

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002 -2003

**Programmes Régionaux de Prévention
et d'Accès aux Soins et territoire :
l'exemple de la Picardie**

Valérie ROCH

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes sollicitations et par leur aide ont contribué à éclairer ma réflexion et plus particulièrement toute l'équipe de la Division Solidarité et Protection Sociale de la DRASS de Picardie, lieu de mon stage.

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1 LE PRAPS, UNE DYNAMIQUE D’ACTION INÉGALEMENT RÉPARTIE SUR L’ENSEMBLE DU TERRITOIRE</u>	8
<u>1.1 LE PRAPS, CRÉATION D’UNE DYNAMIQUE D’ACTION</u>	8
<u>1.1.1 L’échelon régional, cadre d’élaboration du PRAPS</u>	8
<u>A) Une animation régionale</u>	9
<u>B) L’élaboration d’un diagnostic territorial</u>	10
<u>1.1.2 L’échelon local, cadre où se déclinent les actions</u>	13
<u>A) Un niveau départemental fortement impliqué</u>	13
<u>B) L’appel à projets, outil destiné à susciter des initiatives locales</u>	15
<u>1.2 UNE TERRITORIALISATION INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉE</u>	18
<u>1.2.1 Des acteurs diversement engagés</u>	19
<u>A) Les collectivités territoriales insuffisamment impliquées</u>	19
<u>B) Professionnels de santé libéraux</u>	21
<u>1.2.2 Des actions inégalement réparties</u>	22
<u>A) Une prédominance des actions en zones urbaines</u>	22
<u>B) L’appel à projets, générateur de «zones blanches»</u>	25
<u>2 AMÉLIORER LE MAILLAGE TERRITORIAL, AXE DU PRAPS DE 2^{ÈME} GÉNÉRATION</u>	28
<u>2.1 CONFORTER LA DÉMARCHE DE COOPÉRATION ENGAGÉE</u>	28
<u>2.1.1 Répondre à l’enjeu de cohérence régionale</u>	28
<u>A) Les liaisons à établir avec les schémas régionaux d’organisation sanitaire</u>	29
<u>B) Une nécessaire articulation du PRAPS avec les PRS</u>	30
<u>2.1.2 Développer les réseaux de santé</u>	32
<u>A) Un cadre rénové et simplifié</u>	32
<u>B) Le financement des réseaux</u>	34
<u>2.2 DÉVELOPPER DES LOGIQUES DE COHÉRENCE ET DE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES DIFFÉRENTES POLITIQUES</u>	35
<u>2.2.1 Articulation et démarche de deux politiques : ville et santé</u>	35
<u>A) Le volet santé des contrats de ville 2000-2006</u>	35
<u>B) Les ASV, dispositif opérationnel du volet santé des contrats de ville</u>	37
<u>2.2.2 Le PRAPS doit venir en soutien et faciliter la concertation autour des politiques d’éducation pour la santé et de prévention</u>	39

<u>3</u>	<u>LE PRAPS, UN OUTIL PERFECTIBLE</u>	42
3.1	<u>CONFORTER L'ANIMATION RÉGIONALE</u>	42
3.1.1	<u>Développer les capacités d'animation et d'ingénierie de projet</u>	42
A)	<u>Améliorer le processus de sélection des projets</u>	42
B)	<u>Susciter des projets</u>	44
3.1.2	<u>Optimiser les ressources financières</u>	46
A)	<u>Ouvrir l'appel à projets à d'autres financeurs</u>	46
B)	<u>Offrir une meilleure lisibilité sur les financements pour les porteurs de projets</u>	47
3.2	<u>AMÉLIORER LE SUIVI DES ACTIONS</u>	48
3.2.1	<u>Mieux accompagner les projets adaptés aux besoins locaux</u>	48
A)	<u>Former les porteurs de projets à la conduite de projets</u>	49
B)	<u>Aider les porteurs de projets dans l'évaluation de leur action</u>	50
3.2.2	<u>Mieux associer les personnes concernées par les actions</u>	51
A)	<u>Prévoir et organiser la participation de la population à l'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS</u>	51
B)	<u>Susciter des projets locaux sur l'initiative des habitants</u>	52
	<u>CONCLUSION</u>	54
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	57
	<u>LISTE DES ANNEXES</u>	61

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASV	Ateliers Santé Ville
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRESGE	Centre de Recherches Économiques, Sociologiques et de Gestion
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRPS	Comité Régionale de Santé Publique
CSP	Code de la Santé Publique
DGS	Direction Générale de la Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information sur la Santé
GLB	Gestion locale du budget
GTR	Groupe Technique Régional
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins
PDAS	Programme Départemental d'Accès aux Soins
PRAM	Programme Régional d'Assurance Maladie
PRAPS	Programme Régional de Prévention et d'Accès aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
SREPS	Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Si la France a, depuis cinquante ans, connu une amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacité, tout le monde s'accorde sur le fait que ces progrès n'ont pas été équitablement répartis sur l'ensemble de la population. L'existence de fortes inégalités sociales de santé dans notre pays, alors même que les dépenses publiques de santé y sont parmi les plus élevées du monde, est une des composantes du paradoxe français.

Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a souligné dans son rapport de février 1998 « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé »¹ que l'espérance de vie n'est pas la même selon les catégories socioprofessionnelles. La probabilité de mourir entre 35 et 60 ans est inférieure à 8% pour les professeurs et ingénieurs alors qu'elle est supérieure à 20% pour les salariés agricoles et les manoeuvres.

Ces inégalités spatiales et géographiques constituent le second enseignement apporté par ce rapport. Les inégalités régionales de mortalité se sont accrues en France entre 1975 et 1990. Ainsi, on observe une surmortalité spécifique à l'âge de 30 ans et de 40 ans dans les petites villes par rapport aux campagnes et aux pôles urbains régionaux.

La précarité est, par conséquent, un déterminant de santé. Or, elle toucherait 20 à 25% de la population française. Il s'agit certes d'une estimation mais elle est significative de l'ampleur du phénomène social. L'approche de cette réalité s'opère par rapprochement de plusieurs données quantitatives tels le nombre de personnes en difficultés d'emploi (chômeurs, stagiaires, travailleurs temporaires ...), les titulaires de minima sociaux, les mal logés, les personnes illettrées, les personnes sans protection sociale. Le HCSP estime ainsi à 12 millions le nombre de personnes touchées par les phénomènes de précarisation et à plus de 15 millions en y incluant leurs enfants.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais un ensemble de situations dont les contours sont souvent difficiles à appréhender. A ce jour, la meilleure définition de la précarité reste celle proposée par le père Joseph Wresinski²,

¹ *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, rapport du Haut Comité de la Santé Publique, Éditions ENSP, 1998.

² Le père Joseph Wresinski est le fondateur d'ATD Quart Monde

dans le rapport remis au Conseil Économique et Social en 1987 «*La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ».

En outre, le HCSP souligne ce lien entre précarisation et dégradation de la santé. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la santé à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*³ » a été complétée par la charte d'Ottawa en 1986. « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ».

Dans une perspective de santé publique, la santé ne saurait évidemment être limitée à la seule absence de maladie. Une souffrance psychique, même non pathologique, la répétition de troubles bénins, une perturbation de l'image de soi ou le sentiment de sa propre inutilité seront considérés comme des signes suffisants pour parler de problème de santé. D'autant que cette souffrance est en elle-même un déterminant important de la mauvaise santé. De même, la persistance d'un comportement, de l'exposition à des conditions de vie ou de travail connues comme pathogènes et donc susceptibles d'entraîner, même à long terme, une dégradation de l'état de santé sera considérée comme participant au lien entre santé et précarité.

L'article 67 de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions proclame que «l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé». Cette priorité gouvernementale, appuyée par les recommandations du HCSP, s'est traduite par la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), de Permanences d'Accès aux Soins (PASS) dans les hôpitaux et la mise en œuvre des Programmes Régionaux

³ New -York 1946 Préambule à la constitution de l'OMS adoptée par la Conférence internationale sur la santé

d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation de précarité (PRAPS).

L'amélioration de l'accès aux soins s'avère être indispensable pour lutter contre les inégalités de santé. Le HCSP a souligné dans son rapport « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » qu'indépendamment des facteurs limitant que sont pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité, l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe d'autres limites à l'accès aux soins : les unes étant propres aux personnes elles-mêmes et les autres étant dues au système de soins et ce malgré des efforts notables.

L'accès aux soins, s'il n'est pas l'élément le plus déterminant des inégalités de santé, intervient cependant de plusieurs façons, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement, qui sont aussi les plus exposées à des pathologies graves. D'abord, le renoncement aux soins a des conséquences défavorables sur la santé, avec l'aggravation des maladies et, dans certains cas, leur diffusion dans l'entourage. Ensuite, les difficultés à se soigner retentissent sur la participation à la vie sociale. Les soins sont ainsi souvent intégrés dans les contrats d'insertion des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion.

A cet égard, l'instauration de la CMU⁴ et le développement des PASS⁵ ont permis à beaucoup de personnes en situation précaire de retrouver des conditions de soins et de sociabilité normale. Cependant, certains domaines de l'accès aux soins demeurent très mal adaptés aux personnes précaires, en particulier les soins dentaires et la santé mentale. L'accès aux soins a effectivement des effets positifs sur la santé qui sont, à la fois, directs, par les effets des traitements et de la prévention, et indirects, par le recouvrement des droits.

Outil de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion, les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation de précarité (PRAPS) ont été créés par l'article 71 de la loi du

⁴ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

⁵ Article 76 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place, dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, de permanences d'accès aux soins ouvertes à tous et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Ils visent à faire accéder au droit commun les personnes en situation de précarité.

Les PRAPS s'inscrivent dans la continuité d'une logique enclenchée avec les Programmes Départementaux d'Accès aux Soins (PDAS). Toutefois, ils s'en différencient par leur caractère obligatoire et par le niveau de pilotage régional. Ils comportent des actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les actions locales particulières et les actions existantes. Ils s'attachent à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.

Ils s'inscrivent également dans une logique de territorialisation des politiques publiques. Or, chaque programme a ses territoires et ses règles à intégrer. Dans le rapport de la DATAR et du CREDES «Quel système de santé à l'horizon 2020», il n'a, d'ailleurs, pas été souhaité une désignation de territoires spécifiques depuis le niveau national pas plus qu'une prescription normative définissant un mode de construction uniforme sur l'ensemble de la France. Cette recommandation démontre la volonté de garder une certaine souplesse pour mener des politiques qui selon les publics et les problèmes traités seraient à géométrie variable.

Les PRAPS ont, par conséquent, vocation à évaluer les réussites locales, les manques, les compléments à apporter, à coordonner ainsi qu'à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins de la population en situation de précarité.

La mise en œuvre de la première génération des PRAPS a concerné les exercices 2000, 2001 et 2002. L'évaluation des PRAPS de 1^{ère} génération constitue le socle pour l'élaboration du PRAPS de 2^{ème} génération. En effet, dans le cadre de la préparation du PRAPS de 2^{ème} génération, la DRASS de Picardie s'est engagée dans une démarche d'évaluation du PRAPS picard. Elle est conduite à trois niveaux à savoir un bilan quantitatif des actions financées, un diagnostic territorial, un suivi qualitatif des actions financées. Le PRAPS picard a fait également l'objet d'une évaluation nationale puisque la Picardie a été retenue pour le thème "Santé des jeunes de 16 à 25 ans en situation précaire".

Or, il ressort des premières évaluations menées que la logique de territorialisation a été insuffisamment développée dans le cadre du PRAPS de première génération. Ce constat a été effectué, s'agissant de la Picardie, en croisant l'analyse des actions financées avec le diagnostic territorial. Il apparaît, en effet, clairement une absence d'adéquation de la localisation des actions aux besoins territorialement identifiés.

Le thème de ce mémoire et ses grands axes de développement ont été choisis en concertation avec mon maître de stage, responsable de la cellule Lutte contre les Exclusions au sein de la Division Solidarité et Protection Sociale à la DRASS de Picardie.

A partir du constat de l'absence d'adéquation de la localisation des actions aux besoins territorialement identifiés, ma question de départ a été comment réussir à faire concorder les actions portées par les promoteurs avec les zones de précarité mises en évidence ?

Plusieurs hypothèses ont guidé mon travail de recherche et d'enquête de terrain. Elles sont au nombre de quatre :

1. La première porte sur l'amélioration de la qualité de la programmation :
 - perfectionner la procédure de sélection des promoteurs (circuit d'instruction des projets à financer)
 - susciter des projets locaux de promotion de la santé à l'initiative des habitants
 - diffuser une information de qualité
2. La deuxième a trait au renforcement et à la formalisation des modalités de partenariat avec les acteurs de terrain, notamment avec les services sociaux municipaux, départementaux, les permanences des organismes de sécurité sociale, les associations intervenant auprès des publics démunis.
3. La troisième vise à favoriser la concertation entre les différents acteurs qui doivent intervenir et utiliser le PRAPS : professionnels de la santé et professionnels du social ; médecine de ville et médecine hospitalière ; directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales et autres services de l'État concernés, caisses d'assurance maladie, mutuelles, associations, organismes professionnels.

4. La dernière est d'articuler le PRAPS avec d'autres dispositifs, procédures, programmes ou modes de financement qui structurent le système sanitaire tels les Programmes Régionaux de Santé, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

A partir de ces hypothèses, ma démarche a consisté en l'exploitation des documents, en la participation à une journée de formation à l'évaluation mise en place dans le cadre du partenariat État /Assurance Maladie au niveau régional, des réunions et à la conduite d'entretiens avec un panel d'acteurs institutionnels et de porteurs de projets.

La recherche documentaire a consisté à rassembler les textes législatifs et réglementaires, les documents élaborés par les instances régionales dans le cadre du PRAPS. Durant mon stage dit d'exercice professionnel de trois mois à la DRASS de Picardie, j'ai notamment consulté l'appel à projet commun État/URCAM (dossier unique à remplir quel que soit le programme dans lequel le promoteur s'inscrit et quelle que soit l'origine du financement demandé), les comptes-rendus des commissions départementales État /Assurance Maladie (instances chargées au niveau départemental de sélectionner les projets), les comptes-rendus de la commission régionale État /Assurance Maladie (instance chargée au niveau régional de donner un avis sur l'ensemble des projets et de répartir les financements), les comptes-rendus des CTRI élargis aux directeurs de caisses (adoption des propositions de la commission régionale) et le Schéma régional d'éducation pour la santé, plans et schémas départementaux.

Pour compléter cette recherche documentaire, j'ai mené des interviews à partir d'une grille d'entretien. Toutefois, si l'entretien a pu généralement être mené en respectant point par point cette grille, il est arrivé parfois qu'elle ne soit pas suivie. Au total, j'ai mené une quinzaine d'entretiens d'environ une heure trente chacun. Ils se sont déroulés la plupart du temps à la DRASS. Les personnes rencontrées font partie de la commission régionale de sélection des projets à savoir des représentants de l'État ainsi que de l'Assurance Maladie travaillant soit à l'échelon régional, soit à celui départemental. Pour avoir une vision autre qu'institutionnelle, j'ai également interviewé des porteurs de projets.

A partir de tous ces éléments, il m'a été possible de construire le plan de ce mémoire. Il s'articule autour de trois axes. Des évaluations menées en Picardie, il ressort que la mobilisation des partenaires a été inégale et que les actions n'ont pas été systématiquement déployées sur les territoires pointés comme défavorisés (première partie). C'est pourquoi, le PRAPS de 2^{ème} génération doit être articulé avec

les autres dispositifs, programmes et politiques qui structurent le système sanitaire et social (deuxième partie). Le PRAPS a vocation notamment à évaluer les réussites locales, les manques et les compléments à apporter. Dès lors, il est indispensable de conforter l'animation et le suivi créés autour du PRAPS (troisième partie).

1 LE PRAPS, UNE DYNAMIQUE D'ACTION INEGALEMENT REPARTIE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

L'évolution des représentations de la pauvreté, et notamment la prise en compte d'autres dimensions que la seule insuffisance de revenus, a favorisé l'essor des politiques de lutte contre les exclusions pensée comme non-accès aux droits fondamentaux. Le PRAPS et la CMU sont aujourd'hui les deux éléments essentiels de la lutte contre les exclusions en matière de santé. L'ambition affichée de cette rencontre entre politiques sociales, santé publique et aménagement du territoire est de répondre efficacement mais aussi équitablement, aux besoins en réduisant les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

La mise en œuvre de la première génération du PRAPS a concerné les exercices 2000, 2001 et 2002. Des évaluations menées, il ressort la nécessité d'amplifier la dynamique d'action créée par le PRAPS. L'évaluation de l'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS conduit à s'interroger sur le rôle des différents niveaux d'interventions.

1.1 LE PRAPS, CRÉATION D'UNE DYNAMIQUE D'ACTION

La tendance des politiques publiques à se territorialiser dans le sens d'une plus grande proximité pour mieux répondre aux besoins de la population est manifeste. Les PRAPS s'inscrivent dans cette démarche. Ils répondent aux principales caractéristiques des dispositifs d'intervention sociale territorialisés. Ils se caractérisent ainsi par une territorialisation à deux niveaux : territorialisation régionale puisque la région est le cadre d'élaboration et de mise en œuvre du PRAPS et territorialisation locale puisque les actions prévues doivent s'ancrer dans les dynamiques et les spécificités socio-spatiales des espaces de vie.

1.1.1 L'échelon régional, cadre d'élaboration du PRAPS

L'échelon régional s'impose comme une nécessité compte tenu des enjeux et de la complexité des problèmes posés par la lutte contre les exclusions. Ce niveau apparaît, en effet, être le plus adapté pour apporter l'appui méthodologie nécessaire, soutenir les initiatives et les expérimentations locales. De ce fait, il paraît être le plus efficace pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble tout en tenant compte de la

diversité des territoires. L'élaboration du PRAPS repose à la fois sur des instances de pilotage et sur l'adoption d'une démarche structurée.

A) Une animation régionale

L'élaboration et la mise en œuvre des PRAPS répondent au même schéma que celles d'autres dispositifs territorialisés à forts partenariats. La démarche consiste, par conséquent, à partir de l'état des lieux pour déterminer des orientations régionales qui constituent le socle de mise en œuvre pour des actions locales adaptées. La phase d'élaboration est celle de la mise en place des cadres en conformité avec les objectifs généraux inscrits dans la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. A cet égard, elle prévoit la constitution d'un comité régional des politiques de santé et un groupe technique régional. Le niveau régional s'avère être une difficulté et un défi. L'enjeu est, en effet, de mobiliser l'ensemble des compétences techniques et politiques engagées dans l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins.

Prévu à l'article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, le comité régional des politiques de santé (CRPS) est présidé par le préfet. Le décret n°98-1216 du 29 décembre 1999 relatif aux PRAPS et modifiant le Code de la Santé publique précise le rôle et la composition de ce comité. Il a pour mission d'assurer le pilotage du PRAPS. De ce fait, il est chargé de valider les objectifs du PRAPS et de garantir leur cohérence avec les autres politiques régionales de santé. Le projet de loi de santé publique prévoit de substituer au CRPS un comité régional ou territorial de santé publique sans, toutefois, remettre en cause les missions de ce dernier. En effet, il sera chargé de contribuer à la définition des objectifs régionaux de santé publique de l'État et de veiller à la coordination des programmes entrepris dans la région.

En Picardie, il a été institué par arrêté préfectoral en date du 15 décembre 1999. Il est composé du préfet de région, du recteur d'Académie, de la directrice de l'ARH, du président du jury de la Conférence Régionale de Santé, des présidents du Conseil Régional et des Conseils généraux de Picardie, des représentants des mairies des trois départements, des présidents des conseils d'administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et de l'Union Régionale des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (URCAM), le président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), les directeurs de la DRASS et des DDASS et le directeur régional du Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations.

Instance d'interface entre le niveau opérationnel et le comité de pilotage, le groupe technique régional (GTR) joue un rôle de conseil technique et de soutien. Il a vocation à rassembler les points de vue de l'ensemble des institutions, disciplines, professionnels et des départements selon la circulaire n°DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS. Il élabore la synthèse régionale des besoins à partir des analyses de l'existant réalisées dans les départements et des informations qu'il recueille au niveau régional. Il propose, ensuite, au CRPS des objectifs et une programmation d'actions à mettre en œuvre. Sa composition étant laissée sur l'initiative des services déconcentrés, deux types de GTR se dégagent. Les uns ne sont constitués que des représentants de la DRASS et des DDASS tandis que les autres ont rassemblé, autour des représentants de la DRASS et des DDASS, les acteurs les plus divers de l'action sanitaire et sociale.

En Picardie, le groupe technique régional a été mis en place, en 1999, pour piloter l'élaboration du programme. Outre les représentants de la DRASS et des DDASS, il a rassemblé ceux notamment de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, des organismes de sécurité sociale, des services des Conseils Généraux, de l'ARH, de la Fédération Hospitalière de France, de l'Union des maires, de l'URML. Il s'est réuni à quatre reprises pour adopter la méthodologie, présenter le bilan intermédiaire, restituer les travaux départementaux et adopter le projet de PRAPS.

La phase d'élaboration du PRAPS de Picardie s'est déroulée de mars à décembre 1999 avec une validation des travaux par le comité régional des politiques de santé le 12 janvier 2000. Les objectifs et choix de priorités régionales ont été déterminés notamment à partir d'un diagnostic territorial.

B) L'élaboration d'un diagnostic territorial

Le niveau régional est garant de la cohérence et de la lisibilité de la politique mise en œuvre, laquelle doit prendre en compte les situations locales, telles qu'elles apparaissent au travers de diagnostics territoriaux, dans une logique d'équité. Le diagnostic territorial, en Picardie, a été établi à partir d'une cartographie régionale des actions existantes en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention et d'une étude relative à l'accès aux soins et à la prévention.

a) *Cartographie régionale des actions*

La cartographie régionale a été établie en vue de la représentation et localisation des actions menées dans les domaines d'accès aux droits, d'accès aux soins et de prévention des personnes les plus démunies. Les actions menées occasionnellement en direction des personnes les plus démunies n'ont pas été prises en compte dans ce bilan. Trois cartes ont, par conséquent, été élaborées.

Une première carte retrace, dans le domaine de l'accès aux droits, les actions conduites dans les établissements de santé, les mutuelles, les organismes de sécurité sociale, les centres communaux d'action sociale en direction notamment des jeunes, des gens du voyage, des étrangers.

Une deuxième carte recense, s'agissant de l'accès aux soins, les consultations, les lits de soins, les bilans de santé, les dons de médicaments, les permanences d'accès aux soins de santé et les dispositifs spécialisés en alcoologie, en toxicomanie.

Une troisième carte recense dans le domaine de la prévention, les actions de vaccination, de conseil, de dépistage, les actions de d'hygiène de vie et d'éducation pour la santé menées dans les points santé et lors des bilans de santé, les actions envers les femmes et la petite enfance, les actions de prévention du suicide et celles de prévention en alcoologie, en toxicomanie.

b) Étude diagnostique

Un diagnostic en matière d'accès aux soins et à la prévention a été confié au Centre de Recherches Économiques, Sociologiques et de Gestion (CRESGE) et à l'Observatoire Régional de Santé (ORS).

Cette étude intitulée « Territoires, Santé, Précarité » a permis de mettre en évidence quatre types de cantons :

- des cantons fortement urbanisés, avec une surmortalité prématurée, évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels pour les femmes,
- des cantons économiquement favorisés, avec une sous-mortalité générale profitant en premier lieu aux hommes jeunes,
- des cantons ruraux économiquement peu favorisés, avec une sous-mortalité prématurée masculine, mais une proportion de grossesses d'adolescentes significativement supérieure au niveau régional,

- des cantons économiquement défavorisés, avec une surmortalité générale, particulièrement masculine, prématurée et évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels.

Région enclavée entre deux grandes régions à savoir l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie est composée de trois départements, la Somme, l'Oise et l'Aisne, qui n'offrent pas de réelle unité sur les plans historique, culturel ou démographique. La Picardie, dont la superficie couvre 3,6% du territoire national, compte 1 857 834 habitants au recensement de la population 1999 soit 3,2% de la population française métropolitaine. Ses quelques 2290 communes, témoignage d'un peuplement ancien, tendent à masquer que sa population est majoritairement " ruraine ", avec une forte densité urbaine autour d'Amiens et dans la vallée de l'Oise.

Cette étude montre l'existence de fortes disparités infra-régionales, avec globalement une ligne de partage entre le nord et le sud. La précarité touche, par conséquent, les trois départements picards de façon inégale :

- dans la Somme, 32% des allocataires vivent des situations de précarité, soit 12,4% de la population de moins de 65 ans,
- ils sont 28% dans l'Aisne, mais avec une grande différence du nord au sud, le nord étant proche de la situation de la Somme et le sud de celle de l'Oise ; 31% des allocataires de Saint-Quentin sont concernés, et 25% de ceux de Soissons,
- le département de l'Oise est le moins concerné avec 21% des allocataires, mais les différences entre cantons sont importantes.

Les zones les plus touchées sont essentiellement des centres urbains. Ainsi, 19% de la population d'Hirson et de Soissons sont sous le seuil de précarité. Viennent ensuite les villes de Creil, Amiens, Abbeville, Montataire, Saint-Quentin et Noyon. Dans ces villes, la précarité revêt des formes différentes. En effet, à Amiens, 41% des familles précaires sont des personnes isolées, tandis qu'à Creil, 36% des ménages précaires sont des familles avec enfants, et qu'à Saint-Quentin, 28% des familles monoparentales sont en deçà du seuil. La situation de l'emploi y est dégradée et la population vivant des minima sociaux importante. Ainsi, près de 7% de la population d'Amiens vit du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). A l'inverse, Gouvieux, Senlis et Chantilly constituent une zone où la précarité touche moins de 5% de la population.

Cette étude a été actualisée et enrichie, en 2002, dans le cadre de l'évaluation du PRAPS de 1^{ère} génération menée en Picardie par le diagnostic territorial intitulé "Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale".

Le PRAPS a pour vocation de faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs autour de priorités régionales définies à partir d'une analyse des besoins menés au niveau départemental. C'est aussi un document d'orientation faisant appel à projets sur certaines thématiques d'intérêt régional laissant place aux initiatives locales.

1.1.2 L'échelon local, cadre où se déclinent les actions

Si le PRAPS doit être défini au niveau régional, son élaboration doit s'appuyer sur les compétences déjà acquises par les échelons départementaux qui demeurent essentiels, puisqu'il convient d'une part de procéder à l'analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins dans chaque département et d'autre part de mettre en œuvre les actions retenues avec les acteurs locaux.

A) Un niveau départemental fortement impliqué

a) *Le contexte*

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a précisé que le département constitue l'échelon d'analyse de l'existant. La circulaire n°DGS/ SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS définit les instances à mettre en place pour assurer une programmation régionale et départementale. Dans ce cadre, il est, par conséquent, demandé au préfet de réunir des groupes de travail départementaux.

Ces groupes de travail sont composés notamment des représentants du Conseil Général, des organismes locaux d'Assurance Maladie, des établissements assurant le service public hospitalier, des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ainsi que des associations. Cette concertation peut être démultipliée à un niveau infra-départemental car c'est à ce niveau que l'implication des acteurs de la politique de la ville ou des représentants des réseaux de santé de proximité est la plus aisée. Chaque groupe est coordonné par un membre du groupe technique régional afin d'assurer une bonne liaison entre l'échelon départemental et celui régional.

Les documents produits sont adressés au groupe technique régional pour permettre la définition et l'évolution du programme régional. Ils constituent le socle à partir duquel sont élaborés les axes prioritaires du PRAPS. Une déclinaison de ceux-ci en objectifs opérationnels est, ensuite, opérée.

Le niveau départemental permet également l'élaboration d'un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins intégrant l'analyse départementale de l'existant, les objectifs régionaux, des objectifs départementaux spécifiques. Le préfet de département coordonne la mise en œuvre de ce plan.

b) La mise en œuvre de la méthodologie en Picardie

En application de ces instructions, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de Picardie ont convenu d'une procédure permettant, sur la base des caractéristiques départementales, d'élaborer une stratégie régionale.

Les DDASS de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne ont mis en place des groupes de travail départementaux chargés d'établir le bilan de la situation en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis. Les travaux menés dans la Somme s'inscrivent dans la continuité du plan départemental d'accès aux soins des plus démunis réalisé en 1997, qui avait notamment retenu la mise en réseau des professionnels et l'implication des établissements de santé dans le dispositif. Dans l'Oise, les travaux ont permis d'identifier un certain nombre des difficultés d'accès aux droits et aux soins. Elles sont liées notamment au manque d'information des publics concernés, à la complexité des circuits administratifs, au besoin d'accompagnement et de suivi des situations de détresse. Les deux groupes de travail constitués dans l'Aisne sur les thèmes de la prévention-éducation à la santé, de l'accès aux droits et aux soins ont retenu comme priorités l'accompagnement psychologique de la personne âgée, les jeunes, l'alcool, le développement des réseaux et celui des PASS.

Sur la base de ces travaux départementaux, le GTR a mis en place trois groupes de travail interdépartementaux autour des thématiques de la santé des jeunes, de l'accès aux droits et aux soins et du renforcement des réseaux. Ils ont été chargés de proposer les axes stratégiques du PRAPS.

A partir des réflexions émanant des différents groupes de travail départementaux et interdépartementaux représentant les acteurs institutionnels, associatifs et les professionnels du champ sanitaire et social, deux objectifs généraux ont été retenus au

titre du PRAPS de Picardie. Ils visent d'une part à mieux faire participer les personnes les plus démunies à la prise en charge de la santé, d'autre part, à favoriser le déclouonnement des structures et la coordination des acteurs pour une meilleure prise en charge de la santé des personnes démunies.

De ce fait, les priorités suivantes ont été retenues par le GTR sur quelques axes spécifiques pour la période 2000-2002 et définies plus précisément après l'analyse des fiches actions proposées par les partenaires réunis le 31 janvier 2000. Ces priorités ont été adoptées par le CTRPS placé sous la présidence du Préfet de Région le 12 janvier 2000. Il en résulte que l'objectif général du PRAPS de Picardie est de permettre aux personnes les plus démunies un accès au droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins. Pour atteindre cet objectif général, le PRAPS de 1^{ère} génération en Picardie comporte les quatre priorités suivantes :

1. Favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de pauvreté-précarité,
2. Développer des actions de santé ciblées, notamment pour prendre en charge la souffrance psychique, à l'égard des jeunes 16-25 ans en situation d'exclusion,
3. Favoriser la cohérence des actions pour les personnes en état de dépendance
4. Renforcer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en situation (ou exposé au risque) de précarité, isolement, difficulté d'accessibilité au système de soins.

Les objectifs opérationnels correspondent à chacune de ces quatre priorités. Ils font l'objet d'un plan d'actions comportant une description et les procédures à mettre en place. Le PRAPS n'est pas un catalogue d'actions mais un document d'orientation faisant appel à projets sur des priorités régionales laissant place aux initiatives locales.

B) L'appel à projets, outil destiné à susciter des initiatives locales

Le processus de sélection pour la mise en œuvre du PRAPS se fait par appel à projets sur la base de l'analyse des objectifs généraux et opérationnels définis lors de l'élaboration du PRAPS. Afin d'assurer une meilleure cohérence et lisibilité des programmes et pour simplifier les procédures administratives pour les porteurs de projets, les services de l'État et les autres financeurs ont décidé de procéder à un appel à projets commun.

a) L'appel à projets, outil de pilotage

Une fois définis les objectifs du PRAPS et les actions qu'il importe de conduire, il s'agit de susciter les initiatives qui permettront, année après année, de progresser dans la réalisation effective du programme. Cette réalisation se concrétise à travers l'appel à projets qui doit permettre de décliner les objectifs fixés en actions concrètes conduites au plus près des populations.

Les crédits d'État mobilisés dans le cadre du PRAPS sont inscrits au chapitre 47-11 article 20 «promotion, prévention et programmes de santé publique». En raison de la globalisation des crédits, le chapitre 47-11 article 20 a vocation à soutenir la mise en oeuvre des programmes nationaux, l'élaboration comme la mise en oeuvre des PRS et du PRAPS. Cette globalisation des crédits conduit à une instruction commune des dossiers de financement déposés dans le cadre du PRS et du PRAPS par les services déconcentrés de l'État (DRASS et DDASS).

Dans le cadre de cet appel à projets, il appartient aux promoteurs de compléter une fiche de projet. Pour ce faire, ils peuvent s'aider du guide pratique joint au dossier. La demande de subvention doit satisfaire à des critères de recevabilité et de qualité. Pour être recevable, elle ne doit pas inclure certaines dépenses. Le chapitre 47-11 article 20 n'a, en effet, pas vocation à financer les dépenses présentant un caractère pérenne. Il en est ainsi de l'investissement pour les structures tels les achats de matériels non fongibles c'est-à-dire qui pourraient perdurer au-delà du projet. De même, les dépenses afférentes aux missions habituelles de l'organisme notamment les salaires des personnels permanents, les contrats à durée indéterminée, les loyers des locaux permanents. Les actes de soins médicaux, paramédicaux, hospitaliers, ambulatoires, les actes de biologie et de radiologie ne peuvent pas non plus être financés. Enfin, les actions de formation médicale continue sont exclues de l'appel à projet à l'exception des formations pluridisciplinaires et des formations des médecins généralistes dans le cadre du dépistage des cancers.

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de «guichet unique» qui organise l'ensemble de la procédure et de l'examen des projets tend à se généraliser.

b) Le développement des guichets uniques

En Picardie, l'utilisation des fonds, en provenance du FNPEIS et de la DGS, destinés au financement des actions de prévention découlant des priorités nationales et régionales fait l'objet d'une concertation entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Cette concertation prend la forme d'un appel à projets commun dans le cadre des PRS et PRAPS.

Lorsque la procédure commune d'appel et de financement des projets est mise en œuvre dans le cadre des PRS et du PRAPS, elle permet, non seulement, de mobiliser, d'une façon claire, les opérateurs de terrain, mais aussi de mutualiser les moyens humains, techniques et financiers des différents partenaires. L'objectif est, en effet, d'avoir une meilleure lisibilité locale et de coordonner les actions de tous les opérateurs de la santé. L'ensemble financeurs s'accordent sur des objectifs, sur une instruction commune des dossiers et organisent le dépôt à un guichet unique.

Actuellement et depuis deux années, en Picardie, l'État et l'Assurance Maladie organisent de manière conjointe un appel à projets et mutualisent leurs financements. En se fondant sur la charte régionale «Prévention et santé des populations» signée en 1999, la DRASS et les DDASS ainsi que les représentants de l'Assurance Maladie se sont effectivement organisés en réseau pour mettre en œuvre de manière coordonnée la politique régionale de santé. Les signataires de cette charte se sont engagés à promouvoir les logiques de concertation et la coopération notamment au travers la mutualisation des moyens. Cette charte repose sur le principe du respect des prérogatives de chaque signataire dans la mise en œuvre des actions avec en contrepartie l'obligation de travailler en partenariat. Les enveloppes budgétaires de l'État et de l'Assurance Maladie demeurent distinctes. Les projets sont, en effet, financés soit sur les crédits du chapitre budgétaire 47-11 article 20, soit sur les crédits provenant du FNPEIS. Cette concertation des financeurs constitue un levier pour mieux soutenir les actions.

Une année a été nécessaire, en Picardie, pour mettre en place l'appel à projets commun. Depuis 2001, le partenariat est opérationnel. Le pilotage s'effectue au niveau régional mais est relayé au niveau départemental. C'est pourquoi, au sein de chaque DDASS et CPAM, sont nommés un ou plusieurs référents chargés du suivi et de l'animation des PRS et PRAPS. Le projet d'action de santé, pour lequel le promoteur souhaite bénéficier d'une subvention, doit être une déclinaison au niveau local des objectifs poursuivis par les PRS et le PRAPS. Ces derniers constituent la portée d'entrée dans la demande de procédure de financement.

Chaque dossier est examiné par le(s) coordonnateur(s) du programme auquel se rattache l'action dans le cadre d'une pré-instruction. Parallèlement, le groupe de suivi du programme est saisi afin d'émettre un avis sur la labellisation de l'action. Cet avis est transmis au guichet unique DRASS /URCAM. Ensuite, chaque dossier complété des résultats de la pré-instruction et de la labellisation est envoyé aux DDASS et CPAM concernées afin de procéder à une instruction commune au niveau local. Une hiérarchisation des projets en découle. Les propositions départementales ainsi définies sont retournées au guichet unique DRASS/URCAM. Ces propositions départementales sont examinées par le Comité régional d'agrément État/ Assurance Maladie réunissant les directeurs ou leurs représentants des échelons régional et départemental. Ce dernier arrête la liste des actions qu'il souhaite financer. Après notification de la décision finale aux porteurs de projet, les arrêtés ou conventionnement sont établis par les services de l'État ou ceux de l'Assurance Maladie.

L'examen des dossiers est opéré sur la base de critères de sélection généraux à savoir des critères de recevabilité et de valeur ajoutée. Les critères de recevabilité, au nombre de trois, sont les conditions minimales requises pour qu'un projet soit examiné. Tout d'abord, le projet doit impérativement s'inscrire dans les objectifs des PRS ou du PRAPS et/ou dans les objectifs des plans nationaux. Ensuite, il doit prévoir des modalités d'évaluation explicites. Enfin, il doit être complet ce qui suppose que toutes les rubriques de l'appel à projet soient remplies. Les critères de valeur ajoutée, au nombre de douze, permettent de privilégier des projets recevables. Ils ont trait à la prise en compte de l'existant, à la pertinence au regard des besoins, à l'adaptation aux réalités locales, à la dimension partenariale, au projet partagé par plusieurs promoteurs, au caractère novateur, au caractère transversal, à l'association des personnes concernées par l'action, à l'autofinancement de la structure, à la capacité à trouver des contributions à trouver des contributions en nature, à la faisabilité de l'évaluation et à la qualité du remplissage de la fiche projet.

Bien que soutenant la réalisation d'actions locales conformes à leurs objectifs, les PRAPS n'ont été que faiblement relayés auprès de certains partenaires et de certains territoires. Dans le cadre des PRAPS de 1^{ère} génération, la logique de territorialisation n'a pas été poussée.

1.2 UNE TERRITORIALISATION INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉE

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde sur la nécessité de «faire plus» en matière de lutte contre les exclusions et de promotion de la santé mais aussi de «faire mieux » notamment en adaptant davantage les politiques menées aux caractéristiques et aux besoins des populations des territoires infra-régionaux. L'élaboration des PRAPS a permis d'établir un diagnostic et des priorités partagés. Cependant, il ressort de l'évaluation des PRAPS de première génération le constat d'une inégalité dans la mobilisation des partenaires et dans la répartition des actions.

1.2.1 Des acteurs diversement engagés

Outre les services de l'État (Direction Générale de la Santé, DRASS et DDASS), les PRAPS impliquent les organismes d'Assurance Maladie (CPAM, URCAM), les collectivités territoriales, les ARH, les établissements publics de santé, les institutions médico-sociales, les associations et les usagers. L'évaluation du PRAPS de 1^{ère} génération a mis effectivement en évidence le nombre très important d'acteurs tout en soulignant les difficultés d'implication de certains d'entre eux. Dans le contexte des multiples partenariats à tisser se pose la question du positionnement des collectivités territoriales et des professionnels libéraux.

A) Les collectivités territoriales insuffisamment impliquées

La mobilisation des partenaires de l'État a été inégale. Si la collaboration avec les comités départementaux d'éducation à la santé, la DIJ et les caisses d'Assurance Maladie a été importante, elle s'est avérée moindre avec les conseils généraux et les communes. Or, si les thématiques abordées par les PRAPS sont de la compétence de l'État dans leur grande majorité, certaines d'entre elles relèvent en revanche directement de la compétence des conseils généraux et des communes.

Au niveau régional, les conseils régionaux n'ont pas été concrètement investis de missions précises, mais nombre d'entre eux soutiennent des actions de santé ou commencent à le faire, notamment dans le cadre des contrats de plan. Les conseils généraux disposent de compétences, soit directement sur des sujets de santé comme en matière de protection maternelle et infantile, soit sur des aspects sociaux qui constituent des déterminants importants de la santé. Les communes sont également très impliquées en matière sociale mais également dans les problématiques d'hygiène du milieu. Néanmoins, le champ de la santé est souvent perçu par ces différentes instances de façon réductrice, car limitée au système de soins.

Ce morcellement des compétences n'incite, en outre, pas les élus locaux à s'approprier les problématiques de santé. Cette situation est préjudiciable à la territorialisation dans la mise en œuvre des priorités de santé. Ce constat a été notamment effectué lors de la 6^{ème} conférence régionale de santé, en décembre 2001, par le Président de la Conférence Régionale de santé de Picardie, le Professeur NEMITZ. Il a, en effet, déploré la faible implication des collectivités territoriales dans la dynamique de territorialisation de la politique de santé. Elle n'est, selon lui, pas encore à la hauteur des enjeux.

Les collectivités territoriales sont difficiles à mobiliser. Cette résistance est induite par le fonctionnement même des institutions. Elle s'inscrit également dans une réaction de défense plus globale face au changement. Le travail en partenariat dans le cadre du PRAPS implique une remise en cause des pratiques professionnelles des différents acteurs, mettant en évidence leurs propres limites d'intervention.

Il en résulte que la prise en compte de la dimension territoriale demeure encore trop dépendante de l'engagement individuel de certains élus susceptibles de permettre la réalisation des démarches de professionnels lorsqu'elles correspondent à des projets locaux de santé publique.

La mise en œuvre et l'adaptation des PRAPS réclament, pourtant, une coopération notamment avec l'échelon communal et intercommunal pour deux raisons essentielles. D'une part, les municipalités contribuent à l'action sanitaire car elles peuvent favoriser des prises en charge coordonnées autour de l'utilisateur de même que le développement d'actions de prévention. D'autre part, l'implication de ces municipalités permet de tenir compte des objectifs de santé dans un cadre de démocratie locale. Elles impliquent une recherche de cohérence des politiques publiques à l'échelle d'un territoire, notamment au bénéfice des plus démunis. L'échelon local constitue le lieu privilégié d'une approche intégrée de la santé.

La mise en œuvre des PRAPS implique, par conséquent, une évolution des acteurs tant du point de vue de leur approche (prise en charge d'une population difficilement repérable, les plus démunis) que de leurs pratiques. Si le travail en partenariat s'est renforcé, des réticences subsistent, révélatrices de cloisonnements persistants entre les domaines sanitaire et social.

B) Professionnels de santé libéraux

Le PRAPS affiche la volonté de lutter contre l'exclusion par l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Une telle ambition, outre qu'elle nécessite des moyens, suppose la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

La concertation avec les médecins, à l'exception partielle de ceux pratiquant la médecine préventive, a été très faible. L'information large des médecins sur le dispositif n'a pas suscité de mobilisation des praticiens de santé qui ont rarement participé à l'élaboration des PRAPS, alors même qu'ils étaient représentés au sein du comité de pilotage.

Or, les professionnels de santé ont le sentiment de ne plus être reconnus, ni compris. Ils estiment ne pas être associés comme il conviendrait aux décisions concernant l'organisation du système de santé. Comme ils le soulignent avec force dans le rapport intitulé «Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville»⁶, la mise en oeuvre de projets est freinée voire bloquée par de nombreux obstacles.

D'une part, les initiatives des professionnels de santé se heurtent souvent à leur propre méconnaissance des cadres juridiques et réglementaires en vigueur et des dispositifs déjà en oeuvre. Ils considèrent qu'à cela, s'ajoutent fréquemment le manque de réactivité des pouvoirs publics, la difficulté de dialogue et un manque de sensibilité aux préoccupations des professions de santé, notamment libéraux.

D'autre part, les initiatives reposent souvent sur l'engagement de certains professionnels de santé, désignés comme militants. Cependant, ces actions impliquent pour eux un surplus de travail difficile à intégrer dans des horaires surchargés et d'autant qu'ils ne sont pas rémunérés.

Les membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration de ce rapport déplorent, par conséquent, l'absence de reconnaissance institutionnelle et politique de

⁶ *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*, Rapport du groupe de travail présidé par le Docteur Jacques Lebas, Les Éditions de la DIV, août 2002, 54 pages

leur exercice auprès d'une population dont la vulnérabilité l'inscrit pourtant dans les politiques de santé publique.

Or, toute évolution du système de santé passe par une véritable implication de leur part. Concrètement, l'amélioration de la situation suppose une meilleure compréhension réciproque du fonctionnement des institutions et des conditions d'exercice des professionnels. Les modalités de concertation et communication doivent, par conséquent, être redéfinies.

1.2.2 Des actions inégalement réparties

Des évaluations menées, il apparaît que les actions n'ont pas été systématiquement déployées sur les territoires pointés comme défavorisés dans les diagnostics territoriaux. L'appel à projets est, en outre, générateur de «zones blanches».

A) Une prédominance des actions en zones urbaines

Si les actions développées par les porteurs de projet s'inscrivent dans les objectifs définis dans les PRAPS, elles ne se répartissent pas de manière uniforme sur le territoire. Il en résulte une prédominance des actions en zones urbaines.

La démarche d'évaluation retenue en Picardie a été conduite à trois niveaux à savoir un bilan quantitatif des actions financées, un diagnostic territorial intitulé "Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale" qui actualise celui réalisé en 1999 lors de l'élaboration du PRAPS ainsi qu'un suivi qualitatif des actions financées.

Pour élaborer ce diagnostic territorial, la méthodologie adoptée a consisté à combiner 110 indicateurs pour former de nouvelles variables synthétiques et regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes. Cette étude a permis de dégager six classes de cantons homogènes.

Le bilan qualitatif a été réalisé à partir d'une grille d'évaluation. Il s'agit d'une évaluation partagée entre financeurs et promoteurs. Les financeurs (État et Assurance Maladie) ont pré-rempli les grilles à partir des informations des rapports d'activité et des bilans financiers. Les promoteurs ont complété ces grilles puis les ont renvoyées à la DRASS. Ce bilan sur les actions financées est basé sur l'analyse de 60 questionnaires. Il

porte sur 52 actions différentes, portées par 40 structures et financées entre 2000 et 2001 car huit actions ont été financées au titre des deux exercices budgétaires. Les actions recensées sont, pour plus des deux tiers, nouvelles. Les autres sont des actions déjà engagées avant d'être financées par le PRAPS et sont traitées par les porteurs, dans nombreuses situations comme des extensions soit thématiques, soit géographiques. Les actions sont majoritairement développées par des associations (70% des actions). Ensuite, viennent les caisses d'assurance maladie, les établissements hospitaliers, les missions locales, les centres communaux d'action sociale constituent les autres catégories (30% des actions). La répartition géographique des actions par département est assez homogène puisque sur les 60 actions évaluées, 20 d'entre elles ont eu lieu dans l'Aisne, 20 dans la Somme et 18 dans l'Oise. Une action a concerné l'ensemble de la région et une autre plusieurs communes appartenant aux trois départements.

Le croisement des données du diagnostic territorial «Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale» avec celles du bilan qualitatif des actions permet de mettre en exergue l'inégale répartition territoriale des actions. Les résultats font apparaître :

- Classe n°1 : cantons urbains, chômage élevé, prestations sociales notamment autour du logement.

Cette classe concerne 30% de la population picarde, répartis dans huit principales villes et dans le canton de Tergnier. Elle se caractérise par une certaine fragilité sociale. Elle concentre une plus forte densité de professionnels de santé.

Elle a bénéficié de la majorité des actions conduites dans le cadre du PRAPS puisque deux tiers des actions ont été développées dans une ou plusieurs de villes et leur agglomération. Les villes les plus concernées ont été respectivement Amiens, Beauvais, Nogent-sur-Oise et Compiègne.

- Classe n°2 : cantons en situation moyenne vis-à-vis de la Picardie, indicateurs relativement précaires.

Cette classe concerne 18,9% de la population picarde, répartis dans l'Aisne (13 cantons du Soissonais et du Tardenois), dans l'Oise (7 cantons situés au nord pour la plupart) et dans la Somme (8 cantons à l'est d'Amiens surtout). Les cantons de cette classe se trouvent dans une situation intermédiaire par rapport à l'ensemble des variables étudiées. Si aucun indicateur ne ressort significativement au regard de la région picarde, cette classe se situe tout de même en situation relativement défavorable par rapport au niveau national.

Elle concentre peu d'actions du PRAPS (11 au total) réparties surtout dans l'Aisne (6 actions) où les cantons appartenant à cette classe sont plus nombreux puis dans l'Oise (3 actions) et dans la Somme (2 actions).

- Classe n°3 : cantons en dépeuplement, indicateurs d'une forte fragilité sanitaire et sociale.

Cette classe représente 9% de la population picarde réparties principalement dans le nord de l'Aisne (Saint-Quentinois et Thiérache représentant 21% de la population de ce département), à l'est de la Somme (Santerre, 10% de la population de ce département). Aucun canton de l'Oise ne se situe dans cette classe. De nombreux indicateurs socio-sanitaires sont nettement plus défavorables que la moyenne régionale. Cette classe constitue l'une des deux zones dont la situation est préoccupante dans la région au vu des indicateurs socio-sanitaires pour la plupart très défavorables.

Pourtant, dans le cadre du PRAPS, en 2000 et 2001, seulement cinq actions sur 52 se sont déroulées sur les cantons appartenant à cette classe.

- Classe n°4 : cantons très peuplés, population âgée, indicateurs sanitaires et sociaux défavorables.

Cette classe, dont les caractéristiques sont proches de celles de la classe précédente, concerne 8% de la population picarde localisés dans la Somme (surtout l'ouest et un peu le nord-est du département) et dans l'Aisne (deux cantons de la Thiérache). L'Oise ne compte aucun canton appartenant à cette classe. Cette classe se caractérise par une faible densité et un fort peuplement, un poids important des personnes âgées.

Malgré des indicateurs très défavorables, sur les plans social, sanitaire et économique, peu de projets ont été portés sur ces territoires (une action dans la Somme et trois dans l'Aisne).

- Classe n°5 : cantons en dynamique de population, taux d'activité élevés, bons indicateurs sanitaires et sociaux.

Elle regroupe 17,9% de la population picarde qui se répartit surtout dans l'Oise (environ 28% de la population), dans l'Aisne (18% de la population) et dans trois cantons de la Somme.

Les prestations sociales perçues, la part des naissances de mères âgées de moins de dix huit ans ou les taux de mortalité prématurée et évitable sont plus faibles que la moyenne nationale.

Les actions se déroulant sur les territoires de cette classe sont au nombre de dix et se répartissent entre l'Aisne pour six actions, l'Oise pour trois actions et une action dans la Somme.

- Classe n°6 : cantons très dynamiques, catégories sociales très élevées, très bons indicateurs sanitaires et sociaux.

Cette classe est très proche dans sa structure de la classe 5 avec, toutefois, des indicateurs plus favorables. Elle représente 16,2% de la population picarde qui se concentre surtout dans l'Oise (35% de la population) et dans deux cantons de la Somme. Aucun canton de l'Aisne n'appartient à cette classe. Elle se caractérise par de bons indicateurs sanitaires et sociaux.

Six actions se sont déroulées dans le cadre du PRAPS à savoir quatre actions dans l'Oise et deux dans la Somme.

En définitive, le constat global est celui de la territorialisation des actions. Celles-ci s'inscrivent dans des territoires dont on peut souligner la diversité. De cette diversité émerge toutefois la prédominance des zones urbaines. En effet, les cantons urbains ont effectivement concentré les deux tiers des actions menées si bien que les cantons ruraux ont peu bénéficié des actions développées dans le cadre du PRAPS en 2000 et 2001.

Enfin, il apparaît clairement que les cantons identifiés comme défavorisés (classes 2, 3 et 4) n'ont bénéficié que dix actions tandis que ceux pointés comme favorisés (classes 5 et 6) en ont regroupé dix-sept. Il en résulte une absence d'adéquation entre les besoins territorialement identifiés dans le premier diagnostic territorial et la localisation des actions. Des améliorations doivent, par conséquent, être apportées dans le cadre de l'élaboration du PRAPS de 2^{ème} génération pour parvenir à une meilleure adéquation.

La technique de l'appel à projets constitue la modalité de mise en œuvre du PRAPS. Elle doit permettre la transformation en actions concrètes conduites au plus près des populations visées des objectifs des programmes régionaux de santé. Elle repose sur le dynamisme des porteurs de projet. Or, lorsqu'elle ne parvient pas à créer cette dynamique, elle est alors génératrice de «zones blanches».

B) L'appel à projets, générateur de «zones blanches»

La technique de l'appel à projets présente de grands avantages. Cependant, elle contraint l'État et l'Assurance Maladie à consacrer une grande énergie à la mobilisation des promoteurs pour parvenir à susciter des projets sur l'ensemble de la région.

Ces actions concrètes ne couvrent pas toujours l'intégralité du territoire régional mais se développent seulement sur certaines zones plus ciblées. Lorsque le choix de ces

zones repose sur une analyse étayée, il est justifié car l'action doit se porter d'abord là où elle est le plus utile. Il apparaît, en effet, normal que soient prioritairement ciblées les aires sur lesquelles le chômage de longue durée et la précarité sont très présents. Mais il arrive également que le champ géographique des actions menées traduise surtout la présence, à certains endroits, de personnes physiques ou morales particulièrement aptes à construire un projet entrant dans le champ du programme. Dans ce dernier cas, en creux, des «zones blanches» apparaissent.

Or, le PRAPS doit prendre en compte les disparités en matière de pauvreté et de précarité, d'état de santé et d'accès aux soins des populations démunies ainsi que les capacités d'initiatives des acteurs locaux. En effet, le territoire change et la population évolue, notamment avec la désertification de certaines zones. Les traditions (méfiance et isolement ou au contraire solidarité et entraide, poids des secrets propres aux communautés réduites, traditions alimentaires, attitudes face à l'alcool...), le niveau culturel (poids de l'illettrisme dans les zones les plus traditionnelles), le type d'emploi (agricole, industriel ou tertiaire) influent également sur la santé.

Il appartient au niveau local d'être celui de l'efficacité puisqu'il lui incombe de construire un travail de proximité en matière de promotion de la santé et d'écoute des besoins au plus près des personnes en situation de précarité. Les problèmes auxquels les populations démunies doivent faire face sont complexes et multiples. La proximité géographique est, par conséquent, à penser en fonction des spécificités des pratiques spatiales et passe par des lieux bien précis, tels que les lieux de la manche ou de la réinsertion. Cette proximité est, en définitive, celle du lieu de vie, ce qui ne recouvre pas les mêmes réalités dans les espaces ruraux fragiles et dans les quartiers urbains en difficultés.

Si la territorialisation permet de répondre prioritairement aux besoins formulés par les populations elles-mêmes et si elle consiste à mettre en valeur des territoires de projet sur et pour lesquels se manifestent des promoteurs motivés, comment est-il possible d'éviter que certains territoires ne soient des «zones blanches» où ne se manifeste aucun porteur de projet et où l'État lui-même ne parvienne pas à pallier totalement l'absence d'initiatives et d'interlocuteurs? Si de telles «zones blanches» peuvent se constituer, il est fort probable qu'elle concerne des territoires où les populations sont les plus fragiles Et, dès lors, comment remédier à cette situation ?

Parvenir à un meilleur ancrage territorial constitue l'un des enjeux essentiels du PRAPS de 2^{ème} génération ce qui implique non seulement une réflexion sur les modalités

de co-pilotages inscrits au croisement des politiques territoriales et de la politique de santé mais aussi sur le soutien à apporter pour développer des réseaux de proximité.

2 AMELIORER LE MAILLAGE TERRITORIAL, AXE DU PRAPS DE 2^{EME} GENERATION

Le PRAPS requiert une approche transversale qui mobilise l'ensemble des acteurs du système de santé. Il suppose de rompre avec les logiques et les modes de fonctionnement antérieurs, fondés essentiellement sur des champs d'intervention et de compétences spécifiques à savoir la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et social.

2.1 CONFORTER LA DÉMARCHE DE COOPÉRATION ENGAGÉE

Le PRAPS a vocation à coordonner et à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins de la population en situation de précarité. Les programmes mis en œuvre notamment par l'État et les organismes d'Assurance Maladie doivent prendre en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies en vertu de l'article L1411-4 du CSP. L'articulation entre le PRAPS et les différents programmes s'avère, par conséquent, être recherchée. Pour parvenir à faire évoluer notre système de santé, pour qu'il soit moins cloisonné, le PRAPS doit également favoriser le développement de réseaux de santé.

2.1.1 Répondre à l'enjeu de cohérence régionale

La mobilisation du niveau régional s'est faite inégalement et pose la problématique de la prise en compte des territoires et de la programmation des politiques de santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales. C'est pourquoi, les annexes de la circulaire DGS/SD6 n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux PRAPS de 2^{ème} génération invitent à renforcer l'articulation des PRAPS avec les dispositifs opérant autour de certaines pathologies, de schémas ou de programmes.

A) Les liaisons à établir avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Selon le rapport IGAS de juin 2000 relatif au premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions⁷, s'agissant des liaisons à établir avec les SROS, «plus l'élaboration des PRAPS a été concertée, plus elle est susceptible de comporter des conséquences pour l'évolution de l'organisation régionale du système de soins (en particulier des urgences et des consultations externes hospitalières) et pour l'ouverture de la psychiatrie de secteur aux problématiques de lutte contre les exclusions ».

La première génération de SROS, élaborés par les préfets, a couvert la période 1994-1998. La révision des schémas, engagée en mars 1998, a débouché sur les SROS dits de deuxième génération couvrant la période 1999-2004. Elle a été préparée par un comité national de pilotage placé auprès du directeur des hôpitaux en application d'un arrêté du 26 mars 1998 relatif au contenu des SROS et une circulaire du même jour.

Les deux générations de SROS ont été élaborées en application des textes issus de la loi de 1991. Dès lors, leur objectif essentiel est toujours de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Plus précisément, aux termes de l'article L. 712-3 du code de la santé publique, le SROS "détermine la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population".

Le SROS s'avère être un document d'orientations stratégiques destiné à guider l'action des ARH pendant cinq ans. Si les SROS prévoient le développement des complémentarités et des coopérations entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, les ARH ne disposent, toutefois, d'aucun pouvoir ni moyen d'action à l'égard de celle-ci

La comparaison entre les SROS 1 et 2 révèle des évolutions dans l'approche des problèmes et dans le contenu même des schémas. Les SROS 2 s'inscrivent à la différence des premiers, dans un contexte caractérisé par l'émergence d'une politique de santé publique, prenant appui sur les travaux du HCSP et des conférences régionales et nationales de santé. Désormais, des priorités nationales de santé sont fixées par le

⁷ «Premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions », rapport présenté par Mmes Laure de La Bretèche, Blanche Guillemot et M. Michel Thierry : Inspection générale des affaires sociales, La Documentation Française, juin 2000.

rapport annexé à l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), tandis que l'expression régionale de certains des besoins de santé identifiés par les conférences régionales trouve sa place dans les PRS et PRAPS.

La question se pose de la portée des SROS et de leur articulation avec les autres documents de programmation régionale en matière de santé. Elle revient à s'interroger sur leur place au sein de l'ensemble des programmations régionales sur la santé. Si les autorités régionales ont institué les relations nécessaires entre les différentes démarches de programmation régionale en matière de santé, l'articulation des SROS avec les PRS et PRAPS mériterait, cependant, d'être clarifiée. C'est pourquoi, il serait particulièrement souhaitable que chaque PRAPS puisse identifier, dans la formulation de ses priorités, les actions qui peuvent nécessiter des inflexions des schémas de planification, des redéploiements ou l'accentuation des efforts consentis.

Si les approches territoriales de l'offre hospitalière se sont développées avec les SROS et ont capitalisé progressivement une expertise, c'est une orientation encore émergente pour les programmes de santé.

Le PRAPS est un PRS dont la seule particularité est d'être imposé à toutes les régions par la loi. Selon les coordonnateurs PRAPS, les deux tiers des thématiques PRAPS sont également abordées dans le cadre d'un PRS. Dès lors, se pose la question de l'articulation des actions et des financements des PRAPS et des PRS.

B) Une nécessaire articulation du PRAPS avec les PRS

Les PRS ont été mis en place à titre expérimental dans quelques régions à partir de 1994. Ils sont apparus à l'époque comme un moyen de mettre en œuvre une nouvelle politique de santé publique. Généralisés à l'ensemble du territoire par l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret du 17 avril 1997⁸, ils ont pour objet de mettre en place et de développer, au sein d'une même région, la coordination entre les institutions, les pouvoirs publics et les associations afin de structurer les activités de promotion de la santé, d'éducation, de soins, réhabilitation et d'insertion.

En vertu du décret précité du 17 avril 1997, «le préfet détermine, parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de

⁸ Décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

programmes pluriannuels». Ces PRS doivent représenter une approche de santé publique qui fédère «des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion». Reposant sur des actions qui, le plus souvent, mobilisent très au-delà du monde du soin, ils ne peuvent qu'être «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 les associations». Ils sont obligatoirement «assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation».

L'articulation des PRAPS avec les autres PRS doit être recherchée. Les publics en situation de précarité sont, en effet, un sujet majeur de préoccupation de la quasi-totalité des PRS, notamment ceux portant sur la santé des jeunes ou le cancer. La mise en œuvre des PRAPS, parce qu'il implique fortement le niveau départemental, favorise l'intégration des besoins spécifiques de la population précarisée dans les thématiques de santé portées par les autres PRS.

Une des problématiques régionales majeures soulignée par l'ensemble des acteurs institutionnels rencontrés en Picardie est la thématique de la santé des jeunes de 16 à 25 ans. Le PRAPS de 1^{ère} génération comporte un volet santé spécifique pour les jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité et en démarche d'insertion professionnelle. Ce volet du PRAPS s'articule avec le PRS jeunes principalement engagé sur des actions en faveur des enfants, adolescents jusque 16 ans et étudiants.

La DRASS de Picardie a été particulièrement attentive à l'articulation entre les différents dispositifs mis en œuvre. Le PRAPS comporte un axe relatif à la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 16 à 25 ans en situation d'exclusion. L'approche est ici celle de l'accès aux soins des jeunes en situation de très grande précarité, le plus souvent inscrits en parcours d'insertion professionnelle. Le PRS Jeunes, quant à lui, développe une approche globale de la prévention et d'éducation pour la santé des jeunes de 0 à 25 ans, comportant, pour ce qui concerne les jeunes de 16 à 25 ans, un axe fort relatif à la santé des étudiants.

De même, le lien entre le PRAPS et le PRS Cancer a également été établi. Il s'est fait d'autant plus facilement que le PRS Cancer a fait ressortir la précarité comme étant l'un des déterminants majeurs dans l'apparition des cancers. En outre, le programme pointe la nécessité de faciliter l'accès de tous et a fortiori des personnes en situation de précarité au dépistage du cancer et aux soins. L'un des objectifs de ce programme vise, en effet, à lever les freins au dépistage, tels que l'absence de couverture sociale

suffisante. Le plan d'actions prioritaires 2002-2003, conformément aux orientations nationales, comporte des actions de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, menées auprès des femmes et en particulier celles qui sont en grande difficulté. Des actions visant à favoriser la participation active des femmes au dépistage du cancer sont financées dans les trois départements.

Comme l'a montré le rapport du HCSP «La santé en France 1994-98», chaque acteur du système de santé pris isolément s'avère incapable d'apporter une réponse adaptée aux besoins des populations en situation de précarité. En revanche, les réseaux permettent d'apporter une réponse globale au problème complexe de la précarité. C'est pourquoi, il paraît important de promouvoir leur développement. Or, si la constitution d'un réseau a été objectif visé par les promoteurs dans le cadre du PRAPS de Picardie, seules un quart des actions mises en œuvres ont permis le développement d'un réseau.

2.1.2 Développer les réseaux de santé

Les réseaux de santé constituent un mode d'intervention approprié pour une meilleure prise en compte des besoins de santé des publics en situation précaire. C'est pourquoi, le PRAPS doit s'appuyer sur les réseaux de soins existants, encourager leur évolution vers de réseaux de santé de proximité et susciter la création de tels réseaux là où ils font défaut. Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures financières applicables d'autre part.

A) Un cadre rénové et simplifié

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une nouvelle définition des réseaux de santé, réunissant ainsi les réseaux émanant d'établissements de santé et ceux sur l'initiative de professionnels de santé libéraux sous un même concept de mode d'organisation visant à faire collaborer la «ville» et l'hôpital, le médical et le social.

L'article L 6321-1 du Code de la Santé Publique définit ainsi les réseaux de santé. Ils ont « pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une

prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations».

Les réseaux de santé contribuent, par conséquent, à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Les réseaux de santé sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, les centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

En application de ces dispositions législatives, deux décrets du 25 octobre et du 17 décembre 2002⁹, relatifs au financement des réseaux, d'une part et aux critères de qualité, aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, d'autre part, sont venus préciser le cadre réglementaire dans lequel doit s'inscrire désormais tout projet de réseau.

Ainsi, lorsque les réseaux satisfont à ces critères de qualité ainsi qu'aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, ils peuvent bénéficier simultanément de plusieurs sources de financement. Les moyens financiers qui peuvent être mobilisés s'avèrent être les subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits dans la loi de finances, les subventions des collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie ainsi que le financement des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a instauré une Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux dite 5^{ème} enveloppe.

⁹ Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) et décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que l'évaluation des réseaux.

B) Le financement des réseaux

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples.

Conformément à l'article 25 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, les actions portées par des professionnels de santé libéraux ou des regroupements de professionnels libéraux de santé peuvent bénéficier d'un financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) dès lors qu'elles participent à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Cependant, le Comité national de gestion du FAQSV a décidé de limiter le champ d'intervention du FAQSV aux dépenses d'études préalables, aux frais d'évaluation et aux aides au démarrage des réseaux rendant possible à ce titre la prise en charge des investissements et des frais de fonctionnement des nouveaux réseaux pendant une à deux années, pour la partie libérale de ces réseaux exclusivement.

Quant à la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), elle est destinée à financer « tout ou partie des dépenses du réseau » en vertu de l'article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale. Son champ d'action est relativement large. Il convient toutefois de tenir compte pour son utilisation de la nouvelle définition des réseaux de santé introduite par la loi du 4 mars 2002. La circulaire commune DGS/CNAMTS du 19 décembre 2002 précise les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale. Elles doivent être liées :

- aux frais de fonctionnement des réseaux et notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination y compris le salaire du coordonnateur,
- aux actions de prévention,
- aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau,
- à la rémunération des prestations dérogatoires des professionnels de santé et au paiement de prestations dérogatoires au bénéfice des assurés ou des non professionnels de santé.

Enfin, l'ARH avait, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la possibilité de financer les réseaux relevant de l'article L 6121-5 du Code de la Santé Publique agréés par son directeur. Les nouvelles dispositions n'excluent pas cette possibilité d'intervention pour financer des réseaux purement inter-hospitaliers ou la partie

hospitalière des réseaux ville-hôpital. Cependant, comme il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une enveloppe spécifique, l'ARH ne souhaite en règle générale pas dissocier le financement des réseaux de celui des établissements qui les composent. C'est pourquoi, il constitue bien souvent un des éléments des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de soins.

Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé et les pratiques professionnelles.

2.2 DÉVELOPPER DES LOGIQUES DE COHÉRENCE ET DE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES DIFFÉRENTES POLITIQUES

La cohérence des interventions est indispensable à une véritable territorialisation. Au niveau local, les questions sanitaires sont une des composantes d'une action sociale de plus en plus multiforme et plurisectorielle. Ceci est particulièrement le cas dans les quartiers urbains où les populations démunies sont nombreuses. La question de l'accès aux soins y croise les problématiques de la politique de la ville et des politiques d'éducation pour la santé et de prévention.

2.2.1 Articulation et démarche de deux politiques : ville et santé

La moitié des actions menées dans le cadre du PRAPS de 1^{ère} génération se sont déroulées en milieu urbain et étaient concernées par un contrat de ville. Or, seules 10% d'entre elles ont bénéficié d'un financement de la politique de la ville. Il est, par conséquent, indispensable de créer un lien dynamique entre le PRAPS et les actions de santé des contrats de ville.

A) Le volet santé des contrats de ville 2000-2006

La politique de la ville poursuit comme objectif le retour dans le droit commun de la ville et de la gestion quotidienne de celle-ci, de territoires qui s'en trouvent écartés.

Le contrat de ville¹⁰ constitue le cadre par lequel l'État, les collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre, de façon concertée, des politiques territorialisées de développement solidaire et de renouvellement urbain, visant à lutter contre les processus de dévalorisation de certains territoires de nos villes. Conclu pour sept ans, il constitue la déclinaison pour la politique de la ville des priorités du contrat de plan.

Le volet santé des contrats de ville repose sur l'articulation effective entre la politique de la ville et la politique de santé menée par l'État, à tous les niveaux, dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions en matière de santé auprès de populations en situation de vulnérabilité.

La nouvelle génération des contrats de ville témoigne de la progression dans la prise en compte des questions de santé par les villes et leurs élus. La diversité des problématiques rencontrées et des moyens susceptibles d'être mis en œuvre en matière de santé justifie la recherche d'une meilleure articulation entre le niveau municipal et la politique régionale de santé. En effet, les PRS et en particulier les PRAPS ont pour objectif commun avec la politique de la ville de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Le volet santé du contrat de ville permet une prise en compte locale des problématiques de santé (diagnostic, analyse de l'offre et des besoins sanitaires, conditions d'exercice des professionnels, accessibilité de la population à la prévention et aux soins). Pour les professionnels de santé, il ouvre un espace où se faire entendre, où s'élaborent les projets locaux de santé en interaction avec les différents acteurs urbains. Il permet, par conséquent, d'inscrire ces professionnels dans les dispositifs de la politique de la ville, d'en faire les partenaires et les relais.

L'enjeu central est effectivement celui de la mobilisation des services de droit commun, d'acteurs de santé publics et privés, de porteurs de projet qu'il s'agisse des actions préventives de santé publique, de l'accès aux soins ou de l'urgence sanitaire et sociale. C'est pourquoi, la directive nationale d'orientation relative au plan d'actions 2003 des services déconcentrés DRASS - DDASS en matière de santé et d'action sociale et à

¹⁰ Circulaire du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006

l'allocation de ressources pour l'exercice 2003¹¹ affiche la prise en compte des objectifs de santé du PRAPS au sein des contrats de ville, dans les contrats d'agglomération et de contrats de pays comme une nécessité.

Créés sur l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, les Ateliers «Santé Ville» (ASV) constitue le dispositif opérationnel de la convention thématique santé des contrats de ville.

B) Les ASV, dispositif opérationnel du volet santé des contrats de ville

Ils ont été développés sur deux régions pilotes à savoir l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les enseignements tirés de ces expérimentations ont fait l'objet d'un bilan en 2002. Les travaux ont fait émerger la territorialisation comme une plus-value des politiques de santé publique.

En effet, dans le contexte actuel de la régionalisation des politiques de santé publique, les ASV constituent le cadre opérationnel d'organisation de l'ensemble des acteurs de santé à l'échelon territorial, en vue de répondre aux besoins de santé de la population et à leur expression au titre de la démocratie sanitaire. Ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions (PRAPS) et la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville.

Afin de conforter l'évolution relative à la territorialisation des politiques de santé, le Comité Interministériel des villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé et décidé la mise en place des Ateliers Santé Ville. Les PRAPS fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en œuvre.

La circulaire DIV/ DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le cadre de la convention thématique des contrats de ville 2000-2006 et celle de la DGS du même jour relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire présentent le cahier des charges et les principales caractéristiques des ASV ainsi que les modalités de leur financement et leur inscription dans le contrat de ville.

¹¹ Circulaire n°2003/ 36 du 16 janvier 2003, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité et Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Les ASV visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville. Pour ce faire, ils doivent prendre en compte la disparité des contextes et des ressources locales pour aider à dégager des formes d'action originales et adaptées. Ils participent ainsi au développement de l'expérimentation de nouvelles modalités de travail local sur les questions de santé.

L'ASV n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées et de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus. Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions.

C'est pourquoi, tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

A cet égard, les DDASS constituent le pivot naturel pour la concertation nécessaire et l'animation de cette procédure relative à la déclinaison au niveau territorial, communal ou intercommunal de la politique régionale de santé. Il s'agit, en l'occurrence, de s'appuyer sur l'engagement des principaux acteurs de santé des territoires de la politique de la ville, au premier rang desquels les élus locaux. Il s'agit aussi de fédérer dans ce cadre l'action les partenaires institutionnels départementaux. Les coordonnateurs régionaux PRAPS ont, d'ailleurs, un rôle majeur d'intégration des priorités régionales de santé dans la politique de la ville.

Les ASV font l'objet d'un financement conjoint provenant des crédits du fonds d'intervention pour la ville et des crédits alloués dans le cadre des PRAPS. D'autres crédits peuvent être sollicités auprès des partenaires concernés selon les actions mises en œuvre. Cependant, les crédits accordés au titre du Fonds d'intervention pour la ville n'ont pas vocation à financer des actions mais de la méthode et de la coopération afin de susciter des synergies au niveau inter-communal, départemental ou régional.

En outre, les ASV doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet quantitatif et qualitatif. Cette évaluation doit permettre de

mesurer l'impact des actions de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions conduites sur les territoires en contrat de ville.

La circulaire DGS/SD6D n°2002/100 du 19 février 2002 fixe des orientations stratégiques pour la préparation des PRAPS de 2^{ème} génération dont l'une d'entre elles est de renforcer le volet prévention et éducation pour la santé.

2.2.2 Le PRAPS doit venir en soutien et faciliter la concertation autour des politiques d'éducation pour la santé et de prévention

Le volet prévention et éducation pour la santé est un aspect qui n'a pas été assez étudié dans les PRAPS de 1^{ère} génération. Il est pourtant essentiel pour les personnes en situation de précarité.

En référence à la circulaire ministérielle du 22 octobre 2001¹², l'éducation pour la santé «a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles la collectivité. Elle s'adresse à toute la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible. Elle informe, interpelle tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat exercent une influence sur la santé de la population au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent ».

La directive nationale d'orientation relative au plan d'actions 2003 des services déconcentrés DRASS - DDASS, dans son annexe 1 relative à la fiche de l'emploi des crédits du chapitre 47-11 article 20¹³, invite les DRASS et DDASS à développer et à professionnaliser les actions d'éducation pour la santé en direction des personnes en situation de précarité. Pour ce faire, elles doivent s'appuyer sur les recommandations du Plan national d'éducation pour la santé de février 2001¹⁴ et sur la circulaire relative à l'élaboration des PRAPS de 2^{ème} génération.

¹² Circulaire DGS n°2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

¹³ Chapitre 47-11 article 20 a trait aux dépenses déconcentrées relatives à la promotion, promotion et programmes de santé publique.

¹⁴ Plan national d'éducation pour la santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé, février 2001.

Le plan national d'éducation pour la santé présenté en février 2001 doit servir de référence et de cadre de travail. Il définit les principes, les objectifs et les moyens d'action de l'éducation pour la santé. Il rappelle en particulier que «le développement d'actions éducatives - individuelles ou collectives - de proximité aura pour objectif l'appropriation d'informations et l'acquisition d'aptitudes favorables à la santé des individus et de la collectivité» et que «parmi les critères de reconduction des actions, l'on retiendra prioritairement celles dont la pertinence a été mesurée avec les personnes concernées». Il est tout à fait important que la mise en place d'actions spécifiques destinées aux personnes en situation sociale fragile prenne en compte ce dernier point.

Le plan national d'éducation pour la santé prévoit, par ailleurs, la mise place des Schémas Régionaux d'Éducation Pour la Santé (SREPS). La circulaire DGS 2001/504 du 22 octobre 2001 définit la méthodologie d'élaboration de ces schémas. Elle repose sur la conduite générale du projet de schéma, association des acteurs à cette démarche, constitution des instances de pilotage, réalisation d'un « diagnostic initial partagé », présentation au comité régional des politiques de santé des orientations et objectifs retenus ainsi que la stratégie proposée, diffusion de ce document de cadrage à l'ensemble des acteurs représentant le secteur de l'éducation pour la santé ainsi qu'aux usagers.

La mise en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre du PRAPS de deuxième génération devrait être confortée par celle du schéma régional d'éducation pour la santé qui comprendra très certainement une «porte d'entrée» particulière pour les publics en situation sociale précaire.

Le SREPS de Picardie a été adopté le 12 décembre 2002. Il constitue un document de référence pour cinq ans dans la conduite de la politique régionale de santé. Il doit s'attacher à coordonner l'existant, le valoriser, faire susciter le développement de nouvelles actions sur des territoires précis. Il impulse une démarche territorialisée en éducation pour la santé en retenant le pays comme site expérimental et privilégié dans un souci de proximité.

L'élaboration du SREPS de Picardie s'est déroulée dans le cadre du partenariat avec l'Assurance Maladie. Deux chefs de projet, un IASS de la Mission Santé publique à la DRASS de Picardie et un responsable du Service d'Éducation pour la Santé des Organismes Sociaux de l'Oise de la CPAM, agissant sur mandat de l'URCAM, ont été désignés pour conduire cette mission.

Les axes structurants du SREPS de Picardie visent à améliorer l'accès à l'éducation pour la santé, professionnaliser le champ de l'éducation pour la santé et optimiser les ressources tant en terme financier que partenarial. Ces axes structurants sont conformes aux préconisations de la circulaire de février 2002.

Sa mise en œuvre et les résultats attendus représentent deux enjeux forts à savoir donner à l'éducation pour la santé une place à part entière dans la politique régionale de santé et engager l'ensemble des acteurs dans un cadre d'actions territorial au plus près des populations.

Le lien étroit entre le PRAPS et le SRRPS est confirmé par les orientations données pour le futur volet prévention et éducation pour la santé du PRAPS de deuxième génération. En effet, ce volet devra avoir pour objectifs :

- la recherche de la cohérence dans les actions conduites entre les différents programmes (PRAPS, PRS, schémas régionaux d'éducation pour la santé) et entre les opérateurs de terrain,
- la professionnalisation des interventions,
- la réponse aux besoins des populations concernées, la mise en place d'une réflexion relative à l'évaluation des actions conduites.

Le PRAPS est un levier pour favoriser la prise en compte des problèmes des populations en situation de précarité par le système sanitaire et social. Toutefois, il ressort des évaluations menées dans le cadre du PRAPS de 1^{ère} génération que des améliorations doivent être apportées pour que le PRAPS de 2^{ème} génération remplisse pleinement sa vocation.

3 LE PRAPS, UN OUTIL PERFECTIBLE

L'expérience acquise à travers les PRAPS et les programmes régionaux de santé permet de conforter la dynamique régionale autour des problèmes de santé. En effet, l'émergence de politiques régionales dépend de la capacité locale à conjuguer de manière pertinente les actions de santé publique répondant aussi bien aux priorités régionales qu'aux priorités nationales de santé. Dans cette perspective, il est indispensable de conforter l'animation et le suivi créés autour des PRAPS.

3.1 CONFORTER L'ANIMATION RÉGIONALE

L'efficacité des politiques territoriales implique nécessairement une clarification du rôle des différents acteurs et de leur articulation ainsi qu'une adaptation des procédures administratives et de financement. L'élaboration d'une culture commune entre acteurs facilite le décloisonnement. Mais cette culture doit être réellement partagée entre les différents acteurs. Elle requiert, par conséquent, du temps et des moyens.

3.1.1 Développer les capacités d'animation et d'ingénierie de projet

A) Améliorer le processus de sélection des projets

Depuis le premier rapport triennal du HCSP en 1994, la volonté de développer une véritable politique de santé, nationale et régionale, fondée sur des priorités de santé publique s'est traduite par l'instauration de plusieurs procédures et dispositifs, en particulier les conférences de santé et les PRS. Dès lors se pose la question de la logistique nécessaire pour conduire une politique de santé. Quels sont les instruments dont il faut disposer ?

L'expérience acquise au cours des dernières années a clairement mis en évidence le besoin de passer d'une approche « militante » basée sur des engagements individuels très forts à une logique pérenne et moins « personne-dépendante ». Il n'est plus possible de préconiser des politiques et des programmes ambitieux et d'accepter parallèlement que leur conception, leur organisation et leur gestion reposent autant sur la bonne volonté des acteurs, compte tenu de la relative faiblesse des moyens logistiques dont ils disposent.

A cet égard, en Picardie, la charte régionale «Prévention et Santé des populations» doit être rendue plus opérationnelle pour devenir un outil partagé non seulement par les décideurs des différentes institutions signataires mais aussi par les équipes chargées de la mise en œuvre des projets. La mise en œuvre du PRAPS de première génération est, à cet égard, révélateur. Si une action de formation des correspondants a été effectivement mise en place, en 2002, les méthodes comme les procédures n'ont pas été encore formalisées.

De ce fait, le partenariat entre l'État et l'Assurance Maladie repose d'une part, sur le degré d'implication du directeur adjoint chargé à la DRASS de la mission santé et d'une chargée de mission à l'URCAM, d'autre part, sur la qualité des relations nouées par les correspondants du réseau État/Assurance Maladie. Bien que qualifié de «remarquable» par Monsieur JOHANNET, alors directeur de la CNAMTS, en octobre 2001, ce partenariat doit être pérennisé. L'élaboration d'un référentiel apparaît dès lors indispensable. Cette formalisation permet non seulement de définir précisément les rôles de chaque acteur mais aussi de rendre plus lisible la procédure pour les porteurs de projets. Elle doit également revêtir un caractère officiel et faire l'objet d'une diffusion la plus large possible.

Ce référentiel doit décrire précisément le cheminement d'une demande de subvention du retrait du dossier jusqu'à la notification de financement ainsi que le rôle de chaque institution à chacune des étapes. Il permet d'assurer la traçabilité de la procédure de sélection des projets.

Ce référentiel doit permettre pour les porteurs de projet de disposer d'une source d'information fiable car il leur importe de connaître non seulement les critères de sélection retenus par les financeurs mais aussi les motifs de refus de leur demande de subvention. Il leur doit permettre également de connaître précisément la date de notification de la décision rendue par le comité de sélection des projets. Ils peuvent ainsi solliciter, le cas échéant, d'autres financements.

Pour les acteurs institutionnels, il doit permettre de clarifier le rôle de chaque institution. Il les contraint également à fonder leurs décisions sur des critères clairs et objectifs. Il importe que la rigueur exigée des porteurs de projets soit également appliquée aux décideurs. La définition des critères revêt une grande importance. En effet, parmi les critères à retenir, celui de la localisation géographique des actions paraît incontournable car il permet de vérifier l'adéquation de la localisation géographique aux besoins territorialement identifiés.

Ce critère de localisation géographique est décisif pour parvenir à une meilleure territorialisation dans le cadre du PRAPS de 2^{ème} génération car il permet de développer le concept de «zones de santé prioritaires». Des moyens spécifiques données à ces zones devraient permettre de combattre les inégalités spatiales et sociales de santé dans les aires géographiques où s'est opérée une ségrégation.

Outre l'élaboration d'un référentiel, il paraît indispensable d'aller à la rencontre des promoteurs potentiels afin de susciter des projets dans les territoires identifiés comme prioritaires.

B) Susciter des projets

Un effort de communication particulier devra être fait en direction des professionnels de la santé qui, pour diverses raisons, ont trop peu participé à l'élaboration des PRAPS de première génération. De nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences doivent être mobilisés dans la mesure où les procédures administratives ne sont pas toujours adaptées à la conduite de projet.

a) *Améliorer le recueil de l'information*

Améliorer la qualité et l'efficacité des moyens d'information supposent à la fois une harmonisation des indicateurs, une vision commune et une mutualisation, au moins partielle, en terme de données, de compétences ou de financement.

Au niveau national comme au niveau régional, les moyens consacrés à l'analyse et à la valorisation de l'information ne sont pas encore suffisants, malgré les progrès intervenus au cours des dernières années.

A la multiplicité des décideurs, des financeurs et des acteurs répond la multiplication des dispositifs d'information dont les contours suivent le plus souvent les domaines d'intervention ou de compétences des institutions concernées. Il est difficile de ce fait d'avoir une vision d'ensemble de la situation aussi bien en matière d'état de santé qu'en matière d'utilisation des ressources.

En effet, s'agissant de l'utilisation des ressources, les crédits alloués dans le cadre du chapitre 47-11 article 20 font l'objet d'une délégation globale aux DRASS. La politique de globalisation des crédits délégués offre une marge de manœuvre aux services déconcentrés car elle favorise l'émergence de priorités régionales.

En contrepartie, les DRASS doivent rendre compte de l'utilisation des crédits via un outil dénommé «Gestion Locale du Budget » (GLB). Actuellement, GLB permet de rattacher les actions locales à une nomenclature nationale, facilitant ainsi la remontée d'information uniquement en ce qui concerne les crédits fléchés. Cette possibilité n'existe, cependant, pas pour les actions menées dans le cadre du PRAPS si bien que GLB ne peut pas être considéré comme un outil d'aide à la décision pour l'échelon régional et notamment les IASS chargés du suivi de la mise en œuvre du PRAPS.

Pour que GLB ne demeure pas simplement l'outil de suivi du PRAPS pour la DGS mais devienne véritablement un outil d'aide à la décision pour les services déconcentrés, il paraît souhaitable de réfléchir aux modalités d'étendre l'expérimentation menée actuellement par la DGS s'agissant des crédits fléchés. Cette extension implique de déterminer un référentiel commun au niveau national et de le faire ensuite valider par l'ensemble des coordonnateurs PRAPS.

b) Former les professionnels pour aider les porteurs de projets

Les actions menées dans le cadre des PRAPS ont souvent un caractère d'innovation fort. Il est donc nécessaire, avant de les reconduire, d'évaluer leur intérêt. L'amélioration de la qualité des projets requiert incontestablement des changements de mentalité, des évolutions dans les formations professionnelles des différents acteurs.

Le développement de la politique de santé sous forme de programmes, tels les PRAPS, fait appel à de nouvelles compétences. La dimension transversale de l'action, la coordination des institutions sur les bases contractuelles non hiérarchiques, la mobilisation des acteurs professionnels, des élus, des usagers et de la population nécessitent en effet des capacités d'animation et des aptitudes à mener des concertations impliquant un grand nombre d'institutions et de personnes. Il ne faut pas seulement, concevoir, il faut aussi expliquer et convaincre.

La formation actuelle des cadres de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités locales et plus généralement de l'ensemble des professionnels susceptibles de développer des projets de santé les prépare mal à répondre à ce type de besoins. Il convient de développer la formation initiale et continue à la conduite de projets et à l'évaluation. Actuellement, ces compétences ne sont pas suffisamment reconnues et identifiées.

La formation mise en place sous forme de trois sessions en octobre 2002, janvier et février 2003, en Picardie, au bénéfice notamment des correspondants de l'État et de l'Assurance Maladie répond à une demande. Elle témoigne de la nécessité de former les acteurs pour qu'ils puissent accompagner les porteurs de projets. Au nombre de quatre, les objectifs poursuivis visent à permettre aux professionnels de comprendre et d'appréhender les enjeux de santé publique, de travailler en réseau, de décrypter les logiques territoriales et stratégies d'acteurs, de maîtriser les principes et étapes de la conduite de projet ainsi que de savoir construire les outils de suivi et d'évaluation d'un projet.

Cette démarche montre toute l'importance à accorder à la formation des acteurs. Réunissant des professionnels aux profils variés, elle permet, en outre, un échange sur les pratiques et contribue ainsi à la construction d'une culture commune.

Si l'organisation actuelle rend difficile l'approche globale nécessaire pour faire face aux problèmes de prévention et d'accès aux soins des personnes les plus démunies, il faut également souligner le décalage existant entre les modalités actuelles de financement et les attentes des promoteurs.

3.1.2 Optimiser les ressources financières

A) Ouvrir l'appel à projets à d'autres financeurs

La cohérence du PRAPS avec d'autres dispositifs doit se manifester notamment par l'implication financière d'autres acteurs concernés. La multiplicité des correspondants locaux et des acteurs, qui en résulte, constitue à la fois une contrainte et une opportunité d'action de coordination.

La mise en œuvre du PRAPS de deuxième génération doit s'accompagner d'une amélioration de la connaissance des différentes politiques publiques, des dispositifs qu'elles proposent en matière de prévention et d'accès aux soins et des moyens financiers qu'elles octroient à ce titre. Cet approfondissement est indispensable dans le cadre d'un développement de partenariats permettant ainsi de mettre en place un guichet unique. Dans la perspective de la création d'un guichet unique, il convient, en effet, d'associer d'autres partenaires signataires ou non de la Charte régionale «Prévention et santé des populations» de février 1999 à l'appel à projets commun existant à l'heure actuelle entre État et l'Assurance Maladie.

L'évolution vers le guichet unique apparaît être un objectif réalisable car il n'implique ni perte des prérogatives de chaque institution, ni fongibilité des enveloppes budgétaires. Le co-financement du PRAPS ne signifie pas le co-financement de chaque action. Un partage du financement des différentes actions du programme entre les financeurs est incontestablement plus facile à gérer dans le montage des actions. Outre le FNPEIS, d'autres sources de financement peuvent être envisagées :

- les crédits des collectivités locales (ville, département, région),
- les fonds d'action sanitaire et sociale des CPAM,
- le fonds d'aide à la qualité des soins de ville,
- les crédits hospitaliers répartis par l'ARH,
- les crédits délégués par la MILDT au chef de projet départemental « drogues et dépendances ».

B) Offrir une meilleure lisibilité sur les financements pour les porteurs de projets

Afin d'améliorer la lisibilité sur les sources de financements au profit des porteurs de projets, la constitution d'un document répertoriant l'ensemble des sources de financements existantes permettrait de faciliter pour les porteurs de projets le recensement des partenariats et soutiens mobilisables, augmentant ainsi la faisabilité du projet. L'inventaire des ressources existantes permettrait également d'améliorer la réorientation des demandes. En effet, les promoteurs, dont le projet n'aurait pas été retenu, pourraient alors rechercher d'autres sources de financement.

Par ailleurs, la logique de l'annualité budgétaire ne correspond aux besoins pluriannuels résultant de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Il faut une certaine stabilité pour pouvoir organiser, innover, expérimenter et évaluer. Or, le PRAPS est présenté comme un levier pour favoriser la prise en compte des problèmes des populations en situation de précarité par le système sanitaire et social. Ainsi, pour chacune des actions financées, faut-il se demander comment elle pourra, à terme, être financée par les dispositifs de droit commun. C'est pourquoi, les promoteurs doivent pouvoir connaître les autres financements potentiellement mobilisables afin qu'ils puissent examiner suffisamment en amont de quelle manière le relais pourrait être pris.

Or, il ressort de mes différents entretiens avec les correspondants de l'Assurance Maladie qu'il existe, actuellement, pas de réelles alternatives pour les promoteurs lorsque leur demande de subvention est refusée ou n'est pas reconduite. Dès lors, l'inscription

dans le droit commun des actions menées dans le cadre du PRAPS c'est-à-dire faisant appel à des financements reconductibles apparaît peu réaliste.

Enfin, la nouvelle loi organique du 1er août 2001, relative aux lois de finances, qui porte en germe des logiques d'efficacité, de responsabilité et de transparence, doit se traduire dans le pilotage de nos administrations. Elle repose sur une logique très verticale d'identification des compétences et d'évaluation des politiques publiques. De ce point de vue, sa confrontation avec une logique plus horizontale, celle des territoires, constitue une interrogation majeure pour nos institutions : aux administrateurs, aux évaluateurs et aux politiques de mettre à profit le délai de trois ans que nous offre la loi organique pour proposer les solutions adaptées.

L'analyse des objectifs formulés par les responsables de projet dans le cadre des actions financées en 2000 et 2001 par le PRAPS de Picardie montre que, l'éducation pour la santé à mener auprès des usagers comme tout ce qui a trait à la constitution et au développement du réseau des acteurs constituent les axes majeurs de leur action. Il apparaît donc que l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins passe évidemment par une action forte directement auprès des usagers mais ne peut négliger l'amélioration de la structuration des actions.

3.2 AMÉLIORER LE SUIVI DES ACTIONS

Il est nécessaire d'identifier et de faire connaître les besoins locaux des populations aux professionnels pour favoriser leur participation et l'émergence de projets mieux ciblés.

3.2.1 Mieux accompagner les projets adaptés aux besoins locaux

Afin que la procédure d'appel à projets ne constitue pas un obstacle infranchissable pour les structures les plus petites, les plus fragiles, les moins professionnalisées ainsi que les acteurs isolés pourtant potentiellement porteurs d'idées, il apparaît opportun de renforcer les possibilités d'information et d'accompagnement financier ou méthodologique des «promoteurs modestes» afin de faciliter la conception, la négociation et la conduite de leurs projets.

A) Former les porteurs de projets à la conduite de projets

La mise en œuvre des programmes, tels que les PRAPS ou le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV), se traduit par des appels à projets qui s'efforcent de concerner le plus possible les acteurs de «terrain».

La gestion du temps est devenue, aujourd'hui, l'un des facteurs importants de l'organisation d'un projet. L'un des constats qui s'imposent reste probablement la difficile maîtrise de ce facteur. Vis-à-vis du temps, chacun a ses repères. Il constitue, cependant, une ressource importante au même titre que celles financières et matérielles. En effet, c'est d'abord, le temps des contacts, des négociations, puis le temps de la mise en œuvre et celui de la valorisation. A chaque étape, chaque acteur fait valoir ses exigences. Les calendriers très serrés comme les risques de décalage entre le prévisionnel et le réalisé renforcent, par conséquent, la nécessité de s'approprier la démarche de conduite de projet.

L'expérience acquise met en évidence qu'il arrive que des projets soient refusés car ils ne sont pas encore un degré d'élaboration suffisant. Les professionnels de terrain, par manque de temps mais aussi méconnaissance de différents aspects différents techniques ou administratifs, ne sont pas en mesure de proposer des projets répondant aux critères de recevabilité et de qualité. Cette situation résulte en partie de l'absence de l'appui logistique à l'élaboration de projet et à la gestion de projet. Or, la technique de l'appel à projets ne doit pas aboutir à écarter les structures les plus petites, les moins professionnalisées ainsi que les acteurs isolés potentiellement porteurs d'idées.

C'est pourquoi, il paraît primordial d'accompagner ces promoteurs par un soutien méthodologique renforcé afin de faciliter la conception, la négociation et la conduite de leur projet. Des formations actions à la conduite de projet, dont l'objectif vise à améliorer leurs capacités à conduire leurs actions, doivent, par conséquent, être proposées aux porteurs de projets.

Bien que le guide pratique du porteur de projet en Picardie mentionne la possibilité pour les porteurs de projets de solliciter un soutien pour la rédaction de la fiche projet, trop peu d'entre eux sollicitent une telle aide.

Le montage de ces formations peut prendre appui sur l'expérience menée en Picardie dans le cadre de l'appel à projet de l'État et Assurance Maladie. En effet, en octobre 2002 et en janvier et février 2003, les référents de l'État et de l'Assurance Maladie

ont bénéficié d'une formation en ce sens. Un des objectifs de cette formation a été notamment de leur permettre de maîtriser les principes et les étapes de la conduite de projet. Forts de cette expérience, ils peuvent apporter un appui méthodologique aux porteurs de projets. Cette formation destinée uniquement aux acteurs institutionnels pourrait être étendue aux porteurs de projets.

Cette formation peut prendre aussi la forme de journées régionales d'aide à l'écriture des projets, solution adoptée par le Comité Régional des Politiques de Santé de la Région Nord-Pas-de-Calais. Pour ce faire, il a sollicité le Comité Régional d'Éducation pour la Santé et la Maison Régionale de Promotion de la Santé pour l'organisation de cette formation. L'objectif poursuivi est non seulement de favoriser une culture commune tout en permettant aux porteurs de projets de mieux comprendre les enjeux des PRS et PRAPS mais aussi de proposer des repères techniques pour l'écriture des projets.

B) Aider les porteurs de projets dans l'évaluation de leur action

Le PRAPS est un outil nouveau dont l'utilité n'est pas toujours parfaitement perçue. L'évaluation peut être l'occasion de mobiliser les acteurs pour un apprentissage commun. Elle contribue, en outre, à améliorer la qualité des actions menées par les porteurs de projets. C'est pourquoi, pour permettre aux acteurs eux-mêmes de pouvoir procéder une évaluation, l'accompagnement méthodologique est indispensable.

L'étude sur les actions financées dans le cadre du PRAPS de Picardie a permis aux porteurs de projets d'exprimer les difficultés rencontrées. Ce suivi qualitatif a reposé sur une grille d'évaluation par action dont la vocation était double. Il s'est agi d'évaluer non seulement chaque action financée mais aussi le programme dans sa globalité.

Il ressort de cette étude que l'évaluation des actions, qu'il appartient aux promoteurs de mener, recouvre une réalité relativement hétérogène. La grande partie des évaluations sont des auto-évaluations qui se focalisent davantage sur l'évaluation des résultats que des processus, même si certains s'intéressent aux deux formes. Les outils les plus utilisés sont les tableaux de bord, puis les questionnaires et les réunions et enfin, les entretiens. Toutefois, les porteurs de projet ont été peu explicites tant sur la méthodologie d'utilisation de ces outils que sur l'adéquation entre les outils et les objectifs attendus de l'évaluation. A notre niveau, il est possible de prévoir un appui technique qui serait à disposition de ceux qui souhaitent en bénéficier. D'ailleurs, il se dégage des

entretiens avec les promoteurs qu'ils s'avèrent être très demandeurs d'une méthodologie en la matière.

La recherche d'une réelle démarche participative de la population anime, désormais, l'ensemble des politiques étudiées. Elle s'inscrit à tous les niveaux d'intervention à savoir lors de l'élaboration des projets ainsi que lors de la mise en œuvre des actions. Depuis quelques années, des efforts ont effectivement entrepris pour mieux associer les usagers à la prise de décision dans le domaine de la santé. C'est, effectivement, en agissant au plus près des habitants et avec eux comme acteurs que l'efficacité des actions pourra être améliorée.

3.2.2 Mieux associer les personnes concernées par les actions

Il est essentiel de rappeler également que l'élaboration et la mise en œuvre des PRAPS concernent les personnes en situation de précarité elles-mêmes. La participation des usagers est, par conséquent, un thème de travail essentiel pour le PRAPS. C'est pourquoi, il convient de définir précisément les modalités de leur implication dans les actions prévues ainsi que les moyens de développer des actions à leur initiative.

- A) Prévoir et organiser la participation de la population à l'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS

Dans le cadre de l'évaluation du PRAPS de Picardie de 1^{ère} génération plus particulièrement lors de l'étude sur les actions financées, les promoteurs ont eu la possibilité d'exprimer leurs difficultés rencontrées pour établir des contacts avec le public concerné par l'action. La principale difficulté exprimée par les porteurs de projets a trait à la mobilisation des bénéficiaires eux-mêmes. Le PRAPS s'adresse, en effet, à un public très démuné qui se heurte à des problèmes très concrets (absence de moyens de déplacements) ou plus difficile à cerner de prime abord (problèmes de compréhension, d'apprentissage et de communication). La situation très précaire dans laquelle se trouvent les bénéficiaires semble expliquer la difficulté à les sensibiliser, à les mobiliser et surtout à les «fidéliser».

La territorialisation des programmes de santé avec le soutien des initiatives locales et la participation des habitants sont incontestablement liés. Il reste dans ce domaine de gros efforts à réaliser même dans les régions qui ont le plus progresser sur ce terrain. Reconnaître au niveau régional un rôle stratégique d'orientation des politiques de santé,

c'est aussi fournir aux départements, communes, quartiers entreprises et habitants de la région le cadre de négociation, de gestion et de programmation de leurs propres actions en cohérence avec les priorités régionales. C'est pourquoi, il importe de reconnaître le savoir-faire des habitants, de respecter dans leurs manières de s'exprimer et dans leurs identités. Sur le plan pratique, il appartient aux IASS de prévoir leur participation dans toutes les instances où il est question de leur santé au niveau régional comme au niveau local.

Les mesures prises consistent, par conséquent, à prévoir leur représentation dans des instances tels des groupes de travail. Toutefois, pour que ces représentations n'aient pas un caractère formel, les professionnels et les usagers doivent avoir la possibilité d'acquérir une maîtrise suffisante des dossiers pour se forger leur propre opinion. La participation des habitants suppose, par conséquent, une connaissance de leur part des dispositifs ce qui implique au préalable une large communication des acteurs institutionnels. De même, il importe de provisionner les moyens matériels et financiers pour qu'ils puissent participer réellement à ces instances.

B) Susciter des projets locaux sur l'initiative des habitants

L'adaptation des politiques aux besoins locaux contribue donc à renouveler la réflexion et la pratique administratives et ouvre des perspectives nouvelles pour la conduite de l'action publique. Les usagers comme les habitants sont, désormais, effectivement considérés comme des acteurs à part entière dans la mise en œuvre des différents dispositifs. Cependant, cette volonté d'associer les habitants et usagers au processus de décision ne doit pas être qu'une simple déclaration d'intention.

Il faut reconnaître et valoriser la capacité d'initiative des individus, des non professionnels ainsi que leur capacité à mener des actions efficaces de promotion de la santé. Il paraît, en effet, important de favoriser l'émergence de ces réalisations en simplifiant le cheminement d'une idée ou d'un projet.

En tant qu'IASS, il est possible de prévoir un appui technique qui serait à disposition de ceux qui souhaitent en bénéficier. D'une part, à partir d'un recensement des initiatives locales émanant des habitants et relatives à la santé, un annuaire des initiatives locales pourrait ainsi être édité. D'autre part, pour encourager les initiatives individuelles dont la concrétisation en action ne nécessite qu'un modeste soutien financier, les modes de subvention pourraient être réaménagés. C'est pourquoi, pour les

actions inférieures à un certain montant, le dossier d'appel à projet serait simplifié, les délais de réponse et de versement seraient écourtés. Pour ce faire, une enveloppe régionale de crédits fléchée «participation des habitants» pourrait être envisagée.

CONCLUSION

Élaborés en 1999 en application de l'article L 1411-5 du CSP, les PRAPS de 1^{ère} génération sont arrivés à échéance fin 2002. Ils s'avèrent être un outil de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion. Ils s'inscrivent, par conséquent, dans une logique de territorialisation des politiques publiques.

Cette approche par les besoins des plus démunis fait prendre conscience des risques de création de nouvelles inégalités par la complexité croissante du système, qui dans ses progrès, défavorise les personnes les plus éloignées du système de soins et de prévention.

L'évaluation des PRAPS de 1^{ère} génération a permis d'apprécier l'impact du dispositif et d'en mesurer son efficacité. Elle constitue, par conséquent, un outil d'aide à la décision permettant d'améliorer le dispositif. Les PRAPS de 2^{ème} génération devront, par conséquent, s'accompagner, dans leur mise en œuvre, d'une amélioration de la connaissance des différentes politiques publiques, des dispositifs qu'elles proposent en matière de prévention et d'accès aux soins et des moyens financiers qu'elles octroient à ce titre.

L'ambition affichée de cette rencontre entre politiques sociales, santé publique et aménagement du territoire est de répondre efficacement mais aussi équitablement aux besoins en réduisant les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Cela suppose que soient relevés des défis et que des conditions soient remplies. Tout d'abord, il s'agit de parvenir à réaliser la mutation culturelle inhérente au fonctionnement en réseaux et aux partenariats. En effet, les PRAPS imposent des collaborations entre public et privé, des articulations entre hôpitaux et médecine de ville ainsi qu'entre sanitaire et social.

Ensuite, l'offre de proximité de droit commun doit être maintenue à tout moment et en tous lieux et plus particulièrement dans les espaces fortement marqués par la pauvreté. Or, les perspectives semblent défavorables compte tenu notamment des fermetures d'établissements hospitaliers, des menaces de disparition de cabinets médicaux ruraux pour cause de démographie médicale, des difficultés à assurer la continuité du service en milieu urbain renforcées par la crainte de l'insécurité.

Enfin, les moyens financiers à hauteur des ambitions et de leurs exigences opérationnelles doivent être dégagés.

Si ces défis s'avèrent être ne pas être relevés et ces conditions non remplies, les PRAPS ne sauront, en définitive, que la caution d'une planification qui creusera les différenciations entre territoires et renverrait à la question posée par le polycentrisme maillé¹⁵ c'est-à-dire celle du risque d'un aménagement du territoire allant plus du côté de la performance que de l'équité.

¹⁵ DATAR, *Aménagement la France de 2020. Mettre les territoires en mouvement*, Paris, 2000, La Documentation française.

Bibliographie

I. TEXTES LÉGAUX ET RÉGLEMENTAIRES :

- Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (notamment dans son article 71).

- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

- Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et qualité du système de santé.

- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).

- Circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98-568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique PRAPS.

- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité.

- Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

- Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n°2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

- Circulaire DGS/SD6D n° 2001-396 du 3 août 2001 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

- Circulaire DGS n°2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

- Circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes précaires.

II. OUVRAGES :

- FLEURET S., SÉCHET R., *La Santé, les soins et les territoires - Penser le bien-être*. Presses Universitaires Rennes, Rennes, novembre 2002. 236 p.

III. PÉRIODIQUES :

- «Rapport annuel de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion ». *La Gazette des communes-des départements-des régions, Collection Documents*, 29 avril 2002, cahier n° 3-17/1643, pp 275-281.

IV. RAPPORTS INSTITUTIONNELS :

- *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, rapport du Haut Comité de la Santé Publique, Éditions ENSP, 1998, 410 pages.

- *Premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions*, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°2000-075 présenté par Mmes Laure de la Breteche, Blanche Guillemot et M. Michel Thierry, Éditions La Documentation française, Paris, 2000, 173 pages.

- *Aménagement la France de 2020. Mettre les territoires en mouvement*, DATAR , Paris, La Documentation française, 87 pages.

- *La Santé en France 2002*, rapport du Haut Comité de la Santé Publique, Éditions La Documentation française, Paris, février 2002, 410 pages.

- *Politiques sociales et territoires*, Rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Éditions La Documentation française, Paris, 2002, 202 pages.

- *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*, Rapport du groupe de travail présidé par le Docteur Jacques Lebas, Les Éditions de la DIV, août 2002, 54 pages.

V. AUTRES DOCUMENTS :

- Synthèse des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation précaire, Direction Générale de la Santé, Sous-direction Santé et Précarité, mai 2001, 109 pages.

- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2000-2001-2002, région Picardie, 38 pages.

- Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002, 79 pages.

- Analyse des actions 2000 et 2001 financées dans le cadre du PRAPS de Picardie, novembre 2002, 98 pages.

- Schéma Régional d'Éducation pour la Santé -Picardie- 2003-2007, décembre 2002, 23 pages.

- Programme Régional d'Assurance Maladie 2003, région Picardie, 40 pages.

VI. SITES INTERNET :

- <http://www.sante.gouv.fr>

- <http://www.ville.gouv.fr>

- <http://www.datar.gouv.fr>

- <http://www.ensp.fr>

- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

- <http://www.prspicardie.org>

Liste des annexes

ANNEXE 1: Carte “La Picardie: typologie en six classes” (in Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002)

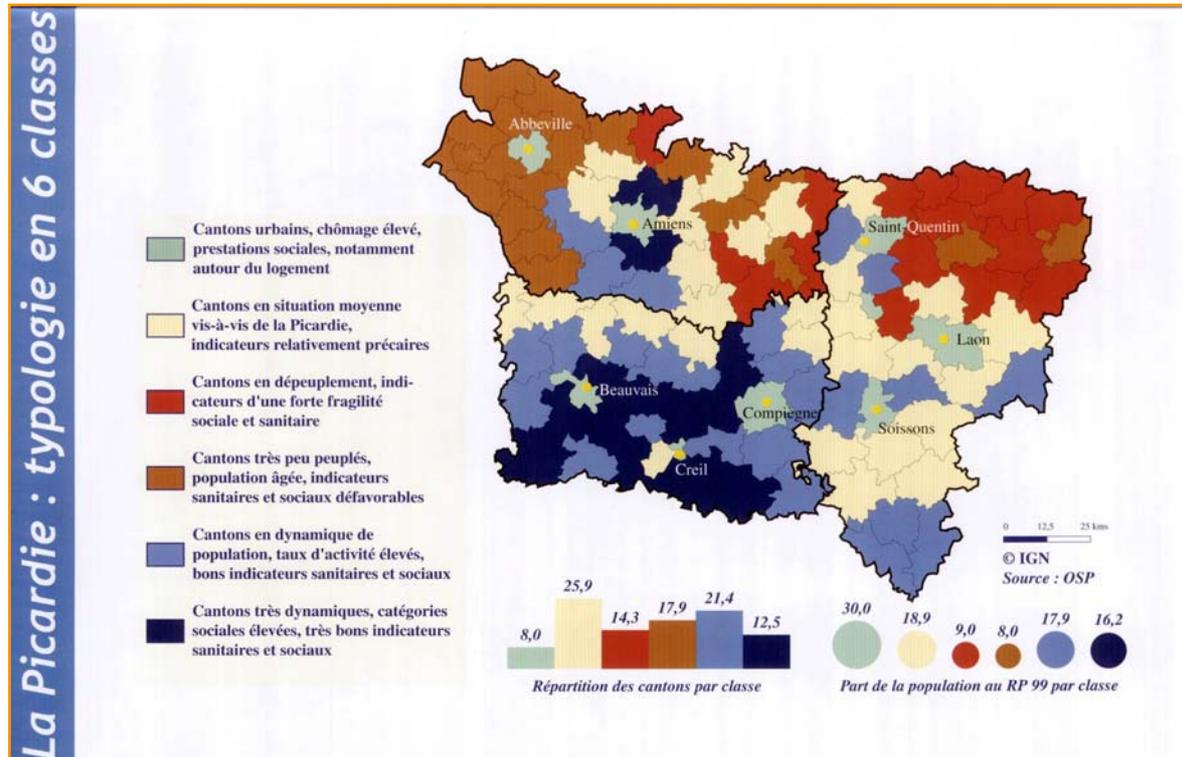
ANNEXE 2: Carte de l’Aisne

ANNEXE 3: Carte de l’Oise

ANNEXE 4: Carte de la Somme

ANNEXE 1

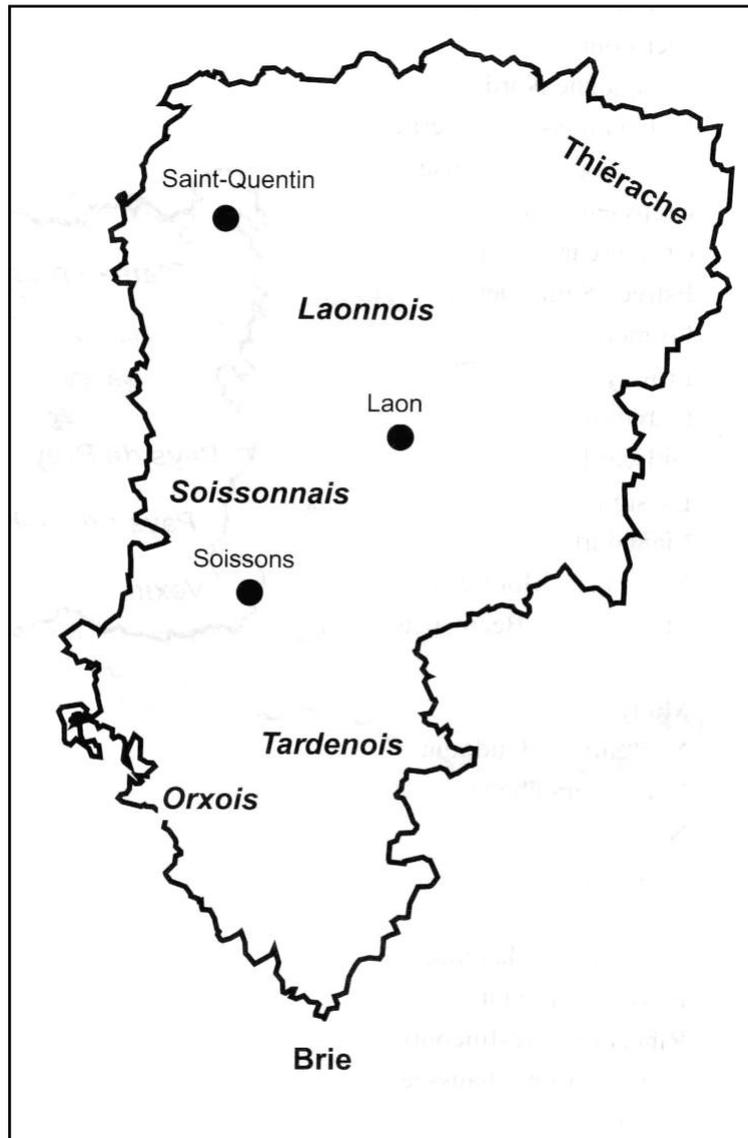
CARTE DE LA PICARDIE¹⁶



¹⁶ Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002

ANNEXE 2

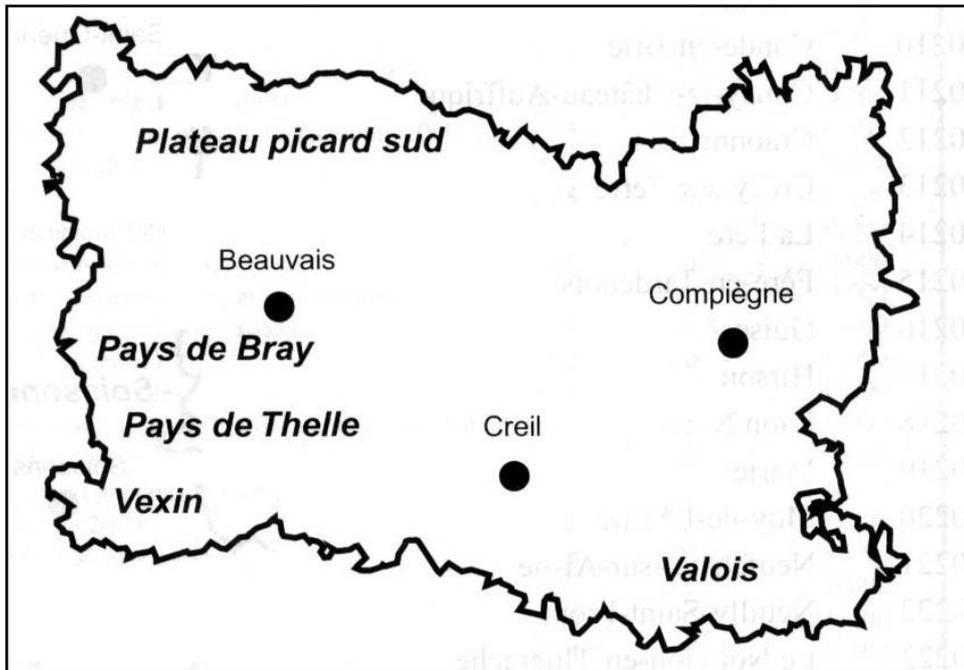
CARTE DU DEPARTEMENT DE L' AISNE¹⁷



¹⁷ Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002

ANNEXE 3

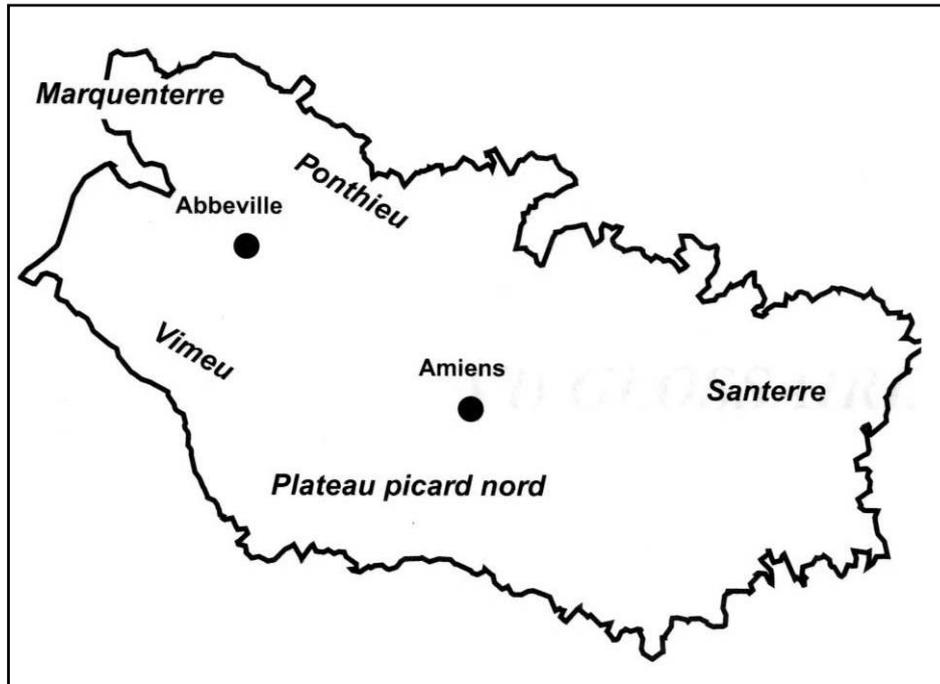
CARTE DU DEPARTEMENT DE L'OISE¹⁸



¹⁸ Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002

ANNEXE 4

CARTE DU DEPARTEMENT DE LA SOMME¹⁹



¹⁹ Inégalités cantonales en matière sanitaire et sociale, région Picardie, Observatoire Social de Picardie, n°5 bis, août 2002