



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**« HARMONISATION DES POLITIQUES DE
PREVENTION. A PARTIR DE LA PREVENTION
ENVERS LES PERSONNES AGEES EN REGION
NORD-PAS-DE-CALAIS. »**

– Groupe n° 13 –

- Aurélia AEBISCHER
- Fabrice DECOURCELLES
- Thérèse DELATTRE
- Séverine LABOUE
- Malik LAHOUCINE
- Justine LEIBIG
- Hélène NOIR
- Stéphane REYNAUD
- Christiane RUCK

Animatrice

Marguerite-Marie DEFEBVRE

Sommaire

Remerciements

Liste des sigles utilisés

Méthodologie adoptée

Introduction

1	Les atouts de la région Nord-Pas-de-Calais pour parvenir à mener une politique harmonisée en matière de prévention.....	4
1.1	Un ancrage historique de la prévention en Nord-Pas-de-Calais.....	4
1.1.1	Un consensus large sur les priorités.....	4
1.1.2	L'importante contribution de l'assurance maladie.....	5
1.1.3	Une nouvelle dynamique qui réunit l'assurance maladie et les autres acteurs.....	5
1.2	De nombreux acteurs impliqués dans la politique de prévention auprès des personnes âgées.....	5
1.3	Les outils de l'harmonisation : un atout pour le futur.....	6
1.3.1	Les outils de mise en cohérence des dispositifs de planification.....	6
1.3.2	Les outils de coordination entre les acteurs.....	7
1.3.3	Le GRSP et le PRSP : un outil polyvalent.....	8
2	L'harmonisation des politiques de prévention se heurte à des obstacles polymorphes.....	10
2.1	Une nébuleuse d'acteurs et de plans.....	10
2.1.1	La multiplicité des décideurs de la politique de prévention et de leurs territoires d'action.....	10
2.1.2	La segmentation interne des acteurs.....	11
2.1.3	La diversité des porteurs de projets.....	11
2.1.4	L'incrémentalisme des plans et programmes de prévention.....	11
2.1.5	Le risque de doublons.....	12
2.2	Entre complémentarité et discordance des intérêts respectifs.....	12
2.2.1	Une détermination des priorités qui répond à des logiques différentes.....	12
2.2.2	L'inadéquation entre le temps politique et le temps de la prévention.....	13
2.2.3	La déconnexion entre les collectivités locales et les autres acteurs suite aux lois de santé publique de 2004 – une situation propre au Nord-Pas-de-Calais ...	13
2.2.4	Une stratégie d'information et de communication déficiente.....	13
2.3	Un impact financier difficile à cerner.....	14

2.3.1	Une opacité et un enchevêtrement des modalités de financement.....	14
2.3.2	Un financement de la prévention restreint au regard des enjeux	14
2.3.3	Un système de financement ne permettant pas de pérenniser les actions.....	15
3	Propositions pour l'harmonisation des politiques de prévention envers les personnes âgées.....	16
3.1	L'amélioration de la visibilité des dispositifs de prévention envers les personnes âgées nécessite la création d'une « grille-répertoire » recensant l'ensemble des actions des acteurs.....	16
3.1.1	Le constat d'une communication déficiente.....	16
3.1.2	... incite à la création d'un outil efficient d'information	16
3.1.3	L'information et son suivi : un leitmotiv incontournable.....	17
3.2	L'harmonisation des politiques de prévention suppose la désignation d'un chef de file.....	17
3.2.1	De la nécessité de la désignation d'un chef de file....	17
3.2.2	...au débat sur la légitimité du lauréat	17
3.2.3	Le GRSP, chef de file de la politique d'harmonisation de la prévention envers les personnes âgées.....	18
3.3	Les missions du GRSP, chef de file de la prévention à destination des personnes âgées.....	18
3.3.1	Eviter la balkanisation des moyens : faire du GRSP le guichet unique des financeurs et de la gestion des appels à projet.....	18
3.3.2	Délimiter le territoire régional : le nécessaire choix de la proximité.....	19
3.3.3	Conforter les investissements et les actions entreprises par la mise en place et la systématisation d'une politique d'évaluation	20
3.3.4	Valoriser et utiliser les ressources locales existantes.....	20
	Conclusion.....	21
	Bibliographie	23
	Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

R e m e r c i e m e n t s

Le groupe souhaite remercier le Docteur Marguerite-Marie Defebvre pour sa présentation claire des enjeux du sujet ainsi que pour sa disponibilité tout au long du déroulement de notre travail.

Nous tenons enfin à remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont bien voulu nous sacrifier un peu de leur temps pour parler de leur métier et de leur vision de la prévention.

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
CARMI : Caisse régionale de la sécurité sociale dans les Mines
CCAS : centre communal d'action sociale
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG : Convention d'objectif et de gestion
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CRS : Conférence régionale de santé
CTRI : Comité technique régional et interdépartemental
CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNASS : Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
GRSP : Groupement régional de santé publique
INTERREG : Programme interrégional d'initiative communautaire
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
NPDC : Nord-Pas-de-Calais
PAPA : Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées
PRAM : Programme régional de l'assurance maladie
PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Programme régional de santé
PRSP : Plan régional de santé publique
PRSP/PA : Plan régional de santé publique/ volet personnes âgées
PSGA : Plan solidarité grand âge
PTS : Programme territorial de santé
SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire
URMEL : Union régionale des médecins libéraux
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

Méthodologie adoptée

L'atelier n° 13 du module interprofessionnel de santé publique, « **harmonisation des politiques de prévention. A partir de la prévention envers les personnes âgées en région Nord-Pas-de-Calais** », s'est réuni à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes du 3 au 16 mai 2007. Il a rassemblé des professionnels de différents horizons : deux élèves directrices des soins, deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, deux élèves directeurs d'hôpitaux et trois élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux.

Animé par Marguerite-Marie Defèbvre, médecin inspecteur régional à la DRASS du Nord-Pas-de-Calais, l'atelier a adopté une méthodologie propre, guidée par deux préoccupations majeures : répondre le mieux possible à la problématique définie et mener un travail en totale « **interfiliarité** ».

Les outils méthodologiques utilisés sont de deux ordres : **travail bibliographique** et **entretiens semi directifs**¹. Les documents étudiés sont en grande majorité des documents institutionnels², dont la plupart se trouvaient dans le dossier initial de 302 pages remis aux participants par l'animatrice. Des ouvrages d'analyse, des travaux académiques et des références méthodologiques ont aussi été employés³. Les entretiens, eux, ont été menés par téléphone ou en vis-à-vis, sur la base d'une **grille de questions** commune (mais adaptée pour chaque interviewé) par des **binômes** de participants, dans le respect de l'**interfiliarité**.

Ainsi, la méthodologie utilisée par l'atelier n° 13 lors du module interprofessionnel de santé publique peut être déroulée comme suit :

En premier lieu, un échange entre les participants avant l'arrivée de l'animatrice a permis une prise de contact et un aperçu du positionnement professionnel de chacun.

¹ La bibliographie est dans le rapport et la liste des entretiens menés est présentée en annexe.

² Cf. bibliographie.

³ Cf. bibliographie.

Ensuite, une présentation PowerPoint de l'animatrice a été l'occasion d'un exposé du contexte et des spécificités régionales et d'une explicitation de la commande, de la formulation de la problématique. Une définition claire des concepts, par le groupe, a suivi. Il a alors été décidé, après sélection des sources pertinentes et délimitation du champ de l'investigation (cf. introduction), d'une répartition du travail à mener, qui s'étendait sur l'ensemble des politiques de prévention envers les personnes âgées en Nord-Pas-de-Calais. Ainsi, quatre groupes de deux ou trois participants issus de filières différentes ont été chargés d'analyser chacun quatre dispositifs, à travers l'étude des documents existants. Une **grille commune** a été élaborée pour que les dispositifs soient analysés selon les mêmes critères (financement, actions, prise en compte d'autres dispositifs, etc.). **Dans le même temps, les entretiens ont été réalisés par groupes de deux, en veillant à ce que deux personnes de la même filière ne soient jamais dans le même groupe d'entretien.** De manière générale, l'un des participants menait l'entretien, alors que l'autre retranscrivait les propos de l'interviewé. Le choix des personnes à contacter s'est fait sur la base des contacts pris préalablement par l'animatrice du groupe, et à partir des personnes-ressources indiquées par les interviewés. Pour autant, nous avons veillé à une certaine représentativité du panel interrogé, **en cherchant nous même d'autres entretiens à réaliser.** Il nous semblait en effet important de contacter des acteurs aux niveaux régionaux et départementaux (DRASS et DDASS, mais aussi départements et région) et les financeurs principaux au niveau national (assurance maladie et Etat, par l'intermédiaire de la CNSA). Ces derniers acteurs n'ont finalement pas pu être interviewés, pour des raisons indépendantes de notre volonté (manque de disponibilité des interlocuteurs, annulations d'entretiens de leur fait). Les entretiens, réalisés sur la base d'une grille commune⁴, ont donné lieu à une retranscription écrite transmise à chacun des participants, mais aussi – et ceci a constitué un élément important pour l'appropriation par chacun des enjeux du sujet – à une restitution orale devant l'ensemble du groupe, mettant en avant les points saillants de l'entretien, et permettant de resituer l'interviewé dans son jeu d'acteur.

Au cours de la seconde semaine d'atelier, nous avons commencé à réfléchir à la structure de notre argumentation. Pour cela, il nous a paru important de remettre au centre du débat la problématique initiale pour vérifier qu'elle restait inchangée et pertinente. Ensuite, nous avons mis en commun nos travaux dans le cadre de l'atelier, et nos expériences professionnelles, pour définir les lignes de force de notre réponse à la problématique. De là, il nous a été possible de construire un plan pour le rapport qui suit. Chaque groupe a ensuite précisé les éléments à apporter dans chaque partie sur les

dispositifs de prévention qu'il avait étudié, et les propositions finales ont été discutées ensemble. Le débat a été très enrichissant, notamment lorsqu'il s'est agi de désigner le « chef de file idéal de la prévention en faveur des personnes âgées », **et le travail en interfiliarité a pris tout son sens, puisque chacun a apporté une contribution à la discussion avec son point de vue professionnel. Au final, les mesures préconisées résultent d'un consensus entre les membres de l'atelier.**

La rédaction du rapport s'est ensuite faite en groupes, constitués en tenant compte non seulement de notre volonté de travail en interfiliarité, mais aussi dans **le but de rassembler dans chaque groupe de rédaction des personnes ayant travaillé sur des dispositifs différents lors de la première phase de l'étude**. Nous avons veillé à intégrer dans le rapport tant les informations issues des documents et de l'étude bibliographique que celles issues des entretiens.

Au final, nous avons tenté de respecter nos deux buts initiaux : réponse constructive à la problématique et interfiliarité. Répondre à ces objectifs nous a apporté beaucoup d'éléments positifs pour l'exercice de nos professions, en nous permettant d'exercer notre analyse et notre sens critique et en apprenant à travailler ensemble.

⁴ Exemple de grille en annexe.

Introduction

Enoncée comme la première priorité parmi les cinq grandes orientations définies par Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, la **prévention** s'impose de plus en plus comme un **réel enjeu de santé publique**. En effet, si au cours de ces dernières années la santé a connu des progrès considérables en favorisant l'espérance et la qualité de la vie, l'importance de la mortalité « prématurée » et l'inégalité sociale devant la santé nécessitent de poursuivre plus avant les actions de prévention. Sur les 150 milliards d'euros environ consacrés chaque année aux soins, seuls 3 milliards d'euros sont destinés à la prévention. Pour le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie il importe alors de « promouvoir le souci de la performance dans l'emploi des moyens consacrés à la prévention »⁵.

Dans la **région Nord-Pas-de-Calais**, la plus souvent classée en **dernière position** au niveau des **indicateurs de santé** et où les conditions socio-économiques de la population retentissent sur son état de santé, le développement d'une politique de prévention est primordiale. Bien que cette région soit la plus jeune de France, les **personnes âgées** de plus de 60 ans y représentent tout de même plus de **700 000 personnes**. En établissement de court séjour, un tiers des lits de médecine sont occupés par des personnes âgées de plus de 75 ans et de plus en plus dépendantes (60 % des personnes sont classées en GIR 1 à 4). Parmi la population des personnes âgées de plus de 60 ans, 7,5 % d'entre elles bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), dont 76 % vivent à domicile.

Cette situation épidémiologique a conduit le Programme Régional de Santé Publique (**PRSP**) de la région Nord-Pas-de-Calais à développer un **volet personnes âgées** dans ses orientations de santé et à approfondir la démarche préventive initiée depuis de nombreuses années dans les différents territoires. La région Nord-Pas-de-Calais et les départements du Nord et du Pas-de-Calais se sont en effet engagés au-delà de leurs compétences légales dès les années 1980 dans le champ de l'amélioration de la santé des habitants. En 1988, une maison régionale de promotion de la santé a été créée et a concentré son action sur la prévention, dans une **démarche partenariale élargie** au fur et à mesure avec l'Etat, l'assurance maladie, les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs de santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁵ extrait du Rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de 2004

réaffirme aujourd'hui le niveau régional comme le niveau optimal d'impulsion et de coordination de la politique de santé publique.

L'élaboration de son deuxième PRSP devrait amener les acteurs de santé de la région Nord-Pas-de-Calais à **s'interroger sur l'harmonisation possible des politiques de prévention du vieillissement**. La prévention en faveur des personnes âgées bénéficie en effet d'un **dispositif législatif et réglementaire important** complété par de **nombreux plans nationaux** établis pour lutter contre les pathologies spécifiques ou des thématiques liées à la vieillesse. A l'échelon régional, la politique de prévention est orchestrée par de **multiples acteurs nationaux, régionaux, départementaux et même locaux** qui selon leurs missions respectives l'organisent et la financent différemment, en fonction de calendriers variables. Pour autant, le **champ de la prévention** du vieillissement est-il couvert dans son ensemble et dans tous les **territoires** ?

Il importe à ce stade de définir la notion de prévention. Selon le dictionnaire d'épidémiologie⁶, « la prévention est l'ensemble des actions destinées à prévenir l'ensemble des maladies et leurs complications ». Il existe trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire correspond à tout acte destiné à diminuer l'incidence des maladies (sujet non atteint, à risque notamment) ;
- la prévention secondaire correspond à tout acte destiné à réduire la durée de la maladie ou son évolution (les traitements en particulier) ;
- la prévention tertiaire correspond à tout acte destiné à diminuer la prévalence des incapacités chroniques (réadaptation notamment).

Par prévention il sera entendu dans ce mémoire l'ensemble des actions destinées à **prévenir les conséquences du vieillissement**, quelque soit le niveau. L'objet sera ici l'analyse de l'action des décideurs de santé publique, à l'exclusion des porteurs de projet. Cette analyse se placera dans un cadre régional.

Il s'agira de déterminer si, dans un contexte économique contraint et compte tenu de l'importance numéraire grandissante des personnes âgées, la multiplicité des outils et des acteurs de prévention telle qu'elle est actuellement organisée permet le développement d'une politique de prévention efficace qui **promeut le « bien vieillir »**. Pour le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, il ne peut en effet y avoir de prévention efficace « s'il n'y a pas de continuité..., suivi du patient, coordination des

⁶ A. Leclercq, L. Papoz, G. Bréart, J. Lellouch, *Dictionnaire d'épidémiologie*, éditions Frison-Roche, 1990

intervenants, formation spécifique des professionnels et évaluation des résultats »⁷. Il s'agira également d'appréhender dans quelle mesure la **mise en cohérence de ces dispositifs** est envisageable. Comment promouvoir une **meilleure lisibilité** des différentes actions de prévention du vieillissement dans le cadre du groupement régional de santé publique (GRSP) et dans les autres cadres existants ?

De **véritables atouts** ont mis en évidence une empreinte forte de prévention dans la région Nord-Pas-de-Calais (1.1), l'implication de nombreux acteurs (1.2), des outils au service de la coordination et de la coopération (1.3). Néanmoins, la multitude des décideurs et la juxtaposition des plans (2.1) aux enjeux différents (2.2) constituent un **frein à l'harmonisation** des politiques de prévention, entravée par les financements opaques et non pérennes (2.3). Une évolution est toutefois envisageable grâce à l'**amélioration** de la visibilité des dispositifs de prévention envers les personnes âgées par le biais d'une « **grille répertoire** » (3.1). Elle suppose la désignation d'un **chef de file** (3.2) qui pourrait être le **GRSP** (3.3).

⁷ extrait du Rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de 2004

1 Les atouts de la région Nord-Pas-de-Calais pour parvenir à mener une politique harmonisée en matière de prévention

La prévention, en région Nord-Pas-de-Calais, est inscrite depuis longtemps dans les priorités (1.1). Ainsi, de nombreux acteurs sont impliqués dans la prévention à destination des personnes âgées (1.2). Cette tradition de prévention a conduit au développement d'un certain nombre d'outils d'harmonisation des politiques (1.3).

1.1 Un ancrage historique de la prévention en Nord-Pas-de-Calais

1.1.1 Un consensus large sur les priorités

Dans le Nord-Pas-de-Calais, une dynamique déjà ancienne en matière de santé publique a fait naître, en 1983, le comité consultatif régional de promotion de la santé. Celui-ci a réuni les principaux acteurs concernés par l'amélioration de la santé.

La régionalisation de la politique de santé a été légalisée par les ordonnances de 1996. Elle a permis de mettre en adéquation l'analyse des besoins et de définir des priorités de santé locales au sein des Conférences régionales de santé (CRS). Les Programmes régionaux de santé (PRS), issus de certaines priorités de santé, ont été **construits selon un consensus** entre Etat, Région, Département, Assurance Maladie, URMEF, URCAM et CRAM. Les priorités ont été successivement le PRS cancer, le PRS santé cardiovasculaire, le PRS conduite de consommation à risque, le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), le PRS Santé enfants et jeunes, le PRS santé et environnement pour arriver au PRS santé et travail en 2000. Pour la période 2000-2006, 36 millions d'euros ont été négociés dans le cadre d'un Contrat de Plan Etat – Région.

Les principes retenus pour chaque **PRS, véritable outil de santé publique** sont :

- la volonté d'agir pour améliorer l'état de santé de la population ;
- la mobilisation et la coordination de tous les acteurs ;
- une démarche méthodologique rigoureuse.

Dès 2001, la mise en œuvre des PRS ne peut se concevoir que par une **déclinaison territoriale**, appelés programmes territoriaux de santé (PTS – la région Nord-Pas-de-Calais est découpée en 15 PTS). La construction de ces PTS a associé population, professionnels de la santé, Etat, Conseil régional, Conseils généraux et organismes de sécurité sociale. Les actions des PTS sont coordonnées avec les autres politiques locales, notamment la politique de la ville, et promeuvent une lisibilité pour les opérateurs par une simplification des circuits d'information des projets à financer.

1.1.2 L'importante contribution de l'assurance maladie

L'assurance maladie est un autre partenaire impliqué de longue date dans la prévention. Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), fonds spécialisé de l'assurance maladie, a augmenté de 350 % sa contribution à la prévention entre 1999 et 2004. L'assurance maladie est le troisième financeur dans le cadre de l'appel à projet PRS.

Elle a également, avec l'assurance vieillesse, orienté des actions vers les personnes âgées et construit le plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA). Les thèmes régionaux pour le PAPA sont la poly-médication et la sortie d'hospitalisation.

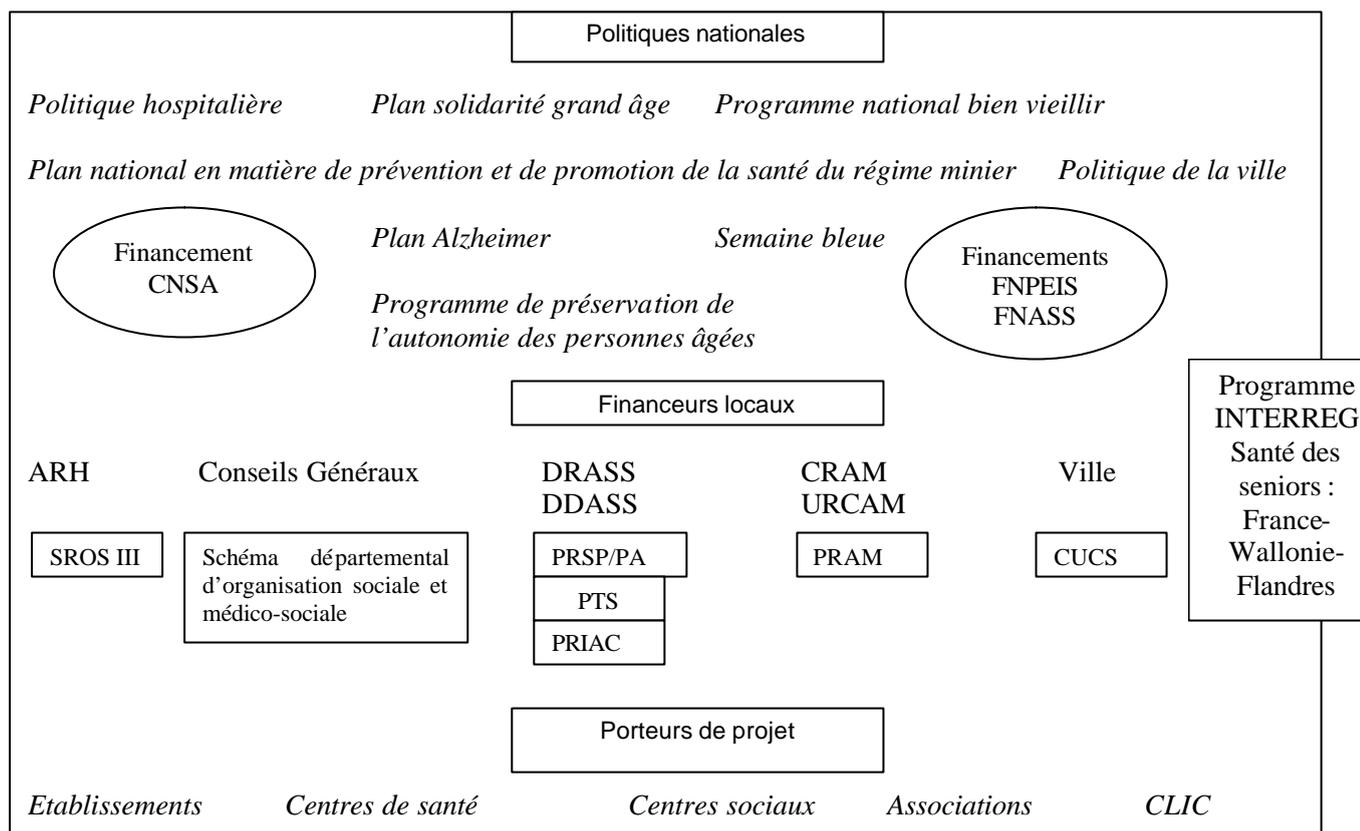
1.1.3 Une nouvelle dynamique qui réunit l'assurance maladie et les autres acteurs

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donné **une nouvelle impulsion à la politique de prévention** en instituant un Haut Conseil de la santé publique. Celui-ci produit un rapport d'analyse des problèmes de santé et des facteurs susceptibles de l'influencer. La politique de santé a été définie par la loi du 9 août 2004 selon des objectifs pluriannuels, définis tous les 5 ans. Son annexe comprend 100 objectifs déclinés en 5 plans d'actions nationaux pour les années 2004 – 2008.

Au niveau régional, la politique de santé publique, définie par le représentant de l'Etat après avis de la CRS, est énoncée dans un **PRSP**. Pour la mise en œuvre des programmes et des actions pluriannuels, le préfet s'appuie sur le GRSP. Afin d'assurer une cohérence régionale, le schéma d'organisation sanitaire (national) de troisième génération (SROS) prévoit la **prise en compte des objectifs du PRSP et l'obligation d'un volet gériatrie**. La région Nord-Pas-de-Calais fait figure de pionnière, puisque les plans nationaux pour la loi du 9 août 2004 ont été anticipés. Ainsi les PRS sont poursuivis jusqu'à leur terme (2006).

Dans la région, l'élaboration du PRSP II a abouti à la proposition d'actions tenant compte des besoins mis en évidence, des PRS et PTS. D'autres thèmes non encore abordés sont apparus importants, comme la santé des personnes âgées.

1.2 De nombreux acteurs impliqués dans la politique de prévention auprès des personnes âgées



1.3 Les outils de l'harmonisation : un atout pour le futur

Des outils concrets d'harmonisation des politiques de prévention existent déjà dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit soit d'outils qui ont été développés dans le champ de la prévention auprès des personnes âgées, qui mériteraient d'être étendus ou rapprochés les uns des autres ; soit d'outils qui sont issus des politiques de prévention menées dans d'autres domaines, susceptibles d'être pris comme modèle pour l'harmonisation des actions de prévention du vieillissement.

Si l'on bâtit une typologie de ces outils existants en matière de coopération, il apparaît que l'on peut distinguer les outils permettant une coordination des plans/schémas/programmations (1.3.1) et les outils qui touchent à la coordination des acteurs (1.3.2). Les récents PRSP et GRSP aspirent, eux, tant à la coopération entre acteurs qu'à la cohérence des dispositifs (1.3.3).

1.3.1 Les outils de mise en cohérence des dispositifs de planification

En premier lieu, l'harmonisation peut s'envisager par l'intermédiaire d'une prise en compte du contenu des politiques prévues à un échelon dans les programmes mis en place à d'autres niveaux. Quelques dispositifs existent déjà dans la région Nord-Pas-de-Calais et contribuent à cette articulation.

Ainsi, les **chartes et les Vade-mecum**, quand ils sont effectivement suivis, permettent une cohérence des différents plans et programmes en matière de prévention. Dans ce cadre, la charte des PRS a été adoptée. Elle précise que tout projet d'action mené au titre d'un PRS doit *«partir de l'existant et en tenir compte ; agir de façon globale ; associer systématiquement la population ; ouvrir le partenariat ; agir en s'adaptant aux réalités ; décliner l'action dans sa durée »*. La charte elle-même, mais aussi la volonté de prise en compte de l'existant, oeuvrent pour l'harmonisation en matière de prévention. Si les PRS, remplacés par le PRSP, n'existent plus en tant que tels, les PTS, eux, sont prolongés. Ainsi, le *Vade-mecum* du programme territorial de santé, adopté en 2001, est toujours d'actualité. Validé par les membres du comité régional des politiques de santé, il met en place l'articulation entre la politique régionale de santé et sa déclinaison territoriale et les autres politiques locales (notamment le volet santé de la politique de la ville). Enfin, les collectivités (région et deux départements), même si elles ne sont pas adhérentes au GRSP, ont élaboré une charte pour veiller à la coordination de leur action avec celle du groupement régional.

Ensuite, la dynamique de reprise, dans un schéma ou un plan élaboré à un échelon territorial inférieur, d'éléments d'un programme plus vaste, contribue également à rendre possible une harmonisation verticale des politiques de prévention. C'est par exemple le cas de la **reprise dans le volet personnes âgées du PRSP du plan national bien vieillir**. Ce volet du PRSP s'intitule d'ailleurs « programme régional bien vieillir en Nord-Pas-de-Calais ».

Enfin, certains interviewés estiment que l'**opposabilité** d'un plan ou d'un schéma, à l'œuvre dans d'autres domaines de l'action locale, reste la meilleure manière de garantir une harmonisation verticale des politiques.

1.3.2 Les outils de coordination entre les acteurs

Si l'harmonisation peut se faire au travers du contenu des plans, elle peut aussi être réalisée grâce à une coordination entre les acteurs des différentes politiques.

Ainsi, la mise en place de **groupes de travail** et de **réunions élargies**, rassemblant tous les acteurs de la prévention auprès des personnes âgées, est vue comme positive. Plusieurs interviewés confient leurs espoirs dans la réunion prévue le 25 mai 2007 avec les différents acteurs, tant en termes de communication et d'information que pour mettre en place de nouvelles coordinations. Mais il faut garder en mémoire les moyens limités des collectivités et leur impossibilité d'être représentées à l'ensemble des réunions, soulignée dans les entretiens.

De la même manière, certains interviewés font eux-mêmes le lien entre deux politiques. On peut les qualifier d'**« acteurs pivots »**, par exemple entre la politique

nationale – et sa déclinaison locale – du régime minier et le volet personnes âgées du PRSP. Carole Clavier souligne d'ailleurs l'importance de ces acteurs pivots et insiste sur la place essentielle que tenaient les coordonnateurs régionaux de chaque PRS⁸.

La technique des «**secrétariats communs**» à différentes instances participant à la même manifestation, comme celui effectué par la DDASS du Pas-de-Calais dans le cadre de la Semaine Bleue, répond à la même logique.

En outre, certains acteurs respectent des **clefs de répartition**, précisant leurs domaines d'intervention respectives : ainsi, la CRAM est chargée des actions de prévention en direction des personnes des GIR 5 et 6 (les moins dépendantes), alors que les conseils généraux agissent auprès des personnes de GIR 1, 2, 3 et, depuis 2002, de GIR 4.

D'autres facteurs influencent positivement la capacité d'harmonisation des politiques de prévention : ainsi, la conférence régionale de santé et le comité régional des usagers ont tous deux été amenés à donner un **avis** tant sur le PRSP que sur le SROS, et ont donc pu souligner les éventuelles incohérences entre les deux documents afin qu'elles soient résorbées. Les **regroupements de porteurs de projets** et la mise en commun des ressources à leur disposition, comme dans le groupement régional de promotion de la santé (anciennement maison régionale de la santé), peuvent aussi être un accélérateur de l'harmonisation.

1.3.3 Le GRSP et le PRSP : un outil polyvalent

Pour autant, l'harmonisation des politiques de prévention envers les personnes âgées ne peut être mise en marche que par ceux qui organisent et financent les actions. Ainsi, les instances récentes que sont le GRSP et le PRSP, même si certains de leurs aspects ne sont pas révolutionnaires, constituent un outil utilisable pour l'harmonisation, puisque non seulement ils réunissent ceux qui définissent les politiques, mais ils permettent aussi la mise en cohérence des documents de planification. C'est d'ailleurs l'une des pistes proposées par le rapport d'étape sur les stratégies nouvelles de prévention en septembre 2006⁹. Pour Jean-François Toussaint, le GRSP peut permettre d'éviter les financements en doublon ou non coordonnés, de clarifier les circuits et d'améliorer la lisibilité, d'améliorer l'articulation entre les plans nationaux et leurs

⁸ Clavier, C., *Politiques de santé et partenariats locaux : les professionnels face à la territorialisation de l'action publique*, Rennes, ENSP, 2002, 188 p.

⁹ Toussaint J.F., *Rapport d'étape : stratégies nouvelles de prévention*, Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 2006, 101p.

déclinaisons¹⁰. En Nord-Pas-de-Calais, on l'a vu, le GRSP ne compte dans ses rangs ni le Conseil régional ni les Conseils généraux, mais ils y sont associés par une charte. Dans ce cadre, plusieurs facteurs sont des leviers utilisables pour l'harmonisation : l'existence d'un **guichet unique** dans les thèmes de prévention existant auparavant au sein des PRS (une interviewée estime qu' « *il faut poursuivre la logique de la méthode qui a été faite jusqu'à maintenant* »), les **appels d'offres communs**, le transit des dossiers à destination de financeurs différents par les **mêmes services instructeurs** (une autre interviewée précise que cela évite les doubles financements et permet à plus d'actions d'être finalement financées). Enfin, le travail sur les **territoires**, avec le maintien des PTS au sein du nouveau PRSP, et l'harmonisation lors de l'application locale des différentes politiques, sont d'autres outils possibles de coordination.

Pour autant, la multiplication des financeurs et de leurs modes d'action peut aussi poser un certain nombre de problèmes, qui conduisent à un manque de lisibilité, y compris pour certains acteurs institutionnels engagés depuis longtemps dans la prévention.

¹⁰ Toussaint J-F, idem.

2 L'harmonisation des politiques de prévention se heurte à des obstacles polymorphes

Malgré les efforts d'harmonisation engagés au travers de groupes de travail communs et du GRSP, la coordination entre les différentes politiques de prévention menées reste difficile. La politique de prévention souffre aujourd'hui d'un cloisonnement de ses acteurs qui, du fait de leurs origines, tutelles et cultures d'intervention différentes, rencontrent des difficultés à collaborer (2.1). Des enjeux différents (2.2) et des financements opaques et non pérennes (2.3) constituent aussi une entrave à cette mise en cohérence.

2.1 Une nébuleuse d'acteurs et de plans

2.1.1 La multiplicité des décideurs de la politique de prévention et de leurs territoires d'action

La politique de prévention envers les personnes âgées est impulsée dans la région Nord-Pas-de-Calais par de multiples acteurs au statut différent. La prévention du vieillissement mobilise en effet les pouvoirs publics : les **services déconcentrés** de l'Etat interviennent à l'échelon régional avec la DRASS du Nord-Pas-de-Calais et à l'échelon départemental avec la DDASS du Nord et la DDASS du Pas-de-Calais. L'**ARH** organise pour sa part la planification de l'offre de soin, notamment gériatrique. Les **collectivités locales** sont également impliquées, à l'image des conseils généraux et du conseil régional. Les **organismes de protection sociale** participent parallèlement, et ce à plusieurs niveaux : pour le régime général, les CPAM sont par exemple en charge de la prévention primaire et la CRAM impulse la politique de prévention secondaire et tertiaire. La CARMI déploie elle aussi dans les centres de santé du régime minier un plan national d'orientations en matière de prévention et de promotion de la santé, et particulièrement son volet personnes âgées.

Le **découpage territorial** de la région Nord-Pas-de-Calais varie en fonction des décideurs administratifs. Chacun de ces acteurs agit sur un territoire déterminé, qui ne recoupe pas nécessairement les autres. Il existe par exemple dans le SROS de troisième génération un découpage de la région en 4 territoires de santé et 15 zones de proximité sur lesquelles s'adossent les 26 secteurs gérontologiques de la DDASS. Les programmes régionaux (PRS et PRSP) de leur côté se déclinent en 15 PTS pour 13 arrondissements.

2.1.2 La segmentation interne des acteurs

La **segmentation** des acteurs peut également exister au sein d'une même **institution**. Les services déconcentrés du ministère de la santé avouent ne pas toujours connaître le contenu des plans gérés aux différents niveaux : les DDASS donnent des avis techniques sur des projets du PRSP sans savoir ce que recouvre globalement le PRSP. Il n'y a pas de retour d'information. La CRAM du Nord-Pas-de-Calais regroupe les branches assurance maladie et assurance vieillesse et le département de santé publique de la CRAM n'est pas nécessairement chargé de toutes les questions de prévention. Il devient alors parfois **difficile**, malgré le projet d'entreprise mis en œuvre pour améliorer la communication et la coordination de la CRAM, **d'harmoniser les projets de prévention retenus**. La prévention de la dénutrition des personnes âgées doit-elle par exemple relever du groupe personnes âgées ou bien du groupe alimentation et activité physique ?

2.1.3 La diversité des porteurs de projets

A cette multiplicité d'acteurs chargés de la politique de prévention s'ajoutent les intervenants qui mènent les actions auprès de la population concernée. La démarche préventive présente la particularité de s'exercer à la fois dans les **mondes médical, paramédical** et **social**, autour desquels gravitent des **acteurs institutionnels** (par exemple l'hôpital, les EHPAD, les CCAS), **associatifs** ou encore **éducatifs**. Certains décideurs des politiques de prévention peuvent également être en charge sur le terrain d'actions de prévention, à l'image du Centre de Ressources en Education du Patient (CERFEP) de la CRAM qui informe et forme les professionnels de la prévention et organise des séances d'art-thérapie.

2.1.4 L'incrémentalisme¹¹ des plans et programmes de prévention

Cette nébuleuse d'acteurs aux cultures différentes doit être associée à l'**incrémentalisme des plans de prévention** qui se superposent sans nécessairement se coordonner. Des plans nationaux comme le PNBV sont déclinés au niveau régional avec le programme régional « Bien Vieillir en Nord-Pas-de-Calais ». L'assurance maladie possède son propre programme (le PRAM). Les collectivités territoriales sont libres de fixer leurs propres objectifs et actions, comme l'exprime la charte de partenariat pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais. A cela s'ajoutent les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

¹¹ notion développée par Cohen M.D., March J.G., Olsen J.P., *A Garbage Can Model of Organizational Choice. Administrative Science Quarterly*, 1972.

(SDOSMS) des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Si certains plans font **référence** aux autres, à l'image du PAPA qui reprend et approfondit le référentiel élaboré par l'INPES, beaucoup n'établissent en revanche **pas de collaboration** avec les autres organismes chargés de la politique de prévention. Le programme 9 du PRAM ne prévoit par exemple pas de coordination du dispositif de prévention de la maladie d'Alzheimer avec les actions menées dans le cadre du volet gériatrie du SROS III. Certains acteurs de la politique de prévention n'hésitent pas à cet égard à parler de « **millefeuille** » : la juxtaposition de ces plans et programmes génère une prise de décision insuffisamment coordonnée.

2.1.5 Le risque de doublons

Le manque d'harmonisation des politiques de prévention conduit également à mener en **doublon** certaines **actions**. Dans le cadre du plan Alzheimer, des centres de mémoire sont installés au sein des établissements publics de santé (financés par les MIGAC) et des ateliers mémoire sont développés par l'assurance maladie dans le cadre du PRAM.

2.2 Entre complémentarité et discordance des intérêts respectifs

2.2.1 Une détermination des priorités qui répond à des logiques différentes

Outre les plans qui fixent des cadres d'action, chaque acteur de la prévention possède ses **propres orientations** et détermine ses objectifs en fonction de **stratégies** et de **contraintes spécifiques**. L'Etat reste le **principal maître d'œuvre** en matière de santé publique. Cependant, l'article 3 de la loi du 9 août 2004 (article L. 1424-1 du Code de la santé publique) reconnaît au **conseil régional** la possibilité de définir des **objectifs particuliers** en matière de santé et de mettre en œuvre les actions régionales correspondantes. Le **conseil général** est chargé de son côté de la prise en charge des **personnes âgées**, ce qui peut conduire à une confusion des responsabilités pour la prévention du vieillissement. En matière de protection sociale, la **CRAM** se doit de concilier ses objectifs de prévention avec la **convention d'objectifs et de gestion (COG)** signée pour 5 ans et avec ceux du PRSP. A la DDASS, les objectifs sont déclinés à partir des orientations nationales du Plan Solidarité Grand Age (PSGA) et sont adaptés en fonction du taux d'équipement et du maillage du territoire : les propositions départementales sont discutées et validées au niveau régional (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale [CROSMS] et Comité Technique Régional et Interdépartemental [CTRI]).

2.2.2 L'inadéquation entre le temps politique et le temps de la prévention

Les priorités de prévention, et plus largement de santé publique, peuvent également être déterminées par des **critères politiques**. Certains acteurs – particulièrement les élus à la tête des collectivités territoriales – sont en partie tenus par le **calendrier électoral**. Cela les conduit parfois à favoriser des actions à l'**affichage politique bénéfique** plutôt que de répondre aux réels besoins de prévention, notamment en matière de vieillissement (par exemple à travers la mise en avant de « l'intergénérationnel »). Les effets d'affichage peuvent en effet être contreproductifs dans la mesure où ils poussent certains intervenants à ne se consacrer qu'aux actions les plus visibles, au détriment de la cohérence d'ensemble de la politique de prévention. Le temps politique n'est pas adapté au temps de la **prévention**, dont les effets ne sont visibles qu'à **long terme**. Les acteurs de la prévention sont en effet confrontés à la **difficulté d'afficher des résultats** à l'échéance de leur mandat.

2.2.3 La déconnexion entre les collectivités locales et les autres acteurs suite aux lois de santé publique de 2004 – une situation propre au Nord-Pas-de-Calais

La dynamique de coopération engagée dès les années 1980 associant la région Nord-Pas-de-Calais et les départements du Nord et du Pas-de-Calais a été perturbée par la mise en œuvre effective des lois de santé publique du 9 et 13 août 2004. Ces lois ont conduit les trois **collectivités locales** à ne **pas adhérer au GRSP** du fait d'un fonctionnement, inscrit dans la loi, ne leur permettant pas de tenir un rôle à la hauteur des moyens qu'elles engagent. C'est pourquoi une « **Charte de partenariat pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais** » a été signée pour trois ans en septembre 2006. Si une complémentarité des actions menées avec les objectifs du PRSP est prévue, il semble pour l'heure que les collectivités locales soient davantage dans une **position « d'observateur »** que d'acteur des actions de prévention.

2.2.4 Une stratégie d'information et de communication déficiente

La **communication** autour des politiques de prévention porte sur deux niveaux : **horizontalement** entre les acteurs institutionnels et **verticalement** en direction des porteurs de projet. Les différents interlocuteurs témoignent de leur **manque de disponibilité**, notamment pour assister aux différents groupes de travail, qui les empêche d'avoir une vision globale du système de prévention du vieillissement. L'absence de communication précise sur les dispositifs existants et la multiplicité des actions initiées par les différents programmes ne favorisent **pas** non plus leur **appropriation par les**

porteurs. La rédaction de leurs projets n'est pas toujours en phase avec les appels à projet des tutelles. Pour un interlocuteur de la DRASS, «les actions proposées [*en réponse au PRSP*] ne sont pas assez professionnelles, pas assez complémentaires du PRIAC ».

2.3 Un impact financier difficile à cerner

2.3.1 Une opacité et un enchevêtrement des modalités de financement

Le partage des missions de prévention conduit à un **éclatement** du **financement** entre les différents acteurs : conseil général, ARH, services déconcentrés et assurance maladie au plan national comme local.

Il est particulièrement difficile de rassembler les éléments concernant les modalités de financement. Si les plans développés précisent bien la déclinaison des domaines d'intervention et le développement des actions à mener, ils ne **spécifient** que **rarement** les **crédits** qui pourront y être **consacrés**. Seul le PSGA explicite le montant des enveloppes qui seront affectées action par action au niveau national.

Par ailleurs, le **financement** d'actions de certains plans tels que le PSGA est **décliné dans un plan différent**, en l'occurrence le PNBV. 3 millions d'€ sont par exemple attribués aux initiatives locales valorisant l'activité physique, les pratiques d'alimentation saine et les liens intergénérationnels au travers du PNBV.

Au-delà de ces enveloppes spécifiques, l'identification des financements de la prévention du vieillissement est complexifiée par la **mise à disposition de personnels**. C'est le cas des professionnels chargés de la réflexion pour la mise en œuvre des programmes comme les agents de la DDASS, de la DRASS ou encore de la CRAM. C'est également le cas des médecins salariés intervenant dans les centres de santé, des CLIC et des services d'aide à domicile comme les SSIAD qui apportent leur contribution à la prévention sans faire l'objet de financements fléchés.

Enfin, cette opacité des modes opératoires permet à certains **porteurs** de projet de bénéficier d'un **double financement** pour mener une action, en l'**absence** de **centralisation** des **informations** financières et de leur déclinaison.

2.3.2 Un financement de la prévention restreint au regard des enjeux

Outre la **faiblesse** de la **part consacrée à la prévention** dans les dépenses de santé en France, la dilution des financements cache aussi l'**hétérogénéité des masses induites** : alors que 150 000 € sont alloués au niveau régional pour le PNBV, la CRAM consacre 147 000 € au développement de l'adaptation et de la diversification de l'offre de

services aux retraités. Le PRSP prévoit de son côté de consacrer 98 407 € aux projets retenus pour le volet personnes âgées.

2.3.3 Un système de financement ne permettant pas de pérenniser les actions

L'**annualité** du financement des actions ne favorise **pas** leur **pérennité** : elle **freine** le **recrutement** permanent de personnels et leur **qualification** dans le domaine de la prévention. Le temps d'instruction et de traitement des dossiers déposés par les porteurs des projets limite, voire **décourage**, les acteurs de terrain et les oblige, quand ils prennent le risque d'anticiper, à démarrer les actions **sans garantie** de leur financement.

Cette juxtaposition d'initiatives ne suffit pas toujours à constituer une politique de santé publique cohérente : l'ensemble de ces difficultés soulève la **question** de la **couverture** du **champ** de la **prévention** du **vieillissement** dans la région Nord-Pas-de-Calais en termes d'**offre** et de **qualité**. La notion de territorialisation, positive car elle permet un accès de proximité aux actions de prévention, dépend toutefois de la **régulation** et de l'**articulation** des actions des différents porteurs de projets. Cela suppose une **volonté** et un certain **dynamisme** des acteurs locaux pour travailler ensemble afin que chaque usager puisse accéder de manière identique aux différentes mesures proposées.

3 Propositions pour l'harmonisation des politiques de prévention envers les personnes âgées

A l'instar de ce qui a été fait dans le domaine de la prévention envers les enfants et les adolescents dans la région, l'harmonisation des politiques de prévention relatives aux personnes âgées semble **difficile mais réalisable**. Celle-ci passe nécessairement par la clarification de ce qui est réalisé au niveau régional. L'élaboration d'une « grille-répertoire » qui recenserait l'ensemble des plans et programmes en cours constituerait le socle d'une politique claire et accessible à l'ensemble des acteurs concernés (3.1). Il conviendrait également de désigner un chef de file (3.2) garant de la cohérence et de l'efficacité du système d'harmonisation envisagé (3.3).

3.1 L'amélioration de la visibilité des dispositifs de prévention envers les personnes âgées nécessite la création d'une « grille-répertoire » recensant l'ensemble des actions des acteurs.

3.1.1 Le constat d'une communication déficiente...

Comme il a été indiqué dans la partie précédente, la politique de prévention auprès des personnes âgées dans la région Nord Pas-de-Calais souffre de la **multiplicité des intervenants et d'un déficit de communication**. Ces difficultés en termes de communication expliquent l'enchevêtrement de compétences observé et sont symptomatiques du cloisonnement des acteurs de la prévention. Il est effectivement ressorti des différents entretiens réalisés avec les intervenants concernés l'absence d'une représentation claire et cohérente du dispositif global de prévention à l'échelle régionale.

3.1.2 ... incite à la création d'un outil efficace d'information

Pour remédier à cela, il paraît opportun de créer un outil de communication ou à tout le moins un support d'information visant à faire connaître aux différents acteurs les instruments de planification qui existent en matière de prévention pour les personnes âgées. Au delà du simple recensement des plans, il permettrait de porter à la connaissance de tous les différents objectifs, calendriers et niveaux de financement de chacun d'eux.

Ce support pourrait prendre la forme d'une « **grille-répertoire** » **évolutive** prenant en compte les priorités nationales qui viendraient se greffer. Cette « grille-répertoire » doit être **régionale** et doit pouvoir se décliner **par territoires** et **par grandes thématiques** de

prévention. Il s'agirait pour chaque plan et programme existant de créer un tableau dans lequel on retrouverait les rubriques telles que le cadre réglementaire, les personnes intéressées, les objectifs, le calendrier, la coordination avec les autres dispositifs, les évaluations prévues et le mode de financement. Dans cet esprit, il est proposé en annexe, sous la forme d'un **CD-ROM**, une première ébauche de ce que pourrait être ce document.

3.1.3 L'information et son suivi : un leitmotiv incontournable

De manière plus générale, afin de pérenniser le dispositif d'harmonisation proposé et de maintenir la motivation des différents intervenants, il paraît indispensable d'**insister** sur le **suivi de l'information** et la **transmission du résultat des évaluations** qui seront mises en place. Un **effort de publicité** de l'action de chacun est de nature à fédérer les intervenants autour de ce projet commun de prévention envers les personnes âgées.

3.2 L'harmonisation des politiques de prévention suppose la désignation d'un chef de file

3.2.1 De la nécessité de la désignation d'un chef de file....

Une première difficulté à surmonter est l'absence de pilotage commun à l'ensemble des dispositifs de prévention. Comme cela a été évoqué précédemment, de nombreux acteurs interviennent dans le domaine de la prévention qui recouvre un champ d'application étendu aux thématiques vastes et multiples. Ici, ce n'est pas tant le nombre des intervenants qui pose problème que la faiblesse de la concertation entre eux. Le déficit de communication entre ces différents acteurs entraîne un manque de coordination préjudiciable au dispositif global de prévention qu'il semble possible de résoudre par la désignation d'un chef de file avec une vision stratégique claire et cohérente pour le territoire. L'existence d'un chef de file participe à l'entreprise de clarification des compétences qu'il apparaît particulièrement urgent de mener en matière de prévention.

3.2.2 ...au débat sur la légitimité du lauréat

Il reste à déterminer qui pourrait assumer ce rôle de chef de file. Le **département** a parmi ses attributions les plus importantes l'action et l'aide sociales, avec notamment le versement des prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie ou l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. **Il a cependant perdu** depuis la loi du 9 août 2004 **une large part de ses compétences sanitaires** au profit de l'Etat.

La **région** Nord-Pas-de-Calais a pour sa part une longue **tradition** d'intervention dans le domaine de la santé publique. En outre, comme cela a été précisé

précédemment, l'article L. 1424-1 du code de la santé publique prévoit que le Conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Les termes d'objectifs particuliers expriment **cependant** l'idée que l'action de la région en matière de santé publique ne peut avoir qu'un caractère **supplétif**.

Depuis la loi du 9 août 2004, **c'est à l'Etat qu'incombe clairement la responsabilité de définir la politique de santé**. Il ressort aussi de cette loi que l'échelon territorial idoine est l'échelon régional, qui constitue le niveau optimal d'impulsion et de coordination pour la définition et la mise en œuvre des politiques de santé publique. Dans ce nouveau cadre législatif, la conférence régionale de santé constitue, sous l'égide du préfet de région, l'instance de concertation des acteurs de la santé publique (article L. 1411-12 du CSP). Le groupement régional de santé publique (GRSP) pour sa part met en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique (article L. 1411-14 du CSP) et assure la mise en œuvre des actions particulières retenues par la région. Il est le pivot de l'action de santé publique régionale.

3.2.3 Le GRSP, chef de file de la politique d'harmonisation de la prévention envers les personnes âgées

Dès lors, il semble pertinent de retenir comme chef de file de la politique de prévention le GRSP, groupement d'intérêt public piloté par l'Etat et où sont représentés les acteurs majeurs de la santé publique, notamment l'assurance maladie. Cette nouvelle instance permet entre autres **l'association** volontaire des collectivités territoriales aux actions entreprises par le GRSP.

Le fait que les Conseils régional et généraux n'aient pas souhaité participer au GRSP n'empêche pas d'imaginer un éventuel **rapprochement** par le biais d'une **convention** destinée à harmoniser les initiatives respectives en matière de prévention.

Enfin, en support de l'action menée par le GRSP, il reviendrait à la **DRASS le rôle d'animation** du réseau de prévention et notamment d'élaborer la « grille-répertoire » susmentionnée et de la diffuser à l'ensemble des acteurs.

3.3 Les missions du GRSP, chef de file de la prévention à destination des personnes âgées

3.3.1 Eviter la balkanisation des moyens : faire du GRSP le guichet unique des financeurs et de la gestion des appels à projet

Le GRSP doit être conforté dans son rôle de financeur des acteurs de la prévention à destination des personnes âgées. Il doit devenir, comme cela est le cas pour

la prévention envers les enfants et les adolescents, **le guichet unique des financeurs**. Cela doit permettre notamment de remédier aux doublons qui peuvent être constatés et de mutualiser les moyens financiers sur certaines thématiques jugées prioritaires pour éviter l'effet de saupoudrage des crédits. Cela est d'autant plus nécessaire qu'en matière de prévention les montants engagés restent pour la plupart fort modestes. Enfin, l'existence de ce guichet unique participe de l'entreprise de clarification des compétences en offrant aux acteurs de la prévention une plus grande visibilité sur le circuit de financement.

Dans un souci de pérennisation du financement des actions, permettant notamment de fidéliser les personnels en charge de mener la politique de prévention, le GRSP doit s'engager à **garantir sur plusieurs années** le financement des porteurs de projet. Au-delà de cette première étape, le GRSP devra nécessairement entreprendre l'alignement des calendriers. Celui-ci, couplé à la pluriannualité des financements, permettra en outre de répondre au besoin de visibilité des acteurs de la prévention.

Le GRSP pourrait être également **le guichet unique des appels à projets et de la réception des dossiers**. Cela nécessitera le recrutement d'agents contractuels, la mise à disposition ou le détachement de fonctionnaires auprès du GRSP, comme le permet l'article R. 1411-22 du code de la santé publique. Dans un souci de **mutualisation des compétences**, ces agents devraient être issus à la fois de la DRASS et de la CRAM. En terme d'organisation, un traitement efficient des dossiers suppose la mise en place d'un **secrétariat unique** qui peut être assuré dans un premier temps par la DRASS et par le GRSP à l'issue de sa montée en charge. Une équité dans le traitement des dossiers implique par ailleurs **un référentiel avec des critères connus et communs** à toute la région. Si la décision relève *in fine* du GRSP, il convient cependant d'associer les Conseils généraux et le Conseil régional, signataires de la convention susmentionnée, par le biais d'un **avis consultatif**, socle d'une politique harmonisée de prévention envers les personnes âgées.

3.3.2 Délimiter le territoire régional : le nécessaire choix de la proximité

Afin d'être efficace et d'assurer le suivi des différents objectifs de prévention envers les personnes âgées, ceux-ci doivent être **déclinés dans des territoires** préalablement définis. Toujours sur le plan opérationnel, il conviendrait d'avoir pour l'ensemble de la région un **zonage unique**. Le GRSP doit définir le découpage territorial approprié dans le cadre du PRSP, sur le modèle des territoires de santé déterminés par le SROS. Ces territoires pourraient être calqués **soit sur ceux des PTS, soit sur les territoires de santé** du volet gériatrie du SROS.

3.3.3 Conforter les investissements et les actions entreprises par la mise en place et la systématisation d'une politique d'évaluation

Le **GRSP** doit enfin assumer un rôle d'évaluation de la politique de prévention à destination des personnes âgées. Dans l'optique d'harmoniser les différentes actions, cette évaluation devrait prioritairement prendre la forme d'**un premier bilan** de la politique de prévention menée jusqu'alors. Ce bilan constituerait une aide à la décision du GRSP pour déterminer les actions à poursuivre ou à modifier, renforcer leur complémentarité et supprimer les doublons. Ceci étant, cette première évaluation devrait être **suivie annuellement** par d'autres afin, d'une part de contrôler les résultats obtenus et d'orienter en conséquence les actions et investissements entrepris et à réaliser et d'autre part, de rappeler les bénéfices dégagés par une politique de prévention. Il convient **cependant** de ne pas occulter les **limites de faisabilité** méthodologique de l'évaluation appliquée au domaine de la prévention.

3.3.4 Valoriser et utiliser les ressources locales existantes

Le GRSP devra **s'appuyer** pour mener ses missions sur un réseau de correspondants locaux clairement identifiés comme tels. On peut citer au nombre de ces correspondants locaux **les centres de santé**, très présents dans le bassin minier et forts de leurs ressources à la fois matérielles et humaines grâce à leurs médecins salariés, mais aussi les **centres locaux d'information et de coordination** (CLIC) en raison de leur connaissance du terrain. Là où ces structures n'existent pas, le relais peut être pris par les centres communaux d'action sociale (CCAS). Il importe dans ce cas précis de veiller à la **publicité** de la liste de ces correspondants locaux.

Conclusion

La **prévention**, dont l'importance n'est plus à prouver au vu des résultats bénéfiques sur une population donnée, revêt une forme particulière dans la région Nord-Pas-de-Calais. Ses actions touchent en effet aujourd'hui la **quasi-totalité des risques** liés à la vieillesse et son développement implique **tous les acteurs** de la région.

A travers son 2^{ème} Programme Régional de Santé Publique (**PRSP**), la région Nord-Pas-de-Calais souhaite **harmoniser les politiques** de prévention et ainsi dégager un consensus sur l'**optimisation des moyens** mis à disposition par les acteurs, à travers des actions existantes souvent dérivées des dispositifs législatifs, plans ou programmes nationaux.

Au-delà du rôle formel et individuel de ces acteurs, le besoin de corrélation entre les actions et de mise en commun des expériences est de plus en plus prégnant. Malheureusement, la **profusion des acteurs**, leurs **logiques différentes**, la **juxtaposition** des plans nationaux et la stratification des dispositifs nuisent à l'efficacité de toutes les politiques de prévention engagées dans la région Nord-Pas-de-Calais, notamment au niveau financier.

Une meilleure **visibilité** des actions menées et financées pour tous, mais aussi des moments forts de **réunion** des acteurs de la prévention – notamment les réunions du GRSP – doivent être favorisés. La formalisation du rôle de **chef de file** et de **coordinateur** des appels à projets doit aussi être lancée par l'intermédiaire du **GRSP**. Le **rapprochement** des **territoires de santé** et des **PTS** devrait également permettre une cohérence accrue, en vue d'une globalisation de l'approche en santé de la population, et donner une nouvelle dimension aux acteurs locaux. Pour tout cela, le GRSP doit réaffirmer sa place de plaque tournante de la décision, de la coordination des financements, et de ce fait, du référencement des actions locales.

Bibliographie

- About, N., Evin, C., Huriet, C., Jacquat, D., *Quelle place et quel financement pour la prévention dans la santé publique ?*, Paris : Altédia, 2003, 131 p.
- Chicoye, A., Touilly, V., Piard, A-L., Greneche, S., « La santé publique en France. Quelle vision stratégique ? Quels financements ? L'exemple des 16 plans gouvernementaux 2001-2002 », *Regarder Autrement*, n°2, octobre 2002, 99 p.
- Cohen M.D., March J.G., Olsen J.P., "A Garbage Can Model of Organizational Choice", *Administrative Science Quaterly*, 1972.
- Clavier, C., *Politiques de santé et partenariats locaux : les professionnels face à la territorialisation de l'action publique*, Rennes : ENSP, 2002, 188 p.
- Frossard, M., Jourdain, A., *Planification Sanitaire et sociale. Eléments de théories de planification*, Rennes : ENSP, 1990.
- Sannino N., Duburcq A., *Evaluation de la politique des programmes régionaux de santé en Nord-Pas-de-Calais*, 2003, 62 p.
- Toussaint J-F., *Rapport d'étape : stratégies nouvelles de prévention*, Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 2006, 101 p.
- **Documents du dossier documentaire du MIP :**
 - Inventaire préalable à l'élaboration du PRSP NPDC.
 - Elaboration du PRSP II : note aux groupes techniques des PRS/PTS.
 - Différents graphiques.
 - Démarche d'élaboration du PRSP région NPC, janvier 2006.
 - Cahier des charges pour l'élaboration du PRSP NPDC, 2007/2009.
 - Programme régional « Bien vieillir en NPDC ».
 - Synthèse de l'instruction des dossiers dans le cadre de l'appel à projet national « plan national bien vieillir », novembre 2006.
 - Propositions d'orientations pour le volet gériatrie du SROS III, septembre 2005.

- Initiative communautaire INTERREG III, Programme Franc-Wallonie-Flandres, 2000-2006, santé des seniors.
 - Extrait du PRAM 2005-2007 NPC, programme 9 « personnes âgées et handicap ».
 - Etude sur l'intégration des personnes âgées dans la ville.
 - Plan national « bien vieillir » 2007-2009.
 - Document PowerPoint « Bien vieillir », Anne Kieffer, 2007.
 - Document PowerPoint « Bien vieillir, Healthy Aging », Nina Waaler-Loland, janvier 2007.
 - Document Power-Point « Présentation de la CNSA », Marie-Aline Bloch, janvier 2007.
 - Plan national d'orientation en matière de prévention et de promotion de la santé du régime minier.
- **Autres documents utilisés :**
- Plan solidarité grand âge.
 - Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées.
 - Plan Alzheimer 2004-2007.
- **Sites Internet :**
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr
 - CNSA : www.cnsa.fr
 - INPES : www.inpes.sante.fr
 - ARH du Nord-Pas-de-Calais : www.arh5962.fr
 - CRAM du Nord-Pas-de-Calais : www.npdc.assurance-maladie.fr
 - Semaine bleue : www.semaine-bleue.org
 - www.mangerbouger.fr
 - Legifrance : www.legifrance.gouv.fr