



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

x

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**« LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE :
UN LEVIER D’ACTION
AU SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE »**

– Groupe n° « 25 » –

– BORIE Rachel	– MORELLI Marc
– CAUMEIL-DEGILA M. Christine	– NGUYEN Laure
– DAGENS-HAMEL Catherine	– REVELEN Audrey
– FAYOLLE Serge	– ROUSSET André
– IDRISSEI Youness	– ZIMMERMANN Brigitte
– MORAND Jean-François	

Animatrice

–OLAGNIER Valérie

« Il y a deux sortes d'hommes, ceux qui creusent des fossés et ceux qui jettent des passerelles. »¹

Bernard Devert

Fondateur d'Habitat et Humanisme

¹ « *Le rendez-vous citoyen de la Région Rhône-Alpes* », Journal du Conseil Régional, numéro 4, Hiver 2006-2007.

Sommaire

Méthodologie.....	1
Introduction	3
1 Le niveau régional voulu comme l'échelon pertinent de la politique de Santé Publique.....	5
1.1 Les moyens mis en place par le législateur pour répondre aux objectifs de la politique de Santé Publique.....	5
1.1.1 La CRS et le GRSP au service de la Santé Publique.....	5
1.1.2 Un outil de programmation unique : le PRSP.....	8
1.2 La Région Rhône-Alpes : des besoins de Santé Publique nombreux nécessitant un cadrage et une priorisation des actions	10
1.2.1 Une grande diversité des besoins de Santé Publique qui complexifie l'action en Rhône-Alpes.....	10
1.2.2 La bonne application par le niveau régional de la politique de Santé Publique passe par l'articulation entre déclinaison des axes nationaux et définition des priorités locales.....	12
2 La politique régionale de santé publique : du point de vue des acteurs à la formulation de propositions d'optimisation du fonctionnement de la CRS.....	15
2.1 Les acteurs impliqués dans la nouvelle formule de la CRS dressent un bilan globalement optimiste même si des limites restent identifiables à ce stade d'avancement.....	15
2.1.1 Les points forts et les limites pointées autour de la mise en œuvre du PRSP.	15
2.1.2 Autour de la complémentarité CRS/GRSP	17
2.1.3 Autour des champs de l'évaluation	17
2.2 Le constat des risques et limites permet de formuler des suggestions afin d'optimiser le fonctionnement de la CRS et apporter une valeur ajoutée en terme de santé publique.....	18
Conclusion.....	21
Bibliographie	23
Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à :

- Madame le Docteur OLAGNIER, médecin de Santé Publique à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales de la région Rhône Alpes pour ses conseils,
- Aux personnes:
 - de la Conférence Régionale de Santé de Rhône Alpes,
 - de la Conférence Régionale de Santé de Bretagne,
 - du Groupement Régional de Santé Publique de Rhône Alpes
 - de la Direction Générale de la Santé

qui ont accepté de répondre à nos questions.

Liste des sigles utilisés

AM	Assurance Maladie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CISSRA	Collectif InterAssociatif sur la Santé en Rhône-Alpes
CNS	Conférence Nationale de la Santé
COPIL	Comité de pilotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CR	Conseil Régional
CRAM	Caisse régionale d'Assurance Maladie
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale Des Affaires Sanitaires et Sociales
FNPEIS	Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
GIP	Groupement d'Intérêt Général
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MIR	Médecin Inspecteur Régional
MISP	Médecin Inspecteur en Santé Publique
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PIEROS	Portail d'Information sur les Etudes Régionales en Observation de la Santé
PRS	Programme Régional de santé
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RA	Rhône-Alpes
RSI	Régime Social des Indépendants
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SP	Santé Publique
SPIRAL	Santé Prévention Information Rhône-Alpes
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation à l'Activité
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Méthodologie

Le Module Interprofessionnel a pour objectif de faire travailler en interfilialité sur une thématique de Santé Publique un groupe d'élèves constitué de futurs Médecins Inspecteur de Santé Publique, d'Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, de Directeurs d'Hôpitaux, Directeurs de Soins, et Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux.

Suite à **une présentation du sujet** par Madame V. Oagnier, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Rhône-Alpes et animatrice du groupe, nous avons dégagé les premières idées forces, qui ont orienté notre travail.

A partir des connaissances, des expériences de chacun et de nos premières lectures (notamment les décrets constitutifs de la Conférence Régionale de Santé (CRS) et du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), plusieurs textes concernant l'organisation et la composition de la CRS Rhône-Alpes et quelques articles rappelant l'historique des CRS et portant sur la régionalisation de notre système de santé), nous avons **élaboré la problématique**.

Dans la région Rhône-Alpes, la mise en place récente de la CRS et du GRSP nous a conduits à nous interroger sur les liens entre les deux instances. A partir des décrets qui ont consacré leur existence, s'est posée la question de savoir en quoi la CRS et le GRSP permettent la mise en œuvre du PRSP de façon pertinente dans la région Rhône-Alpes.

Le questionnement du groupe a progressivement évolué vers **la formulation de deux hypothèses** qui ont guidé notre démarche :

- La CRS et le GRSP sont complémentaires.
- Les champs de l'évaluation du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) ne sont pas les mêmes pour les deux instances.

Des **investigations bibliographiques** ont permis un approfondissement de **l'analyse théorique** des instances régionales et de leur fonctionnement. A partir de notre recherche documentaire, des fiches de synthèses ont été réalisées par chacun des membres du groupe.

Afin de vérifier nos deux hypothèses de travail et de les confronter à la réalité, nous avons mené des **entretiens qualitatifs**. Mme le Docteur V. Oagnier nous a communiqué une liste de personnes ressources (membres de la CRS, du GRSP ou d'autres institutions). Nous nous sommes concertés pour constituer un échantillon des membres de la

CRS et du GRSP. Notre sélection a dû tenir compte de la disponibilité des différents interlocuteurs dans le calendrier qui nous était proposé.

Concernant la CRS, nous nous sommes attachés à obtenir un entretien avec au moins un des membres de chacun des six collèges. Nous avons également pu interroger les principaux représentants du GRSP : Etat, Conseil Régional, Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et Organismes de sécurité sociale de Rhône-Alpes.

Même si le terrain d'analyse de notre étude concerne exclusivement la région Rhône-Alpes, trois entretiens supplémentaires ont été conduits auprès de la Présidente de la CRS de Bretagne et deux personnes ressources à la Direction Générale de la Santé (DGS). Ces derniers ont permis un éclairage extérieur sur le fonctionnement des CRS et GRSP d'autres régions.

In fine, seize entretiens ont été réalisés : sept de visu et neuf téléphoniques. En raison de l'éloignement géographique de notre terrain d'analyse, les entretiens téléphoniques ont pu se révéler moins interactifs. La conduite des entretiens a été effectuée par au minimum deux personnes. Cependant, en ce qui concerne les binômes, il n'a pas toujours été possible d'assurer la pluridisciplinarité.

Afin de faciliter la conduite des entretiens, nous avons élaboré **des grilles communes** présentées en annexe. La mise en commun et le partage des informations recueillies ont pu être réalisés grâce à la constitution **d'un tableau de synthèse**. Ce tableau est présenté en annexe, sous forme anonymisée, afin de respecter la confidentialité des échanges.

Le temps imparti ne nous a pas permis de tester notre grille d'entretien. Elle a été construite uniquement à partir de nos premières recherches documentaires et de nos connaissances antérieures. De ce fait, son angle d'approche était parfois mal adapté à la diversité des interlocuteurs, induisant des biais.

En outre, certains acteurs appartenaient aux deux instances étudiées, ce qui a pu entraîner une confusion dans l'analyse des réponses. D'autres ne se positionnaient pas en tant que membres de la CRS ou du GRSP, mais plutôt comme représentants de leur institution d'appartenance.

Enfin, la réalisation de nos travaux s'est réalisée sous **la guidance** de notre animatrice. Des points téléphoniques réguliers, nous ont permis de lui faire état de l'avancement de notre démarche en vue d'ajustements et de régulations.

Conscients de certains biais, l'ensemble du groupe est toutefois satisfait du travail effectué collectivement.

Introduction

Depuis plus de vingt ans est apparue la nécessité de prioriser et de mettre en œuvre des actions de santé publique régionales. C'est ainsi que les Conférences Régionales de Santé (CRS) et les Programmes Régionaux de Santé (PRS) ont été progressivement institués sur tout le territoire dans les années 1990.

Suite au rapport du Haut Comité de Santé Publique sur l'état des lieux des problèmes de santé en France (novembre 1994), les premiers PRS et les Conférences de l'état de santé des populations ont d'abord été mises en place à titre expérimental.

Au terme de **l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996**, les CRS ont participé à la détermination d'une politique régionale de santé publique. Ces dernières avaient pour mission l'évaluation des besoins sanitaires de la population et la hiérarchisation des priorités d'action.

La **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoyait de substituer aux CRS des Conseils Régionaux de Santé, chargés de donner un avis collectif et systématique sur la situation sanitaire régionale. Or ceux-ci n'ont jamais été créés.

C'est finalement **la loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique qui consacre l'existence des Conférences Régionales de Santé. Elle affirme ainsi la volonté d'élaboration démocratique des politiques de santé, qu'elles soient nationales ou régionales. La politique de santé publique forme un tout qui, pour atteindre une meilleure efficacité doit articuler politiques définies nationalement, besoins analysés localement et programmes d'actions mis en œuvre et évalués régionalement.

Une nouvelle approche de la Santé Publique fondée sur une plus grande consultation des usagers et la construction de partenariats entre les acteurs a progressivement émergé. Les récents dispositifs mis en place doivent donc permettre une véritable participation de la société civile dans l'élaboration des politiques de santé publique.

Désormais, selon les articles L. 1411-10 et suivants du Code de la Santé Publique, une CRS, créée dans chaque région, a pour mission de « *contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique* ».

Instance consultative, la CRS permet la concertation entre différents acteurs au sein de collèges d'élus, de représentants des associations d'usagers, de professionnels de santé, d'acteurs économiques régionaux et de personnalités qualifiées.

Elle est consultée par le représentant de l'Etat dans la région lors de l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Ce dernier, défini comme « *un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels* », est arrêté par le préfet de région. La CRS formule des avis et propositions sur les orientations du PRSP. Elle est aussi informée régulièrement de son avancement et de son évaluation.

Elle évalue par ailleurs les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Cette évaluation est l'objet d'un rapport spécifique annuel qui est transmis à la Conférence Nationale de Santé (CNS).

Notre travail, orienté sur le champ de la santé publique, a essentiellement porté sur la mission d'élaboration, de suivi et d'évaluation du PRSP. Ainsi, le rapport sur le respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé n'entre pas dans notre champ d'investigation.

En Région Rhône-Alpes, la CRS a été installée en janvier 2006 et s'implique d'ores et déjà dans les choix et la mise en œuvre des priorités de santé dans la région. Le groupement régional de santé publique (GRSP), créé en décembre 2006, a quant à lui, pour mission de mettre en œuvre le PRSP et de le financer.

La réussite de la mise en œuvre des PRSP dépend par conséquent, non seulement de la bonne organisation, du bon fonctionnement de ces nouvelles instances, mais aussi de la façon dont elles vont nouer des relations et articuler leurs rôles respectifs.

La problématique retenue sera donc, en quoi la CRS et le GRSP permettent la mise en œuvre de façon pertinente des objectifs ambitieux du PRSP.

La région Rhône-Alpes a constitué notre terrain d'analyse.

Le législateur ayant souhaité privilégier l'échelon régional pour l'application des politiques nationales de Santé Publique, nous verrons dans un premier temps quels sont les moyens dont il dispose et quels sont les enjeux posés afin de répondre au plus près, aux besoins de santé des populations (I).

Puis, nous enrichirons notre réflexion et notre analyse par des entretiens avec les acteurs de terrain de telle sorte à formuler des propositions et suggestions d'optimisation du fonctionnement de la CRS (II).

1 Le niveau régional voulu comme l'échelon pertinent de la politique de Santé Publique

1.1 Les moyens mis en place par le législateur pour répondre aux objectifs de la politique de Santé Publique.

1.1.1 La CRS et le GRSP au service de la Santé Publique

1.1.1.1 Les textes de références.

C'est le **décret du 8 décembre 2005**² qui crée les conférences régionales ou territoriales de santé et modifie le code de la santé publique à ce titre. Ainsi, selon l'article R. 1411-1 du CSP, «*la conférence régionale ou territoriale de santé contribue à la détermination des objectifs régionaux de santé et à l'évaluation des programmes pluriannuels régionaux de santé publique qui constituent le plan régional de santé publique.*»

En outre, «*au moins une fois par an, le préfet de région [...] présente à la conférence l'état d'avancement des actions et des programmes pluriannuels mis en œuvre dans le cadre du plan régional de santé publique*».

Selon le **décret du 26 septembre 2005**³ relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique, le GRSP «*contribue à l'évaluation des programmes du plan régional de santé publique et mène des actions de communication sur ce plan et sa mise en œuvre*». Le GRSP doit par ailleurs rendre compte de son activité et des résultats obtenus, au moins une fois par an, à la CRS.

Dès à présent, on peut souligner que la définition des rôles et missions, dévolus au GRSP et à la CRS en matière d'évaluation, laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs du fait de l'ambiguïté inhérente aux textes. En effet, le législateur en utilisant le verbe «*contribue*» dans les deux décrets laisse planer une certaine confusion. Ainsi, quelle est la contribution attendue de chacune des deux instances créées ? Quelle va être la contribution réelle de chacune d'elles ? Comment délimiter le champ de l'une et de l'autre en matière

² Décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique.

³ Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

d'évaluation? Quelles sont les compétences requises, les ressources existantes en matière d'évaluation? Qui pourra réaliser les éventuels arbitrages sur cette question éminemment capitale et par conséquent très sensible?

1.1.1.2 La CRS : des acteurs hétérogènes et des moyens limités.

Le bilan des CRS expérimentées entre 1995 et 2002⁴ faisait apparaître d'importantes lacunes sur plusieurs points, comme notamment :

- L'absence de programmes coordonnés des priorités régionales,
- Des travaux préparés chaque année pouvant nuire à la mobilisation et à l'implication des acteurs,
- L'absence de règles pour déterminer les priorités de santé en fonction de la prévalence des pathologies (« *définition à chaud des priorités* »),
- Des problèmes de lacunes de la CRS dans certains domaines (intersectoriel social/économique),
- Des liens entre CRS et CNS perfectibles,
- L'absence de véritable évaluation de l'efficacité des actions entreprises en dépit des demandes des jurys CRS (outils insuffisants : lacunes des systèmes d'information),
- L'insuffisance du temps de parole accordé au débat public,
- Le manque de moyens humains, organisationnels et financiers.

La lecture des textes et la composition actuelle de la CRS permettent de pointer les **atouts** du nouveau fonctionnement autour d'une **composition plus opérationnelle** : 120 membres maximum au lieu de 300 à 500 précédemment, un président élu, un bureau qui se réunit plus souvent, 2 ou 3 séances plénières par an.

Toutefois, on peut se demander en terme d'efficacité : comment bien travailler à 120 membres? Comment trouver des consensus entre collègues ayant peut-être des intérêts divergents voire contradictoires? Quelles méthodes de communication peuvent être pertinentes pour une telle assemblée? Les acteurs de Santé Publique réunis dans la CRS peuvent-ils dépasser leur appartenance aux différents secteurs de la société civile pour véritablement influencer sur les politiques mises en place dans le sens de l'amélioration de l'état de santé des populations?

Si la **composition resserrée** mais hétéroclite peut néanmoins présenter des avantages, la **représentativité** des divers acteurs régionaux ne peut être exhaustive. En

⁴ Bréchat Pierre-Henri, Roger Philippe, « *Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002* », ADSP n°42, mars 2003.

effet, à propos des associations par exemple, le choix s'effectue sur une liste d'associations agréées par l'Etat, excluant de fait celles qui n'y figurent pas. Le renouvellement de ce collège risque donc au bout de quelques temps d'être relativement restreint.

En outre, la CRS n'a pas de personnalité juridique et ne dispose d'**aucun moyen financier en propre**. Certes dotée d'importantes ressources humaines, une des principales interrogations repose sur les moyens spécifiques qu'elle sera à même de mobiliser pour conduire ses activités.

En revanche, il est créé une «*indemnité compensatrice*» pour perte de revenu destinée aux personnes qualifiées, ainsi qu'une prise en compte des «*frais de déplacement et de séjour des membres de la conférence*». Même ciblées, ces mesures témoignent de la volonté du législateur de dédommager les frais engagés par la participation aux travaux de la CRS. Elles visent à atténuer les démotivations pour pertes financières et constituent un encouragement pour les acteurs qui y participent.

1.1.1.3 Le GRSP : des experts dotés de moyens financiers.

Le GRSP est un groupement d'intérêt général qui regroupe les représentants de l'Etat (préfet, ARH, DRASS), des organismes d'assurance maladie (URCAM) et d'établissements publics et des élus.

Parmi les missions du GRSP rappelons qu'il est responsable de la mise en œuvre et de la réalisation du PRSP. Il dispose pour cela de fonds propres obligatoires (versés par l'Etat) et non obligatoires (contributions du Conseil Régional et d'autres représentants comme l'ARH, l'Education Nationale, la Justice).

Dès lors, on peut supposer que des rapports de forces nombreux vont s'exercer au sein même du GRSP en raison d'intérêts et de stratégies d'acteurs divergents.

De même entre CRS et GRSP vont nécessairement surgir des controverses. Il convient en effet de souligner que la loi autorise la CRS à être présente au Conseil d'Administration du GRSP, ce qui peut lui permet d'être informée de la teneur des débats. Néanmoins, cette possibilité n'a pas été utilisée par la CRS de Rhône-Alpes.

Ainsi, du fait de déséquilibres réels entre les deux instances (nature juridique, autonomie financière), la possibilité de rapports de force entre discours d'experts et de profanes, de financeurs, d'élus et la société civile, semblent plus que probables.

Aussi, afin d'éviter des clivages trop forts, le travail sur un même outil de programmation a été envisagé par la loi. Cet outil est le PRSP.

1.1.2 Un outil de programmation unique : le PRSP.

En conformité avec la loi de Santé publique, et selon les modalités énoncées dans la **circulaire du 24 septembre 2004**⁵, le préfet de la région Rhône Alpes a arrêté un plan régional de santé publique (PRSP) en septembre 2006, suite à l'avis de la conférence régionale de santé (CRS). Ce dernier doit articuler différentes dimensions et résulte d'un processus spécifique.

1.1.2.1 Des travaux conduits en concertation dès la phase initiale d'élaboration du PRSP.

Dès la phase d'élaboration de ce plan, le travail a été conduit en **concertation** avec des partenaires institutionnels qui ont composé le comité de pilotage (COPIL) : URCAM, CRAM, ARH, Conseil régional, DRASS, rectorat de Grenoble, Conseil général d'Isère, Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. La volonté de ce comité a été de permettre à la démarche de construction du PRSP de déboucher sur une véritable politique régionale de santé. La **cohérence** avec les travaux du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) a également été recherchée en particulier pour établir un **diagnostic partagé** de l'état de santé.

Toutefois, la démarche régionale ne peut s'abstenir de faire la synthèse d'un certain nombre de priorités au risque de minimiser des enjeux locaux de santé publique. En revanche, elle a pu parfois, permettre de dépasser certains clivages locaux.

1.1.2.2 Le PRSP englobe des **champs d'actions très larges et diversifiés**.

Il se compose en effet :

- des priorités régionales de santé publique
- du plan d'action des alertes et de la gestion des situations d'urgences sanitaires
- du plan régional santé environnement
- d'un volet transversal « observation, évaluation et communication qui doit améliorer la connaissance de l'état et des besoins de santé des rhônalpins, apprécier l'effectivité de la réalisation des actes du PRSP et assurer une communication apte à rendre visible l'existence, le déroulement et les résultats du PRSP ».

Par conséquent, la complexité de sa mise en oeuvre vient de la multitude d'acteurs qu'il concerne, dont les cultures et les enjeux sont très divers parfois contradictoires.

⁵ Circulaire n°DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

1.1.2.3 L'analyse pertinente des besoins s'est appuyée sur une **méthodologie précise**.

Des axes de recherche ont été définis par le COPIL. Pour ce faire, des entretiens qualitatifs ont été conduits auprès d'institutions de RA qui conduisent des actions de santé afin d'identifier leurs priorités. Trois groupes ont participé au traitement, au classement de ces données locales et à la mise en lien avec les priorités nationales : un groupe technique interinstitutionnel regroupant des conseillers techniques membres des institutions participantes au COPIL, un groupe de référents DDASS, un groupe d'experts.

Puis, une hiérarchisation des thèmes issus de cette analyse, a été réalisée grâce à 5 critères :

- Capacité fédératrice ou acceptabilité institutionnelle autour de ce thème
- Prévalence, fréquence ou gravité ressentie de ce problème dans la région
- Rapport coût / efficacité des actions menées sur ce problème
- Faisabilité des actions menées sur ce problème
- Subsidiarité : le thème en question est-il suffisamment traité dans la région ou a *contrario* déjà bien pris en charge ?

1.1.2.4 Des **scénarios** ont alors été proposés à la CRS.

Dans une logique de consensus, divers scénarios ont pris forme, suite au travail de diagnostic issu du terrain. Quatre scénarios ont ainsi été établis et proposés.

La phase de concertation a permis de recueillir l'avis des usagers, des institutions et des professionnels. Les propositions ont été présentées à la CRS, installée officiellement le 12 janvier 2006. Celle-ci a travaillé par collèges sur les documents proposés. Son bureau a assuré la synthèse des travaux et rédigé une proposition d'avis qui a été adoptée à la quasi-unanimité par la CRS. La CRS a alors fait état des axes qu'elle souhaitait voir développer dans la définition de la politique régionale de santé et des recommandations qu'elle faisait pour sa mise en oeuvre.

Suite à tout ce processus, le COPIL a statué sur le plan, qui pour finir comprend « 3 axes, 9 objectifs généraux et 25 objectifs spécifiques, il allie prévention et prise en charge, met l'accent fortement sur la réduction des inégalités de santé dans la région, comporte beaucoup d'objectifs auprès de publics jeunes, et, s'il souhaite agir sur les comportements des habitants de la région, met l'accent sur les milieux de vie : contexte social, conditions de vie et de travail, facteurs de risque environnementaux... »⁶

Les **trois axes retenus** sont :

⁶ PRSP Rhône-Alpes 2006-2010, « Priorités de Santé Publique », p. 27

- Axe I – orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé
- Axe II – réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage
- Axe III – améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées.

Selon l'avis de la CRS, publié avec le PRSP 2006-2010 de RA, l'expression des collègues et les débats au sein de la conférence sont un atout. Néanmoins, **des difficultés ont été rencontrées par la CRS** pour se prononcer, en raison notamment :

- du manque de visibilité sur les budgets disponibles en vue d'atteindre les objectifs.
- de choix opérés et d'actions engagées antérieurement, ayant démontré leur efficacité, mais pas toujours poursuivis (en raison des priorités du PRSP).
- de critères de sélection des priorités du PRSP (scénarios) pas accessibles.

En outre, il est ressenti **un manque d'informations disponibles** quant à la précision des descripteurs épidémiologiques de l'analyse territoriale ou populationnelle. Le système d'information pour un partage d'information est aussi jugé peu performant. Cela incite à **développer** une **analyse plus fine des besoins de population** couverts et non couverts, une **vision dynamique** des phénomènes observés avec **mise en perspective** et une **approche prospective**.

La question des moyens alloués à la santé publique se pose donc avec acuité.

La présentation succincte du terrain d'investigation permettra de mieux appréhender la complexité des questions de santé publique et la nécessité d'articuler les ressources en vue de créer de vraies synergies.

1.2 La Région Rhône-Alpes : des besoins de Santé Publique nombreux nécessitant un cadrage et une priorisation des actions

1.2.1 Une grande diversité des besoins de Santé Publique qui complexifie l'action en Rhône-Alpes⁷.

⁷ Préfecture de région Rhône-Alpes, « *Plan régional de santé publique, 2006-2010* », support CD diffusé par la DRASS de Rhône-Alpes.

Rhône Alpes est la deuxième région française en nombre d'habitants (**5,9 millions d'habitants** pour un territoire de 44000km²). Elle est relativement riche et est composée d'une population plutôt jeune. Elle se situe dans une **situation légèrement plus favorable que la moyenne française sur le plan de l'état de santé** de ses habitants et des moyens d'accès à la santé. Si en France, l'espérance de vie à la naissance est de 75.5 ans pour les hommes, elle est de 82.8 ans pour les femmes. Pour les habitants de Rhône-Alpes, cet indicateur est plus favorable : 76.5 ans pour les hommes contre 83.5 ans pour les femmes. Pour ces dernières, c'est même le niveau le plus élevé de l'ensemble des régions françaises. Or, la progression de cet indicateur est d'environ 1 an tous les 4 ans. Cet indicateur place donc la région RA en bonne position sur le plan de l'état de santé.

La région, composée de huit départements, comprend aussi un **réseau urbain très dense** : 10% de son territoire concentre 80% de la population (39 pôles urbains), le reste se répartissant sur 2300 communes rurales. En terme d'**activités économiques**, il existe un **tissu important et diversifié** : activités agricoles et agroalimentaires, industrielles (traditionnelles et émergentes), de services et du tourisme. Il en découle un **dynamisme** certain avec d'importants **mouvements de population** (transports, tourisme).

Du fait de ses caractéristiques démographiques (population jeune et concentrée dans les zones urbaines), géographiques (diversité des milieux naturels et des climats), économiques (système productif des plus influents de France et position centrale européenne), et d'infrastructures (réseaux de communication denses et diversifiés), la région **RA cumule donc des facteurs de risques importants** en terme environnementaux, de transmission de maladies infectieuses, d'accidentologie.

Ces caractéristiques nombreuses confrontent les décideurs des politiques de santé publique à des **disparités de santé, une multitude d'exposition, de risques et la difficulté d'une approche régionale coordonnée**.

En effet, l'examen plus détaillé des indicateurs de santé montre que la « moyenne régionale » dissimule de **nombreuses inégalités**. Des territoires entiers de Rhône-Alpes abritent ainsi des populations aux **conditions de vie préoccupantes**⁸.

La morbidité liée à l'**alcool** est par exemple, plus élevée que la moyenne nationale dans la Loire et la Savoie. Les **suicides** sont également plus nombreux dans la Loire, l'Ardèche, la Drôme. Les **drogues** illicites sont particulièrement consommées dans les

⁸ Les dossiers de la DRASS, « *Panorama de la santé en Rhône-Alpes : document préparatoire au Plan Régional de Santé Publique* », Lyon, 2005.

grandes villes. L'**obésité** des enfants est plus fréquemment rencontrée dans les zones d'enseignement prioritaire. Une partie de la population est aussi en situation de **grande précarité**. Fin 2003, on dénombrait 563 000 personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté, principalement concentrées dans les grandes villes. Un tiers de ces démunis vivent dans les dix cantons les plus peuplés. 6000 demandeurs d'asile séjournent en Rhône Alpes, dont la majorité (4000) est hébergée dans des dispositifs d'urgence.

En outre, certains cantons **cumulent des handicaps en terme de déterminants de santé**. Ces inégalités entraînent des résultats défavorables sur plusieurs indicateurs: mortalité générale, mortalité prématurée, mortalité par cancer, précarité.

En 2000, on comptait par exemple en Rhône-Alpes, plus de 9 000 **décès prématurés** (avant 65 ans), dont la moitié était considérée comme évitable. Les hommes restent beaucoup plus touchés que les femmes (69% des décès prématurés). Les tumeurs sont la première cause de ces décès, les accidents de la circulation et les suicides pèsent lourd dans la mortalité des moins de 35 ans (les suicides sont la première cause de mortalité chez les 30-34 ans).⁹

Les **problématiques de santé publique méritent donc d'être abordées à un niveau territorial fin**, en vue de lutter contre la persistance d'inégalités territoriales. Elles s'inscrivent aussi **dans le temps** en vue d'anticiper les problèmes futurs (impacts sur une population jeune).

L'approfondissement actuel du mouvement de régionalisation de la politique de santé publique constitue donc un enjeu fondamental. Face à *«l'incapacité à développer une culture de santé publique influant durablement sur les déterminants de santé »*¹⁰, la région apparaît désormais comme l'échelon le plus pertinent.

1.2.2 La bonne application par le niveau régional de la politique de Santé Publique passe par l'articulation entre déclinaison des axes nationaux et définition des priorités locales.

⁹ Ibid.

¹⁰ Direction des études de l'ENA, Séminaire sur les politiques de santé, *« La politique régionale de santé »*, groupe n°15, promotion Léopold Sédar Senghor (2002-2004).

La régionalisation de la santé reste très inégale. Les réformes ont été menées en ordre dispersé. La prévention en particulier est peu développée. « *Il n'y a pas eu d'approche globale des questions de santé, à tel point d'ailleurs que certains s'interrogent sur l'émiettement des structures, des moyens, des logiques, sur l'opportunité de parler aujourd'hui de système de santé français* »¹¹.

Instrument au service de la politique de santé publique régionalisée, le PRSP Rhône Alpes fixe des objectifs ambitieux aux acteurs impliqués dans la santé publique. En effet, il doit non seulement **comprendre différentes composantes, articuler axes nationaux et priorités locales, s'inscrire dans un cadre spatio-temporel spécifique** mais aussi **concilier logiques et cultures variées des acteurs**. Il doit également **favoriser la continuité prévention – soins**. A terme, les objectifs du SROS devront d'ailleurs, être définis en cohérence avec les actions déclinées dans le PRSP, même si l'harmonisation des différents calendriers n'est pas encore effective.

En Rhône-Alpes, l'élaboration du PRSP a mobilisé de nombreux acteurs institutionnels, représentants des professionnels de santé et des usagers et s'est réalisée en conformité à la circulaire du 24 septembre 2004. Comme prévu par les textes, la CRS est intervenue dans la phase d'élaboration en adoptant un avis sur le projet présenté par le COPIL. Elle a fait part des difficultés rencontrées pour se prononcer sur ce projet, notamment en raison du manque de visibilité sur les budgets disponibles et de la non-reconduction de certaines actions menées antérieurement. Elle note aussi un manque d'informations quant à la précision de l'analyse territoriale ou par groupes sociaux et concernant les critères de sélection des priorités du PRSP.

Or, un des objectifs principaux ayant soutenu la mise en place des Conférences Régionales est de **renforcer dans les faits la démocratie sanitaire**. La place du citoyen, acteur du système, est un enjeu de Santé Publique. Distiller quelques touches d'usagers dans des instances de concertation souvent non décisionnaires peut donc paraître insuffisant surtout s'ils ne disposent pas d'accès adapté à l'information.

Un équilibre doit par conséquent être trouvé pour que chacun puisse jouer son rôle, entre d'une part, une exigence de **qualité des pratiques professionnelles**, et d'autre part, une **responsabilisation et un respect des citoyens ou de leurs représentants** au sein d'un processus démocratique. C'est dans cet esprit que la loi du 9 août 2004 relative à la

¹¹ MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « *Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France* », Revue du droit sanitaire et social, N° 2, mars – avril 2005, pp 253 – 264.

politique de Santé Publique a instauré deux instances séparées, chargées de la définition, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques de santé publique en région.

Les dispositifs de santé publique étant nombreux et complexes, quelle sera l'articulation entre la CRS et le GRSP ? La loi de Santé Publique et ses décrets d'application n'y répondent pas clairement, puisque des intentions contradictoires semblent y être développées. En définitive, **qui va orienter qui** ? Est-ce la CRS qui va dire son plein mot, qui va évaluer la portée des actions menées dans le cadre du PRSP et qui va exprimer des choix et les assumer ? Ou bien, deviendra-t-elle un grand forum très consultatif, l'alibi démocratique de politiques de santé publique menées par les experts ?

De même, les **nombreux enjeux autour de la mise en œuvre du PRSP** exigent une rigueur dans son suivi et son évaluation. En effet, suivre et évaluer des actions en matière de santé publique s'avèrent très complexe pour plusieurs raisons :

- **Comment évaluer des résultats, par définition, multifactoriels ?**
- **Comment juger de l'efficacité de mesures de prévention** dès lors que le résultat consiste à éviter la survenue de maladies ou de problèmes de santé, si l'on ne dispose pas de données de comparaison ?
- Il en découle la nécessité de disposer de critères de mesure qualitatifs. Or la CRS relève à propos du Plan Régional Santé Environnement (PRSE) que les indicateurs dont disposent les acteurs sont essentiellement quantitatifs.
- De plus, les **difficultés sont accentuées par des lacunes héritées du passé**. Si les anciennes CRS ont permis le développement d'une culture de santé publique, elles n'ont pas mené de véritable évaluation de l'efficacité des actions entreprises en dépit des demandes des jurys CRS. Il n'existe donc pas de données antérieures qui permettent de connaître les situations initiales.

Par ailleurs, s'agissant de l'évaluation, le législateur ne facilite pas la tâche aux deux instances CRS et GRSP. En souhaitant accorder le maximum de liberté aux acteurs, il ne précise ni leurs attributions, ni leurs missions dans ce domaine. Il incombe donc aux membres de la CRS et du GRSP de travailler autour des buts recherchés, des impératifs, des exigences de l'évaluation afin de **définir leurs contributions respectives**.

A propos des enjeux posés par l'évaluation, Monsieur le Dr Brixl prévient, lors d'une CRS de RA, en novembre dernier : *«Je le dis toujours de manière raccourcie : l'évaluation, ou on s'en empare ou on la subit. Si la CRS s'empare de l'évaluation comme d'un levier de conduite, comme l'un des instruments de la conduire du PRSP, des financements qui vont*

avec, l'évaluation vous donnera satisfaction et vous userez et abuserez des méthodologies et surtout irez au-delà, car il s'agit effectivement d'allier rigueur et sens »¹²

En outre, **la mise en place des CRS et des GRSP est récente**. Elle ne permet pas aujourd'hui, d'avoir un recul suffisant sur la teneur de cette contribution.

Par conséquent, il ressort de notre analyse réglementaire, bibliographique, contextuelle que deux axes sont particulièrement déterminants pour la réussite du PRSP. Il s'agit des enjeux de positionnement et de complémentarité entre CRS et GRSP et des enjeux d'évaluation du PRSP. Ce sont les hypothèses que nous avons cherchées à tester lors des entretiens menés.

2 La politique régionale de santé publique : du point de vue des acteurs à la formulation de propositions d'optimisation du fonctionnement de la CRS.

2.1 Les acteurs impliqués dans la nouvelle formule de la CRS dressent un bilan globalement optimiste même si des limites restent identifiables à ce stade d'avancement.

2.1.1 Les points forts et les limites pointées autour de la mise en œuvre du PRSP.

Au plan conceptuel, la CRS a été construite comme **un levier d'action et un lieu de concertation**, d'accompagnement pour un meilleur suivi du PRSP en lien avec les politiques nationales. Pour autant, il n'en demeure pas moins que cet espace est soumis à certaines tensions liées aux clivages entre collègues. Selon certains interlocuteurs, le rapport 2006 concernant le respect des droits des usagers suscite par exemple des débats conflictuels en Rhône-Alpes qui freine sa production.

¹² CRS de RA, compte rendu des échanges en réunion plénière, le 28 novembre 2006, www.rhone-alpes.sante.gouv.fr

D'autres entretiens nous apprennent que la CRS est considérée comme **un dispositif parallèle voire concurrent** d'autres groupements (ARH, GRSP). Il est dénoncé par certains un « *empilement de structures* » nuisant à la compréhension et à la lisibilité du système. Il peut exister des tensions entre les champs de compétence de l'ARH et du préfet (par exemple le clivage entre éducation – prévention – soins). Les acteurs locaux dénoncent aussi la segmentation des budgets consacrés à la Santé Publique ainsi que l'absence de ressources propres à la CRS.

La CRS a vocation par ailleurs à représenter la société civile. Son **hétérogénéité** ressort comme **une force et une faiblesse** pour l'ensemble des interviewés.

Le passage à une CRS plus resserrée par rapport à la CRS issue des ordonnances Juppé, réduit de fait « *la diversité des débats* ». L'évolution du cadre réglementaire favorise globalement une « *meilleure opérationnalité* ». Cependant, tous les membres de la CRS n'ont pas le même degré d'investissement, ni la même compréhension de l'évolution du dispositif.

Par contre, l'élection d'un **président** offre un « *interlocuteur privilégié et légitime* » et confère une certaine identité à la CRS. A ce titre la personnalité du président est déterminante. En Rhône-Alpes, le fait que la présidence soit assurée par une représentante des usagers donne à la CRS une indépendance respectée et une dynamique particulière. Le collègue représentant les usagers s'avère très actif en pratique dans la région.

Quelques membres de la CRS soulignent parfois la **surreprésentation de certains sous-groupes** de pression comme une limite. Enfin, la culture et l'expérience professionnelle de membres de la CRS jouent également un rôle sur leurs visions de la Santé Publique et des actions à mettre en oeuvre.

Sur un plan plus politique, la mise en oeuvre du PRSP a pu provoquer **un certain « désengagement »** de la part de certaines collectivités locales pour se recentrer sur les compétences attribuées par les lois de décentralisation successives. Plusieurs interviewés signalent par exemple que les collectivités locales ont besoin de s'investir dans des actions visibles pour des territoires stratégiques en allouant des financements clairement identifiés pour ce type d'actions.

En outre, un autre interlocuteur se pose la question de **la réduction effective des inégalités** territoriales dans des zones géographiques défavorisées et parfois dépourvues de porteurs de projet.

S'agissant des autres limites soulignées par les acteurs, les **décalages calendaires** dans l'élaboration des différents outils (SROS, PRSP) nuisent à la parfaite cohérence de l'ensemble.

2.1.2 Autour de la complémentarité CRS/GRSP

La mise en œuvre du PRSP passe pour certains interlocuteurs par une **co-gestion et une coproduction** du GRSP avec la CRS, qui grâce à un consensus gagnerait en pertinence. Pour d'autres les **compétences sont tranchées** assez clairement par le législateur et doivent le rester.

Les textes n'interdisent pas d'être **membre des deux instances**. Cet aspect peut constituer une limite en ce qui concerne l'indépendance de la CRS, mais peut aussi être une opportunité pour tisser des liens.

Selon la majorité des interviewés, le **positionnement** de tous les acteurs est actuellement **en construction**. Il existe donc un espace dans lequel la complémentarité peut se jouer.

La CRS, pour certains, apparaît toujours comme une chambre d'enregistrement et de consultation. Pour d'autres, elle apporte un regard indépendant et peut mettre en évidence des dysfonctionnements dans les choix de santé publique. Dans cette conception, la **CRS apporte un regard critique** au préfet et constitue un enjeu fort.

En revanche, il est intéressant de noter qu'un observateur externe estime que l'articulation entre CRS et GRSP ne pose aucun problème et s'avère selon lui, une «*osmose*».

L'analyse des entretiens sur ce point fait apparaître un jeu d'acteurs particulièrement marqué et complexe qui laisse présager des tensions.

2.1.3 Autour des champs de l'évaluation

La loi de santé publique offre des **opportunités**, selon l'ensemble des interlocuteurs, en matière d'évaluation des actions menées. Cette dernière est une mesure des écarts entre une situation de départ et d'arrivée au regard des objectifs fixés. Egalement «*outil de négociation, de communication, de discussion*», elle doit permettre d'effectuer des choix pertinents, mais elle est ressentie par certains acteurs comme un **outil de contrôle** qui donnerait à la CRS un pouvoir qui «*fait peur*».

Les acteurs interviewés ne sont pas en accord sur l'état d'avancement du système d'évaluation. Il n'existe **pas de critères communs d'évaluation formalisés** à ce jour pour évaluer le PRSP. L'ARH dispose de ressources en évaluation qui lui semblent transférables. De son côté, la CRS a élaboré un outil d'évaluation qui n'a pas été retenu par le GRSP.

Concernant **l'évaluation des actions à moyen et long terme**, les acteurs ne se positionnent pas toujours avec les mêmes logiques. L'impact des actions de prévention se

mesure généralement sur le moyen terme, alors que le **principe d'annualité budgétaire** exige un suivi à court terme. Cet aspect pourrait être préjudiciable dans le choix de reconduite de certaines actions pour les publics visés. Les financeurs pensent, au contraire, que cette limite n'est pas incompatible, ni insurmontable dès lors qu'une évaluation de processus est possible.

L'ensemble des personnes rencontrées est unanime pour souligner que le processus de positionnement des acteurs est en construction. Leurs **capacités d'initiative et de créativité** sont sources de diversité et de richesse. De ce point de vue, elles constituent la plus grosse des forces de la CRS. C'est pourquoi, nos interlocuteurs ont manifesté leur **optimisme** vis-à-vis de celle de Rhône-Alpes.

A ce stade de notre travail, il convient d'évaluer **la validité des hypothèses** formulées.

D'une part, pour celle qui concerne la complémentarité entre GRSP et CRS, il apparaît qu'elle est une nécessité. Néanmoins sa conception est extrêmement variable en fonction des interlocuteurs rencontrés.

D'autre part, s'agissant des différences dans les champs d'évaluation qui incombent à la CRS et au GRSP, il apparaît que les réponses sont très hétéroclites et souvent contradictoires. Cet aspect confirme que l'évaluation est un des enjeux les plus forts mais ne permet pas de distinguer des champs distincts, compte tenu des réponses obtenues.

2.2 Le constat des risques et limites permet de formuler des suggestions afin d'optimiser le fonctionnement de la CRS et apporter une valeur ajoutée en terme de santé publique.

La conflictualité des débats à l'intérieur de la CRS constitue un point fort afin qu'existe la controverse. Cependant, **préciser les modes de communication entre collègues**, éviterait sans doute des tensions trop fortes, source de blocage. Pour cela, la CRS doit développer une identité propre. C'est un moyen de dépasser l'appartenance professionnelle des différents membres et un certain corporatisme.

La construction de cette identité forte passe par la nécessité de stabilité modulée par une certaine rotation d'une partie des représentants. Un **renouvellement par tiers** de l'ensemble des collègues à un rythme à déterminer semblerait plus opportun pour concilier bon fonctionnement de la conférence et enjeux de santé publique. Cette mesure favoriserait

en outre, l'absence de monopolisation des instances par les mêmes associations, créant dynamisme et émulation des acteurs pour une plus grande synergie.

L'organisation effective de débats publics¹³ présenterait aussi deux atouts : recueillir un regard critique sur la politique de santé publique et porter à la connaissance des usagers les actions entreprises.

En outre, la Santé Publique dans son ensemble souffre d'un véritable manque de visibilité dû à la transversalité de son champ. **L'autonomie financière et juridique** de la CRS lui donnerait une légitimité et une meilleure visibilité pour les acteurs de terrain. Au regard des lacunes de petits promoteurs pour le montage de projets, la CRS pourrait en outre développer des **compétences d'accompagnement et de conseil**. La **simplification des procédures** d'appel à projets doit être recherchée. Dans cette même logique, le lancement d'appels à projets localisés et infra-départementaux répondrait aux difficultés d'identification de promoteurs dans certaines zones géographiques et aux besoins spécifiques.

Nos entretiens ont également souligné le flou laissé par le législateur sur les compétences d'évaluation des deux instances. La loi de santé publique offre dans sa rédaction la possibilité de prendre des décrets pour préciser de façon plus ferme les attributions respectives. Le ministère n'a pas souhaité choisir cette voie et ne prendra cette option que sur une demande expresse de la conférence des DRASS.

Il nous semble à ce propos qu'un bornage trop précis restreindrait les possibilités d'initiatives locales. **Une zone de flou garantit en revanche une certaine souplesse** et offre des marges de manœuvre différentes en fonction des régions. Même souhaitable, cette flexibilité risque néanmoins de créer des écarts entre régions, pouvant être perçus comme une atteinte au principe d'égalité. Il conviendra donc de surveiller d'éventuels dérapages.

Par ailleurs, la mise en place de **groupes de travail entre CRS et GRSP** peut faire avancer les choses favorablement pour une reconnaissance des cultures différentes et une articulation des logiques complémentaires sur un même problème de santé publique. Ceci peut générer une vraie synergie grâce à la confrontation de points de vue variés au service de choix pertinents. Il en découle la nécessité de **formaliser les modes de communication et d'échange d'informations** autant en interne qu'en externe.

¹³ CSP art.R.1411-3

En ce qui concerne l'évaluation, au-delà de la définition des champs de compétence, un **accès partagé à l'information** à partir de données communes entre « *experts et profanes* » apparaît une condition *sine qua none* pour un échange équilibré entre CRS et GRSP. Pour cela la mise en place d'un **système d'information performant** est impérative.

Il semble également urgent de mettre en place des outils communs d'évaluation. Des **critères et indicateurs quantitatifs et qualitatifs partagés** restent à définir pour dresser un bilan de l'efficacité des actions dans le temps. De la finesse des indicateurs dépendra la pertinence du processus d'évaluation. Ils permettront au GRSP de justifier de l'utilisation des fonds au premier euro et à la CRS d'exercer un réel suivi du PRSP.

Des **évaluations d'impact** auprès des populations sont aussi à envisager.

L'**autoévaluation** du nouveau dispositif « CRS-GRSP » par les acteurs souffre en revanche d'un manque de recul. Leurs attentes vis-à-vis de ces deux instances sont nombreuses mais encore trop égocentriques. Une **meilleure cohérence calendaire** infléchirait sensiblement cet aspect.

Les **besoins de formation** doivent enfin être identifiés et financés pour améliorer les compétences des membres de la CRS (utilisation des systèmes d'information, communication, gestion de projets de santé publique...). Le partage de connaissances, véritable socle identitaire pour la CRS, lui permettrait de développer encore ses forces de propositions.

Conclusion

Pour répondre aux besoins de santé publique, des pays comme **l'Italie, l'Espagne ou l'Allemagne** ou une province comme **le Québec** ont reconnu un rôle important à la région, certains empruntant la voie de la décentralisation, d'autres celle de la déconcentration. Même si les caractéristiques propres à chaque système limitent la portée des comparaisons internationales, ces exemples apportent des éclairages intéressants.

En France, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique renforce le rôle du Parlement dans la définition des orientations de santé publique du pays. C'est la première fois en effet que les méthodes, instances et les objectifs de santé publique sont présentés et débattus au Parlement. La politique de santé publique se décline dorénavant à travers des Plans Régionaux de Santé Publique qui articulent priorités nationales et régionales sur la base d'une analyse des besoins locaux.

La CRS et le GRSP créés par la loi de santé publique ont des missions clairement identifiées et distinctes, mais aussi un territoire d'action commun, celui de l'évaluation. Ce dernier n'a pas été borné par le législateur laissant l'initiative aux instances de chaque région d'imaginer leur propre dispositif d'évaluation.

Nous avons souhaité étudier en quoi la CRS et le GRSP permettent la mise en œuvre pertinente des objectifs du PRSP. Nos hypothèses de travail étaient les suivantes : les deux instances sont complémentaires d'une part, chacune d'elle a un rôle à jouer pour l'évaluation du PRSP, dans un champ spécifique, d'autre part. La région Rhône-Alpes a constitué notre terrain d'analyse.

Les mises en place des instances, CRS et GRSP se sont faites de façon décalée dans le temps. Ainsi le processus est toujours en construction et les acteurs rencontrés soulignent le manque de recul et d'expérience du dispositif.

Néanmoins, de l'avis de tous les interlocuteurs, la pérennisation et le recentrage de la CRS sont de véritables opportunités pour la démocratie sanitaire. Les modes d'interaction entre les individus en son sein vont se construire avec le temps, l'expérimentation, le débat et l'apprentissage collectif. Les interlocuteurs ont souligné l'intérêt de participer à cette « aventure » en construction et de permettre aux différents acteurs de se rencontrer.

La CRS est aussi vue comme un moyen d'appréhender la complexité du système de santé et de la santé publique. La CRS et le GRSP peuvent ainsi participer à l'élaboration d'une culture de santé publique. La CRS est vu comme une opportunité de porter la parole

des usagers et de faire vivre la démocratie sanitaire au niveau de la région. Son avenir et son positionnement dépendront des acteurs et de ce qu'ils en feront.

Cependant le peu de moyens disponibles pour agir de la CRS peut contribuer à démobiliser les acteurs. En effet, la participation à celle-ci suppose un investissement en temps et de la disponibilité. Le peu de retours concrets de cet investissement peut transformer, à terme, la CRS en une coquille vide, simple chambre d'enregistrement des propositions du GRSP.

Si la complémentarité de la CRS et du GRSP ne fait pas de doute pour les acteurs rencontrés, le flou laissé par le législateur en ce qui concerne l'évaluation n'a pas encore porté ses fruits en Rhône-Alpes. L'hypothèse sur des champs d'évaluation distincts entre les deux instances n'est donc pas validée. A ce sujet, les discours sont très divergents. Les concepts d'évaluation ne sont pas forcément partagés par les interlocuteurs. De plus, les attentes des membres de la CRS et du GRSP sont différentes. Enfin, la discussion sur cette thématique n'a pas encore été réellement amorcée entre les deux instances.

Néanmoins, le dynamisme de la CRS Rhône-Alpes, mentionné par tous les acteurs rencontrés, ainsi que la volonté affichée de cette CRS d'être un acteur incontournable de la santé publique, sont des forces à saisir par le GRSP. Ainsi les deux instances pourraient mener des travaux communs pour faire du PRSP une réussite en Rhône-Alpes.

Il nous semble donc que le succès de la culture Santé Publique repose en premier lieu sur les femmes et les hommes engagés dans le processus. Il faut surtout faire confiance à ces acteurs. Le législateur a ouvert une porte, un possible, pour une démocratie sanitaire en action. Il appartiendra à chacun de la faire vivre, car comme l'écrit Antoine de Saint Exupéry, « *il ne s'agit pas de décrire l'avenir, mais de le permettre* »¹⁴

¹⁴ St Exupéry Antoine, « *Citadelle* », Ed. Gallimard, 2002.

Bibliographie

Ouvrages, rapports, articles :

Boissonnat-Pelsy Huguette, Debionne François-Paul, « *La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 : une loi pour faire grandir l'interactivité, l'équité et la démocratie* », La Revue Société française de Santé publique, n°4, décembre 2004.

Bréchat Pierre-Henri, Roger Philippe, « *Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002* », ADSP n°42, mars 2003.

Bréchat P.H, Bérard A, Magnin-Feysot C, Segouin C, Bertrand D, « *Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives* », revue de Santé Publique, 2006, volume 18, n°2, pp. 245-262.

Cadeau Emmanuel, « *Région et démocratie sanitaire : quels rapports?* », Revue générale de droit médical, n° 9, 2003, p.5 à 30.

Chabrol Arlette, dossier « *Notre système de santé s'organise en région* », Le bulletin de l'ordre des médecins, septembre 2006.

Chambaud Laurent, « *Deux lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France* », « *Les propositions de la Société française de Santé publique : la santé publique en France* ».

Martin-Papineau Nathalie, « *Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France* », Revue du droit sanitaire et social n°2, mars-avril 2005, p. 253- 264.

St Exupéry Antoine, « *Citadelle* », Ed. Gallimard, 2002.

Vinot Didier, « *Les conférences régionales de santé au milieu du gué : un outil en transition pour une politique de santé publique* », revue Politiques et management public, Volume 20, n°2, juin 2002.

Direction des études de l'ENA, Séminaire sur les politiques de santé, « *La politique régionale de santé* », groupe n°15, promotion Léopold Sédar Senghor (2002-2004), 2006.

Les dossiers de la DRASS, « *Panorama de la santé en Rhône-Alpes : document préparatoire au Plan Régional de Santé Publique* », Lyon, 2005.

La documentation française, « *La conférence nationale de santé de 1997- Bilan et propositions* », Actualité et dossier en santé publique, n° 20, septembre 1997, pp 2à 6.

La documentation française, dossier « *Politiques et programmes régionaux de santé* », revue du Haut Comité de la santé publique, ADSP n°46, mars 2004, p.13 à 76.

La documentation française, « *La conférence nationale de santé de 1997- Bilan et propositions* », Actualité et dossier en santé publique, n° 20, septembre 1997, pp 2à 6.

Numéro spécial consacré à « *La Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004* », la Revue de Santé Publique n°4, décembre 2004.

Journal du Conseil Régional, « *Le rendez-vous citoyen de la Région Rhône-Alpes* », n°4, hiver 2006-2007.

Documents officiels :

Direction Générale de la Santé, document de synthèse sur « *Les conférences régionales ou territoriales de santé* », disponible sur le site intranet, novembre 2006.

Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales, « *Conférence régionale de santé en Rhône-Alpes 2006*», compte rendu des débats, 28 novembre 2006, <http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr>

Préfecture de la région Rhône-Alpes, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes, « *Panorama de la santé en Rhône-Alpes, document préparatoire au Plan Régional de Santé Publique*, n°2005-06-D, janvier 2005.

Préfecture de région Rhône-Alpes, « *Plan régional de santé publique, 2006-2010* », support CD diffusé par la DRASS de Rhône-Alpes. De la région Rhône-Alpes.

Secrétariat Général pour les Affaires Régionales, arrêtés n° 06-068 et n°06-283, portant composition nominative de la Conférence régionale de santé.

Textes législatifs et réglementaires :

Code de la Santé Publique

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

Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

Décret n°2005-1235 du 26 septembre 2005 relatif à la convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

Décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire n°DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

Sites Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.pieros.org>

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

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

<http://www.spiral-rhone-alpes.org>