche en manager avec un groupe d'experts, au groupe suisse composant un comité de pilotage de 10 à 12 personnes régulant l'évaluation, tous les intermédiaires sont possibles.

La CNE pour sa part, dans son guide de 1999, recommande des instances réduites, non dominées par l'administration ou par des groupes ayant des intérêts dans la politique évaluée. Il attire l'attention sur la charge de travail qui risque d'incomber aux membres de ces groupes et à la nécessité que l'instance fonctionne comme un lieu *"d'acculturation plutôt que comme un lieu de négociations et d'arbitrages d'intérêts"*. L'évaluation devant être courte, entre 12 et 18 mois, pour être pleinement efficace à l'action entreprise, l'instance d'évaluation restreinte évite les débats prolongés d'ajustement entre les membres, considérés par le CNE comme contre-productifs. Il convient d'être prudents et que les membres de l'instance ne soient pas des porte-parole⁶⁷ ou des défenseurs du programme (CNE⁶⁸ 1999). Le CNE considère également comme une lacune un bilan d'évaluation qui ne propose pas un bilan d'évaluation financier : quelles sommes engagées pour quelle politique ?

Weber (128) tient, quant à lui, à la notion de légitimité. Il définit l'activité sociale d'un agent autour du sens. Le sens donné par l'agent à son action permet d'accéder à un idéal-type en ordonnant les points de vue pour former un tableau de pensée homogène. La vérité est alors dans la totalité de l'acte social à saisir dont la vérité ne peut être approchée de l'extérieur.

Dans cette acceptation, la neutralité, au sens de Weber, serait l'absence de dissociation entre l'acte, l'idée et le sens. *" L'activité, et tout particulièrement l'activité sociale, et plus spécialement encore une relation sociale, peut s'orienter du côté de ceux qui y participent, d'après la représentation d'un ordre légitime. La chance que les choses se passent ainsi, nous l'appelons validité de l'ordre en question"*.

Si nous le suivons dans son argumentaire, la cohérence ne se bâtit alors qu'autour de la légitimité ou de l'intérêt à agir des commanditaires ou des acteurs.

Enfin, et pour conclure, l'évaluation "aide à la décision", "miroir de l'action" ne peut être à la hauteur des enjeux et des théories évaluées que si le "regard porté sur l'action" est accepté, validé.

⁶⁸ L' évaluation au service de l' avenir , rapport d'activité 1999 du CNE, La Documentation française

"L'évaluation, parce qu'elle est porteuse de transformations, peut aussi faire l'objet de manipulation en fonction d'intérêts particuliers ; elle peut servir, entre autres, à accroître le contrôle sur des acteurs soumis à une autorité hiérarchique ferme, ou encore à installer de nouvelles formes d'autorité dans des champs ayant des logiques de fonctionnement relativement autonomes jusqu'à ce jour (...). A cet égard, si l'évaluation a pour objet de porter un regard systématique sur les interventions, elle est avant tout mode d'intervention privilégié pour l'action publique. Pour organiser ce champ important de l'action publique, il faut pousser l'analyse des conditions qui font que l'évaluation est une ressource pour accroître la compréhension de ce qui est fait et pourquoi on le fait. Bien évidemment, une telle réflexion conduit à s'interroger sur les capacités de transformation de l'action publique"
(Contandriopoulos)

Outre sa fonction scientifique et politique, dont nous avons tenté de montrer la complexité au cours de ce travail d'étude, l'évaluation est porteuse d'une fonction symbolique.

L'évaluation⁶⁹ est le visage de la Gorgone dans laquelle chacun peut voir sa propre vérité. Convient-il alors de se conduire en Narcisse pour ne recueillir qu'un reflet favorable dans lequel se complaire avant de s'y noyer, ou savoir affronter le regard du miroir tendu ? Là et alors seulement le politique en charge de la mise en place et de l'exploitation de l'évaluation prend la dimension managériale. Là seulement, l'action peut être revivifiée, transformée, transmise.

Une évaluation réussie nous permet, dit encore Popper, de vérifier la pertinence de nos théories sur le monde et notre action sur le monde des objets.

⁶⁹ TANSEY M. the innocent test eye test / Metropolitan Museum of art / New York

Glossaire

Action sociale

Fonction : L'action sociale n'a pas de définition officielle. L'action sociale concernait auparavant l'action menée par les travailleurs sociaux. Elle est aujourd'hui un pan à part entière des politiques publiques. Elle se traduit par tout un ensemble de dispositifs d'aide à la personne ou à des catégories de personnes qui ont besoin de l'aide à la collectivité. Facultative et variable d'une commune, d'un département ou d'un organisme privé à l'autre, elle se différencie ainsi que l'aide sociale, tant sur le plan juridique que financier. Elle relève de la compétence des conseils généraux mais très largement aussi des communes, du secteur associatif, d'organismes de protection sociale (caisses de retraite par exemple). Son contenu évolue pour répondre aux besoins non satisfaits par les autres systèmes de protection sociale.

Enjeux : - la clarification des compétences issues de la décentralisation. Des compétences conjointes ou mal définies entre Etat et départements, l'accroissement de l'action sociale des communes face à la montée de l'exclusion contribuent à brouiller la donne. - le financement : l'Etat et les collectivités ont tendance à se "décharger" sur le secteur associatif et autres organismes "privés". - la multiplicité des acteurs et des financements contribue à bâtir un paysage très éclaté qui pêche en cohérence. - l'action sociale devient un terme générique : outre le nouveau Code mentionné, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité est doté d'une Direction générale de l'action sociale.

Aide sociale

Fonction : L'aide sociale est la version moderne de l'assistance obligatoire. Elle se traduit par l'existence d'un droit dont peuvent bénéficier les personnes les plus démunies, sous condition de ressources et de statut (âge par exemple). Cette aide couvre différents domaines, tel que l'accès aux soins pour certaines catégories d'étrangers, les personnes âgées, l'enfance et la famille, l'hébergement et la réinsertion. C'est un droit subsidiaire : elle ne joue qu'en l'absence de possibilité d'intervention de toute autre institution ou de la famille du bénéficiaire. La décentralisation a transféré aux départements l'essentiel des compétences dans ce domaine, l'Etat ne gardant pour sa part qu'une compétence d'exception l'versement de prestations de subsistance aux personnes âgées, handicapées et aux familles, et des prestations se rattachant à une politique nationale (aide médicale aux étrangers, IVG, hébergement et réinsertion et établissements pour personnes handicapées).

Enjeux : - les zones de chevauchement des compétences notamment dans le secteur des personnes âgées et handicapées. - l'inquiétude des départements au regard de la croissance des besoins (vieillesse de la population générale et handicapée) et donc de la charge budgétaire. - l'évolution du droit de l'aide sociale : certaines prestations tendent à devenir des prestations de type sécurité sociale (c'est le cas de la couverture maladie universelle : le débat est ouvert concernant la future allocation personnalisée d'autonomie).

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

Références juridiques : Ord 96-346 du 24 avril 1996, art 10. Arts L 6115-1 à L 6115-10 du code de santé publique. Arts R 710-17-1 à R 710-17-9 du code de la santé publique.

Organisation – fonction- rôle : Groupement d'intérêt public associant l'Etat et des organismes d'assurance maladie, placé sous tutelle des Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'ARH a pour mission de définir et mettre en oeuvre la politique régionale d'offre des soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer les ressources. Le Directeur de l'ARH dispose d'un pouvoir de substitution à l'égard des conseils d'administration des établissements de santé en matière d'accréditation d'allocation de ressources et de redéploiements de moyens.

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

Référence juridique : Décret du 29 novembre 1953 créant les bureaux d'aide sociale. Loi du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en application de la décentralisation, en matière d'aide sociale et de santé. Les articles 125 et 136 à 140 du Code de la Famille et de l'Aide sociale (désormais intitulé Code des Familles et de l'Action sociale). Le décret n°95-562 du 6 mai 1995 relatif aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi qu'aux sections des centres communaux d'aide sociale des communes associées et portant dispositions particulières applicables aux centres communaux d'action sociale de Marseille et de Lyon.

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

Référence juridique : - Association loi 1901, créée en 1972, - Institution de santé publique sous la tutelle du ministère chargé de la santé, - Le délégué général est nommé par le gouvernement.

Organisation – fonction- rôle : - s'appuie sur un réseau de 119 comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé. - sa mission est d'aider la population à choisir des modes de vie et des comportements qui préservent et améliorent la santé. - le CFES est collaborateur de l'OMS pour le tabac et l'alcool, et est membre fondateur de l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES), - le CFESS connu par les campagnes d'information est aussi peut être surtout l'animateur d'un réseau amené à travailler localement différentes thématiques en relation avec les partenaires locaux : éducation nationale, conseil général, CPAM, villes, associations, DDASS, Il est présent dans les dispositifs transversaux qui se mettent en place aujourd'hui (PRS, PRAPS). - Il anime des formations, des séminaires et colloques. - Il réalise des études et des évaluations : études accessoires à la mise en place de campagnes, réalise le "baromètre santé". Actions et techniques de communication, notamment pour le compte des grands financeurs. - politique éditoriale et diffusion : 300 références, 40 à 50 milliers de documents par an. La nouvelle loi prévoit une refonte de cet organisme.

CMU : Couverture Maladie Universelle

Références juridiques : LOi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Elle a nécessité la publication de nombreux textes réglementaires parmi lesquels : - décrets n°99-1004, 1005 et 1006 du 1^{er} décembre 1999, - décrets n°99-1012, 1013 du 2 décembre 1999, - décret n°99-1049 du 15 décembre 1999.

Dispositif : la couverture maladie universelle (CMU) garantit depuis le 1^{er} janvier 2000 l'accès à l'assurance maladie de base et à une couverture complémentaire gratuite avec dispense d'avance des frais aux six millions de personnes qui renonçaient à se soigner, faute de ressources suffisantes. Ce droit est désormais ouvert sur seul critère de résidence stable et régulière pour les personnes qui ne peuvent être couvertes à un autre titre, et sur conditions de ressources : 3 600 F/mois pour une personne seule, 5 400 F/ mois pour un couple en 2000.

Elle supprime de fait le régime de l'assurance personnelle et, autre "révolution", rend caduque l'aide médicale départementale. La CMU devient de ce fait une prestation d'état dont l'attribution a été confiée à l'assurance maladie. Gérée par les caisses primaires, elle est financée par dotations de l'Etat et des organismes complémentaires.

Communauté de Communes : Sigle ou appellation propre à chaque communauté

Références juridiques : Loi du 6 février 1992 (dite loi ATR, relative à l'administration territoriale de la République). Loi du 12 juillet 1999 (dite loi Chevènement, relative à la simplification des structures intercommunales). Codification : arts L 5214-1 et s du code général des collectivités territoriales.

Organisation – fonction – rôle : La communauté de communes est un établissement public de coopération intercommunale regroupant plusieurs communes. Son objet consiste à associer des communes au sein d'un espace de solidarité, en vue de l'élaboration d'un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace. Elle est créée par arrêté préfectoral. Elles absorbent les syndicats de communes ou les districts qui ne peuvent prétendre à une autre forme de coopération. Elles reçoivent deux types d'attribution. Tout d'abord, des compétences obligatoires en matière d'aménagement de l'espace et de développement économique ainsi que d'implantation des équipements sanitaires et sociaux. Ensuite, des compétences optionnelles choisies par les communes dans quatre groupes définis par la loi. Il peut s'agir par exemple de la protection de l'environnement, la politique du logement, la création et l'entretien de la voirie. Il ne faut jamais perdre de vue que la communauté de communes est un établissement public qui se caractérise par le principe de la spécialité, ce qui signifie que la communauté ne dispose pas de la clause générale de compétence.

Conférence régionale de santé

Références juridiques : - Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. – Articles L 767 du code santé publique. – Circulaire du 20 novembre 1997. – Décret du 17 avril 1997

Organisation – fonction – rôle : Réunie chaque année sur convocation du préfet de région en séance publique, la conférence régionale de santé rassemble des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des professionnels, des institutions et établissements ainsi que des usagers. Suivant les régions, le nombre des membres va de 50 à 300 personnes. Un jury désigné parmi les membres de la conférence rédige les conclusions des travaux ainsi que les recommandations sous forme de priorités de santé publique pour la région. Les travaux des conférences régionales alimentent la réflexion de la conférence nationale.

La prise en compte des résultats de la conférence régionale se fait : - par l'ARH qui, chaque année, présente un rapport de suivi à la conférence,

- dans le cadre de l'élaboration des programmes régionaux de santé, - par les différents acteurs dans le cadre de l'élaboration de leurs propres politiques de santé. Les conférences régionales de santé doivent prochainement disparaître pour être refondues dans un dispositif plus général intégrant les CROS sous le terme générique de CRS.

Contrat de plan Etat-Région

Références juridiques : Loi 82-653 du 29 juillet 1982, art 11. Décret 83-32 du 21 janvier 1983. Art L4251-1 et s. du code général des collectivités territoriales.

Organisation – fonction – rôle : Il s'agit d'un contrat administratif passé entre l'Etat et la région pour définir le développement économique, social et culturel, à moyen terme de la région. La procédure est fixée librement par le conseil régional sous réserve de satisfaire à quelques procédures obligatoires. Théoriquement, les contrats de plan Etat-Région s'exécutent dans le cadre du plan national. Mais, il faut noter que la France n'en est plus doté depuis 1983.

Contrat de ville

Références juridiques importantes : Circulaire du 31 décembre 1998 et du 14 novembre 1999

Organisation – fonction – rôle : En novembre 1992 est adoptée la procédure du contrat de ville pour le XI^e plan, après une procédure expérimentale de 13 contrats ville lancée en 1989, succédant aux procédures de DSQ (développement social des quartiers) qui butaient sur la difficulté de la prise en compte par la ville toute entière du problème des quartiers les plus marginalisés. Les contrats de ville ont pour ambition de porter la lutte contre les exclusions à l'échelle de l'agglomération et d'accroître l'efficacité des interventions publiques en instituant une démarche unique et globale appelée à mettre en cohérence toutes les actions sur un territoire donné. En février 1993 sont sélectionnées les premiers sites de contrats de ville (214 contrats de ville signés depuis 1995).

Le contrat de ville formalise la politique de terrain par un contrat passé entre l'Etat et les collectivités territoriales qui engage, pour la durée du plan (7ans) chacun des partenaires à mettre en oeuvre des actions concrètes et concertées pour améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers connaissant des difficultés (chômage, violence, logement...) et prévenir les risques d'exclusion sociale et urbaine. Il associe d'autres partenaires (organismes HLM, sociétés de transport...) à ces actions sur lesquelles les habitants doivent être informés et consultés. Les interventions des contrats de ville articulent les thèmes de l'habitat et du cadre de vie, des activités de l'emploi, des services au public, de la prévention de la délinquance autour de la citoyenneté comme finalité. Le contrat de ville a pour objet de promouvoir une véritable démarche de projet qui, du diagnostic préalable au programme d'action, vise à constituer une stratégie de développement appliquée à des quartiers en difficulté. Il doit comporter "des programmes d'actions à l'échelle de la commune et de l'agglomération concourant à la lutte contre les processus de ségrégation urbaine et sociale : actions favorisant la mixité de l'habitat, la diversification des fonctions des quartiers d'habitat social, la coordination des interventions des acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre les exclusions, l'emploi et le développement économique local, le désenclavement des quartiers dans le cadre d'une politique cohérente de transports et de déplacements urbains, l'égalité des citoyens devant le service public, la prévention de la délinquance et la tranquillité publique, l'intégration des immigrés et de leurs familles" (circulaire du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006).

Les actions peuvent être mises en oeuvre au sein des quartiers eux mêmes (réhabilitation de logements, entretien d'espaces publics...) ou à l'échelle de la commune ou de plusieurs communes associées dans le contrat de ville (insertion et emploi, prévention et sécurité). La circulaire du 7 juin 1999 fait des contrats locaux de sécurité le volet prévention et sécurité du contrat de ville. Les conseils généraux et régionaux deviennent partenaires à part entière de la politique de la ville.

L'Etat consacrera 17.7 milliards de francs aux contrats de ville du XII^e plan, soit une hausse de 70 % par rapport au XI^e plan (les seuls crédits du ministère délégué à la ville seront en hausse de 154 %). Seront concernées par le XII^e plan 300 villes ou agglomérations, 1300 quartiers et 6 millions d'habitants.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Références juridiques : ordonnance du 4 octobre 1945, décret du 12 mai 1960, ordonnance du 21 août 1967, décret du 10 août 1993, réforme de la protection sociale du 15 novembre 1995, ordonnance du 24 avril 1996.

Organisation – fonction – rôle : organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, la CPAM est au coeur du système de remboursement. Ses missions : - le remboursement, - les relations avec les professionnels de santé : chargée de la mise en oeuvre au plan local des accords conventionnels passés entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé, la CPAM entretient des relations suivies avec ces derniers, - la CPAM exerce sur le terrain un rôle de prévention et de lutte contre la précarité, - l'immatriculation des assurés, - le traitement des feuilles de soins (la liquidation) et déclenche le remboursement, - le versement des revenus de remplacement (arrêt maladie ; accident du travail ; maladie professionnelle ; invalidité ; maternité).

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

Références juridiques : Ordonnance du 4 octobre 1945, décret du 12 mai 1960, ordonnance du 21 août 1967, décret du 10 août 1993, réforme de la protection sociale du 15 novembre 1995, ordonnance du 24 avril 1996.

Organisation – fonction – rôle : La CRAM est un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public, sous la tutelle des pouvoirs publics représentés à l'échelon régional par le Préfet de région et par la DRASS. L'organisation et le fonctionnement de la CRAM sont sous la responsabilité d'un directeur et d'un conseil d'administration, comprenant un collège employeurs, un collège salariés, des membres avec voix consultative, des personnes qualifiées et un représentant de la FNMF, qui assure notamment le contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires et détermine la politique de la Caisse en matière d'action sociale.

A partir de 1997, des conventions pluriannuelles sont conclues entre l'Etat et les caisses nationales, et entre caisses nationales et les caisses locales de Sécurité sociale. Des contrats d'objectifs et de gestion définissent les moyens de fonctionnement des organismes, leurs objectifs, leurs orientations...des URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie) sont créées avec pour mission de définir et mettre en oeuvre une politique commune de gestion du risque.

Parmi les diverses missions des CRAM, on distinguera : - la préparation de la retraite : instruire et payer les droits des assurés, garantir un compte individuel des assurés sociaux, informer les assurés de leurs droits et obligations, - l'accompagnement des personnes âgées : informations, prestations financières, conseils, pour faciliter l'accès aux droits, favoriser le maintien à domicile et prévenir les effets du vieillissement,

- l'accompagnement des assurés en difficulté (maladie, handicap, grand âge) : rôle de médiateur entre l'usager et les institutions,

participation à la mise en oeuvre des politiques d'action sociale, - les conseils et expertises auprès des entreprises : prévention des accidents du travail (aides financières à l'investissement de prévention, action de formation, ...), calcul et information sur la tarification "accident du travail" des entreprises, - la gestion du risque hospitalier, qui renvoie aux missions liées à l'ARH et au secteur médico-social (participation à la planification des structures médico-sociales de la région, conventionnement et tarification des forfaits soins des services de soins infirmiers à domicile ou des maisons de retraites non habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, conventionnement des établissements pour handicapés au titre du tiers payant), - et éventuellement la gestion des établissements de soins.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Références juridiques : décret 94 du 6 décembre 1994.

Organisation – fonction – rôle : Elle constitue à l'échelon départemental le service déconcentré du Ministère chargé de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale. Elle est placée sous l'autorité du Préfet de département et dirigée par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales. Elle est chargée de mettre en oeuvre les politiques sanitaires, médico-sanitaires et sociales définies par les pouvoirs publics. Elle exerce la tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle assure la mise en oeuvre des politiques d'intégration, d'insertion, de solidarité et de développement social ainsi que des actions de promotion et de prévention en matière de santé publique ainsi que de lutte contre les épidémies et endémies. Elle veille enfin à la protection sanitaire de l'environnement et au contrôle des règles d'hygiène.

DDE : Direction Départementale de l'Équipement

Références juridiques : Arts L121-7 et L421-2-6 du code de l'urbanisme. Décret 70-912 du 5 octobre 1970. Décret 87-100 du 13 février 1987. Décret 2000-257 du 15 mars 2000. Arrêté du 20 avril 2000 (JO du 29 avril 2000). Directive du 18 février 1986, BO n° 86/10. Circulaire n°26 du 24 février 1987, BO n°87/10

Organisation – fonction – rôle : services extérieurs de l'Etat appelés aujourd'hui services déconcentrés, les DDE ont conservé des compétences nombreuses malgré la décentralisation et les Préfets de département s'appuient sur elles. Elles comportent des antennes déconcentrées, les arrondissements et les subdivisions. Elles sont mises gratuitement à la disposition des collectivités locales pour l'élaboration des documents d'urbanisme et pour l'instruction des demandes d'autorisation des sols.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Références juridiques : décret 94-1046 du 6 décembre 1994.

Organisation – fonction – rôle : Elle constitue un service déconcentré régional de l'Etat. Elle est placée sous l'autorité du Préfet de région et dirigée par un directeur responsable de la mise en oeuvre au niveau régional des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics. Les missions des DRASS comprennent notamment : - l'observation et l'analyse des besoins, la planification et la programmation ainsi que l'allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires, médico-sociales et sociales. - le contrôle de l'application de la législation et de la gestion des organismes en matière de protection sociale. - l'évaluation de ces politiques. - la coordination des actions de la DRASS avec les DDASS comprises dans la région.

Haut Comité de Santé Publique

Références juridiques importantes : décret 91-1216 du 3 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la Santé Publique.

Organisation – fonction – rôle : Organisme interne au Ministère en charge de la santé dont la mission consiste à donner des avis au Ministre et de lui apporter des éléments d'orientation et de décision en matière de santé publique. Il contribue à définir les objectifs de la santé publique, propose des actions de prévention et d'information et observe l'état de la santé de la population. Il rend un rapport annuel qui est rendu public. Outre les directeurs du Ministère, il compte vingt membres nommés par le Ministre pour trois ans, renouvelable une fois. Il est présidé par le Ministre.

La déconcentration

Références juridiques : Décret du 14 mars 1964 relatif aux pouvoirs des préfets et à la déconcentration administrative. Décret du 13 novembre 1970 portant déconcentration des décisions de l'Etat en matière d'investissements publics. Décret du 10 mai 1982 instituant un comité interministériel de l'administration territoriale (CIATER), chargé de proposer toute mesure de déconcentration, au profit du préfet, des pouvoirs détenus par les ministres. Cette instance a été rebaptisée en 1995 comité interministériel pour la réforme de l'Etat. Décret du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration en application du titre 1^{er} de la loi d'orientation de l'administration territoriale de la République du 6 février 1992 qui inverse la logique antérieure de la répartition des compétences : "sont confiées aux administrations centrales les seules missions qui présentent un caractère national dont l'exécution, en vertu de la loi, ne peut être déléguée à un échelon intercommunal". Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 qui établit un calendrier théorique de transfert des attributions des administrations centrales aux services déconcentrés de l'Etat.

Organisation – fonction – rôle : Principe : la déconcentration, modalité pratique de la centralisation, consiste à placer à la tête de chaque circonscription administrative un représentant du pouvoir central et à lui reconnaître une compétence de décision propre, à l'effet de régler directement, à la base, certaines affaires dont il est le mieux à même de connaître les éléments.

Application : ainsi, le Préfet est dans le département, le représentant de chacun des ministres (décret du 10 mai 1982) et, à ce titre, il reçoit le pouvoir de prendre certaines décisions. Il existe aussi, à côté du préfet et indépendamment de lui des autorités déconcentrées qui dépendent d'un ministère déterminé (ex : l'inspecteur du travail). Mais toutes ces autorités de circonscription demeurent liées aux autorités centrales qui exercent sur elles un pouvoir hiérarchique. Ainsi caractérisée, la déconcentration ne s'est imposée que difficilement dans le pays (résistances des organismes centraux). Aussi, le législateur a-t-il décidé de renforcer le processus de déconcentration à travers le vote de la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République la déconcentration est le mode de droit commun d'intervention de l'Etat (l'ensemble des tâches de gestion), l'administration centrale ne conservant que des compétences d'attribution (rôle de conception, d'animation, d'orientation, d'évaluation et de contrôle).

Mission locale

Principales références juridiques : lois du 26 mars 1982 n° 89-905 du 19 décembre 1989, n°93-1313- du 20 décembre 1993, N) 98-657 du 29 juillet 1998 ; décret n°93-885 et arrêté du 6 juillet 1993, n° 98-908 du 12 octobre 1998 ; circulaires du 5 novembre 1992, n°94-03 du 03 juin 1994, n° 94-25 du 29 juillet 1994, N) 94-10 du 23 décembre 1994.

Organisation – fonction – rôle : Créées en 1982 à titre expérimental sous l'impulsion du rapport SCHWARTZ sur les difficultés d'insertion sociale et professionnelle des jeunes, les missions locales, légalisées en 1989n accueillent les jeunes de 16 à 25 ans sans emploi ni qualification professionnelle pour les aider dans leurs parcours d'insertion. Elles accueillent, écoutent, informent, orientent, accompagnent et soutiennent, voire élaborent des projets.

Leur mission portait initialement sur les questions de la formation et de l'emploi, et s'est étendue aux thèmes tels que le logement, les difficultés psychiques, la santé, les loisirs, mettant ainsi en commun des énergies locales pour répondre aux multiples problèmes des jeunes. Elles travaillent notamment en partenariat avec l'ANPE et avec des équipes de prévention spécialisée. Elles favorisent la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou de compléter les actions et contribuent à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique locale concertée d'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Constituées en associations loi 1901 ou, depuis 1988, en Groupements d'intérêt public, les missions locales rassemblent dans leurs conseils d'administrations des élus, des responsables locaux de divers organismes (ministère du travail, Education nationale, collectivités locales et territoriales, entreprises, associations, centres de formation).

Avec les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), les missions locales forment le "réseau d'accueil". Leur mise en réseau avec les PAIO s'inscrit dans les "programmes d'animation régionales" auxquels l'Etat participe financièrement.

En 1989 est créé le Conseil national des missions locales, rassemblant des élus des collectivités locales et des pouvoirs publics. En 1993, une nouvelle forme de coordination des actions en faveur des jeunes de moins de 26 ans sans qualification se met en place : les "espaces jeunes". Les missions locales ayant signées des conventions de coopération locale avec les agences locales de l'ANPE et les communes, sont dites "labellisées espaces jeunes".

Financement : 63 % par les collectivités locales et 37 % par l'Etat

Données de cadrage : 322 missions locales en 1999 (308 PAIO)

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

ORS : Observatoire Régional de Santé

Principales références juridiques : A trois exceptions près (Guadeloupe, Guyane, Ile-de-France), les ORS sont des associations à but non lucratif, régies par la loi de 1901.

Rôle et fonctions : Depuis le début des années 80, il existe un ORS dans les 22 régions de France métropolitaine et dans 4 DOM. L'objectif des ORS est d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations régionales. Leurs conseils d'administration comprenant des représentants des différents organismes publics et privés : administration, organismes de sécurité sociale, collectivités locales, recherche, université, établissements et professionnels de santé. En 1999, le budget de l'ensemble des ORS était de 64 millions alimenté par des financements nationaux (Etat, Cnam, InVS), des financements locaux, régionaux et européens. Près de 300 personnes travaillent en équipes pluridisciplinaires et réalisent des études épidémiologiques sur les pathologies, les facteurs de risque, l'offre et la consommation de soins, et les populations spécifiques. La création en 1989 d'une Fédération des ORS a amplifié un travail en réseau et la création d'un outil commun : les tableaux de bords dont les indicateurs régionaux sont publiés chaque année et figurent dans une base de données : Score-santé.

PMI : Protection Maternelle et infantile

Références juridiques : Ordonnance du 2 novembre 1945, lois du 15 juillet 1970, du 18 décembre 1989, du 29 juillet 1991, du 29 juillet 1998 ; décrets n° 92-143 du 14 février 1992, n° 92-784 et v92-785 du 6 août 1992.

Organisation – fonction – rôle : Créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, la PMI assure les fonctions suivantes :

- les consultations et actions de prévention en faveur des enfants de moins de 6 ans, - la gestion ou le conventionnement des centres de planification et d'éducation familiale, - la protection prénatale : la visite prénatale à domicile, les consultations prénuptiales, prénatales et post natales (promotion de la santé de la future mère et de l'enfant : elle informe, conseille les parents et futurs parents dans le domaine de la maternité et de l'enfance, les fait bénéficier d'aides, - les actions de prévention en faveur des femmes enceintes et des jeunes enfants, - l'agrément des assistantes maternelles et des modes de gardes, la formation des assistantes maternelles, - les programmes d'action en faveur des populations défavorisées, - l'action médico-sociale précoce : détecte les handicaps (orientation des parents ou responsables des enfants handicapés de moins de 6 ans vers les CAMSP qu'elle contrôle), - le dépistage et le suivi des situations à risque dans le cadre de la prévention des mauvais traitements : reçoit les signalements de mauvais traitements, le délaissement, - le suivi médical des enfants confiés à l'ASE.

La loi du 18 décembre 1989 élargit à la famille des actions jusque là orientée vers la mère et le jeune enfant : prévention des risques sociaux et amélioration de l'accès aux soins, permettant à la PMI d'être identifiée comme acteur central dans le soutien à la parentalité et à la prévention des maltraitances. La loi d'orientation contre les exclusions élargit également son champ d'actions à l'accompagnement psychologique et sociale des femmes enceintes et des jeunes mères de famille démunies.

Action à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale, la PMI est régie par le code de la santé publique, mais participe à l'aide sociale et à l'action éducative au même titre qu l'Aide sociale à l'enfance ou la santé scolaire. L'activité de la PMI est assurée par des travailleurs sociaux, de médecins et de personnel paramédical et est coordonnée par un médecin départemental, responsable du service et placé sous l'autorité de la direction administrative des services départementaux. Depuis la décentralisation, les PMI (au nombre de 624 centres) sont sous la compétence des Conseils généraux qui les financent à l'exception des examens médicaux remboursés par la Sécurité sociale et des frais occasionnés par le contrôle de l'application de la législation relative à l'ITVG.

PRAPS : Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins

Références juridiques : Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 ; décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 ; circulaire n°8 du 8 septembre 1998, n°99-110 du 23 février 1999.

Organisation – fonction – rôle : Prévu par la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a été validé en mars 2000. Il vise à prendre en compte les besoins et les difficultés propres aux personnes en situation précaire pour anticiper et adapter l'offre de soins à ces populations et à améliorer leur état de santé. Il planifie et coordonne pour la période 2000-2003, les mesures répondant à leurs besoins spécifiques. Les PRAPS doivent permettre de faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs agissant dans le domaine de la santé. Pour cela, ils définissent : - les actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi mises en oeuvre chaque année dans les départements, - les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les mutuelles, les associations, les professionnels de santé... participent à la mise en oeuvre des actions de prévention et de soins, - les actions de lutte contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion.

Trois instances sont identifiées : - Le **comité régional des programmes**, présidé par le préfet de région, comprend des représentants des DDASS, du rectorat, de l'agence régionale d'hospitalisation, du conseil régional, du conseil général et des communes, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, du Fonds d'Action Sociale ainsi que des personnes qualifiées. Il assure la concertation, le suivi et l'évaluation des programmes pluriannuels de la Conférence régionale de la santé. - Le **groupe technique régional** élabore la synthèse régionale des besoins à partir de l'analyse de l'existant, propose au comité des objectifs et une programmation d'actions à mettre en oeuvre, assure un conseil technique et de soutien à ceux qui participent à l'élaboration du PRAPS. - Les **groupes de travail départementaux**, constitués de représentants du Conseil général, des organismes locaux d'assurance maladie, des établissements assurant le service public hospitalier, des CCAS, des associations, des acteurs de la politique de la ville, des représentants des réseaux de santé de proximité, élaborent un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins intégrant l'analyse départementale de l'existant, les objectifs régionaux et départementaux.

Préfet :

références juridiques importantes : Loi du pluviôse an VIII (15 février 1800). Loi 82-213 du 2 mars 1982, art 34. Décrets 82-389 et 82-390 du 10 mai 1982 relatifs aux pouvoirs des Préfets.

Organisation – fonction – rôle : Il est le représentant de l'Etat dans le département ou la région, et est le dépositaire de l'autorité de l'Etat. Nommé par décret en Conseil des Ministres, il représente chacun des Ministres et dirige les services de l'Etat dans le département sous réserve des exceptions définies par décret, il a la charge des intérêts nationaux, du respect des lois, de l'ordre public et du contrôle administratif. Depuis 1964 existe des Préfets de région qui sont aussi Préfets de département. Le Préfet de région, Préfet de département, dirige les services de l'Etat déconcentrés dans la région et intervient en matière de développement économique et social et d'aménagement du territoire.

Président du Conseil Régional

références juridiques importantes : Arts 3122-1 à 3122-3 du code général des collectivités territoriales.

Organisation – fonction – rôle : Le Président du Conseil Général est élu par le Conseil Général lors de la réunion de plein droit qui suit chaque renouvellement triennal. Devenu exécutif du département depuis les lois de décentralisation de 1982, il dirige la collectivité départementale à travers sa présidence la commission permanente et le bureau qu'il préside. Chef des services départementaux, il est aussi autorité de police administrative sur le domaine départemental et ordonnateur financier du département. Enfin, il représente le département dans tous les actes de la vie juridique.

Enjeux pour le secteur sanitaire et social : Le Conseil Général a vu ses compétences sociales et, dans une moindre mesure, sanitaires considérablement augmenter avec la décentralisation. Le Président du Conseil Général attribue les prestations sociales relevant de la compétence du département. Il autorise seul la création des établissements de statut privé visés à l'art. 9 de la loi du 30 juin 1975. Il arrête chaque année la tarification des prestations fournies par les établissements et services sociaux relevant du département, relevons aussi que le service d'aide sociale à l'enfance est placé sous l'autorité du Président du Conseil Général.

PDI : Programme Départemental d'Insertion :

Références juridiques importantes : Loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion. Loi n°92-722 du 29 juillet 1992 portant adoption de la loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Organisation – fonction – rôle : Le PDI traite de l'ensemble des aspects de l'insertion (accès à l'emploi, formation, logement, santé...) et aborde les moyens de l'insertion des publics spécifiques (gens du voyage...). Les besoins sont évalués et les objectifs définis notamment à partir des plans locaux d'insertion élaborés par les Commissions locales d'insertion.

Le PDI définit les conditions d'une coordination entre les acteurs et une harmonisation des différentes mesures envisagées sur le département. Il doit s'articuler avec le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées, en prévoyant des complémentarités entre les actions d'insertion et l'action du Fonds de solidarité pour le logement. L'articulation est souhaitable également avec les fonds départementaux ou locaux d'aide aux jeunes en difficulté et les actions menées dans le cadre de la politique de la ville.

Promotion de la Santé

Principales références juridiques : pas de textes faisant référence explicite en France, la notion de promotion de la santé a été popularisée par la Charte d'Ottawa, 1986. Un bureau de la promotion de la santé mis en place en 1982 par Jack RALITE et un dispositif : les Comités Consultatifs de Promotion de la Santé. Circulaire n° 385 du 31 octobre 1985 : de l'expérimentation à l'officialisation, elle décrit un dispositif qui insiste sur le niveau local comme élément essentiel d'une politique de promotion de la santé.

Organisation – fonction – rôle : - la notion de promotion de la santé n'est pas une notion toute récente, on la retrouve dans les textes des années 1950 (P. DELORE). Elle est surtout présente dans les textes de l'OMS dans les soins de santé primaires, qui vont mettre en avant le

niveau local, l'environnement et la participation des populations. De nombreux programmes au niveau mondial et européen ont été initiés dans le domaine : Villes et Santé, Hôpitaux et Santé, Ecole et Santé. – si beaucoup de gens évoquent ou se réclament de la politique de promotion de la santé, elle n'apparaît pas clairement comme référence dans l'organisation de l'administration de santé. – De nombreux dispositifs existent cependant, qui peu ou prou reprennent les objectifs de la promotion de la santé. Ex : CRS, PRS, PRAPS. – La promotion de la santé fait l'objet de formations (D.U) et de stages. – Plusieurs pays en font une référence très forte pour l'élaboration de leur politique de santé : Pays de Galles, Québec, Finlande.

Enjeux pour le secteur sanitaire et social : - il s'agit de créer des conditions de l'étiologie, de réduire les inégalités en s'appuyant sur les dynamiques suscitées par les populations concernées. – Faire en sorte que les individus concernés par des problèmes puissent faire prévaloir leur point de vue, prendre du pouvoir sur leur cadre de vie. – Rendre accessible les services offerts à l'ensemble de la population. – Améliorer la coopération intersectorielle entre les gens de la santé publique et ceux des autres secteurs. – Rendre plus lisible, claire la place de la promotion de la santé dans l'administration de la santé.

PSD : Prestation spécifique dépendance

Références juridiques : la PSD instaurée par la loi du 24 janvier 1997 s'est substituée à l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) désormais réservée aux handicapés de moins de 60 ans.

Organisation – fonction – rôle : elle a pour but de permettre aux personnes dont l'état de dépendance a été évalué à l'aide de la Grille AGGIR et figurant dans les trois premiers niveaux de GIR (GIR 1-GIR 2-GIR 3) et dont les ressources sont inférieures à un niveau fixé, de bénéficier de l'élaboration d'un plan d'aide par une équipe médico-sociale et d'une prestation correspondant au niveau de besoin en services préconisé. La procédure de constitution du dossier est la suivante : - retrait du dossier au CCAS ou au Conseil Général, - aide à la constitution du dossier par un travailleur social, - évaluation médicale à domicile, - élaboration du plan d'aide, signature du contrat, - suivi et réajustement du plan d'aide.

Régionalisation :

références juridiques : Loi 72-619 du 5 juillet 1972 relative à la régionalisation. Ord. 966346 du 24 avril 1996 instituant les ARH.

Organisation – fonction – rôle : La régionalisation est un concept administratif qui consiste à traiter un problème à l'échelon régional. La régionalisation s'est d'abord développée dans le cadre de l'Etat gendarme avec la mise en place des Préfets de région afin de renforcer l'autorité de l'Etat. Puis la régionalisation s'est développée dans le cadre de l'Etat interventionniste avec un nouveau renforcement du Préfet de région et la création en 1996 des ARH, qui ont mis en place une véritable régionalisation sanitaire.

Pour le secteur sanitaire et social, la régionalisation est incarnée essentiellement par les ARH, les CHU et les commissions techniques paritaires.

Règlement départemental d'aide social

Références juridiques : - Code de l'action sociale et des familles : Livre I, Titre I, Chapitre Ier, L111-4, Livre I, titre II, Chapitre Ier, L 121-3.

Fonction : Depuis la décentralisation qui a transféré aux départements l'essentiel des compétences en matière d'aide sociale, chaque conseil général est tenu d'adopter son règlement d'aide sociale. Celui-ci fixe les conditions d'admission à l'aide sociale et précise la nature, les procédures et les barèmes d'attribution des prestations. D'une part, pour les prestations légales qui relèvent de sa compétence (personnes âgées, personnes handicapées, aide sociale à l'enfance, etc.), et d'autre part, pour les prestations que celui-ci a la faculté de créer sa propre initiative. Par exemple, les cartes santé mises en place dans de nombreux départements pour l'accès aux soins des personnes défavorisées que l'aide médicale ne prenaient pas totalement en charge, avant la création de la couverture maladie universelle. Ou encore une aide financière aux jeunes entre 21 et 25 ans qui ne peuvent bénéficier du RMI et ont un projet d'insertion professionnelle. Il s'agit de prestations dites facultatives ou extra-légales qui permettent aux départements d'être plus généreux (mais pas moins!) envers leurs administrés que ne le leur impose la législation en vigueur.

Réseau ville-santé

Résolution OMS "la santé pour tous". 1978 et 1998 –Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986

Organisation – fonction – rôle : Une "Ville-Santé" est une ville qui a reçu un label de l'OMS : elle mobilise ses propres ressources, afin d'améliorer continuellement son environnement physique, mental et social. Dans une "Ville-Santé", la santé est considérée au sens large et ne signifie pas uniquement l'absence de maladie. Elle implique le bien être physique et mental, mais aussi social et environnemental dans la vie de tous les jours.

Les quatre éléments-clés de la méthode Villes-santé sont : - l'engagement politique explicite au niveau le plus élevé en faveur des principes et stratégies du programme Villes-Santé, - l'établissement de nouvelles structures organisationnelles nouvelles pour gérer le changement, - l'engagement à élaborer une vision commune de la ville se traduisant par un plan "santé" et par une action sur des thèmes précis, - l'investissement dans la création de réseaux structurés et dans la coopération.

En signant la Déclaration d'Athènes sur les Villes-santé lors de la conférence internationale Villes-santé tenue à Athènes en juin 1998, les maires et magistrats de plus de 100 villes européennes se sont engagés à améliorer la santé de leurs citoyens, guidés par les principes clés de l'équité (engagement politique de réduire les écarts de santé, en la rendant plus accessible à tous et en améliorant la santé des plus vulnérables), de la durabilité (le développement viable établit un lien entre des politiques telles que celles qui mettent en place un système d'enseignement, développent l'infrastructure, soutiennent les entreprises, créent des emplois, améliorent le bien-être et protègent l'environnement), de la coopération intersectorielle et de la solidarité.

Le programme Villes-santé a introduit le concept de développement durable dans l'activité des municipalités et amélioré leur compréhension des dimensions sanitaires et sociales du développement durable en Europe.

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

Loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion. Loi n°92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Organisation – fonction – rôle : Le dispositif institutionnel repose sur un partenariat étroit entre le Préfet et le Président du Conseil Général impliquant un partage des compétences : l'Etat est responsable de la gestion de l'allocation de RMI et de sa prise en charge et le Conseil Général assure pour une large part les missions d'insertion sociale et professionnelle.

La définition des bénéficiaires du RMI obéit à un principe de généralité, la loi du 1^{er} décembre 1988 ayant pour objet de lutter contre l'exclusion de toutes formes. L'âge minimum requis pour l'obtention de l'allocation est fixé à 25 ans. Cet âge seuil est abaissé, sans limite, en cas de charge d'enfant. Le RMI est conçu comme une allocation différentielle comblant l'écart entre les revenus réels de l'intéressé et un revenu considéré comme nécessaire pour éliminer la pauvreté. Le RMI est destiné tout autant à un foyer qu'à un individu isolé. Il a donc un caractère familial. Le principe est que, pour toutes les personnes composant le foyer, sont prises en compte les ressources de toute sorte y compris les avantages en nature et les revenus de toute provenance. Figurent notamment parmi elles les prestations familiales, les allocations de chômage et les aides de fait ou de droit perçues par le demandeur et son entourage.

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

références juridiques : - ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, - Articles L. 183.1 et R. 183.1 du code de la sécurité sociale

Organisation – fonction – rôle : - les URCAM rassemblent les caisses des régimes de base de l'assurance maladie ayant une représentation dans la région considérée, - leur conseil d'administration comprennent 18 administrateurs des CPAM et au plus 9 membres représentant les autres régimes d'assurance maladie. La durée du mandat est de 5 ans.

Ils ont pour rôle : - d'arrêter le programme régional annuel de gestion du risque formalisé par le programme régional d'assurance maladie (PRAM), - de définir les domaines d'attribution communs à l'URCAM et à l'ARH, - d'orienter et d'évaluer les actions de santé publiques conduites par les caisses membres, - de veiller, au niveau local, à la mise en oeuvre des dispositifs de régulation des soins de ville.

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Principales références juridiques : la loi n°93-8 du 4 janvier 1993 définit le domaine de leurs actions. Le décret n°93-1302 du 14 décembre 1993 précise leur fonctionnement et leurs attributions.

Rôle et fonctions : les Unions régionales de médecins libéraux sont des organismes de droit privé, déclarés d'utilité publique, interfaces entre les institutions liées à la santé et les médecins libéraux. Les URML ont légalement pour vocation de participer à la promotion de la qualité des soins et d'améliorer la gestion du système de santé. L'Union dispose d'élus et outre le bureau, les élus sont organisés en commissions. Les unions peuvent réaliser : - des campagnes de prévention, -des enquêtes épidémiologiques, l'évaluation des pratiques médicales, - l'information des patients, - l'optimisation des coûts de santé, - la formation des professionnels de santé

Liste des annexes

- Annexe 1** : Les Priorités de Santé Publique Nationale et les fondements de l'Education pour la Santé
- Annexe 2** : Les Priorités Régionales identifiées à l'issu des Conférences Régionales de Santé de 1996 / Versus Priorités nationales
- Annexe 3** : Conférences Régionales du Nord-Pas-de-Calais
Conclusion des Conférences de 1996 et de 20021
- Annexe 4** : Programmes Régionaux de Santé des Enfants et des Jeunes en Région Nord-Pas-de-Calais
- Annexe 5** : Cahier des charges de l'évaluation des PRS en Nord-Pas-de-Calais (actions programmes et politique régionale de santé)
- Annexe 6** : Typologie des actions et PRS du Nord-Pas-de-Calais
- Annexe 7** : Les PRS en France en 1999
- Annexe 8** : Les Membres du Conseil Scientifique en Région Nord-Pas-de-Calais
- Annexe 9** : La place des PRS dans l'action sanitaire et sociale
- Annexe 10** : Les personnes rencontrées dans le cadre du travail

ANNEXE 1

LES 16 PRIORITES DE SANTE HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE 1994

Les accidents de la voie publique

Objectif d'ici l'an 2000 diminuer de moitié le nombre de victimes et le taux de mortalité par accident de la route, les accidents domestiques.

D'ici l'an 2000, réduire de 20% le nombre et le taux de mortalité des accidents de la vie courante.

Les accidents de travail

Réduire le nombre d'accidents de travail graves.

Les cancers

D'ici 2010 diminuer de 15% le taux de DC par cancer du poumon, diminuer de 30% le taux de cancer par voie aéro digestive, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans et réduire de 30 % le taux de décès par cancer du col de l'utérus. D'ici à l'an 2000, diminuer de 10% le taux de décès par cancer colorectal et stabiliser le taux de décès par mélanome.

Infection par le virus de l'immuno déficience humaine / SIDA et maladies sexuellement transmissibles

Objectif réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH et par les autres agents responsables de maladies sexuellement transmissibles, leurs complications graves et leurs conséquences sociales.

Les maladies cardiovasculaires

Objectif : d'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans.

Dépression et suicide.

Objectif : diminuer la gravité et la durée des dépressions et d'ici l'an 2000 réduire de 10 % le taux des suicides.

Maladies mentales chroniques

Objectif : améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée.

Handicaps et dépendance

Objectif : améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes qui ne peuvent effectuer sans aide les activités de la vie courante.

Lutte contre la toxicomanie

Objectif : Réduire la consommation d'héroïne sans augmentation de la consommation de cocaïne ou de ses dérivés réduire l'apparition de problèmes de santé chez les toxicomanes en particulier, la contamination par hépatite C ou SIDA, favoriser leur insertion sociale.

La périnatalité

Objectif : D'ici l'an 2000 réduire de 20 % la mortalité, réduire la proportion d'enfants nés vivants avec un poids inférieur à 2500 g réduire de 30 % la mortalité maternelle.

Les accidents des traitements médicamenteux et les infections nosocomiales

Objectif : Réduire morbidité et mortalité dues aux accidents thérapeutiques médicamenteux.

Mauvais traitements à enfants

Diminuer la fréquence des mauvais traitements à enfants : violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels et négligences lourdes ; prévenir leur récurrence et réduire les conséquences pour l'enfant des mauvais traitements subis.

La douleur

Objectif : réduire la fréquence des douleurs non contrôlées aussi bien aiguës que chroniques, en agissant de façon préventive et curative ; d'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours du cancer et au cours des interventions chirurgicales.

Le mal de dos

Objectif: d'ici l'an 2000 réduire la fréquence et la gravité des maux de dos, en particulier les lombalgies sévères, invalidantes et sources de désinsertion sociale.

Les déterminants de santé

La consommation d'alcool

D'ici l'an 2000 réduire de 20% la consommation d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans, réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.

L'usage du tabac

D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les fumeurs réguliers et occasionnels chez les 12-18 ans diminuer la proportion de femmes qui

continuent à fumer pendant leurs grossesse

Précarité , insertion et santé

Assurer des conditions de vie décente aux personnes en situation très précaire et favoriser leur *insertion sociale*

Difficultés d' accès aux soins et à la prévention

Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées

ANNEXE 1

. LES OBJECTIFS DE LA SANTE

Extrait des objectifs pour les déterminants prioritaires

Source La santé en France HCSP 1994

Les consommations d'alcool

D'ici l'an 2000, diminuer de 20% la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ; réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ; réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices

L'usage du tabac

D'ici l'an 2000, diminuer de 30% la quantité de tabac vendue, diminuer de 25% la proportionne fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35% les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans ; diminuer la proportion de femme qui fument pendant leur grossesse

Précarité, insertion santé Assurer des conditions de vie décente aux personnes en situation précaire et favoriser leur réinsertion sociale

Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées

Les quatre buts

Réduire les décès évitables

Donner des années à la vie

Réduire les incapacités évitables

Donner de la vie aux années

Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades Quel que soit leur âge

Réduire les inégalités à la santé

ANNEXE 2

LES PRIORITES REGIONALES IDENTIFIEES A L'ISSUE DES CRS DE 96 / versus PRIORITES NATIONALES

ANNEXE 3

ANNEXE 3

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE NORD-PAS-DE-CALAIS

CONCLUSIONS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE DU NPC/14 mars 1996

Mettre en place un programme de sensibilisation et de formation pour l'urgence cardiaque, comprenant deux volets :

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aigüe.
- Prise en charge de la mort subite extrahospitalière.

Mettre en place un Comité Régional de Santé Publique chargé d'une politique dans le domaine cardiovasculaire, intégrant les dimensions de prévention et de soins.

Continuer à étudier les facteurs d'origine professionnelle dans le genèse des tumeur malignes et développer la prévention dans ce domaine.

Mettre en œuvre une réflexion multidisciplinaire, associant les médecins généralistes, pour élaborer une stratégie d'intervention et de prévention, notamment envers certaines populations à risques.

Développer les campagnes de dépistage vis à vis des cancers du sein et de l'utérus dans notre région et poursuivre celles vis à vis des cancers colorectaux si son efficacité est démontrée.

Poursuivre l'implantation de consultations avancées de cancérologie et l'intervention de référents dans les équipes soignantes, pour développer les décisions thérapeutiques multidisciplinaires.

Développer dans la région, pour certains localisations, des registres de morbidité ,en particulier pour les cancers du sein ,du poumon et de l'intestin.

Elaborer un véritable plan d'urgence concernant le soin à la maladie alcoolique et sa prévention, tout particulièrement auprès de la population féminine.

Concevoir un dispositif original de soin tabacologique.

Développer les soins de prévention et de promotion de la santé en renforçant le partenariat entre l'Etat, les collectivités territoriales, les associations et les organismes, les professionnels et le milieu scolaire.

Favoriser l'accès à tous à la couverture sociale ,en généralisant progressivement le tiers payant et en simplifiant les circuits d'admission à l'aide médicale gratuite.

Former les professionnels médicaux et sociaux à l'approche de la précarité en partenariat avec les associations et les collectivités territoriales.

MENER UNE REFLEXION SUR LA REPARTITION DES STRUCTURES DE SOINS POUR PERMETTRE UN REEQUILIBRAGE DES DISPARITES INTER REGIONALES.

DEVELOPPER L'EDUCATION / PROMOTION D LA SANTE DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES.

ANNEXE 3

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE 2001 REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

(EXTRAITS)

THERESE LEBRUN

Présidente du Jury

Préambule[...]

Point sur les différentes assemblées générales

[...]

1'Assemblée Générale du P.R.S cardiovasculaire

Elle s'est réunie le 21 novembre 2001 et a travaillé à partir des groupes constitués la même année, sur les questions de santé au travail, activité physique et santé, risque vasculaire individuel et inter -PRS alimentation. Au cours de cette AG furent présentées les actions suivantes : promotion de l'appel au " centre 15 ", communication autour du diabète. Nous en avons vu quelques éléments aujourd'hui. Quels sont les points forts ? Notons d'abord que les actions retenues représentent 60 % de celles qui sont déposées, mais si on y ajoute les projets qui sont renvoyés pour précision, on atteint le chiffre de 75 % . Les acteurs de la santé au travail se sont mobilisés autour de la santé cardiovasculaire et une démarche régionale " santé au travail " se met en place en lien avec l'Institut de Santé au Travail. Autre thème abordé : tout ce qui touche aux comportements et pratiques alimentaires, en retenant l'importance du partage des cultures, des expériences et des questionnements. Autre thème : le dépistage et le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire, avec une réflexion et une collaboration des acteurs, animées par l'URMEL et l'URCAM.

La poursuite des actions à destination des populations défavorisées passe par la promotion de comportements alimentaires favorables, une approche de la diététique dans la durée, qui intègre les dimensions économiques, culturelles et psychologiques.

Les points plus faibles sont repérés. La répartition géographique de ces actions n'apparaît pas homogène, avec peu de mobilisation sur Cambrai et Arras, et peu de projets sur certaines parties importantes de la population, dans l'Artois notamment. Un objectif insuffisamment exploité : la réadaptation après l'accident, thème que l'AG se propose de réorienter dans le sens prévention des complications liées aux maladies cardio-vasculaires et amélioration de la qualité de vie. Il s'agit d'aller au-delà du seul cadre " réadaptation - rééducation fonctionnelle ", qui relève d'ailleurs plutôt du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Il est également proposé d'investir plus avant le champ de promotion de l'activité physique, en lien avec la Délégation Régionale à la Jeunesse et aux Sports, avec deux questions : comment modifier les comportements de sédentarité ? comment rendre l'activité physique plus accessible ? En 2001, c'est la mobilisation des acteurs et la définition de la collaboration entre acteurs institutionnels autour de thèmes partagés qui a marqué le programme cardiovasculaire. Pour 2002, les trois axes retenus sont : la réduction des inégalités dans la répartition territoriale des actions en lien avec les PTS ; une meilleure définition de l'objectif réadaptation ; l'inscription de l'évaluation dans les pratiques et à tous les niveaux.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S)

Il a tenu son Assemblée Générale le 3 décembre. On remarque avec plaisir le rééquilibrage des actions entre les deux départements. L'année dernière, seulement 6 % des actions retenues concernaient le Pas-de-Calais. Cette année, ce chiffre est passé à 43 %. De même, 36 % des actions de santé destinées aux personnes en situation de précarité se trouvent dans le PRAPS, mais cela signifie que 34 % des actions à destination de ces personnes en situation de précarité se trouvent dans les autres PRS.

C'est pourquoi l'Assemblée Générale du PRAPS propose la prise en compte, dès l'année prochaine, de ces actions. Une mobilisation importante a porté sur l'objectif 2 du PRAPS : faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé, ce qui va dans le sens de ce qui a été abordé en cette fin de conférence. Les projets sont alors surtout ceux des acteurs de l'insertion. Cette Assemblée Générale a souhaité donner des clés aux opérateurs pour 2002 :

- derrière les objectifs généraux, essayer de définir les axes majeurs de travail, car tout ne peut être fait. Ainsi, pour l'objectif 1, on s'orientera surtout sur la prise en charge globale des personnes et de leur santé. Dans l'objectif 2, sur le lien entre les actions d'autonomie sociale et les actions de santé, ainsi que sur les groupes de parole et sur l'action collective de santé. Dans le cadre de l'objectif 3, une attention particulière sera portée sur les problèmes de santé mentale et d'exclusion ;

- donner des clés aux opérateurs par une meilleure appropriation de la charte des PRS, qui a été évoquée aujourd'hui, pour les aider à dépasser le sentiment de complexité qui accompagne la montée en charge des programmes territoriaux de santé, et ce par rapport à l'articulation des politiques, notamment celle de la ville.

L'Assemblée Générale du PRS " conduites de consommations à risque"

Elle s'est réunie le 3 décembre. 181 dossiers ont été déposés, au-delà de l'appel à projets 2001. Il y en avait 193 en 2000. Les deux tiers ont été acceptés (contre la moitié en 2000) : 50 % sont acceptés d'office, 11 % sont réorientés et 4 % inclus dans des conventions annuelles de financement. Au plan qualitatif, l'Assemblée Générale " conduites de consommations à risque " remarque que les projets s'inscrivent davantage en 2001 dans une démarche de santé publique et que l'on observe une recherche de cohérence auprès des autres partenaires du même champ ou sur le même thème. Ces projets sont également plus diversifiés quant aux objectifs. L'objectif 1, " prévention des conduites à risque ", est visé dans 56 % des projets. L'objectif 2, " soins et réinsertion ", a un taux de 33 %. Les projets ont également des objectifs plus opérationnels, et l'on observe une meilleure répartition territoriale qu'en 2000 entre la région (15 % des dossiers) et les départements, d'une part, entre les arrondissements, d'autre part. Quatre perspectives d'évolution sont à développer sur 2002.

- Il est nécessaire de mieux cibler le public pour les actions de prévention et d'orienter celles-ci vers d'autres publics, en particulier les parents concernés et les publics précarisés.
- Les partenariats sont encore à renforcer, en recherchant davantage de complémentarité entre partenaires sur un même thème et un même territoire.
- Il faut poursuivre le travail portant sur la prévention en milieu scolaire, thème qui fut peu abordé lors de notre conférence. Il convient également de chercher à savoir ce que seraient les principes d'une intervention de qualité en prévention. Sans doute ceci renvoie-t-il aux questions d'évaluation.
- Des études sont à promouvoir sur ce programme, en termes d'observation ou de recherche.

L'Assemblée Générale sur " la santé des enfants et des jeunes "

Elle s'est réunie le 28 novembre : 196 dossiers présentés, dont 50 % retenus, avec un effort de rééquilibrage géographique. Une mobilisation sur l'axe 2, qui porte sur la question de favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacité d'insertion.

Ce sont 60 % des actions qui touchent cet axe. L'axe 1, "naître et grandir dans de bonnes conditions", représente 21 % des actions, avec quatre sous-ensembles : le dépistage des troubles sensoriels, les troubles du langage, la promotion de l'allaitement et le travail sur le bien-être des élèves et des enseignants. Trois interrogations subsistent : peu d'actions sont ciblées sur la maltraitance, peu également sur le renforcement de l'image positive du jeune, et il y a approfondissement nécessaire de la communication autour de ce PRS sur la santé des jeunes. Il semble que des évolutions positives aient été vues sur le terrain, avec un rapprochement des porteurs de projets et des institutionnels, une clarification et une meilleure lisibilité sur les suites données aux dossiers, une aide méthodologique à la conception des projets ou à leur accompagnement. Il faut, selon cette assemblée générale, améliorer les délais de réponse et les délais de financement, réflexion qu'il est possible d'étendre à l'ensemble des Assemblées Générales. Pour 2002, les perspectives sont la définition des enjeux de la territorialisation et l'évaluation des politiques, programmes et actions. Les priorités sont au nombre de quatre :

- l'éducation à la santé en maternité ;
- les actions autour de la maltraitance ;
- le suivi du développement de l'enfant ;
- la communication renforçant l'image positive du jeune, en lien avec les autres politiques.

[...]

Les Programmes Territoriaux de Santé (P.R.S)

En ce qui concerne les Programmes Territoriaux de Santé, il s'agit bien d'une démarche régionale validée dans le cadre du Comité Régional des Politiques de Santé. Cette démarche vise à une meilleure couverture du territoire, une déclinaison des PRS au niveau de ces territoires, une visibilité et une clarification, un souhait de politique locale concertée. Ceci peut être réalisé en respectant les caractéristiques des territoires et des populations, et en favorisant la mobilisation des acteurs grâce à la proximité et à une information mieux partagée. Tout ceci est positif, mais il ne faut pas oublier, comme le rappelaient certains intervenants, que la démarche est en construction, la " maison n'est pas totalement bâtie ", comme le soulignait Claude GALAMETZ lors de la conférence de presse de ce midi. Le rôle du responsable élu a également été souligné, ainsi que le partenaire communal, à ne pas sous-estimer, ni oublier. Tout comme moi, vous avez pu percevoir une certaine tension sur la question de la définition du territoire.

Les orientations et recommandations

Une série d'affirmations, d'orientations et de recommandations sont à rappeler. Nous avons

entendu qu'il fallait veiller à bien prendre en considération l'ensemble des déterminants de la santé dans les PRS, y compris dans la dimension "système de soins" lui-même. On nous a dit également, et c'est Jean-Louis LEFEBVRE qui évoquait cela à propos du cancer des voies aérodigestives supérieures, qu'il fallait veiller à bien démonter les processus, et ce à trois niveaux : les processus de comportements et de consommations, en allant au cœur des déterminants historiques, culturels et psychologiques. C'est une question essentielle, avec les difficultés méthodologiques qui y sont afférentes. Démonter également les processus de prévention et de non - prévention : pourquoi ne va-t-on pas vers la prévention ? Enfin, démonter les processus de prise en charge et de suivi.

Il nous faut également garder à l'esprit l'idée que nous serons jugés sur des résultats tangibles : gagner des années de vie, réduire la mortalité prématurée, comme l'ont évoqué Messieurs ABDELATIF et DUMONT. L'effort de communication et de rapprochement inter PRS a été maintes fois souligné au cours de notre Conférence, notamment sur l'alimentation, qui concerne le PRAPS, le programme cardiovasculaire et le PRS " Challenge ". Il faut introduire, comme le disait Madame ROUSSEL, les savoirs profanes dans les démarches et dans les recherches. Ceci n'est pas simple, même au niveau du partage des vocabulaires, pour apporter les bonnes réponses aux vraies questions que se posent nos concitoyens. C'est de l'ordre du coup de poing salutaire, que nous ne pouvons que prendre en compte en tant que chercheurs. La question des moyens humains, en lien avec l'application des 35 heures, avec les pénuries de personnels, mais aussi avec l'accès à l'information du citoyen, qui peut apparaître parfois trop abondante, trop complexe, nécessitant une forte débauche d'énergie, avant d'y accéder, a également été abordée.

A ce sujet, on a proposé de développer et d'améliorer les projets en provenance de l'hôpital, peu impliqués jusqu'ici, et d'améliorer aussi l'insertion et la reconnaissance de la mission et du rôle des professionnels de santé libéraux dans la mise en œuvre des P.T.S.. S'agissant des deux dernières tables - rondes sur la participation des citoyens et le droit des usagers : avec les ordonnances de 1996, les Etats Généraux de la Santé en 1999 et la loi de 2002, on constate une montée en charge de ces droits. On nous suggère de distinguer dans les plaintes ce qui relève des plaintes quant à la qualité des soins et ce qui relève de plaintes quant à l'attitude des soignants. Les commissions de conciliation, créées par le décret de 1998, sont en train d'orienter les recours, mais cherchent encore leur voie. Il est proposé d'améliorer la représentativité des usagers et le fonctionnement de ces commissions.

Est posée la question de l'écoute du ressenti du patient et de sa famille. Quant aux droits, il faut rappeler la notion de preuve de l'information correcte et complète du patient et l'obligation de sécurité et de résultat, ainsi que le caractère pénal de la violation du secret médical, total et intangible, y compris vis-à-vis des experts. Ceci étant, le facteur formation et le facteur temps sont soulignés comme déterminants dans la relation à l'utilisateur et au patient. Le droit d'être soigné, celui d'être soigné à domicile, a été rappelé avec conviction par Madame MARTEL, membre du Jury. Enfin, un débat intéressant a conclu cette table - ronde sur la responsabilité

et le devoir des usagers, non évoqués par la loi aujourd'hui. Dans la participation des citoyens, j'ai retenu la trilogie suivante : les attentes, qui entraînent des demandes, qui font surgir des besoins ou les mettent à jour. Les témoignages entendus nous ont porté un coup au ventre : nous avons pu mieux comprendre ce qu'était la parole de l'utilisateur, le respect de l'autre, le fait de donner des réponses aux vraies questions. L'interaction entre le citoyen, le professionnel et le bénévole a été bien mise en lumière. La découverte de l'autonomie, de l'initiative, de la capacité d'être et de la capacité de faire, comme l'évoquait Philippe MACQUET, la découverte de la capacité à gérer à tous les niveaux, et au niveau de tous les acteurs, sont devenues des aspects fondamentaux de notre action. J'ai été frappée par le mot solitude, mais aussi par le plaisir de la rencontre évoqué au cours des témoignages, celui qui donne la santé morale. Je propose que tous les PRS incluent cette dimension de la participation des usagers, et qu'une journée de travail soit consacrée à cette parole des usagers donnée par eux-mêmes. Nous avons encore beaucoup à découvrir quant à l'importance et à l'impact de la participation des citoyens, et nous avons encore beaucoup à apprendre sur ces questions.

Conclusions

[...]

- L'enjeu, crucial, du déploiement des actions au niveau des territoires et en fonction des besoins, qui certes touchent des zones géographiques données, mais aussi des publics et des thématiques, avec la difficile question des priorités à mettre en place. Ne sommes-nous pas en train de glisser des cinq thèmes prioritaires de 1996 à la question du comment faire en termes de proximité, de coopération et de participation des citoyens, et avec quels résultats ? Ce sont des questions bien plus exigeantes que celles de la détermination des thèmes prioritaires opérée il y a cinq ans, même si ce travail était vital pour le maintien de cette Conférence et du travail qui l'encadre.
- Le second point concerne les questions de clarification, de visibilité, de décomplexification et de communication appropriée sur le processus engagé. Je pense que ce processus est irréversible, et les programmes territoriaux de santé ont à cet égard un rôle important à jouer.
- Les travaux inter - PRS ont été mentionnés à plusieurs reprises aujourd'hui.
- L'évaluation des politiques, des programmes, des actions. C'est un chantier à part entière, comme nous le rappelait Monsieur le Préfet. Des décisions ont été prises, nous allons nous y atteler.

Ces enjeux surviennent dans un contexte particulier, de pénurie et de rareté en moyens humains qui risquent de provoquer de vives tensions, renforcés par la mise en œuvre effective des 35 heures en milieu sanitaire, ou tout simplement par la complexité dont nous sommes complices , avec parfois des excès dans les procédures et le temps que nous mettons entre la prise de décision et l'action.

ANNEXE 4

PRS : SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

PRESENTATION DU PROGRAMME REGIONAL SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES

Docteur Elisabeth VERITE : Médecin Inspecteur de santé Publique, Coordinateur du PRS des Enfants et des Jeunes

Guy DELERUE, Médecin conseiller technique du Recteur, coordinateur de PRS des Enfants et des Jeunes

PRESENTATION DU PRS

Ce programme fait suite à une demande de la Conférence Régionale de Santé de 1998 qui souhaitait la mise en place d'un programme pour inscrire l'ensemble des initiatives dans une démarche cohérente.

En effet, elle avait constaté une multitude d'actions dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes, souvent non coordonnées, mal connues et non évaluées.

Le groupe de programmation est formé de 17 personnes, acteurs auprès des enfants et des jeunes. Ils représentent les principales institutions concernées.

DEFINITIONS

Avant d'aborder le PRS, j'aimerais rappeler deux définitions. La santé, une dimension globale de bien-être physique, mental et social ». Elle nécessite un certain nombre de conditions préalables comme : avoir un logement, accéder à une éducation, se nourrir convenablement...

La population retenue pour ce programme commence au moment de la conception et va jusqu'à 25 ans, c'est à dire l'âge actuellement considéré comme celui où un statut d'adulte

est acquis.

C'est une période de construction du capital santé.

CONSTATS

Cette période de la vie est caractérisée par une santé qui est globalement bonne et peu spécifique. Seule la période périnatale se singularise par des pathologies spécifiques comme la prématurité, les bronchiolites...

En grandissant, le sentiment de mal-être passe au premier plan.

Les situations de rupture, qui existent tout au long de la vie, vont devenir plus nombreuses et s'amplifier, entraînant des conditions de fragilisation.

SITUATION REGIONALE

Le Nord-Pas-de-Calais est une région jeune qui compte 1 million et demi de jeunes de moins de 25 ans soit 37 % de la population (contre 31,5% en France).

Certains indicateurs sont plutôt moins bons que dans le reste de la France :

- un nombre plus important de cas de maltraitance
- un taux de suicide des jeunes plus élevé
- des résultats scolaires moins bons quelle que soit la classe
- un taux de chômage de 3 points supérieur à la moyenne nationale

ANALYSE DES DETERMINANTS

Pour élaborer le programme nous avons analysé les déterminants qui vont influencer de façon positive ou négative le développement harmonieux des enfants et des jeunes en prenant un modèle écologique comme grille de lecture.

L'enfant et le jeune est le centre d'un certain nombre de cercles concentriques. Il a lui-même, de la naissance des caractéristiques qui vont influencer sur son développement.

Autour de lui, le premier cercle est constitué par la famille, qui constitue le premier contact du bébé avec le monde et qui se caractérise par la stabilité dans le temps.

Le cercle suivant regroupe les différents lieux de socialisation de la petite enfance puis l'école, les pairs et le quartier.

LES AXES PRIORITAIRES

A partir de l'analyse des problèmes et des déterminants nous avons déterminé 3 axes prioritaires :

- Naître et grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes
- Favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur insertion dans la société
- Améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur les représentations

Les objectifs

Chaque axe se décline en un certain nombre d'objectifs :

1. Naître et grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes

1/ Favoriser la santé physique dès le début de la grossesse. **2/** Favoriser la qualité des liens d'attachement parents/enfants. **3/** Soutenir les parents isolés ou en difficulté. **4/** Repérer les dépressions du post-partum. **5/** Améliorer la surveillance du développement du petit enfant. **6/** Prendre en compte et améliorer les conditions sociales.

2. Améliorer les connaissances sur l'état de santé des jeunes

1/ Développer et approfondir l'analyse des données. **2/** Développer les connaissances sur les représentations de la santé des jeunes. **3/** Favoriser la communication de ces données. **4/** Adapter le niveau de connaissance des professionnels.

3. Favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur insertion dans la société

1/ Réduire le nombre de déficits sensoriels non pris en charge. **2/** Lutter contre la maltraitance. **3/** Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque. **4/** Diminuer le décrochage scolaire. **5/** Accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie. **6/** Susciter un regard positif sur l'enfant et le jeune. **7/** Favoriser le sentiment de bien-être

MICRO TROTTOIR / NORD-PAS-DE-CALAIS

« Le Nord-Pas-de-Calais détient de mauvais records en matière de santé des enfants : le taux de mortalité infantile, le taux de prématurité mais aussi les résultats de l'éducation des enfants et des jeunes.

L' enfant est à prendre en compte de la conception et jusqu'à son intégration dans la société. La petite enfance joue un rôle très important dans ce développement.

Il faut assurer non seulement le dépistage des pathologies et des handicaps mais surtout veiller à leur prise en charge. Dans ce cadre on peut travailler efficacement avec l'Education Nationale, en repérant les enfants qui ont des troubles sensoriels ou d'apprentissage de la lecture.

Le rôle du père n'est actuellement plus assez reconnu dans notre société.

L'adolescence correspond à un âge où un certain nombre de troubles sont déjà installé, alors qu'une prévention primaire ou un dépistage précoce de troubles de langage, neuro-sensoriels auraient facilité leur insertion sociale.

Dans les conflits, parfois graves, entre un adolescent et sa famille, l'intervention d'un tiers médiateur peut être bénéfique.

L'état de santé des jeunes adultes conditionne beaucoup la santé de leurs enfants.

Il est d'ailleurs prouvé que, lorsque les mères sont éduquées, leurs enfants sont en meilleure santé. »

XII ème Contrat de Plan Etat-Région

«Santé des enfants et des jeunes » / Nord-PAS-DE-CALAIS

1- DEFINITION L'OBJECTIF OPERATIONNEL

A) DESCRIPTION DE L'INTERVENTION ET DE SES MOYENS D'ACTION

Programme régional de santé «santé des enfants et des jeunes », axé sur une approche positive et dynamique de la santé. Il inclue la promotion de la santé, la prévention, le repérage , les soins et l'insertion.

Les actions seront mises en œuvre à partir d'un cahier des charges élaboré dans le cadre du programme.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique « Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : Corriger les inégalités en matière de santé » du CEPR.

Il s'agit d'un volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

2- RESULTATS ATTENDUS EN TERME QUALITATIF ET QUANTITATIF

Objectif 1:

Faire en sorte que les enfants de la région du Nord-Pas-de-Calais naissent dans des conditions de sécurité physique, psycho-affective et sociale satisfaisantes

Objectifs spécifiques:

- Faire en sorte qu'un tiers des femmes présentant une dépression du post-partum soient repéré et prise en charge (sachant qu'une femme sur 10 a une dépression du post-partum)
- Faire en sorte qu'au moins 50 % des enfants de la région aient un dépistage auditif à la naissance et un suivi pendant la petite enfance
- Réduire de x % la fréquence des séparations mère-enfant au sein des structures hospitalières
- Mieux utiliser les compétences parentales
- Préparent la parentalité dès le collège

Objectif 2:

Améliorer la santé des jeunes et leurs capacités d'insertion dans la société

Objectifs spécifiques:

- Favoriser le bien-être des jeunes (améliorer le score de la qualité de « santé globale » et de l'estime de soi de 5 points)
- Améliorer le développement harmonieux des enfants et des jeunes
- Détecter et prendre en charge, de façon suivie, les enfants et les jeunes présentant des déficiences sensorielles et cognitives
- Repérer précocement les enfants et les jeunes en souffrance (notamment les dépressions, les tentatives de suicides et les violences)
- Diminuer le nombre de décrochages scolaires

3- PARTENARIAT ET FINANCEMENT

A) PARTENAIRES CONCERNES ET CONTRIBUTIONS FINANCIERES RESPECTIVES

Caisses d'Assurance Maladie : 12.6 millions de francs.

Conseil Régional : 12.6 millions.

Conseils Généraux : 12.6 millions de francs en tout.

ARH

URMEL

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements

L'échéance du programme est de 7 ans.

- *Montée en charge :*
 - An 2000 : 1 million de francs.*
 - An 2001 : 1.6 millions de francs.*
- *Après montée en charge (2002 à 2006) :*
 - 2 millions de francs par an*

4- MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI

A) BENEFICIAIRES

La population du Nord-Pas-de-Calais

- les enfants (dès la période périnatale)
- les familles
- les jeunes

Les actions seront prioritairement axées autour des populations en difficulté (mais avec un

souci de non stigmatisation)

b) Critères de sélection des opérations

- *Cohérence par rapport aux objectifs et au cahier des charges du programme.*
- *Adéquation des activités prévues et du budget proposé.*
- *Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.*

c) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

?????

d) Partenaires coordinateurs et services pilotes

Pilote et coordination : Etat (DRASS): Elisabeth Vérité, les 2 conseils généraux, l'Urmel,

e) Dispositif d'instruction et de suivi

- *Comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds.*
- *Tableau de bord*

5- INDICATEURS QUANTITATIFS DE RESULTATS A RENSEIGNER POUR APPRECIER LES RESULTATS OBTENUS AUX REGARDS DE CEUX ATTENDUS

- Mortalité évitable (accidents et suicides)
- Indicateurs de suivi: suivi périnatal, de déclarations de violence à enfant)
- Indicateurs de difficulté d'insertion (redoublements multiples, arrêt de la scolarité avant 16 ans)
- Indicateurs de bien-être: enquête « baromètre santé » 6- Prise en compte de la préoccupation de développement durable

a) Argumentaire sur l'introduction de cette préoccupation dans l'intervention

b) *Eléments de caractérisation de l'impact de l'intervention dans les trois dimensions du développement durable (économique, environnement, équité sociale) en complément des indicateurs de résultats mentionnés en 5*

Environnement et qualité de vie : +++

Equité sociale : +++

7- CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

A) DESCRIPTION DE L'ASPECT TERRITORIAL DES INTERVENTIONS

Champ de l'action est régional avec une préoccupation de répartition territoriale centré sur les secteurs en difficulté socio-économique.

b) Part des financements réservés à des procédures territoriales

La grande majorité des actions du programme seront territorialisées. 15% des financements

sont réservés à des procédures plus spécifiquement territoriales.

c) Indicateurs d'appréciation des interventions par territoires

Mêmes indicateurs au niveau des bassins de vie. L'évaluation qualitative des actions.

ANNEXE 5

LES CAHIERS DES CHARGES DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE EN NORD-PAS-DE-CALAIS

I. CAHIER DES CHARGES POUR L'EVALUATION DES ACTIONS DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE

PREAMBULE

Dans le Nord Pas de Calais, les Programmes régionaux de santé ont été mis en œuvre dès 1998 en ce qui concerne le programme « Challenge ». Ce programme a été rejoint en 99 par les autres programmes « Santé des enfants et des jeunes », « Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) », « Conduites de consommation à risque », « Santé cardiovasculaire » et bientôt par le « Programme régional d'actions en santé et environnement (PRASE) » en cours d'élaboration.

Ces six programmes mobilisent des ressources humaines et financières importantes. Ils vont faire l'objet d'une déclinaison territoriale.

Que ce soit en terme des ressources consommées ou au regard de la nécessaire évaluation de ces programmes (Art. L.767.6 du code de la santé publique relatif aux programmes régionaux de santé et décret du 29.12.98 relatif au PRAPS), et des politiques publiques (circulaire du 28 décembre 1998), il a paru important de ne pas attendre la fin du Contrat de Plan pour évaluer les actions entreprises.

La note d'orientation adoptée le 14 juin 2001 par le comité de gestion des programmes régionaux de santé prévoit que cette évaluation comporte trois volets complémentaires :

- évaluation de la politique des programmes régionaux de santé dans la région Nord-Pas-de-Calais,

- évaluation des programmes régionaux de santé proprement dits,
- évaluation des actions de ces programmes.

Cette évaluation s'intégrera dans l'acceptation du texte de la circulaire citée en référence, comme participant au management de l' action publique. Elle permettra de réaménager, réorienter, éclairer l' action et la rendre plus cohérente, plus efficace. Elle répondra également à une logique de transparence de l' action publique .

La volonté clairement affirmée des acteurs a par ailleurs été celle d'une évaluation participative, centrée sur l'action et non sur la recherche, centrée sur l'amélioration de la qualité et non sur la sanction financière.

Le présent cahier des charges renvoie au premier volet de cette évaluation .

A/ OBJECTIFS DE L'EVALUATION DES ACTIONS

I/ CREER

- un outil d'apprentissage,
- de modélisation des pratiques,
- de transfert de connaissances à disposition des opérateurs visant à réaménager, réorienter l' action, aider la décision.

C'est un outil, destiné à répondre à la transparence de l' action publique.

Sur le versant des acteurs, c'est une volonté de donner un sens à l'action.

Sa légitimité est d'être une pratique sociale, un processus, une mémoire.

- Mettre en place un processus d' analyse de la qualité de l' action qui soit utile à son amélioration.
- Permettre de vérifier la pertinence et la cohérence de l'action.

III/ CONFIER LA MAITRISE DE L'ÉVALUATION DES ACTIONS AUX PORTEURS

C'est ce qui motive la décision technique de choisir une auto-évaluation accompagnée pour évaluer les actions à l'intérieur de chaque PRS.

B/ LES QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

- L'action est-elle conforme aux six points de la charte des PRS et, en particulier, dans quelle mesure la population concernée a-t-elle été associée ?
- L'action est-elle pertinente par rapport aux attentes de la population, aux résultats attendus ?
- Les objectifs de l'action ont-ils été atteints ?
- Y a-t-il eu d'autres effets induits ?
- La méthode employée et les ressources humaines, matérielles et financières mises en œuvre sont-elles en adéquation avec les objectifs de l'action ?
- La communication a-t-elle été adaptée à l'action ?
- L'action a-t-elle entraîné des évolutions de pratique ?
- L'action est-elle reconductible, peut-elle être reproduite ailleurs ?

C/ LES OPERATEURS DE L'ÉVALUATION

1. Les porteurs de projets eux mêmes, en charge , après avoir élaboré, en compagnie de l'accompagnateur, un tableau de bord de leur action de faire vivre ce tableau de bord et d'en tirer les enseignements utiles à la poursuite et à l'amélioration de l'action, ainsi que le document de synthèse à destination du groupe de suivi.

2. Un ou plusieurs évaluateurs externes, non impliqués dans l'action, seront accompagnateurs des porteurs de projet. Ils aideront à la mise en place d'indicateurs et de tableaux de bord de suivi de l'action et de résultats de l'action en cours. Ils seront recrutés en réponse au cahier des charges présenté.

3. Le groupe de suivi de chaque PRS : afin d'assurer la cohérence des actions dans chaque PRS, des porteurs de projet seront associés à l'instance d'évaluation de chaque PRS.

D/ LES MISSIONS DES EVALUATEURS EXTERNES

L'évaluation des actions comporte deux missions distinctes :

1. Les évaluateurs "accompagnateurs" auront à formaliser les mesures d'accompagnement à l'évaluation auprès des porteurs de projet.

➤ **pour les actions d'un montant individuel inférieur à 30.490 €**

Un temps de formation des porteurs de projet de 2 jours au moment de l'instruction de l'action et ½ journée de synthèse à six mois du lancement du projet pourrait être proposé à toutes les actions. Les porteurs de projet seraient regroupés par groupes de 15 pour un évaluateur

➤ **pour les actions dont le budget est supérieur à 30.490 €** une évaluation individuelle de l'action est à envisager entre 6 et 8 demi journées. Le montant de cette évaluation est à prévoir dans le budget de l'action.

➤ Il est demandé par ailleurs aux évaluateurs potentiels de formaliser des modes d'accompagnement spécifiques individuels pour des actions pilotes ou dont le montant budgétaire nécessite un coût particulier. Une somme spécifique serait alors allouée pour ce type d'actions. Un cahier des charges spécifique sera négocié entre le porteur de projet et le groupe de suivi du programme régional de santé.

2. Les évaluateurs recrutés ont en charge de mettre sur pied des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, après consultation des porteurs d'action et des groupes de suivi de chaque PRS sur les points suivants :

➤ le processus de déroulement de l'action : respect du budget, déroulement de l'action, nombre de participants (acteurs et populations concernées), indice de satisfaction.

➤ l'adéquation des moyens humains et financiers au déroulement de l'action prévue.

➤ l'adéquation de l'action aux objectifs annoncés, les impacts et effets sur la population concernée, la population générale, les professionnels de santé, les institutions.

➤ les résultats.

3. Ils auront à définir avec les porteurs d'action et en concertation avec les groupes de suivi de chaque PRS la forme du compte rendu final de l'évaluation des actions, la fréquence et les délais convenables de l'évaluation : au début et la fin de l'action de façon minimale mais, en fonction des durées des actions et des effets espérés, définir des évaluations intermédiaires et des évaluations à distance dont la fréquence sera à déterminer.

Enfin, ils auront à formaliser ces propositions sous forme d'un guide à disposition des porteurs de projet. Les indicateurs seront regroupés par type d'analyse (quantitative ou qualitative) d'une part et par type d'actions : (exemples : indicateurs pour juger des effets d'une action menée pour travailler sur l'estime de soi, indicateurs pour évaluer une action de modification des comportements alimentaires, les résultats d'une formation, etc). Ce guide pourrait être commun aux programmes régionaux et aux programmes territoriaux de santé.

En réponse à ce cahier des charges, le ou les évaluateurs auront à formaliser les temps investis dans la constitution des indicateurs, l'accompagnement des projets, et la constitution du document de référence « guide de l'évaluation ».

E/ DROITS ET OBLIGATIONS PARTICULIERS

- 1) Le document final d'évaluation de chaque action du PRS produit à la fin du contrat, est la propriété du porteur de projet.
- 2) Le "guide de l'évaluation des Programmes Régionaux de Santé" est la propriété du Comité Régional des Politiques de Santé qui est habilité à le diffuser et à l'utiliser à sa convenance.
- 3) L'évaluateur accompagnateur pourra utiliser les éléments du rapport sous couvert et sous autorisation du Comité Régional des Politiques de Santé.
- 4) Le guide méthodologique "guide de l'évaluation des actions des Programmes Régionaux de Santé" devra être prêt pour mai 2002
- 5) L'évaluateur accompagnateur sera amené à préciser s'il souhaite des moyens logistiques particuliers à disposition (téléphone, bureau, fax, salle de réunion dans les délais suffisants pour que les dispositions nécessaires soient prises par le commanditaire).
- 6) L'évaluateur est tenu aux obligations éthiques usuelles de confidentialité, de respect des personnes en vigueur dans ce domaine.
- 7) Les dispositions suivantes s'appliqueront en outre aux évaluateurs qui ne disposent pas déjà d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- 8) Le contrat peut être rompu par le commanditaire pour non respect de l'une des clauses ou par les deux parties, par commun accord, avec un préavis de deux mois.
- 9) En cas de non exécution dans les délais de la prestation, l'évaluateur accompagnateur peut être amené à reverser une partie de sommes allouées.
- 10) 30 % du montant du contrat sera alloué au prestataire au moment de la signature du contrat, 30 % après l'exécution de la phase de mise en place du dispositif et le solde à l'achèvement de la mission, telle que définie par le cahier des charges.

II. CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTÉ DANS LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

PREAMBULE

(...)

Que ce soit en terme des ressources consommées ou au regard de la nécessaire évaluation de ces programmes (Art. L.767.6 du code de la santé publique relatif aux programmes régionaux de santé et décret du 29.12.98 relatif au PRAPS), et des politiques publiques (circulaire du 28 décembre 1998), il a paru important de ne pas attendre la fin du Contrat de Plan pour évaluer les actions entreprises.

La note d'orientation adoptée le 14 juin 2001 par le comité de gestion des programmes régionaux de santé prévoit que cette évaluation comporte trois volets complémentaires :

- évaluation de la politique des programmes régionaux de santé dans la région Nord-Pas-de-Calais,
- évaluation des programmes régionaux de santé proprement dits,
- évaluation des actions de ces programmes.

Cette évaluation s'intégrera dans l'acception du texte de la circulaire citée en référence, comme participant au management de l' action publique. Elle permettra de réaménager, réorienter, éclairer l' action et la rendre plus cohérente, plus efficace. Elle répondra également à une logique de transparence de l' action publique .

« Le présent cahier des charges renvoie au second volet de cette évaluation

A/ OBJECTIFS DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE

1. Pour chaque programme, rassembler et analyser les informations permettant de juger utilement, de la pertinence des objectifs, de la cohérence des actions et de l'impact du programme.
2. Mettre ces informations à disposition du groupe de suivi de chacun des programmes, des porteurs d'actions, du comité régional des politiques de santé et de la conférence régionale de santé.
3. Générer des propositions de réaménagement des programmes qui prennent en compte notamment les demandes émergentes non prévues initialement dans le programme.

B/ LES QUESTIONS DE L'EVALUATION

- Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?
- Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de population et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?
- Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?
- Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?
- Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?
- Quels ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux autres dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?
- Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?
- Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?
- Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration puis la mise en œuvre du programme ?
- Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

C/ LES OPERATEURS DE L'EVALUATION

1. Le groupe de suivi de chaque programme régional de santé est en charge de constituer une instance d'évaluation du programme régional de santé, de valider l'organisation de l'évaluation, d'assurer la diffusion des résultats notamment lors de l'assemblée générale du programme et d'en tirer les conséquences opérationnelles.

2. L'instance d'évaluation, propre à chaque PRS, comprend 12 membres. Elle est constituée pour partie de membres du groupe de suivi du programme et pour partie de représentants des porteurs de projets, des usagers et de personnalités qualifiées extérieures au programme. Elle est animée par un évaluateur externe.

L'instance d'évaluation définit les modalités de l'évaluation, en remet les résultats ainsi que les propositions de réaménagement au groupe de suivi. Elle propose les indicateurs propres au programme qui seront à intégrer dans le tableau de bord "Moniteur des PRS" élaboré par l'Observatoire Régional de la Santé. Elle peut faire appel à l'expertise du conseil scientifique des programmes régionaux de santé ainsi qu'aux compétences du département de santé publique et des associations régionales.

3. Un évaluateur externe, indépendant, par PRS, chargé d'accompagner l'instance d'évaluation dans la réalisation de ses missions.

4. L'évaluateur aura à formaliser les temps investis dans la constitution des indicateurs, l'accompagnement des projets, et la production d'un document de référence et d'outil de communication à disposition des pilotes du PRS.

D/ LES MISSIONS DE L'EVALUATEUR EXTERNE

- Aider l'instance d'évaluation du programme régional de santé à définir les modalités d'évaluation

- Organiser l'évaluation

- Rédiger le rapport d'évaluation

- Organiser les modalités de prise en compte par le groupe de suivi des résultats de l'évaluation en

vue de la réorientation du programme

- Proposer les modalités d'une évaluation en continu du programme

E/ LES DELAIS

- Les modalités de l'évaluation devront être définies d'ici janvier 2002.
- L'évaluation proprement dite débutera en février 2002.
- Ses conclusions devront avoir été prises en compte avant l'assemblée générale du programme préalable à la Conférence Régionale de Santé de décembre 2002.
- Le rapport d'évaluation définitif sera transmis au groupe de suivi au plus tard en mars 2003.

F/ DROITS ET OBLIGATIONS PARTICULIERS

- 1) (...)
- 2) (...)
- 3) Le contrat qui lie le prestataire précisera les émoluments, frais de déplacement et frais de documentation. L'enveloppe destinée à l'évaluation de chaque PRS est d'environ 13.721 € par an.
- 4) En réponse à ce cahier des charges, le prestataire formalisera les temps investis dans la préparation des modalités d'évaluation, les travaux avec l'instance d'évaluation, les rencontres avec le groupe de suivi et la production du rapport.
- 5) (...)
- 6) (...)
- 7) (...)
- 8) (...)
- 9) (...)
- 10)(...)

III. CAHIER DES CHARGES DE L' EVALUATION DE LA POLITIQUE DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE DANS LA REGION NORD-PAS-DE CALAIS

PREAMBULE

(...)

Que ce soit en terme des ressources consommées ou au regard de la nécessaire évaluation de ces programmes (Art. L.767.6 du code de la santé publique relatif aux programmes régionaux de santé et décret du 29.12.98 relatif au PRAPS), et des politiques publiques (circulaire du 28 décembre 1998), il a paru important de ne pas attendre la fin du Contrat de Plan pour évaluer les actions entreprises.

La note d'orientation adoptée le 14 juin 2001 par le comité de gestion des programmes régionaux de santé prévoit que cette évaluation comporte trois volets complémentaires :

- évaluation de la politique des programmes régionaux de santé dans la région Nord-Pas-de-Calais,
- évaluation des programmes régionaux de santé proprement dits,
- évaluation des actions de ces programmes.

Cette évaluation s'intégrera dans l'acceptation du texte de la circulaire citée en référence, comme participant au management de l' action publique. Elle permettra de réaménager, réorienter, éclairer l' action et la rendre plus cohérente, plus efficace. Elle répondra également à une logique de transparence de l' action publique .

Le présent cahier des charges renvoie au premier volet de cette évaluation .

A/ OBJECTIFS DE L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DES

PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE

1 - Rassembler et analyser les informations permettant de juger utilement la pertinence des choix, l'efficience du dispositif et l'utilisation des ressources.

2 - Mettre ces informations à disposition du comité régional des politiques de santé, des groupes de suivi des programmes régionaux de santé, des porteurs d'actions et de la conférence régionale de santé.

3 - Générer des propositions de réaménagement de la politique des programmes régionaux de santé.

B/ LES QUESTIONS DE L'EVALUATION

- Dans quelle mesure la politique des programmes régionaux de santé répond-elle aux besoins de la population du Nord-Pas-de-Calais, aux attentes des décideurs et à celles des opérateurs de la région ?
- Quel est l'impact potentiel des programmes régionaux de santé sur la santé de la population du Nord-Pas-de-Calais ?
- Quels ont été les effets induits par la politique des programmes régionaux de santé sur l'organisation sanitaire de la région ?
- Faut-il prioriser certains objectifs des PRS et si oui selon quels critères ?
- Quelle sont les relations entre programmes régionaux de santé et schémas régionaux d'organisation des soins ?
- Est-ce que la politique des PRS a permis une meilleure articulation entre les niveaux national, régional, départemental et local ?
- En quoi la politique des programmes régionaux de santé a-t-elle modifié les relations entre les acteurs, est ce qu'elle a réellement permis l'émergence d'une dynamique de terrain ?
- Le fonctionnement du comité de gestion des programmes régionaux de santé est-il satisfaisant ? En quoi devrait-il être amélioré ?
- Quelles sont les améliorations à apporter dans la procédure d'instruction des dossiers, du lancement de l'appel à projet jusqu'au financement ?
- Quels sont les aspects de la communication des programmes régionaux de santé qu'il conviendrait d'améliorer ?

C/ LES OPERATEURS DE L'EVALUATION

1 - Le Comité régional des politiques de santé est le commanditaire de l'évaluation, en charge d'en valider l'organisation, d'assurer la diffusion des résultats et d'en tirer les conséquences opérationnelles.

2 - L'instance d'évaluation comprend 12 membres. Elle est constituée pour partie de membres du CRPS, dont des représentants des usagers et des porteurs de projet et pour partie de personnalités qualifiées qui pourraient être désignées au sein du conseil scientifique des PRS.

Elle pourrait être présidée par la présidente du jury de la conférence régionale de santé ou par l'un des membres de ce jury à l'exception des "décideurs".

L'instance d'évaluation définit les modalités de l'évaluation, remet au CRPS le rapport de l'évaluation ainsi que les propositions de réaménagement.

Elle peut faire appel à l'expertise du conseil scientifique des programmes régionaux de santé.

3 - Un évaluateur externe, indépendant, recruté en dehors du champ régional, possédant une expertise méthodologique et managériale reconnue au niveau national, chargé d'accompagner l'instance d'évaluation dans la réalisation de ses missions.

D/ LES MISSIONS DE L'EVALUATEUR EXTERNE

- Aider l'instance d'évaluation à définir les modalités de l'évaluation
- Organiser l'évaluation
- Rédiger le rapport et les propositions d'adaptations de l'instance d'évaluation.

E/ LES DELAIS

- Les modalités de l'évaluation devront être définies d'ici février 2002.
- L'évaluation proprement dite débutera en mars 2002.
- Un premier bilan sera réalisé à l'intention de la conférence régionale de santé de décembre 2002.
- Le rapport final et les propositions seront transmises au comité régional des politiques de santé en mars 2003 au plus tard. Ce rapport intégrera notamment les aménagements jugés nécessaires des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du tableau de bord des programmes régionaux de santé.

F/ DROITS ET OBLIGATIONS PARTICULIERS

- 1) (...)
- 2) (...)
- 3) Le contrat qui lie le prestataire précisera les émoluments , frais de déplacements et frais de documentation. L'enveloppe destinée à l'évaluation de la politique des programmes régionaux de santé est d'environ 31.000 €.
- 4) En réponse à ce cahier des charges, le prestataire formalisera les temps investis dans la préparation des modalités d'évaluation, les travaux avec l'instance d'évaluation, les rencontres avec le comité régional des politiques de santé et la production des rapports.
- 5) (...)
- 6) (...)
- 7) (...)
- 8) (...)
- 9) (...)
- 10)(...)

EVALUATION POLITIQUE / APPEL D'OFFRES

APPEL D'OFFRES / PROGRAMMES

ANNEXE 6

Typologie des actions / Programmes Régionaux de Santé / Nord-Pas-de-Calais

PREMIER GROUPE EDUCATION,PROMOTION DE LA SANTE, STRUCTURES D'ACCEUIL

1 éducation de la santé : sont regroupées sous cette rubrique toutes les actions impliquant une action concrète avec un travail d'atelier , une réalisation concrète à effectuer par les personnes ciblées

2 prévention : sont regroupées sous cette rubrique les actions impliquant les professionnels et /ou des populations autour d'une action de prévention / risque de santé précis(prévention buccodentaire, prévention dyslexie, dépistage diabète, dépistage K...)

3 communication : sont regroupées sous cette rubrique les actions impliquant la communication simple (sans action éducative de démonstration) autour d'un thème de santé précis et d'une population cible ;

4 soutien psychologique : sont regroupées toutes les actions impliquant une action de soutien spécialisée à la population . Dans cette rubrique les actions ont été subdivisées en soutien non différencié, soutien autour du deuil, de la parentalité, de l'insertion, de l'estime de soi et de la violence. L' ensemble de ces actions se retrouve essentiellement dans deux PRS : "Santé des enfants et des jeunes" et "PRAPS".

5 création de structure d' accueil et de soutien il faudrait peut être nuancer ultérieurement cette rubrique, non affinée en raison du faible nombre d'actions en actions autour de lieux d'écoute et de parole et structures en réseaux de professionnels. Une place, peut être individualisée, devrait être donnée aux structures dédiées à la coordination de professionnels . Le faible nombre d'actions de ce type en 2000 n'a pas permis d'en faire une catégorie différenciée.

DEUXIEME GROUPE :ACTIONS AUTOUR DES PROFESSIONNELS

Ont été subdivisées également les actions suivantes :

1 formation des professionnels* : dont on peut s'étonner et du nombre et du coût dans certains PRS.

2 analyse de l'existant : regroupe les actions de recherche autour de la collecte de données et d'un renseignement de « l'état du terrain » dont on peut dire qu'il est un indicateur sentinelle à analyser plus finement . Serait peut être à nuancer plus finement en fonction de l' évolution sur le terrain des actions centrées sur de la recherche fondamentale ou clinique Cela n' a pas été jugé pertinent par l'auteur sur l'analyse 2000.

3 protocolisation et mise en réseau : des savoirs et des ressources.

4 formation des porteurs et des bénévoles. Ce sous groupe serait à suivre de près dans son évolution, en nombre, en coûts et en résultats.

TROISIEME GROUPE COMMUNICATION ET DIVERS

1 communication non ciblée : à l'inverse de la communication citée dans le groupe 1 , cette communication n'est pas ciblée dans son objectif de santé et (ou) dans son public visé

2 divers : sont regroupées sous cette rubrique les actions qui ne s'intégrant dans aucun des sous groupes déterminés

ANNEXE 7

LES PRS EN France en 1999 (115)

67 programmes et 26 Régions

PROGRAMMES /PATHOLOGIES

SIDA	10
DEPRESSIONS/SUICIDES	9
CANCER	5
PERINATALITE	3
ACCIDENTS VOIE PUBLIQUE	3
HANDICAP ET DEPENDANCE	3
MALTRAITANCE	2
MALADIES CARDIOVASCULAIRES	2
HYPERTENSION ARTERIELLE	2
DIABETE	2
ASTHME	1

PROGRAMMES / POPULATION

Santé des enfants et des jeunes	5
Santé des personnes âgées	4

PROGRAMMES/DETERMINANTS DE SANTE

Alcool	8
Dépendance aux produits	2
Santé et précarité	5

ANNEXE 8

Conseil scientifique des PRS

L'an dernier le comité régional des politiques de santé a décidé de constituer un conseil scientifique des PRS. Les personnalités suivantes dont les noms avaient été évoqués lors de la réunion du comité de janvier 2000 ont toutes fait part de leur accord.

- **Docteur Jacques Bury**, enseignant à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève, coordonnateur des programmes de santé du canton de Genève, ancien directeur de l'Association Européenne des Ecoles de Santé Publique et coordonnateur de l'évaluation intermédiaire des programmes régionaux de santé en France.
- **Professeur Marie Odile Carrère**, coordonnatrice du GRESAC (Groupe de recherche en économie de la santé en cancérologie) au centre Léon Bérard à Lyon, responsable d'une unité de recherche du CNRS, professeur de sciences économiques à l'université Claude Bernard, spécialisée dans l'évaluation économique des programmes de santé et dans l'interaction préférences des patients et décision thérapeutique.
- **Monsieur Michel Demarteau**, docteur en santé publique, responsable des programmes de prévention et de promotion de la santé pour la Province de Hainaut et chargé de l'enseignement de l'évaluation en promotion de la santé et éducation pour la santé à l'Université de Liège, a été chercheur en sciences de l'éducation et en éducation pour la santé à l'Université de Liège.
- **Professeur Joël Ménard**, professeur de santé publique, délégué à la recherche clinique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, spécialiste de l'hypertension artérielle, ancien directeur général de la santé.

- **Professeur Jean Philippe Parquet**, chef de service de psychiatrie infanto-juvénile au CHRU de Lille, responsable de la clinique universitaire d'addictologie, expert auprès de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, membre du conseil scientifique du Comité Français d'Education pour la Santé et ancien membre du Haut Comité de la Santé Publique.
- **Docteur Françoise Schaetzel**, enseignante à l'Ecole Nationale de Santé Publique, plus particulièrement chargée des thèmes santé précarité, démocratie sanitaire et évaluation des programmes de santé, a été comme MIR Alsace coordonnatrice de l'un des 3 premiers PRS élaborés en France.
- **Professeur Michel Vézina**, professeur de médecine sociale et préventive à l'université Laval, spécialiste en santé au travail, membre du conseil scientifique du CERESTE (centre de recherche en santé, travail, ergonomie), ancien directeur de la santé publique de la région de Québec.

Conseil scientifique des PRS.

Monsieur le Docteur Jacques Bury

Institut de médecine sociale et préventive

CMU 1211 Genève 4 Suisse

Tél : 00 41 22 702 59 19 Fax : 00 41 22 702 59 12 Mobile : 00 41 78 713 52 28 E-mail : bury@cmu.unige.ch

MADAME LE PROFESSEUR MARIE ODILE CARRERE

GRESAC Centre Léon Bérard 28 rue Laennec 69373 Lyon cedex 08

Tél : 04 78 78 27 80 Fax : 04 78 78 28 04 E-mail : carrere@lyon.fnclcc.fr

MONSIEUR MICHEL DEMARTEAU

Observatoire de la santé du Hainaut Rue Saint-Antoine, 17021 HAVRE Belgique

TEL. 00 32 65 879 641 FAX 00 32 65 879 679 EMAIL : OBSERVATOIRE.SPPS@HAINAUT.BE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOËL MENARD

Faculté de médecine Broussais Hotel Dieu Département de santé publique 15 rue de l'école de médecine
75270 Paris cedex 06 Tél 0142346984 Fax 01531092 E-mail Schlama@hepg.bhdc.jussieu.fr

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN PHILIPPE PARQUET

Clinique universitaire d'addictologie CHRU 2 rue Ocart Lambret 59000 Lille
Tél 03 20 44 41 78 Fax 03 20 44 57 78

Madame le Docteur Françoise Schaetzel

Département EPIS Ecole nationale de santé publique Avenue du Pr Léon Bernard 35043
Rennes cedex Tél 02 99 02 28 42 Fax 02 99 02 26 23 E-mail fschaetz@ensp.fr

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL VEZINA

Centre de santé publique de Québec 2400, rue d'Estimauville Beauport (Québec) Canada G1E 7G9
Tél 00 418 666 7201 Fax 00 418 666 2776 E-Mail mvezina@cspq.qc.ca

ANNEXE 9

PLACE DES PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE DANS L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DU NORD-PAS-DE-CALAIS

ANNEXE 10

Personnes entendues dans le cadre de ce travail

- **Monsieur ABDELATIF A** *Président URCAM NPC*

- **Association SAUO Calais**

- **Association Trèfles Armentières**

- **Monsieur BANNEUX P.** *Conseil Régional NPC*

- **Madame COQUELET F.** *Médecin Inspecteur Régional Adjoint NPC copilote PRS "cardiovasculaire"*

- **Monsieur DEJONGHUE B.** *CRES*

- **Monsieur DEMEULEMEESTER R.** *Médecin Inspecteur Régional NPC Maître de stage*

- **Monsieur DREUIL D.** *Médecin Inspecteur Régional Adjoint NPC copilote PRS "cardiovasculaire"*

- **Monsieur FOURNIER** *Praticien Hospitalier Réseau Santé Lys*

- **Madame GUYADER** *inspecteur Principal DDASS du NORD pilote PRAPS*

- **Monsieur HINCELIN L.** *société LH Conseil*

- **Monsieur HOUZE D.** *Directeur CPAM Caisse d' Armentières*

- **Madame JABOT F.** *Médecin Inspecteur de Santé Publique DDASS Nord PRS*

"conduites addictives"

- **Monsieur JOURDAIN** *ENSP Président de l'instance d'évaluation nationale des PRS (évaluation ASPHER)*

- **Monsieur LIECAN A.** *CRES*

- **Monsieur MACQUET P.** *Médecin Inspecteur Régional Adjoint NPC Pilote PRS "Challenge"*

- **Madame MERCHI F.** *CRAM NPC responsable promotion de la Santé*

- **Madame MILLAUD M.** *Service santé politique de la ville Lille*

- **M. MESGUICH** *Médecin Inspecteur de la Santé Publique DGS en charge à la DGS des PRS en 1999 et commanditaire de l'évaluation de la SFP*

- **Monsieur NICOLAS C.** *DGS en charge des PRS de 1999 à ce jour*

- **Monsieur PASCAL E.** *Ingénieur de Génie Sanitaire Pilote du PRASE DRASS NPC*

- **Monsieur PAUWELLS** *association FORT*

- **Monsieur RADONDY** *Directeur URCAM NPC*

- **Madame RIGAUT F.** *assistante Sociale CRAM NPC*

- **Madame STEKELOROM** *Conseil Général Pas-de-Calais, Pilotage des Programmes territoriaux de santé*

- **Monsieur SUZANNE O.** *URCAM*

- **Madame VERITE E.MIRA** NPC pilote PRS Santé des enfants et des jeunes

- **Madame WILLAUME** Directeur DRASS NPC

Et dans le cadre du voyage d' études en NPC avec la promotion des MISP ont été entendus en entretiens collectifs, sur une grille préétablie par la promotion les personnes suivantes :

VOYAGE D'ETUDE DANS LE PAS DE CALAIS (62)

Novembre 2001

Personnes rencontrées	Fonction
Mme Delphine BESSIERE	Inspectrice DDASS. En charge du pilotage PTS
Mme Dominique STEKELOROM	Chargé de mission (PRS/Pilotage PTS) auprès du Directeur adjoint chargé de la Solidarité et du Développement Social au Conseil général
M. Grégory RUCK	MISP. Co-pilote PRASE
Mme BURY	Directrice du service pénitentiaire d'insertion et de probation
Mme CARON	Directrice Mission locale d'insertion (rurale)
Mme DAMIENS	Coordinatrice PTS (Arrdt de Boulogne sur mer)
Mme Françoise VAN RECHEM	Directrice DDASS 62
M. Serge ROUSSEAU	Directeur Centre « la Boussole », APSA Lens
M. Yann LEFEBURE	Service d'accueil d'urgence et d'orientation (SAUO)
M. JOLY	Directeur adjoint CPAM de Calais. En charge du pilotage PTS
M. DUBOIS	Représentant du sous préfet en charge de la politique de la ville
M. D'ALMEIDA Benoit	MISP
M. J.L WYART	MISP, Pilote PRAS Conduite addictive (RDV téléphonique)

Bibliographie

- 1 **ANAES** : Evaluation des réseaux, Documentation Anaes, nov 2001
- 2 **ANDRE P.** : Les troisièmes contrats de plan Etats régions (1994-1999) Une ambition inachevée, Rapport au Sénat n°4461999, L'espace librairie du Sénat
- 3 **ASPHER** : Evaluation intermédiaire des PRS(1995-1999),Documentation DGS, Bureau de la Promotion et de la Prospective en Santé
- 4 **AVARGUEZ M.C.** :Pré-requis pour un système d'évaluation des PRS, Exemple région PACA, Mémoire MISP 2000, ENSP
- 5 **BARBERGER, GATEAU P. , SALMI L.R.** : L'évaluation en revue santé :Epidem et Santé pub. 2000, 48, p 513-516
- 6 **BERCOVITZ A., FIEVET P., POIRIER D.** : Pour apprécier la qualité de formation, L'Harmattan 1994
- 7 **BESSON P.** : Dedans, dehors, Vuibert, 1997
- 8 **BINST M – SCHVEGER F.** : La santé, otage de son système ,Interéditions 1994
- 9 **BLUM, BOISGARD, GAILLOT, MANGIN J.** : Actualité et dossier en santé publique n°17, 1996, p18
- 10 **BOEUF J-L.** : L'évaluation des politiques publiques, Problèmes Politiques et Sociaux, la Documentation française,n°853, 23 février 2001
- 11 **BREART G., BOUYER J.** : Méthodes épidémiologiques en évaluation : Revue Epidém et santé publique 1991
- 12 **CABATOFF K., BION J. Y.** : La gestion des évaluations : 5 leçons de l'expérience canadienne :Revue politique et management public, volume n°4, décembre 1992

- 13 CALLON M., LASCOUMES P., BARTCHE Y. :** Agir dans un monde incertain, Paris, Seuil 2001
- 14 CARBONNEL L. , MARIE H. :** Economie solidaire, état des lieux . Dossier documentaire ENSP, promotion IASS 2000 –2002
- 15 CAUSSE D. :** Regards sur le national health service. Revue Hospitalière de France,n°2,1991,p 148-153
- 16 CHATY L. :** Regard rétrospectif sur l' analyse d une politique publique le rapport Sirieyx, entre évaluation et outil de modernisation. Politiques et management public vol 14,n° 3, sept 1996 , p 133-144
- 17 CHEBALI - BAILLY M. :** Les agences régionales de l' hospitalisation ou l'Etat éclaté RD sanit.soc. 33,jul-sept 1997, p 571-588
- 18 CHWALOW J. :** Evaluation des programmes d'éducation pour la santé,Revue Epidém et santé publique, 91, 39, p S83-S87
- 19 CLAVREUL J. :** L'ordre médical. Seuil ,1977
- 20 Conseil National de l' évaluation l' évaluation au service de l' avenir. Rapport d' activité 1999, La documentation française**
- 21 Conférences régionales de santé Sur l' état de santé et les priorités de santé publique ministère du travail et des affaires sociales DGS / bureau de la Promotion et de la Prospective en Santé,1998**
- 22 CONTANDRIOPOULOUS A.-P. :** Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu-quo impossible .Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 1, n°1, p 8-26
- 23 COUTANT D. :** Québec : santé communautaire Pratiques n° 42, 4^{ème} trimestre 1995, p 41-43
- 24 CREPIN D, R. ROBIN :** Résolution de problèmes. Editions de l' organisation,2001.

- 25 CROSBY P. :** La qualité sans larmes, Economica, 1984
- 26 CROZIER M. :** L'acteur et le système :1977, Collections Points Seuil
- 27 DEJEAN J. :** Rapport d'évaluation d'éducation du patient, Rapport CRAM Picardie, mai 2001
- 28 DEMEULEMEESTER R. BAUDEAU D. et Alii :** Les priorités nationales en santé publique. Etude Delphi janvier – mai 1994, document DGS 1994
- 29 DEMEULEMEESTER R. :** Concrétiser l'utopie des Programmes Régionaux Amiens, 1^o colloque international des PRS Octobre 2001, p 12-15
- 30 DEMARTEAU M. :** Réfléchir et agir ? Propositions pour promouvoir des évaluations et des recherches utiles aux interventions locales et régionales en santé publique. 1^{er} colloque international des PRS, Amiens, Octobre 2001, p 16
- 31 DE ROSNAY J. :** Le microscope, Seuil, 1975
- 32 DESROSIERS G. :** Université de Montréal – évaluation des concepts et pratiques modernes en santé publique de 1945-1992 Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, volume n°3, n°1, 1996, p 18-28
- 33 DEVRESSE E. :** La fin de l'hôpital ou le dernier patient. Gestions Hospitalières, p 582-596
- 34 D'IRIBARNE P. :** La logique de l'honneur. Collections Points, 1993
- 35 Dispositif d'évaluation :** Repères, construction, analyse PRAPS Lorraine 2000-2002, document DRASS
- 36 DONABEDIAN A. :** The quality of care JAMA, 1988, vol 260, n°12, p 1743-1748

- 37 DONADEBIAN A.** :The seven pillars of quality
Arch.Pathol.Lab.Med 1990,vol 114, p 1115-1118
- 38 DONADEBIAN A.** : The effectiveness of quality assurance. International journal for Quality in Health Care vol 8, n 4, 1996, p 401-407
- 39 DREUIL D.** : Pouvoir guérir ? philosophie de l'action médicale Mémoire de DEA/UFR Philosophie, Lille/200122
- 40 DREUIL D.** : Le concept d'idéologie lectures de Paul RICOEUR.Mémoire de maîtrise de philosophie /UFR philosophie/Lille
- 41 DURU G.** : Analyses et évaluations en économie de la Santé.Hermes,1994
- 42 DRHULE M.** comment mesurer la santé ? Evaluation en santé publique Actualité et dossier en santé publique1996, p 56-62
- 43 FOURNIER P., POTVIN L.** : participation communautaire et programmes de santé :les fondements du dogme. Sciences sociales et santé, volume 13, n°2, juin 1995, p 39-55
- 44 FROISSARD C.** :Formation sur l'évaluation: évaluation qualitative: approche méthodologique actes de la formation à l'évaluation LILLE, janvier 1996
- 45 GALAMETZ C.** Pour bâtir un système de santé adapté et adaptable qui réponde aux besoins et attentes de la population ? le niveau régional une solution actes du 1°colloque international des PRS, Amiens, oct 2001, p 19
- 46 GANDOLFI L.,GANDOLFI R.** : La maladie, le mythe et le symbole.Ed du Rocher, 2001
- 47 GIRAUD A.** :Evaluation médicale des soins hospitaliers. Economica,1992
- 48 GIRAUD P., LAUNOIS R.** : Les réseaux de soins. Economica ;1998
- 49 GODIN M.** Discours utopique ou pratiques incultes. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, volume 3, n°1, 1996, p 42-49

- 50 GRENIER B.** : Evaluation de la décision médicale. Masson ,1990
- 51 GRENIER B.** : Décision médicale. Masson,1989
- 52 GUIGAZ M.** : L'accréditation dans l'ordonnance réformant le système sanitaire français Economie Santé n°2 , 1996, p 4-5
- 53 HELFENSTEIN M.** : PRS et démocratie .1^{er} colloque international des PRS, Amiens, Octobre 2001, p 91
- 54 ILLITCH Y.** : La Nemesi médicale Collection Points 78
- 55 JABOT F.** Programme régional de santé « conduites de consommations à risques » en Nord Pas d Calais : analyse des projets déposés en 2000 acte du colloque, 1^o colloque international des PRS, Amiens, oct 2001, p32
- 56 JOHANET G.** : Sécurité sociale : l'échec et le défi. Seuil , 1998
- 57 JONAS H.** : Le principe de responsabilité. Cerf, 1997
- 58 KAMINSKI M., BLONDEL B.** : Evaluation des programmes de dépistage Revue Epidém et santé publique,1991,39, p S83-S87
- 59 KENNEDY C.** Toutes les théories du management. Maxima,1998
- 60 KESSLER MC, LASCOUMES P,SETHON M, THOENIG JC .** : Evaluation des politiques publiques L'évaluation en développement en 1997 Conseil scientifique de l'évaluation, Rapport annuel 1998, L'Harmattan, 1998
- 61 KORDYS P.** : Strategy of dolphins. HUTCHINSON Bussiness Book , 1990
- 62 LABOURDETTE A.** : Economie de la Santé. PUF,1988
- 63 LABOURDETTE A.** : Théorie des organisations .PUF,1992
- 64 La démocratie sanitaire** Revue française des affaires sociales,n°2, avril- juin 2000

- 65 La santé en France :** Rapport du haut comité de la santé publique, La documentation française, 1994
- 66 LAUNOIS RJ :** La théorie de la bureaucratie à l'hôpital .INSERM, vol 104, 1981, p 625-652
- 67 LAWRENCE P. LORSCH J. :** Adapter les structures de l'organisation de l'entreprise Editions de l'organisation ,1973
- 68 LEBORGNE JM :** Analyse d'expérience de management d'un projet QT. ISCM /ESCP thèse de master de qualité ,1990
- 69 LE BUDGET DE L'ETAT :**Les éditions de Bercy, Ministère de l'économie et des finances, 1995
- 70 LECA J :**.L'expert et le décideur public. .L'évaluation des politiques publiques Problèmes politiques et sociaux, la documentation française,n°583,23 février 2001, p7-10
- 71 LE CHEVALIER J. :**Prévenir l'échec. Revue française d'administration publique n° 87, 1998, p 375-391
- 72 LECORPS Ph., PATURET J.B. :**Santé publique : du Biopouvoir à la démocratie Rennes, Ed ENSP, 1999
- 73 LECLERC M. et alii :**Présentation d'un programme de promotion en santé mentale dans le Nord –Est de la France en milieu semi- rural ° colloque international des PRS, Amiens octobre 2001,p 72
- 74 LE PEN C. :** Les Habits neufs d'Hippocrate. Calmann –Levy, 1999
- 75 Les revenus sociaux** Revue de statistiques n°14, 1997
- 76 LEVY R.** Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives Ruptures, revue transdisciplinaire, volume 1, 94, p 92-100
- 77 LONCLE P, MORICEAU P. :** Partenariat local et exclusion sociale en France. Gestions Hospitalières 2000,p 634-636, Mai 2000, p 63-78

- 78 LONCLE P.** :La régionalisation des politiques de santé
Dossier documentation ENSP,2001
- 79.LONCLE P.** :Politique de la ville Dossier documentaire ENSP, 2001
- 80 MAJNONI D., INTIGNANO B.** : Protection sociale. Editions de Fallois ,1993
- 81 MAJO J., GOLDSTEIN L.** Les revues d'hospitalisation.Gestions hospitalières
n°356,1996, p 377-383
- 82 Management des Politiques Régionales de Santé.** Dossier documentaire ENSP,2002
- 83 MANUEL C.**Interrogations soulevées au cours de la réalisation d'un PRS
1^{er} colloque international des PRS, Amiens, Octobre 2001, p 98
- 84 MATHIEU L.** :La démarche communautaire : un état d'esprit. La santé de l'homme
n°351, janv février 2001, p 21-22
- 85 MICHEL P., SALMI L.R., SIBEM, SALMITZ.** : Evaluer les processus de santé.
Importance et limites actuelles. Revue épidem et Santé publique 2000, 48, p 571-582
- 86 MINTZBERG H.** : Le pouvoir dans les organisation. Les éditions de l'organisation ,1986
- 87 MINTZBERG H.** : Structure et dynamique des organisations.
Les éditions de l' organisation ,1983
- 88 MORELLE A.** : La défaite de la Santé Publique en France . Flammarion, 1996
- 89 MORIN E.** : Science avec conscience. Fayard, 1982
- 90 MOTO LILY.** : Santé et multidisciplinarité ,choix et décisions, Hermes,1995
- 91 NATHAN T.** : l'influence qui guérit. Ed Odile Jacob, 1994
- 92 NICOLAS C** : Les Programmes régionaux de santé . adsp, n°30,mars 2000, p 78-81
- 93 NOCK F.** : Petit guide de l' évaluation en promotion de la santé.
Mutualité française ,2000

- 94 Organisation territoriale** par niveaux de soins 1999-2004 travaux préparatoires au schéma d'organisation sanitaire ARH Nord Pas de Calais
- 95 PERRET B.** : L'institutionnalisation de l' évaluation en France. Au niveau national : un bilan mitigé L'évaluation des politiques publiques, Problèmes politiques et sociaux, n° 853,23 févr 2001, p35-40
- 96 PELLETIER J.** : Rapport au président de la République et au Parlement, 1994
- 97.PETITJEAN JM.** : Evolution du rôle des citoyens dans la conférence régionale de santé après les états généraux de la Santé. Mémoire professionnel, ENSP,MISP promotion 2000
- 98 PINEAULT R.** . La planification de santé : concepts, méthodes, stratégies
Montréal, Agence d'Arc inc, 1986
- 99 POPPER K.** : La connaissance objective. Aubier, 1991
- 100 Programme régional des actions en santé et environnement du NPC/DRASS**
NPC documentation 2000 / DRASS NPC
- 101 Programme régional de santé**
sur les cancers/Nord Pas de Calais bilan du 24° mois d' auto-évaluation accompagnée
/ DRASS NPC, 2001
- 102 PRS Nord Pas de Calais** : récapitulatif des actions 2000 / DRASS NPC, 2000
- 103 PRS Nord Pas de Calais** : récapitulatif des actions 2001 / DRASS NPC,2001
- 104 RAWLS Y.** : Théorie de la justice. le Seuil 1987
- 105 Réforme du Code des marchés publics** : décret n°2001-210 du 7 mars 2001 éditions WEKA ,2001
- 106 RICHARD L.** Pour une approche écologique en promotion de la santé. Le cas des programmes de lutte contre le tabagisme Ruptures, revue transdisciplinaire de la santé, volume 3, n°1, 96, p 52-67

107 RICHIR M Le corps.Hattier,1993

108 ROUBAN L. : évaluation , produit d'importation ? une tradition bien ancrée dans les pays anglosaxons Problèmes politiques et sociaux n°853 23 fev 2001 p 21-27

109 ROUSSILLE B,ARWIDSON P. L'éducation pour la santé est-elle efficace ? Dossier technique CFES ,1998

110 SCHAETZEL F. : Management des politiques régionales de santé.Synthèse,n°30. 1 bis, juin 2001

111 SCHAPMAN S. : La démarche communautaire, de l'expérimentation à la conceptualisation . La Santé de l' homme , n°351,janv février 2001, p 14-20

112 SCHWEYER. : La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l' Etat ou territorialisation ? Politiques et management public, vol 16,,n° 3, sept 98,p 44-68

113 SERIEX H. : Le zéro mépris Interédition.1996

114 SFEZ L. : La santé parfaite. Le seuil 1995

115 Société Française de Santé Publique :rôle du chef de projet ,rédaction des objectifs Documentation DGS 1999 ,Bureau de la Promotion et de la prospective en Santé

116 SPIRA N. et AYME S. : Evaluation épidémiologique de quatre interventions en santé publique .Revue Epidém et santé publique, 91, 39, S75-S82

117 STEVENS J .F : Petit guide de prospective NPC 2020. L'Aube NORD2000

118 Textes législatifs et réglementaires

- **Circulaire DGS/SP1 n°97-731 du 20 novembre 1997** relative aux conférences régionales de santé -
- **Circulaire DGS n° 97-731 du 20 novembre 1997** relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé
- **Circulaire du 28 décembre 9** relative à l' évaluation des politiques publiques Jo 12 textes lois et décrets
- **Circulaire n°DGS/SP2/99/110 du 23 février 199** relative à la mise en place de programme régionaux d ' accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- **Circulaire n°DGS n°99/572 8 octobre 1999** Objectifs, missions et organisation des conférences régionales de santé
- **Circulaire n°40 du 23 octobre 1999** relative à la mise en place d'une structure régionale de coordination de l'observation sociale
- **Circulaire du 22 décembre 1999** relative aux relations de l' Etat avec les associations dans les départements

Décrets

- **Décret n°86-565 du 14 mars 1986** Relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales
- **Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988** Relatif aux regroupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale
- **Décret n°97-360 du 17 avril 1997** Relatif aux conférences régionales de santé et aux PRS
- **Décret 99-940 du 12 novembre 1999** Relatif au fonds d' aide à la qualité des soins de ville

Lois

- **Loi n°82-213 du 2 mars 1982** Relative aux droits et libertés des communes, départements et des régions.
- **Loi hospitalière** du 31 juillet 1991
- - **Loi 98/1194 du 23 décembre 98** De financement de la sécurité sociale sur le

financement des réseaux

- loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale

Ordonnances

- **Ordonnances du 24 avril 1996** Ordonnances n° 96/345 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, de l'assurance maladie

119 TIMSIT G L'échec, mode d'emploi Revue française d'administration publique, n° 87, 1998, p 367-374

120 TROSA S. La modernisation est-elle évaluable ? Revue politiques et management public volume 10, n°4, décembre 1992

121 TURSZ A. Evaluation de l'application d'une loi ou d'une réglementation. Revue Epidém et santé publique, 1991, 39,

122 VALLERAND J. : Les programmes régionaux de santé : de la boîte de Pandore au tonneau des Danaïdes actes du 1° colloque international Amiens oct 2001,p

123 VERPILLAT P.,DEMEULEMEESTER R. : Evaluation des conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Santé publique 1997, IX,n°1, p 91-103

124 VIGUIER M Projet de contrats d'objectifs et de moyens dans le cadre du PRS Cardiovasculaire Picardie 1998

125 Ville Hôpital : Le bulletin des réseaux 2000,n°2

126 VINAS P : Les réseaux et l'hôpital .ADSP n°24 sept 1998, p37-40

127 VIVERET P L'évaluation des politiques et des actions publiques Rapport au Premier Ministre La Documentation française 1989

128 **WEBER M.** Le savant et le politique . Plon,1997