



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : Avril 2001

PLACE DU DEPARTEMENT

DANS LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE

Bruno MESLET

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION :	2
2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE :	4
.1 Question principale, hypothèses et objectifs :	4
.2 La méthode :	5
3 - PRÉSENTATION DU CONTEXTE ET DE LA PROBLÉMATIQUE :	9
.1 Un contexte général influencé par le nécessaire partage du pouvoir.	9
.2 Un contexte santé qui cherche encore la bonne approche pour développer une politique de santé publique efficace.	12
.3 Le contexte loco-régional s'organise pour mieux répondre aux besoins et à la demande de santé:	22
4 - RÉSULTATS	31
.1 Perception du dispositif par les acteurs :	31
.2 Evaluation du processus du Forum départemental de la Mayenne	41
5 - COMMENTAIRES ET ANALYSE	44
.1 Perception par les acteurs.....	44
.2 Le Forum départemental de santé en Mayenne	49
6 - DISCUSSION	53
.1 Discussion sur la méthode et les limites de l'étude	53
.2 L'impact du Forum départemental de la santé en Mayenne.....	55
.3 Place et rôle du département dans le choix des objectifs et dans la mise en œuvre des actions.....	57
7 - RECOMMANDATIONS	60
.1 Les recommandations d'ordre général :	60
.2 Les recommandations à partir de l'expérience du forum de la Mayenne	63
.3 Les recommandations pour l'action d'un médecin inspecteur	64
8 - CONCLUSIONS	65

1 - INTRODUCTION :

Au cours des dernières années, le système de santé français s'est structuré progressivement autour de plusieurs réformes.

- Des réformes d'ordre général, ayant des conséquences en terme d'administration du territoire : lois de décentralisation de 1982 ; lois sur l'organisation et l'aménagement du territoire 1995, 1999 ; politique de la ville, etc.
- Des réorganisations plus spécifiques du secteur de la santé qui ont conduit au dispositif impulsé par les ordonnances Juppé (1996).

La décentralisation a permis l'émergence d'un pouvoir local et a entraîné une redistribution des compétences entre l'Etat, et les collectivités territoriales : la Région, le Département et la Commune (loi n°83.8 du 7 janvier 83 relative à la répartition de compétences). Dans cette réforme, la Région ne reçoit pas d'attribution spécifique dans le domaine de la santé ; le Département, à travers le Conseil Général, se voit essentiellement confié des missions portant sur l'action sociale et la famille. La santé reste donc du domaine réservé de l'Etat qui renforce la déconcentration de ses services au niveau des DRASS et des DDASS en regard des pouvoirs locaux.

Les ordonnances Juppé, (à travers les ordonnances n°96-344 relative à l'organisation de la sécurité sociale, n°96-345 du 24 avril 96 relative à la maîtrise des dépenses de soins et n°96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée), portent création de nouvelles instances et de nouveaux processus de dimension régionale : les Unions Régionales des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) ; Les Conférences Régionales de Santé, (CRS) ; et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Ces instances ne font que compléter un dispositif régional qui se dessine par étapes successives avec les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) en 1986 ; les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et les Commissions Régionales d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) en 1991 et les Unions Régionales de Médecine Libérale (URML) en 1992.

Si ces différentes étapes ont consacré la dimension régionale comme le niveau pertinent pour la déconcentration de la politique de santé, le débat sur les répartitions des tâches entre les différents niveaux reste, plus que jamais, d'actualité.

Les Conférences Régionales de Santé et les Programmes Régionaux de santé constituent avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) les instruments privilégiés de la politique Régionale de santé.

- Les CRS doivent permettre de définir une politique régionale de santé centrée sur la santé et les besoins de la population avec des objectifs précis capables de mobiliser les partenaires et la population.
- Les PRS doivent permettre à l'ensemble des acteurs concernés d'élaborer les objectifs et de mettre en œuvre les activités pour répondre aux problèmes de santé prioritaires de la région.

Les évaluations sur la mise en œuvre des Conférences Régionales et des Programmes Régionaux de Santé, après cinq années, confortent l'approche régionale comme le niveau adéquat pour décliner les politiques nationales.

Cependant un décalage important est observé, entre l'investissement méthodologique et la mise en place effective des programmes ; il apparaît nécessaire de compléter l'approche régionale par une définition territoriale plus fine pour la mise en œuvre des actions.

L'approche territoriale, proposée dans la Loi n°99-533 portant sur l'Orientation et l'Aménagement Durable du Territoire (LOADT), développe les notions de bassins de vie, bassins d'emplois, bassins de santé comme niveau opérationnel. Les schémas des services collectifs, actuellement en cours d'élaboration, pour définir les perspectives à moyen terme (10 ans), doivent intégrer ces nouvelles notions territoriales pour décliner le niveau de mise en œuvre des programmes.

Dans ce contexte, la place et le rôle du niveau départemental et des DDASS en particulier ne se trouvent plus clairement définis,

Que devient le rôle de l'échelon départemental dans ce dispositif ?

Quelle place doit (ou peut) jouer le département entre une définition régionale de la politique de santé et une approche territoriale infra départementale ?

En particulier pour ce qui concerne le choix des priorités et de la mise en œuvre des actions.

Comment peut s'articuler concrètement la mise en œuvre des priorités régionales par les acteurs locaux ?

2 - MATERIEL ET METHODE :

Les premières évaluations de Conférences Régionales et des Programmes Régionaux de Santé confortent la pertinence du niveau régional, mais soulignent un déficit dans la coordination de l'action et posent clairement la question de définir un processus ou un niveau opérationnel pour coordonner la mise en œuvre effective des actions.

La nouvelle loi sur l'orientation et l'aménagement durable du territoire à travers les schémas des services collectifs sanitaires privilégie la dimension territoriale (sans en préciser sa nature) comme niveau d'approche opérationnel.

.1 QUESTION PRINCIPALE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS :

La question principale est de savoir quelle place et quel rôle peuvent et doivent jouer le département, dans la définition des priorités et la mise en œuvre des actions, entre un niveau régional qui définit les priorités et les stratégies (CRS – PRS) et des niveaux infra-départementaux en charge du domaine opérationnel.

L'hypothèse que ce travail propose d'explorer est la nécessité de compléter le dispositif régional des CRS (priorités régionales) et des PRS (objectifs et stratégies régionales) par un outil opérationnel plus fin et d'envisager le niveau territorial le plus approprié pour le mettre en œuvre.

Objectif général :

- Définir la place et le rôle du niveau départemental dans le choix des objectifs de santé et dans la mise en œuvre des actions.

Objectifs spécifiques :

- Analyser la perception du dispositif par les acteurs.
- Décrire le processus mis en place dans la Mayenne pour améliorer le dispositif opérationnel des politiques de santé sur le Département.

.2 LA METHODE :

Trois modalités d'investigations ont été retenues pour répondre aux objectifs : une recherche documentaire, des entretiens avec des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des politiques de santé ; le suivi en observation directe de la démarche entreprise autour du “ Forum départemental de santé en Mayenne ” ;

.2.1 La recherche bibliographique et documentaire :

La recherche bibliographique et documentaire a porté sur les éléments suivants :

- Une bibliographie sur l'organisation de la politique de santé publique en France autour des Conférences Régionales de Santé Publique et des Programmes Régionaux de santé ; sur la décentralisation et sur l'organisation territoriale dans le domaine de la santé.
- Les documents issus des Conférences Régionales de Santé des Pays de la Loire et des Programmes Régionaux de Santé.
- Les documents rédigés autour de l'organisation du Forum départemental de la santé en Mayenne.
- Les textes législatifs et réglementaires ayant traités aux CRS, aux PRS ; à la décentralisation et à la territorialisation.

Ce volet a pour but de développer notre problématique sur trois niveaux : le contexte général de la décentralisation ; les évolutions récentes de l'organisation de la santé publique ; le contexte spécifique des Pays de la Loire et de la Mayenne.

.2.2 Les entretiens avec les acteurs

Constitution de l'échantillon :

Les personnes rencontrées, ont été identifiées en fonction d'un choix raisonné pour permettre de balayer l'ensemble des visions que les acteurs pouvaient avoir du dispositif en fonction de leur niveau d'intervention (Régional, Départemental et Local) et du type de responsabilité qu'ils exercent (décideur, technicien, et opérateur).

Les personnes identifiées sont donc réparties selon la matrice suivante

	Décideurs	Techniciens	Opérateurs
Régional	<ul style="list-style-type: none"> • DRASS • URCAM 	<ul style="list-style-type: none"> • MIR • Coordonnateur PRS 	
Départemental	<ul style="list-style-type: none"> • DDASS (2) • CPAM • Conseil Général 	<ul style="list-style-type: none"> • MISP • Médecin CG 	<ul style="list-style-type: none"> • CDPA • CODES
Local	<ul style="list-style-type: none"> • Elu local • Contrat de ville 	<ul style="list-style-type: none"> • CCAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Associations

MIR : Médecin Inspecteur Régionale ; MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique ; CG : Conseil Général ; CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme ; CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

Pour compléter cette approche, nous avons jugé opportun de rencontrer des personnalités faisant référence au niveau national dans le domaine de la mise en œuvre des politiques de santé.

M. Christian Nicolas DGS Ministère – Paris

M. René Demeulemeester MIR – DRASS de Lille

Méthode d'entretien :

Les entretiens se sont déroulés selon un mode semi-directif.

Les rendez vous ont été obtenus par téléphone puis nous nous sommes rendus sur les lieux de travail des personnes enquêtées.

L'entretien durait de une heure et demi à deux heures.

L'entretien a été mené à l'aide d'un guide (cf. annexe 6), avec prise de note. Un entretien a eu lieu par téléphone (le guide d'entretien avait été faxé les jours précédents).

Les notes ont ensuite été saisies sur Word puis classées selon les rubriques thématiques.

.2.3 Le suivi du Forum départemental de santé en Mayenne :

Notre premier contact avec la DDASS de la Mayenne s'est fait au début du mois de juin 2000. Le processus d'organisation du Forum départemental était déjà largement entamé. Nous n'avons donc pas assisté à toute la phase préparatoire qui comprenait des études et des groupes de travail sur les quatre thématiques retenues. Notre travail d'observation direct n'a pu commencer que lors de la Journée Forum du 29 juin 2000.

Le travail que nous proposons de faire dans cette partie, consiste à relater ce que nous avons observé sur l'organisation d'un Forum départemental de santé, et sur le processus qui a conduit à l'élaboration d'un plan triennal départemental. La phase préparatoire a été analysée à partir des documents produits par les études et les groupes de travail; la seconde et la troisième phase ont été analysées à partir de l'observation directe de la journée du Forum et du travail produit dans le comité de pilotage.

De ces observations, nous essaierons de dégager ce qui nous a semblé être les points forts et les points faibles du processus, et dans quelle mesure, il a fait progresser l'animation des politiques de santé publique dans le département de la Mayenne.

Etant donné le peu de recul que nous avons sur la situation, il ne nous était pas permis d'envisager une évaluation au sens strict du terme ; il s'agissait plutôt de faire un premier bilan.

Une évaluation totale du processus et de son impact sur la mise en œuvre des politiques de santé en Mayenne ne pourra se faire qu'au terme de la démarche, sur les réalisations concrètes des actions retenues dans les programmes annuels du plan triennal.

Nous décrirons et analyserons successivement les trois étapes du forum qu'ont été la phase préparatoire, la journée du Forum et la rédaction du plan triennal. La grille d'analyse que nous avons utilisée pour les différentes étapes du forum est construite sur trois thèmes :

La référence aux préoccupations qui ont guidé nos entretiens à savoir :

- Le processus a-t-il favorisé la prise en compte des priorités locales et l'élaboration d'objectifs concrets susceptibles de mobiliser les acteurs ?
- La mise en œuvre des actions sera-t-elle plus opérationnelle ?
- L'articulation entre les acteurs est-elle facilitée ?

Le respect méthodologique prévu initialement :

- “ Un travail collectif entre partenaires institutionnels et associatifs ”

L'atteinte des résultats attendus :

- “ une meilleure prise en compte des priorités de santé publique en Mayenne ”
- “ des orientations précises réellement opérationnelles ”

Le comité de pilotage

Dates	Thèmes
6 octobre 2000	Définition des instances de pilotages : une instance décisionnelle et une instance technique
16 novembre 2000	Evaluation du Forum ; définitions des orientations à donner au plan triennal.
5 décembre 2000	Présentation du plan triennal et des priorités 2001
12 janvier 2001	Validation du plan triennal et des priorités 2001
26 janvier 2001	Diffusion du plan triennal ; modalités de rédaction des appels d'offres.
22 février 2001	Rédaction des appels d'offres
28 février 2001	Validation des appels d'offres

3 - PRESENTATION DU CONTEXTE ET DE LA PROBLEMATIQUE :

.1 UN CONTEXTE GENERAL INFLUENCE PAR LE NECESSAIRE PARTAGE DU POUVOIR.

.1.1 L'abandon d'une organisation fortement centralisée :

➤ La décentralisation :

Au cours des années 1980, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des réformes qui modifient les relations entre le centre et la périphérie de l'Etat. En France, ce mouvement s'est traduit par une double réforme :

- La décentralisation territoriale organisée dans la loi du 2 mars 1982.
- La déconcentration des administrations centrales prévue en 1982 et précisée dans la loi du 6 février 1992.

Ces politiques ont été mises en place pour adapter le secteur public aux transformations de son environnement économique et social.

Malgré ses limites, la décentralisation donne aux élus locaux une légitimité sur la gestion de leur circonscription: ils fixent l'agenda politique local, hiérarchisent les priorités ; formulent la demande de service public en terme de problèmes à régler. Désormais, les attentes des collectivités locales, par rapport à l'Etat, s'expriment de façon plus individualisées et supposent une réponse différente plus proche du conseil. Le rôle de l'Etat quitte son profil d'instituteur pour endosser celui d'un animateur, tout en gardant le pouvoir régalien de contrôle.

Pour accompagner la décentralisation, le gouvernement a mis en place une politique de déconcentration pour équilibrer l'autonomie des collectivités territoriales et la puissance locale de l'Etat. Cette conception de l'équilibre repose sur une triple affirmation :

- ***Seul l'Etat central peut défendre les valeurs de l'intérêt général.*** La décentralisation permet l'expression d'une demande ; la déconcentration garantit l'égalité et la qualité de l'offre de service public.
- ***La zone géographique est le facteur clé*** pour l'exécution d'un service public dans des conditions optimales.

- *la territorialité* est la logique d'action de l'administration, quadrillage de l'espace national¹.

Le débat sur la décentralisation s'amplifie dans les régions depuis la publication du rapport de la commission parlementaire, présidée par Monsieur Mauroy sur l'avenir de la décentralisation, et fait évoquer au Premier Ministre la nécessité d'envisager une " deuxième étape " pour la décentralisation (4), (27).

.1.2 Le territoire, une question d'actualité :

Près de vingt ans après la décentralisation, l'Etat semble toujours à la recherche du bon niveau d'intervention. Comme l'attestent, les successions de lois sur l'aménagement du territoire et sur la politique de la ville, l'approche territoriale reste au cœur de l'actualité.

Mais tous les dispositifs mis en place par couches successives ne peuvent qu'ajouter à la confusion.

L'enjeu actuel est de savoir si les régions vont réussir à être un véritable niveau de structuration, de coordination des différents acteurs ; ou si elles ne restent qu'un carrefour de réseaux parmi d'autres.

L'agglomération, le département, la région sont, pour certains domaines, de bons niveaux de structuration ; mais il ne semble pas y avoir de niveau optimal ; le raisonnement en terme de niveau homogène sur lequel l'Etat jacobin est construit, n'est sans doute pas toujours pertinent.

" Il n'y a pas un niveau pertinent, ni un modèle unique de développement territorial. Il faut plutôt envisager des échelles différentes en fonction de la nature du problème à résoudre " (24).

.1.3 Le partenariat comme nouvelle forme d'action publique :

Le partenariat s'est généralisé depuis deux décennies comme le mode de coopération entre l'Etat et les acteurs sociaux. Cette forme de modernisation de l'action publique vise à renforcer la mobilisation collective. Elle est censée compléter et remplacer l'intervention directe de l'Etat dans la mise en œuvre des actions (20), (25), (33).

¹ " Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation. ENSP

De nombreuses associations se sont développées au niveau local pour jouer le rôle de relais des autorités publiques dans le secteur socio-sanitaire. L'ancrage territorial est un élément décisif pour la réussite de ces interventions. Elles nécessitent, pour être efficaces, une approche globale et une gestion de proximité (lutte contre l'exclusion ; les pratiques addictives ; le suicide ...) que leur offre le système associatif.

Les nouvelles générations de politiques sociales ont presque systématiquement recours au partenariat. " Ce côté systématique doit éviter l'émergence d'un nouveau mythe et faire la part des choses entre les avantages certains de ces démarches et les limites incontournables qu'elles engendrent ".²

Si le partenariat permet plus facilement une approche globale, et donne la capacité de soulever les problèmes, de mobiliser de nouveaux acteurs, de créer de nouveaux espaces de liberté, on ne doit pas occulter les difficultés que cela engendre en terme de gestion, de transparence et de pertinence des activités menées.

Un partenariat tout azimut risque aussi de diluer l'action publique dans une sorte de marais sans responsabilité clairement définie. L'implantation géographique des associations et leurs spécificités d'intervention risquent de capter les moyens de l'action publique en dehors des priorités qu'elle s'est définie, conduire à des choix contestables et à un saupoudrage de crédits bien loin de l'efficacité escomptée.

² ENSP - Module politiques sociales et de santé : le partenariat. Paticia Loncle

.2 UN CONTEXTE SANTE QUI CHERCHE ENCORE LA BONNE APPROCHE POUR DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EFFICACE.

.2.1 La régionalisation du système de santé :³

La régionalisation est un thème récurrent sur l'avenir du système de santé, sans que ne soit fixé son contenu, ni ses objectifs ni les modalités souhaitables de sa réalisation.

La régionalisation ne saurait être le remède unique à toutes les difficultés du système de santé.

Les outils de la politique de santé ont été "empilés" au fil du temps, d'où un "maquis" d'instruments, de procédures et de structures qui manquent de cohérence, voire d'efficacité. En médecine préventive, la dispersion des moyens, la multiplicité des intervenants, l'absence de coordination génère une grande confusion.

La régionalisation est reconnue comme pertinente, mais de quelle régionalisation s'agit-il ?

La régionalisation stricto sensu n'existe pas, puisque la santé ne fait pas partie des compétences des conseils régionaux. La santé publique doit rester en France une compétence de l'Etat. Le système de santé souffre davantage d'un manque de déconcentration, financière en particulier, que d'une absence de décentralisation.

Le système de soins est encore trop cloisonné (établissement de soins / médecine de ville ; généraliste / spécialiste ; public / privé).

La nécessaire globalisation de la prise en charge du patient rend obsolète la notion de découpage sectoriel du système.

.2.2 A la recherche d'une bonne approche territoriale :

Pour parvenir à une politique de santé publique durable, celle-ci doit répondre à des principes fondamentaux comme la démocratie, l'éthique et l'équité. Donner une chance égale à chacun en matière de santé passe par la prise en compte des besoins régionaux et de proximité qui rend nécessaire un véritable aménagement sanitaire du territoire (2). " C'est à toutes les échelles de l'action que les questions sanitaires rencontrent les problèmes d'aménagement du territoire : en milieu rural, dans les grandes villes avec les inégalités des quartiers " (3).

³ Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale. Mars 2000.

La question de l'organisation spatiale du système de santé se retrouve aujourd'hui confrontée aux problématiques de l'aménagement du territoire. " Cette rencontre est récente car la centralisation rendait impossible jusqu'à présent la prise en compte des territoires locaux, au nom d'une vision égalitaire, lisse et sans aspérités du territoire national " (16).

" En épidémiologie, l'espace géographique constitue un repère majeur pour l'identification des populations étudiées, l'analyse et le suivi des phénomènes de santé " (31).

Si la proximité et l'homogénéité de la population constituent des variables clés pour la mise en œuvre d'une politique de santé efficace, celle-ci ne peut être opérationnelle que si elle dispose en face d'elle d'une masse critique d'interlocuteurs (associations et intervenants de terrain), pour traduire cette politique en actions concrètes. Une trop grande dispersion spatiale conduit à un émiettement de l'impact.

L'aménagement sanitaire du territoire a mis en évidence la nécessité de nouveaux concepts et outils :

Les outils de planification sont désormais en place dans l'ensemble des régions françaises : La carte sanitaire ; les SROS ; les autorisations administratives ; les contrats d'objectifs et de moyens pour la politique hospitalière; les Conférences Régionales de Santé et les Programmes Régionaux de Santé pour les politiques de santé publique (17).

Engagés dans la régionalisation, pour mettre en œuvre, à travers les SROS et les PRS, les priorités de santé retenues lors des CRS, les planificateurs ont pour mission fondamentale d'assurer une réponse optimale de l'offre aux besoins. Prioriser les interventions s'avère nécessaire si l'on veut s'astreindre à une certaine qualité.

L'approche en matière sanitaire est désormais fondée sur les besoins des populations. Il en résulte une nécessité de connaissances faisant appel à de nombreux outils ; ceux-ci sont en place pour l'essentiel. Leur mise en cohérence, notamment dans une plus grande maîtrise des zonages permettra de mieux répondre aux besoins et de renforcer l'aspect opérationnel.

" Poser résolument les stratégies, hiérarchiser les priorités, aménager la graduation de l'offre en activant les réseaux d'acteurs sont sûrement des méthodes plus efficaces pour combattre les inégalités, qu'un saupoudrage qui gaspille les moyens " (17).

- **Peut-on déterminer des besoins de santé locaux ?**

Les notions de bassins de vie, de bassins de santé doivent favoriser la prise en compte des besoins locaux de santé et apporter les conditions d'une meilleure coordination de l'offre de soins.

Déterminer des besoins de santé locaux devient une réelle obligation, même si les obstacles techniques et culturels sont réels. " L'accompagnement de la demande est une évidence pour faire

progresser le questionnement et élucider les objectifs. La détermination thématique des besoins locaux doit ensuite être réagregée en besoins infra-régionaux puis régionaux ”. (23)

- **Les bassins de santé : concept et construction (38)**

Les réformes du système de santé, inscrite dans les ordonnances de 96 et les schémas d'organisation sanitaire de 1992 marquent l'abandon d'une approche par l'offre au profit d'une approche centrée sur les besoins et la consommation. C'est essentiellement aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), et aux Conférences Régionales de Santé (CRS), qu'il revient de porter cette nouvelle approche. D'une certaine manière, on pourrait dire qu'elles ont été créées pour avoir une vision géographique régionale de la santé.

La logique de population pousse non seulement à l'appréciation des besoins de la population mais aussi à l'analyse de ses comportements de consommateurs de soins. L'un des problèmes essentiels de l'organisation territoriale des soins provient des difficultés qu'il y a de circonscrire géographiquement les populations. La notion de bassins de santé vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.

La planification en santé commande incontestablement une vision d'ensemble de la satisfaction des besoins de la population et de leur évolution. Pour répondre aux besoins de la population elle doit la connaître. Un bassin de santé n'est que le cadre spatial de l'action des professionnels de santé, celui ou réside “ sa ” population.

En raison de l'organisation hiérarchique de l'offre de soins, un bassin de santé est toujours emboîté dans des bassins de dimensions supérieures et englobe toujours des bassins d'échelles inférieures. La notion de bassin de santé part du comportement et des besoins des usagers et conforte le passage d'une logique d'institution à une logique de service de santé.

- **Les politiques de santé publique dans les projets de développement territorial : (30)**

En application de la loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, huit schémas nationaux de services collectifs sont en cours d'élaboration. Ils ont pour but de guider l'action publique par des objectifs à long terme, et sont conçus sur la base d'une large concertation à l'échelle régionale. L'un d'entre eux concerne les services sanitaires. Les réflexions engagées par la DATAR portent sur quatre thèmes : évolution de l'offre de soins ; logique de localisations (notion de bassins de santé) ; impact des politiques de santé publique dans les projets de développement territorial ; vivre et être soigné au pays.

.2.3 L'émergence d'une réelle politique de santé publique

Rassuré par l'état de santé relativement bon de sa population⁴, (l'espérance de vie à la naissance ne cesse de progresser et place la France dans le groupe de tête des pays développés), la France ne s'est pas rendu compte que ses performances dans le domaine des décès évitables sont relativement médiocres. La surmortalité pour un français de 25 à 44 ans est double par rapport à un anglais de la même tranche d'âge.

Dans le contexte des catastrophes des années 80 autour du sang contaminé, le diagnostic de la santé des français produit par le Haut Comité de Santé Publique a permis de sortir d'une période que certains ont qualifié de "coma de la santé publique" ou de "défaite de la santé publique". Le système de santé redécouvre la nécessité pour un pays comme la France d'avoir une réelle politique de santé publique.

Beaucoup de personnes se sont interrogées sur les possibilités (voire l'impossibilité) de développer en France une réelle politique de santé publique. Quelles sont les raisons de cette carence ou de cette méfiance récurrente ? Comment expliquer ce décalage entre la nécessité d'une politique de santé publique et la réserve chronique qui s'y réfère ?

Un début d'explication se trouve dans les difficultés de circonscrire cette discipline et ses finalités ; dans l'absence de certitudes "scientifiques" que peuvent offrir ses analyses pour la décision (dans une communauté où la "rigueur scientifique" est la norme) ; et, bien sûr, dans les intérêts et les enjeux de pouvoir qu'elle ne manque pas d'engendrer et de remettre en question. (18), (22)

Le Haut Comité de Santé Publique, à travers son "Rapport sur la santé en France" trace en 1995 les grandes lignes sur lesquelles la France se doit d'engager sa politique de santé.

Des buts pour orienter les objectifs et les principales mesures à entreprendre : réduire les décès évitables ; réduire les incapacités évitables ; améliorer la qualité de la vie des personnes handicapées ; réduire les inégalités face à la santé.

Une démarche claire pour structurer la politique de santé publique et se donner les moyens de la mettre en œuvre.

Des objectifs explicites et des programmes qui doivent favoriser la mobilisation des différents acteurs.

⁴ Rapport du Haut Comité de Santé Publique. La Santé en France

Le niveau régional est reconnu comme le bon niveau pour la déconcentration d'une politique nationale de santé pour décloisonner et coordonner les centres de décision : (Etat, collectivités locales, Assurance Maladie), et clarifier les rôles.

Une nouvelle loi de santé publique s'avère nécessaire pour préciser le cadre juridique des responsabilités des uns et des autres et faciliter la mise en œuvre d'une véritable politique de santé. C'est sur la base des priorités régionales, que doit se développer la coordination des différents partenaires.

Cet état des lieux et les recommandations faites par le HCSP sur la Santé en France, conduiront le gouvernement à concevoir les nouvelles orientations de la politique de santé à travers les ordonnances de 1996 sur "l'organisation de la sécurité sociale", "la maîtrise médicalisée des dépenses de soins" ; "la réforme de l'hospitalisation publique et privée".

.2.4 Mise en place d'un cadre législatif et réglementaire qui entérine l'approche régionale : "Les Ordonnances de 1996" :

Les ordonnances 96-344 relative à l'organisation de la Sécurité Sociale, 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et 96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée consacrent la dimension régionale de l'animation de la politique de santé publique en portant création d'instances majeures à ce niveau.

- Les Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladies (URCAM) sont chargées de définir une politique de gestion du risque ;
- Les Conférences Régionales de Santé (CRS) et les Programmes Régionaux de Santé (PRS) ont la charge de définir les besoins de santé de la population et de hiérarchiser les actions
- Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) sont chargées de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers.

La définition de priorités régionales de santé

Dans ce domaine, le rôle des Conférences Régionales de Santé de santé est clairement défini à travers différents textes réglementaires : **l'ordonnance n° 96-345** ; **le décret n° 97-360 du 17-04-97** relatif aux Conférences Régionales de Santé ; **la circulaire DGS SP1, n° 97-731 du 20-11-97** relative aux Conférences Régionales de Santé et aux Programmes Régionaux de Santé.

- La procédure retenue pour élaborer ces priorités est explicite : la CRS doit analyser l'évolution des besoins de santé ; établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes ; faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population ;

- Les recommandations sont précises : la politique régionale doit être centrée sur la santé de la population et ses besoins ; avoir des objectifs précis ; être capable de mobiliser les partenaires de santé et la population ; et s'appuyer sur des outils opérationnels.

La mise en œuvre des priorités et le pilotage des programmes

La prise en compte des priorités retenues par la Conférence Régionale de Santé se traduit par l'élaboration de Programmes Régionaux de Santé dans une procédure clairement balisée par les mêmes textes réglementaires:

- Les programmes régionaux de santé concrétisent et structurent la mise en œuvre des priorités régionales. De nombreux partenaires sont invités pour l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes : services de l'Etat, protection sociale, professionnels de santé, les collectivités territoriales et les associations.
- L'engagement des services de l'Etat doit être fort tant au niveau régional que départemental en particulier en inscrivant les programmes dans des contrats d'objectifs régionaux.
- Pour chaque programme, un groupe de programmation d'une douzaine de personnes est constitué, et doit susciter et animer des groupes de travail sur le terrain.
- Le coordinateur doit bénéficier d'un mandat clair et disposer du temps suffisant pour remplir sa tâche.
- L'importance accordée aux acteurs locaux doit se retrouver au niveau des groupes de travail où sont élaborés les plans d'actions.
- Le groupe de programmation bénéficie au niveau national de l'appui d'un référent.

L'institution d'un Comité Régional des Politiques de Santé, par la loi n°98-657 du 19 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, doit constituer un vrai comité de pilotage du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et des PRS. Ce comité fait suite au Comité Permanent des Conférences de Santé, il est présidé par le Préfet de Région et implique les élus et les représentants des usagers.

L'articulation avec les différents partenaires

Elle se fait essentiellement à trois niveaux :

- Lors de la transmission du rapport des travaux de la conférence régionale aux autres instances régionales (ARH, URCAM, URML) et nationale (CNS).
- Dans la constitution des groupes de travail des PRS dont la vocation est d'être largement ouverts aux partenaires.

- Dans le comité de pilotage par la mise en place des Comités Régionaux des Politiques de Santé (dont les instances impliquent les représentants des élus, en plus des partenaires habituels du domaine de la santé).

.2.5 Un premier bilan du dispositif fait apparaître, au-delà des acquis significatifs, des lacunes dans la mise en œuvre :

Cinq ans après la mise en place de ce nouveau dispositif, il convient de s'interroger sur les solutions qu'il a pu donner aux problèmes à résoudre.

- Les objectifs des programmes sont-ils explicites et favorisent-ils la mobilisation des différents acteurs ?
- Le cadre juridique des responsabilités des différents acteurs est-il précisé ? Les outils développés sont-ils opérationnels ?
- Quelle est la fonctionnalité du pilotage qu'assure le Comité Régional de Santé Publique ?
- Qu'en est-il des groupes de programmation qui doivent susciter et animer des groupes de travail sur le terrain ?
- Les coordonnateurs de projets bénéficient-ils de mandats clairs et du temps indispensable à leur mandat ?

.2.6

Plusieurs axes d'études et d'évaluation ont été programmés : “ Evaluation de CRS et des PRS par la DGS fin 1998 ”, “ Evaluation des Conférences Régionales de Santé ” (Graphos –janvier 2000), “ Evaluation intermédiaire des Programmes Régionaux de Santé (Aspher novembre 1999), et “ Programmes Régionaux de Santé. Rôle des chefs de Projet. ” (SFSP Daniel Oberlé ; décembre 1999).

Il en ressort que la démarche d'ensemble ne doit pas être remise en cause :

Le choix des programmes résulte bien de priorités retenues par les CRS, il contribue à la diffusion d'une culture de santé publique, et rencontre certains succès notamment dans décloisonnement des institutions.

Cependant les acteurs reconnaissent les difficultés et les exigences de l'entreprise. L'ampleur des projets et leurs problématiques complexes imposent de s'inscrire dans la durée (10 à 15 ans).

Cependant, des difficultés notables sont identifiées :

Dans le choix des priorités :

L'élaboration des PRS est très longue et débouche sur des objectifs multiples et souvent imprécis. Les actions associées sont souvent trop nombreuses et entraînent une

dispersion des énergies. La finalité des CRS est floue entre une démarche d'information et de décision.

Dans la démarche partenariale :

Peu de place est laissée aux organismes partenaires (plus de 80% des coordonnateurs de PRS sont issus des services déconcentrés). Les partenaires ont tendance à se désengager lors du passage à la phase active.

L'appropriation des programmes par les usagers au travers d'une définition fine des territoires d'intervention n'a pas encore trouvé de réponses.

Dans les outils de pilotage :

La coordination de PRS est de plus en plus complexe : multiplicités des partenaires ; stratégies des décideurs et des financeurs difficiles à maîtriser.

Les conventions d'application et les modalités de passage des fiches actions aux appels d'offre sont inexistantes. Les mécanismes d'offre sont souvent flous. Les cellules opérationnelles de suivi ont des compétences imprécises. Il est quasiment impossible d'avoir une vision dynamique des PRS.

Dans l'articulation avec les différents acteurs :

La place des PRS dans les contrats de plan Etat-Région, les contrats de ville, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) est difficilement identifiable.

“L'avenir est donc au renforcement des PRS pour poursuivre le développement incontournable de la régionalisation des politiques de santé. Des questions importantes doivent être traitées telle que l'appropriation des programmes par les usagers, mais aussi une définition fine des territoires d'intervention. Pour cela de nouveaux outils devront être mis en place ” (29).

.2.7 Perspectives

Un groupe de travail sur “ La régionalisation du système de santé ” a été institué par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale. La synthèse de ces travaux a été communiquée le 1^{er} mars 2000, et est communément appelée “ rapport Evin ”.

Dans cette synthèse, la régionalisation du système de santé est reconnue comme pertinente sans être vraiment retenue comme la panacée. Un consensus se dégage sur la pertinence du niveau régional ; mais plus que d'une absence de décentralisation, les experts notent le manque de

déconcentration notamment en matière financière. Malgré l'absence de compétences théoriques en matière sanitaire, les élus régionaux doivent se sentir concernés et sensibilisés par les questions de santé. Cependant, le groupe d'experts ne trouve pas souhaitable de leur reconnaître une compétence générale en matière de santé. Mais la saisine pour avis du conseil régional sur le SROS permettrait de passer un palier vers plus de démocratie.

La création d'un conseil régional de santé devrait se substituer à la conférence régionale de santé. Il réunirait l'ensemble des acteurs : ARH, DRASS, URCAM, URML, gestionnaires des établissements de santé, représentants des professions paramédicales, représentants des usagers, le conseil de l'ordre, des élus du conseil régional et des conseil généraux. Ce conseil serait un organe consultatif.

➤ **Projet de loi relatif à la modernisation du système de la santé** :⁵

Le projet de loi s'inscrit dans le cadre d'une démocratisation et une modernisation du fonctionnement du système de santé. Il aura pour objectifs de développer la démocratie sanitaire, d'améliorer la qualité du système de santé et enfin de mieux indemniser les victimes d'accidents médicaux. Il prévoit de renforcer la démocratie sanitaire en redéfinissant les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé tant au niveau national qu'au niveau régional.

Au niveau national, l'élaboration de la politique de santé, associera mieux la représentation nationale, par un débat annuel au parlement, portant spécifiquement sur les perspectives du gouvernement en matière de politique de santé. Débat qui sera soumis à la conférence nationale de santé.

Au niveau régional, les instances consultatives (DRASS et ARH) chargées d'établir les priorités régionales de santé publique, de se prononcer sur les projets d'organisation et de planification de soins, sur les PRS et les PRAPS seront regroupés en un seul "**Conseil Régional de Santé**". La création de cette nouvelle instance permettra de débattre, en un lieu unique, des divers aspects de la politique régionale de santé.

Les attributions concernant le domaine social et médico-social sont transférées à de nouveaux "**comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale**"

⁵ Journée nationale des médecins inspecteurs de santé publique. 24 octobre 2000. Exposé des motifs. Alice Slonimski.

.3 LE CONTEXTE LOCO-REGIONAL S'ORGANISE POUR MIEUX REpondRE AUX BESOINS ET A LA DEMANDE DE SANTE:

.3.1 Elaboration d'une Politique Régionale de Santé dans les Pays de la Loire:

La région des pays de la Loire :

La Région des Pays de la Loire est la cinquième région française par son poids démographique avec une population estimée à 3 222 100 habitants au 1^{er} janvier 1999.

La région regroupe cinq départements : la Loire Atlantique (1 144 000 habitants), Le Maine et Loire (732 900 habitants), La Mayenne (285 300 habitants), la Sarthe (525 900 habitants), et la Vendée (539 700 habitants).

Les trois aires urbaines de Nantes, Angers et Le Mans représentent le tiers de la population régionale. Cette région se caractérise par une grande hétérogénéité entre les départements qu'il s'agisse de leur taille, de leur économie, de leur histoire et de leur culture.

Les Conférences Régionales de Santé :

Dès 1994, la région des Pays de la Loire est retenue pour expérimenter les premières Conférences Régionales de Santé et les premiers Projets Régionaux de Santé. Le premier PRS porte sur " les conduites d'alcoolisation à risque" .

Les deux premières conférences ont permis d'identifier les priorités de santé de la Région et les axes qui devaient être retenus pour les Programmes régionaux de santé. Ainsi, la première Conférence Régionale de Santé qui s'est déroulée à Nantes le 18-12-95 a identifié deux problèmes de santé majeurs, " suicide et dépression " et " accidents de la voie publique " ; deux populations sensibles, " enfants et adolescents ", et " personnes en situation de précarité " ; et deux déterminants " conduites d'alcoolisation à risque " et " situation de précarité ". La seconde CRS (Nantes le 14-05-97), confirme ces priorités et développe trois PRS : " suicides et tentatives de suicides " ; " santé et précarité ", " prévention de l'infection à VIH " .

Les deux conférences suivantes se penchent déjà sur la pertinence opérationnelle du dispositif. Ainsi la 3^{ème} CRS (Nantes le 18-05-98), relève la nécessité " d'avoir des résultats concrets et mesurables ", de " dépasser le simple énoncé d'objectifs pour entrer dans la conduite d'actions concrètes ", de " décloisonner les quatre programmes qui concernent des publics voisins et des acteurs identiques ". Enfin, la 4^{ème} CRS (Nantes le 4-11-99) se remet en cause et conclut sur le besoin d'évoluer dans sa forme : en passant d'une journée phare à un travail continu sur toute l'année, et en

réunissant au sein d'un Comité Régional des Politiques de Santé, à intervalle régulier, les décideurs et une commission technique de la Région. La diversité et la richesse de la mise en œuvre des programmes, la qualité du partenariat sont appréciées, mais les outils et les actions doivent faire l'objet d'évaluations plus précises de leur impact et de leur efficacité. La richesse et la profusion des actions et des acteurs donnent un sentiment de " trop plein ".

Il ressort de ce contexte régional que le travail de fond sur l'identification des priorités a été mené à son terme dans de bonnes conditions, mais que les interrogations sur les modalités de mise en œuvre des programmes restent entières.

Les Programmes Régionaux de Santé dans les pays de la Loire

- **Le PRS Alcool**, élaboré en 1994, 1995, oriente l'action sur l'objectif général suivant :
" Diminuer dans les années à venir, sur la région des pays de la Loire, les conduites d'alcoolisation à risque et leurs conséquences sanitaires et sociales...par la mise en œuvre d'activités préventives, de soins et de réinsertion ". Le programme comprend trois volets :
 - **Un volet prévention** qui s'articule autour de quatre objectifs spécifiques : " Faire accéder la population à des connaissances élémentaires " ; " Développer le libre choix " ; " Sensibiliser au respect des réglementations " ; " Promouvoir la consommation des boissons non alcoolisées."
 - **Un volet soins et réinsertion** articulé autour de 3 objectifs spécifiques : " Sensibiliser le personnel sanitaire et social à l'identification des conduites à risque et de leurs conséquences " ; " Faire connaître les structures de soins, de suivi et de réinsertion " ; " Adapter les structures selon des niveaux géographiques cohérents ".
 - **Un volet organisationnel**, décliné en deux objectifs spécifiques : " Développer un programme de recherche sur la mise en œuvre des actions de prévention, de soins, de suivi et d'insertion " ; " Constituer un groupe de pilotage ".

- **Le PRS Suicide 1998-2002.**

Le programme est construit autour d'un objectif général : " Réduire dans les cinq ans à venir, la mortalité par suicide dans la région Pays de la Loire " ; deux objectifs spécifiques : " Réduire de 20% le taux de mortalité par suicide.. " et " réduire de 20% le taux de récurrence des primo-suicidants... "

Le programme est ensuite détaillé en cinq grands chapitres : la communication ; la formation ; l'organisation des soins ; la lutte contre l'isolement ; la recherche fondamentale.

Le PRS Santé Précarité devenu PRAPS

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies est construit autour de cinq finalités, des objectifs généraux, des objectifs opérationnels et des fiches d'actions.

La finalité I, est de “ considérer les plus démunis comme des citoyens ... ” ; elle se traduit en un objectif général “ permettre aux personnes d'être acteurs de leur santé ”, trois objectifs opérationnels “ favoriser leur expression ”, “ recentrer l'importance de l'estime de soi ”, “ développer des actions de santé participatives.. ” et vingt et une fiches d'actions dont deux concernent la Mayenne.

La finalité II, est de “ faciliter l'accès aux droits et aux soins.. ”, elle se traduit par deux objectifs généraux :

- Le premier objectif général est de “ permettre aux personnes précarisées de faire valoir leurs droits ” à travers cinq objectifs opérationnels, “ réaliser un plan départemental d'accès à la santé et aux soins ”, “ optimiser la mise en œuvre de la CMU ”, “ développer les pratiques du tiers payant ”, “ améliorer la réponse à l'urgence sociale ”, “ lutter contre l'illettrisme ”, et six fiches d'actions dont une concerne la Mayenne.
- Le second objectif général est de mettre en place un dispositif favorisant l'accès aux soins... ”, il se traduit par huit objectifs opérationnels “ faire reconnaître et développer le rôle social de l'hôpital ”, “ positionner le médecin généraliste comme un garant de l'accès au soins... ”, “ faciliter la délivrance gratuite de médicaments ”, “ faire reconnaître la souffrance psychique... ”, “ améliorer l'accès en facilitant les déplacements ”, “ promouvoir l'éducation pour la santé... ”, “ promouvoir la PMI,... ”, “ prendre en compte la santé dans le champ de l'emploi et de l'insertion ”, et vingt trois fiches d'actions dont aucune ne concerne spécifiquement le département de la Mayenne.

La finalité III, est de “ faire bénéficier les personnes précarisées de conditions de vie favorables à leur santé ”, elle se traduit par un objectif général, “ “ permettre aux personnes d'accéder à un logement... ” et quatre fiches d'actions dont aucune ne concerne la Mayenne.

La finalité IV, est de “ favoriser le travail en réseau... ”, elle est traduite par trois objectifs généraux, “ développer les réseaux de proximité ”, “ développer la coordination ”, développer les structures de médiation ”, et quatre fiches d'actions dont aucune ne concerne la Mayenne.

La finalité V, est “ la nécessaire évolution des services ”, qui se traduit par deux objectifs généraux, “ la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux à la problématique ... ” à travers huit fiches d'actions dont aucune ne concerne spécifiquement la Mayenne et “ l'organisation apparaît comme un enjeu fondamental ” qui est décliné en sept objectifs opérationnels et quatre fiches d'actions dont aucune ne concerne spécifiquement la Mayenne.

➤ **Le PRS Sida**

Le programme est construit autour de trois objectifs généraux : “ Faire diminuer l’incidence de la séropositivité... ”, “ empêcher l’apparition des symptômes... ”, “ améliorer la qualité de vie des personnes atteintes... ”. Le programme est ensuite décliné en chapitres :

La prévention primaire avec deux objectifs spécifiques :

- “ faire diminuer de 60% l’incidence annuelle des contaminations... ” avec deux objectifs opérationnels “ assurer une meilleure coordination des actions de prévention... ”, “ établir un programme régional des actions de prévention... ”,
- “ réduire à 20% le diagnostic tardif de la séropositivité... ”, avec quatre objectifs opérationnels “ enquête auprès des usagers... ”, “ ajouter un volet sociologique à l’enquête ORS... ”, “ campagne d’incitation au dépistage précoce ”, “ élargir le dépistage à d’autres pathologies... ”

La prévention secondaire avec trois objectifs spécifiques :

- “ augmenter le nombre de diagnostic de primo-infection... ”, avec ses trois objectifs opérationnels : “ information des médecins ”, “ former les professionnels de santé... ” “ informer les personnes ayant un comportement à risque... ”
- “ établir un lien entre les publics marginalisés et le système de soins ” avec trois objectifs opérationnels “ favoriser la prise en charge... ”, “ favoriser les liens entre les personnes incarcérées et le système de soins ”, “ favoriser la connaissance d’équipes mobiles de proximité... ”
- “ Améliorer l’observance des traitements anti-rétroviraux ” avec trois objectifs spécifiques “ action des médecins prescripteurs ”, “ action en direction des pharmaciens ”, et actions en direction des patients ”

La prévention tertiaire avec un objectif spécifique :

- “ Améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le VIH ” avec trois objectifs opérationnels, “ mettre en place un programme d’aide à domicile.. ”, “ mettre en place un réseau de familles d’accueil ”, “ améliorer la prise en charge des patients en ville ”, “ assurer la concertation entre tous les intervenants ... ”, “ améliorer les soins à domicile... ”

Le programme propose de constituer un groupe de pilotage opérationnel par département.

Tableau synoptique des structures des Programmes Régionaux de Santé des Pays de la Loire.

PRS Alcool	PRS Suicide	PRS Précarité PRAPS	PRS Sida
<p>Un objectif général</p> <p>Trois volets :</p> <p>* La Prévention Un objectif général - 4 objectifs de prévention</p> <p>* Le soins, suivi et réinsertion Un objectif général - 3 objectifs de suivi...</p> <p>* L'organisation Un objectif général - 2 objectifs d'organisation</p>	<p>Un objectif général 2 objectifs spécifiques</p> <p>Un programme en cinq chapitres :</p> <p>*Communication Recommandations et des objectifs</p> <p>* Formation Des buts</p> <p>* Organisation des soins Des buts et des actions</p> <p>* Lutte contre l'isolement Des buts et des actions</p> <p>* Recherche fondamentale un objectif, et trois pôles</p>	<p>Cinq finalités</p> <p>Des objectifs généraux :</p> <p>* Acteur de leur santé * Faire valoir leur droit * Accès aux soins * Accéder au logement * Développer des réseaux de proximité * développer des structures de médiation * La formation initiale et continue * L'organisation</p> <p>Des objectifs opérationnels</p> <p>Des fiches d'actions</p>	<p>Trois objectifs généraux</p> <p>Trois volets :</p> <p>* La prévention primaire 2 objectifs spécifiques et des objectifs opérationnels</p> <p>* La prévention secondaire 3 objectifs spécifiques et des objectifs opérationnels</p> <p>* La prévention tertiaire 1 objectif spécifique et des objectifs opérationnels</p>

Sans rentrer dans les détails des PRS et des objectifs retenus, il apparaît au travers de ce tableau, que les élaborations des Programmes Régionaux de Santé se sont faites selon des matrices conceptuelles différentes. Si ces démarches répondent, sans doute, à des logiques propres à chaque programme, elles ne favorisent pas une lecture transversale et ne permettent pas de répondre aux recommandations de la 3^{ème} conférence régionale de santé qui préconise de “ décloisonner ces quatre programmes qui concernent des publics voisins et des acteurs identiques ”.

En effet, ces programmes répondent à des problèmes de santé qui s'articulent tous autour du “ mal-être ” et beaucoup d'axes d'interventions transversaux peuvent être envisagés : sur la prévention, sur l'accès aux soins, sur la formation des professionnels, sur la recherche opérationnelle.

.3.2 Pour une meilleure prise en compte des priorités de santé dans le département de la Mayenne :

La Mayenne est un département peu peuplé, à forte vocation rurale (moins de 54 habitants au Km²). La population urbaine se retrouve dans 6 villes de plus de 5 000 habitants dont l'agglomération de Laval qui regroupe 60 000 habitants.

Le forum départemental de la santé et la mise en place d'un plan triennal d'action en matière de santé publique

Un constat initial

Malgré le travail de fond que constituent les Conférences Régionales de Santé, l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire et social du département de la Mayenne a ressenti la nécessité d'une meilleure prise en compte des priorités régionales au niveau départemental et infra-départemental.

Actuellement, les priorités de santé sont surtout débattues et fixées aux niveaux national et régional, alors que la mise en œuvre opérationnelle des politiques en faveur de la santé des populations repose largement sur les acteurs locaux. Les priorités de santé dégagées au niveau régional sont souvent trop larges et trop nombreuses pour être réellement opérationnelles et favoriser la mobilisation des acteurs. L'analyse des besoins de santé à un niveau plus fin (département, bassin de vie, quartiers...) doit permettre une définition plus précise des priorités et des actions.

De plus, la nécessité d'une meilleure coordination des interventions est fortement ressentie par l'ensemble des "financeurs" pour éviter le saupoudrage et les éventuels doublons.

Devant ce constat, un comité de pilotage⁶ a été mis en place pour définir des stratégies d'actions communes pour quatre thématiques de santé publique prioritaires en Mayenne.

La méthodologie retenue est d'élaborer un plan triennal d'action à partir d'un travail collectif entre les partenaires institutionnels et associatifs. Ce travail doit permettre d'aboutir à une meilleure prise en compte des priorités de santé publique en Mayenne et déboucher sur des orientations précises réellement opérationnelles.

L'objectif est de poser les bases de véritables partenariats, sous la forme de stratégies d'actions, au niveau du département. Il s'agit de dégager de nouvelles synergies dans la mise en œuvre des priorités et d'engager les partenaires sur une base pluriannuelle.

⁶ Le comité de pilotage réunit la CPAM, la CPMSA, Le CG, L'ARH, la DRASS et la DDASS.

Un travail de fond conduisant à la mise en œuvre d'un plan d'action

Ce travail s'est déroulé en trois phases :

- **Une phase de préparation** repose sur des études pour définir des stratégies d'actions départementales : “ Déclinaison départementale des indicateurs de santé régionaux et nationaux ” par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire ; “ Analyse du ressenti des priorités régionales et nationales de santé par la population mayennaise ” Société française de Santé Publique ; et par la mise en place de quatre groupes de travail sur des thématiques au centre des priorités régionales (le suicide ; les conduites addictives ; le domaine santé-précarité) ou nationales le vieillissement et la santé (5).
- **Une phase de présentation, de validation et d'enrichissement** de ces propositions sous forme d'un forum le 29 juin 2000.
- **Une phase de rédaction** des orientations retenues sous forme d'un plan triennal d'actions et des principes de leurs mises en œuvre.

Le plan triennal a été publié en décembre 2000. Il décline ses objectifs autour des quatre thématiques en retenant à chaque fois un axe préventif et un axe d'amélioration de l'offre de soins.

- **Pour les “ Conduites addictives ”**, deux objectifs spécifiques sont retenus en prévention : “ Former des relais... ”, “ Maintenir les actions de prévention existant et en développer de nouvelles ” ; et cinq dans le domaine du soin : “ Proposer des solutions aux demandes de soins urgentes ”, “ Pouvoir donner des réponses rapides à toute demande de soins... ”, “ Améliorer la prise en charge précoce ”, “ Améliorer l'accès aux soins des personnes isolées.. ”, “ Améliorer l'articulation entre la loi et le soin ” ;
- **Pour la thématique “ suicide ”**, dix objectifs spécifiques sont retenus : “ Former tous les acteurs sanitaires et sociaux.... ”, “ Sensibiliser les citoyens... ”, “ Appuyer les expériences communautaires... ”, “ Définir des indicateurs épidémiologiques ”, “ Renforcer la lisibilité du dispositif ”, “ Améliorer l'écoute ”, “ Soutenir les familles ”, “ Améliorer l'accueil des suicidaires à l'hôpital ”, “ Appuyer la création d'une unité d'accueil départemental... ”, “ Renforcer l'aide aux détenus... ”
- **Pour la thématique “ Vieillesse et santé ”** trois objectifs généraux: “ Lutter contre l'isolement ”, “ Entretenir le capital vie ”, “ Sensibiliser, informer ” ;
- **Pour la thématique “ santé précarité ”** quatre objectifs généraux “ Résoudre les obstacles liés à la précarité ” ; “ Créer des liens entre les domaines du soin, du social et de l'insertion ” ; “ Apporter des réponses rapides aux demandes de soins ” ; “ Apporter des réponses au manque de disponibilité du soin. ”

Tableau synoptique des propositions faites par les groupes thématiques pour un plan d'action triennal.

“ Alcool ”	“ Thématique suicide ”	“ Santé et précarité ”	“ Bien vieillir en Mayenne ”
<p>Deux volets :</p> <p><i>* un volet prévention</i> - un objectif principal - trois objectifs spécifiques - quatre recommandations</p> <p><i>* un volet soins</i> - cinq objectifs prioritaires - dix objectifs spécifiques</p>	<p><i>Dix objectifs généraux :</i></p> <p>* Dix-neuf objectifs spécifiques</p>	<p>Quatre axes :</p> <p><i>* Résoudre les obstacles liés à la précarité</i> trois objectifs</p> <p><i>* Créer du lien entre soin, social et insertion</i> trois objectifs</p> <p><i>* Apporter des réponses à la demande de soins</i> quatre objectifs</p> <p><i>* Apporter des réponses au manque de disponibilité de soins</i> deux objectifs</p>	<p>Trois objectifs généraux :</p> <p><i>* lutter contre l'isolement</i> quatre objectifs opérationnels</p> <p><i>* entretenir le capital vie</i> quatre objectifs opérationnels</p> <p><i>* sensibiliser, informer, aider</i> quatre objectifs opérationnels</p>

Comme pour les Programmes Régionaux de Santé, les propositions des groupes thématiques sont articulées sur des plans différents qui ne favorisent pas l'identification de thèmes transversaux.

De même, les propositions thématiques ne s'inscrivent pas dans le schéma de leur PRS de référence, ce qui rend difficile leur lisibilité et leur complémentarité avec celui-ci.

Définition de conditions de mise en œuvre

Pour pouvoir mener leurs objectifs à leur terme, les organisateurs du “ Forum départemental de la santé ” ont mis en place un dispositif pour accompagner le processus en créant un comité de pilotage. La composition du groupe de pilotage du “ forum départemental de la santé ” a évolué au cours du temps. En octobre 2000, il est apparu nécessaire de dédoubler le comité de pilotage en deux instances, l'une décisionnelle, réduite aux seuls “ financeurs ” et l'autre technique ouverte aux institutions, associations ; aux représentants des professionnels et des usagers.

- **L'instance décisionnelle** est ouverte aux “ financeurs ” à l'échelle départementale : CPAM, MSA, CG, MILDT, ARH, DRASS, DDASS. Elle décide chaque année des priorités pour l'année future ; elle sélectionne les projets issus des appels d'offre ; elle envisage les modalités de financement communes.
- **L'instance technique** est ouverte à cinq types de partenaires : Les institutions à capacité de financement à l'échelle du département ; les institutions infra-départementales (communes, ou

groupement de communes) ; les associations ; les représentants des usagers ; les représentants des professions de santé et du social ”. Ils servent de support technique à l’instance décisionnelle, en examinant les projets issus des appels d’offres et en alimentant la réflexion sur les actions conduites ou à mener.

Le comité de pilotage a veillé, puisque la coordination est un de ses objectifs prioritaires, à renforcer les articulations à tous les niveaux, national, régional, départemental, et infra départemental.

- Chacune des thématiques a fait l’objet de travaux et a été retenue comme une priorité de santé publique au niveau National par le Haut Comité de Santé Publique.
- Trois des thématiques interviennent dans le champ des PRS ; seul le PRS Sida n’a pas été retenu comme une priorité en Mayenne ; mais cela n’empêche pas la déclinaison d’actions Sida sur le département.
- La dimension locale est clairement identifiée, au sein des groupes de travail, comme un partenaire privilégié pour la mise en œuvre des actions de santé publique.

.3.3 Les autres initiatives régionales : Le Nord - Pas-de-Calais.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, la Conférence Régionale de Santé a proposé une déclinaison territoriale des Programmes Régionaux de Santé. Là aussi, la région a ressenti la nécessité, après l’élaboration des PRS, de développer un nouvel outil plus opérationnel pour la mise en œuvre de ses actions.

Elle propose un schéma qui articule directement la politique régionale de santé (au travers de ses PRS) et les programmes locaux et territoriaux financés par les agglomérations, communes etc. (Programmes territoriaux de Santé)

Au niveau infra-régional, il existe une volonté d’agir ; l’ensemble des acteurs est mobilisé et souhaite que les formalités d’instruction de dossiers soient simplifiées.

Un territoire d’intervention proche des habitants (l’arrondissement) est retenu pour l’élaboration et la mise en œuvre d’une déclinaison territoriale de la politique régionale de santé. La méthode de formation action à la programmation permettra au groupe de disposer d’un Programme Territorial de Santé et de partager un minimum de culture en santé publique.

Cette démarche diffère significativement de ce qui est entrepris dans le département de la Mayenne. Entre le Contrat de plan Etat-Région et les programmes territoriaux de santé, l’espace stratégique du département semble devoir complètement disparaître.

4 - RESULTATS

.1 PERCEPTION DU DISPOSITIF PAR LES ACTEURS :

La liste des personnalités que nous avons rencontrée figure en annexe 7. Les chiffres numérotés entre parenthèses permettent de se référer à cette liste.

.1.1 Les priorités

La région est reconnue comme un niveau approprié pour définir des priorités de santé.

Tout le monde s'accorde sur l'avancée considérable qu'a constituée l'instauration de Conférences Régionales de Santé. Cette démarche a incontestablement permis un grand progrès pour fixer des priorités et les populariser. Une des grandes qualités de ces conférences est de sortir le débat sur la santé du domaine exclusif de l'expertise, et de permettre d'importantes consultations et discussions avec les usagers et les professionnels. Cette démarche a largement contribué à sortir du domaine restreint de l'analyse des systèmes de soins pour aborder le domaine plus large du système de santé. La notion de déterminant dans l'approche des problèmes de santé a pu être reconnue et donner une autre dimension aux champs d'intervention des politiques de santé.

“ C'est une bonne machine pour choisir des priorités, les populariser et fédérer les acteurs. Maintenant tout le monde se réfère aux priorités régionales ” (n°1).

“ Elles ont contribué à l'émergence et aux prémices d'une politique de santé. Les CRS ont permis d'avancer 10 fois plus vite ” (n°2).

Les différences inter-régionales sont certainement très importantes (taille, homogénéité et culture). Il faut donc forcément des approches différenciées ; néanmoins, la région constitue le bon niveau de pilotage des politiques de santé : c'est le bon niveau d'agrégation (les SROS) et il permet de mutualiser les moyens et d'éviter l'émiettement. (n°16)

La dimension régionale est parfois soumise à des réserves.

Si la région, dans son principe, est reconnue comme un bon niveau pour avoir une vision d'ensemble et raisonner de manière cohérente sur des grands axes d'interventions, certains s'interrogent sur les régions elles-mêmes : “ sont-elles de bonnes régions ? ”(N°5) ; Cette interrogation se réfère d'une part à la taille des régions par rapport au contexte européen et d'autre part à l'homogénéité des régions. Quelle convergence peut on trouver dans l'analyse des problèmes

entre la Mayenne et la Loire Atlantique (n°5) ? Quel sens y-a-t-il à raisonner sur des moyennes régionales quand les contextes départementaux sont très différents ? ” (n°6) et (n°16).

Les priorités doivent prendre en compte le polymorphisme infra-régional.

La définition des priorités au niveau régional constitue une avancée considérable dans la mesure où elle ne se contente pas de coller aux priorités nationales mais prend bien en compte les problèmes régionaux. Il est donc primordial que la définition des priorités et leurs traductions dans les PRS s'appuient sur des réalités épidémiologiques qui prennent en compte les spécificités infra-départementales. Il ne doit pas y avoir antinomie entre définir une priorité régionale et identifier des sous-priorités locales. Par exemple le suicide est une priorité régionale que tout le monde reconnaît dans les Pays de la Loire mais elle devrait être déclinée différemment dans les départements car le problème concerne davantage les jeunes en Loire-Atlantique, les femmes dans la Mayenne et la Sarthe, et sans doute une autre population cible dans la Vendée (n°6).

Priorité régionale et décentralisation

La définition des priorités de santé au niveau régional renvoie aussi incontestablement au problème de la décentralisation et de la répartition des responsabilités.

Si l'Etat doit garder un rôle dans la politique de santé, il doit porter sur les orientations et les grandes priorités pour assurer la solidarité nationale et les priorités d'accès. “ La santé n'est pas un secteur qui peut être décentralisé. Par contre, la déconcentration doit être renforcée pour répondre aux besoins de contrôle et d'évaluation nécessaires pour faire une bonne politique de programmation. ” (N°16).

Les acteurs des collectivités territoriales privilégient une filiation directe avec le niveau national : “ Pour un Président du Conseil Général, la définition de la politique de santé est bien du domaine national pour permettre une approche globale des problèmes ”(n°7) et revendiquent un rôle dans l'animation de ces politiques de santé “ on a du mal à penser que santé n'est que du domaine de l'Etat et de la Région ; il y a une mobilisation du département dans le domaine de la santé, aussi bien sur le débat d'idées que sur la mise à profit des expériences et des compétences du secteur de l'action sociale. La culture plus sociale privilégie les notions de projets de vie par rapport aux classiques projets d'établissements. Cette différence de culture doit être mise à profit si l'on veut mieux prendre en compte les préoccupations des usagers. ” (n°7).

Une dimension régionale de la santé ignorée du niveau infra régional.

Pour les acteurs du niveau départemental et local, la définition des priorités de santé au niveau régional est un processus lointain, auquel ils ne se sentent pas associés, qu'éventuellement ils ignorent, et par lequel ils se sentent peu concernés. “ Les CRS sont certainement des moments forts de communication, même si rien d'exceptionnel n'en ressort, cela donne une bonne visibilité. Mais

comment mettre à profit cette impulsion ? On ne ressent pas une dynamique régionale. La Région est le bon pôle stratégique pour définir des priorités, mais comment communiquer autour ? La communication n'est pas bien relayée par la DDASS. Que doit être notre rôle au décours des CRS ? ” (N°10) ; “ On suit de loin ce qui se passe au niveau régional ” (n°11) ; “ notre préoccupation se situe sur le terrain ; on doit répondre aux demandes ; on se sent très loin de ce que peut être un dispositif régional... ” (n°12).

En général, ces acteurs ont du mal à se retrouver dans la dimension régionale, et se reconnaissent mieux dans le niveau départemental : “ heureusement qu'il y a eu le Forum ” ; (n°10) ; “ on est plus orienté sur une déclinaison départementale ” (n°11) ; “ nos interlocuteurs privilégiés sont à la Direction de la Solidarité DS53 ” (n°12).

La recherche d'un bon niveau pour définir des priorités :

La région est reconnue comme le niveau approprié pour une aggrégation des priorités. Des réserves sont faites dans sa capacité à bien prendre en compte la diversité des problématiques de son territoire. Mais aussi important que la continuité entre les différents niveaux d'interventions se pose la répartition des tâches et des attributions de chacun.

“ Il n'existe pas de bon niveau pour définir des objectifs. Il s'agit plutôt de définir en fonction du type d'objectif le bon niveau qui lui convient ” (n° 17).

.1.2 La mise en œuvre des actions

Elaboration de programmes avec des objectifs susceptibles de mobiliser les acteurs

Les PRS comme traduction opérationnelle des priorités.

Le premier élément de mise en œuvre est la traduction des priorités en programme de santé. La performance de cette démarche reste globalement controversée.

Pour certains, c'est un outil approprié, il est bien construit et pertinent. Il repose sur une programmation stratégique de type PSAS qui a fait ses preuves. Il permet de bien identifier les besoins et de proposer des grands domaines de réponses. Surtout, il permet une vision globale de la santé.

“ Le montage d'un PRS reste un processus compliqué ; la démarche novatrice laisse encore des secteurs à défricher ; les défauts de jeunesse ne doivent pas remettre en cause une initiative très prometteuse. ” (n°8).

Cependant les limites des PRS apparaissent rapidement :

- **Des limites d'ordre général**

“ Les PRS tracent les bornes de l'action, mais on ne va pas au bout de la démarche opérationnelle. Ils restent encore, dans une certaine mesure, dans une dimension incantatoire ” (n°1).

“ Les PRS n'ont pas toujours été construits de façon structurée, et ont souvent consisté à gérer les opportunités ” (n°3). Ils se sont appuyés sur l'existant, sans caractère innovant, et sans peser sur le recentrage de l'action. Dans ces conditions, ils n'ont pas eu le rôle structurant que l'on attendait d'eux. Mais comment gérer l'héritage ? “ On ne peut pas du jour au lendemain abandonner des secteurs entiers d'intervention sous prétexte de recentrer les objectifs et contraindre les associations porteuses d'action à mettre la clé sous la porte ”.(n°6)

“ Ils sont souvent trop vastes et veulent tout couvrir au lieu de cerner ce qu'il faut faire autour de priorités géographiques et de populations spécifiques. Les PRS manquent d'identification précise des problèmes. Ils devraient focaliser leur approche d'un programme large vers une déclinaison départementale précise ” (n°6).

- **Limites méthodologiques :**

Le concept des PRS est très pertinent, il ne faut pas le remettre en question. L'idée est de donner des orientations, un cadre et des objectifs. Mais répondent-ils réellement à leur mission ? Il semble y avoir un problème de méthode.

Pour certains, la méthode demande à être affinée : “ Il faut mettre l'accent sur une véritable programmation pour l'action : passer des fiches d'actions à des fiches d'appel à projet ” (n°1) .

Pour d'autres, la remise en cause est plus radicale : “ Le PRAPS ne constitue qu'un immense catalogue “ ; “ les moyens sont notoirement insuffisants par rapport aux ambitions des PRS ” (n°4)

“ Dans leur conception actuelle, les CRS et les PRS font une véritable impasse sur le niveau local de la mise en œuvre. Il faut définir une liaison entre les orientations régionales et la mise en œuvre des actions en identifiant des instances locales techniques et décisionnelles. ” (n°5).

- **Limites humaines et financières :**

L'animation d'un PRS est un travail spécifique qui requiert du temps, des compétences spécifiques pour répondre à la complexité de la tâche. Les missions doivent être clairement définies ; il ne s'agit pas de gérer un PRS mais de l'animer. “ il faut passer d'un militantisme bénévole à un professionnalisme où la dimension managériale devient primordiale ” (n°1). “ Pour être efficaces, les

coordonnateurs devraient être dégagés des autres tâches ; la coordination ne devrait pas être systématiquement confiée aux services de l'Etat. ”(N°5).

Aux difficultés managériales s'ajoutent des difficultés de fond : “ ce n'est pas les actions qui manquent ; la mobilisation n'est pas difficile, les objectifs sont clairs, mais a-t-on retenu les bonnes actions pour y arriver ? ” (n°4).

La recherche d'une caution méthodologique et scientifique semble très importante dans une démarche qui ne repose pas sur des certitudes. “ Une coordination nationale est un atout important pour valider les types d'actions ” (n°4).

La mobilisation des acteurs et les relais du monde associatif.

Les associations, leurs patrimoines et les priorités :

Les schémas, les plans, les PRAPS sont des dispositifs importants à intégrer. Ce sont des bons socles et de bons cadres pour l'action ; mais il reste à mettre en œuvre les actions par des personnes compétentes. “ Il existe souvent des chaînons manquants ; comment investir des lieux que l'on identifie comme prioritaires s'il n'y a pas d'association sur ce site ? Comment s'impliquer sur un sujet si aucune association ne s'investit sur ce domaine d'intervention jugé prioritaire? ” (n°7)

La disparition d'un corps de métiers

“ La question qui se pose est comment passer de la conception à la pratique ? Il y a des années lumières entre les deux aspects. Le travail théorique peut être considéré comme abouti ; on a des axes de travail pour un siècle ; mais comment mettre tout cela en œuvre concrètement ? quels sont les travailleurs sociaux, où est la pratique sociale, qui va sur le terrain ? On assiste à une reconversion des intervenants sociaux, ils deviennent des agents de développement et ne vont plus sur le terrain que pour des enquêtes, des études, faire un diagnostic. Qui reste-t-il, pour mettre en œuvre sur le terrain ? Il n'y a plus personne en économie sociale du développement. Il ne reste plus que des concepteurs. Les professions du socio éducatif sont en panne ”. (n°13)

Le décalage est énorme entre les efforts consacrés à l'élaboration de grandes stratégies et le peu de personnes réellement impliquées sur le terrain. “ Des institutions peuvent phosphorer un an ou deux pour définir un projet parfait, au profil de poste idéal pour répondre au problème mais pour lequel personne ne voudra venir... Les éducateurs de rue il n'y en a plus ; on ne trouve plus personne” (n°13)

Décalage entre la demande et l'offre : plages horaires

La question du temps n'est pas la même pour les institutions et les usagers.

Si on veut être un vrai service public au service des usagers, on a peu d'intérêt à être ouvert le matin. En revanche, si on veut être en contact avec le milieu associatif et les usagers, il faut être ouvert le soir jusqu'à 22 heures, le samedi, les vacances scolaires... " Faire des pseudos Noël le 10 décembre s'est se fiche du monde, c'est le 24 au soir que les gens ressentent toute leur détresse et leur solitude... " (n°13).

" Les personnes les plus en contact avec les gens en difficultés sont souvent financées par une tarification horaire de leurs interventions. Ils ne peuvent donc pas participer aux réunions de concertation sur les thèmes qui concernent leur champ d'intervention. " (n°13).

.1.3 Le pilotage et la coordination

Le Comité Régional des Politiques de Santé

C'est un outil indispensable au pilotage d'une politique régionale de santé. Il a pour vocation de constituer un réseau d'institutions et de " financeurs " pour une mise en œuvre partagée. " Au CRPS, chacun met ses billes sur la table pour contribuer à une politique régionale commune. Le CRPS est reconnu comme interlocuteur principal du partenariat avec les collectivités régionales sur le contrat de plan Etat Région " (n°1).

Mais il n'a pas parfaitement réussi son rôle de mobilisation. Présidé par le Préfet de Région, le CRPS se donne pourtant les moyens pour mobiliser l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie. Si l'Etat et l'URCAM s'impliquent bien, le problème réside sur la mobilisation des collectivités territoriales : " Pour mobiliser les collectivités territoriales on ne sait pas à quel niveau se situer : politique (les élus) ou technique (les chefs de service) (n°1) ; " Optimiste au début, le CRPS est une instance qui réunit institutions et politiques pour démultiplier les moyens et offrir une caisse de résonance importante. Pour l'instant c'est un relatif échec car le CRPS reste trop institutionnel ; Les élus restent trop en réserve, ils ne s'engagent pas ... " (n°2) " le CRPS ne résout pas la place des institutions et la représentation des usagers est très faible. Il doit trouver une déclinaison locale" (n°5)

Un groupe technique permanent a été constitué ; il a la charge d'alimenter l'instance politique.

Un champ de pilotage régional pour la santé, départemental pour le social

Le champ de pilotage dans le domaine de la santé est bien campé au niveau régional : l'ARH pour l'hospitalisation, les CRS et CRPS pour les politiques de santé. Il n'en est pas de même dans le

domaine de l'action sociale qui se décline directement du niveau national sur le niveau départemental ce qui génère inmanquablement des difficultés. La volonté politique de réintervenir dans le champ social (exclusion, politique de la famille) génère des difficultés avec les collectivités locales. Celles-ci se retrouvent au niveau des Comités Régionaux des Politiques de Santé avec la participation très réservée des élus locaux. Mais faut-il s'en étonner ? “ Les élus locaux n'ont ni la structure, ni la capacité pour s'approprier la santé ” (n°5).

Le manque chronique de pilotage

Les PRS et PRAPS proposent des priorités régionales très larges. “ De ce fait, les associations proposent des projets dans le cadre de ces objectifs et sont financées pour peu qu'ils tiennent la route ” (n°6). C'est un choix d'opportunité en fonction de ce qui s'offre mais pas en fonction des besoins prioritaires. “ Les objectifs sont tellement larges qu'au bout du compte on n'a rien piloté du tout ” (n°6). La région est trop loin pour piloter les projets ; les objectifs trop flous des PRS favorisent l'éparpillement des financements, conduisent à une dilution de l'impact et passent à côté des problèmes prioritaires. “ C'est à ce niveau que le rôle du département peut prendre sa pleine dimension pour fournir un pilotage de proximité ” (n°6).

Suivi et mise en œuvre des PRS :

Les acteurs départementaux et locaux, nous l'avons vu plus haut, ne se reconnaissent pas dans la dimension régionale. “ Le PRS, on en a vaguement entendu parler, mais on n'a pas eu le temps de le lire ” ; “ on connaît le PRAPS car il est repris dans le contrat de ville ”.

Il ne semble pas y avoir de dynamique ou de relais dans la mise en œuvre des programmes : “ on a reçu le programme sans aucun commentaire ; il devait y avoir une présentation du programme aux personnes intéressées mais cela n'a jamais eu lieu ; on se sent un peu démuné en terme d'outils ; on n'a pas d'informations concrètes sur le projet : Comment cela doit-il fonctionner ? ”(n°14). “ Le document écrit c'est bien, mais ce n'est pas pratique ; il faut déboucher sur quelque chose de concret. ”

La DDASS est souvent interpellée sur ce thème de coordination : “ On attend que la DDASS prenne l'initiative d'une réunion ” ; (n°14) ; “ la DDASS devrait être le moteur de la coordination et de la cohérence des actions de santé sur le département ; c'est difficile pour une association d'aller tirer les “ cloches ” de la DDASS car on n'entend pas assez parler d'elle ” (n°15).

.1.4 Les articulations entre les différents acteurs

Notion de réseau DRASS-DDASS :

La DRASS a la charge du pilotage et de l'animation de la politique régionale de santé. Elle doit saisir les priorités définies par les CRS et les faire partager. Elle doit s'appuyer sur les points qui rapprochent, tout en respectant à la marge les spécificités des territoires. " Favoriser la fédération par rapport à la balkanisation en s'assurant qu'au moins 75% des énergies se concentrent sur des axes convergents et moins de 25% s'orientent vers le caractère spécifique des situations locales " (n°1) .

Une cohérence régionale souvent mise à mal.

La MILDT bénéficie d'une mise en œuvre au niveau départemental avec des crédits gérés par le Préfet du département. " Le niveau régional est complètement ignoré ce qui pose un problème de coordination des actions ; les actions du volet santé de la MILDT devraient s'inscrire en renforcement des actions et dans le cadre général du PRS sur les conduites addictives " (n°3).

Les Contrats de ville sont sous la responsabilité du Préfet du département. Les projets sont soumis à la DDASS qui les finance en partie sur ses propres fonds ou sur des crédits régionalisés des PRS.

Mais le contrat de ville est souvent considéré comme une grosse machine, dont il faut fixer les priorités. Les actions déclinées existaient souvent avant. " On ne saisit pas toujours ce que cela apporte de plus. Beaucoup de projets se surajoutent les uns aux autres sans grande cohérence "(n°9)

Les élus

Les préoccupations et les axes d'intervention concernent surtout le domaine du social. L'interlocuteur privilégié se situe donc au niveau de la Direction de la Solidarité du Conseil Général. En temps qu'élus, leur rôle est de donner des impulsions et de favoriser la mise en place de projets locaux. L'union départementale des CCAS est un bon relais pour faire remonter les problèmes. " Mais si on est toujours bien accueilli, il n'y a pas d'impulsion départementale " (n°12).

Les CCAS doivent s'imposer comme des relais incontournables de la mise en œuvre de l'action sociale. Ils se structurent sous forme de Centres Intercommunaux de l'Action Sociale pour mieux répondre aux problèmes. Cependant ils ne se sentent pas réellement intégrés dans une réflexion générale du département sur la mise en œuvre de politique de santé et reçoivent les programmes

comme le PRAPS, de façon passive, sans recommandations pratiques ; “ on ne sait pas quoi en faire ” (n°14)

.1.5 La pertinence du Forum départemental

Pertinence générale de la démarche

La pertinence générale de la démarche est assez largement reconnue : “ C’est une bonne initiative qui présente un certain mimétisme avec la Conférence Régionale, mais sur un territoire plus restreint et une proximité plus forte ” (n°1). “ Les CRS c’est bien, mais il faut les traduire sur le terrain ; l’intérêt d’un forum départemental est de s’approprier les recommandations et les priorités des CRS et PRS en les adaptant aux réalités locales ” (n°2) ; “ c’est un temps fort qui rythme la vie du Département, qui rapproche les gens et donne du vivant ” (n°7) ; “ jusqu’à présent les actions sont trop dispersées et les priorités régionales ne sont pas assez prises en compte ” (n°8) ; “ très intéressant, car on apprend toujours beaucoup de choses ; dans un contexte où on est submergé d’informations le Forum permet de cerner l’essentiel ; on met à jour les difficultés, on repère les personnes susceptibles de vous aider ; on ne galère plus tout seul ; d’autres personnes se confrontent aux mêmes problèmes ; on en revient regonflé, cela redonne le moral, c’est important, et on souhaite que cette démarche soit renouvelée ” (n°12)

Mais des réserves transparaissent en particulier sur les retombés pratiques de la démarche : “ A force de valoriser le Département, on risque de stigmatiser les différences par rapport à l’ensemble de la Région ” (n°1) ; “ le forum de la Mayenne est une initiative intéressante, mais il se situe un peu trop en marge des programmes régionaux ; plus que de redéfinir des objectifs, le rôle du Département est de recentrer et d’extraire des priorités dans le cadre des PRS ”. (n°6) ; “ c’est bien, mais il faut savoir le faire fructifier et lier la théorie à la pratique ” (n°7) ; c’est une déclinaison départementale qui s’ajoute à des actions antérieures ; y aura-t-il une suite avec des propositions concrètes ? Il faut éviter de multiplier les instances : quelle sera la place du Forum par rapport à la coordination gérontologique ? ”(n°9) ; “ Intérêt majeur, on en attend beaucoup dans la gestion et le dépôt des projets. Mais le démarrage est un peu mou ; quelle sera la concrétisation du travail de fond fait par les groupes de travail ? Quels engagements en découleront ? ”(n°10) ; “ C’est un moment important dans la vie du Département, mais on est un peu déçu par la faible participation des médecins, et par la suite donnée au Forum car rien ne s’est passé depuis six mois ” (n°11). “ La démarche du forum a été intéressante, mais on reste sur notre faim, on a peu été associé à la démarche initiale et on n’a aucune information pratique sur les suites qui seront données ”(n°14) ; “ le

Forum a permis un inventaire des objectifs et des actions du Département ; mais maintenant que fait-on de tout cela ? Il y a très peu d'associations sur le terrain ; il faut associer le monde associatif dans la programmation des actions. Pour l'instant, on éprouve une certaine déception par rapport aux espoirs attendus ” (n°15).

Complémentarité du dispositif régional

“ La démarche est intéressante et s'inscrit en complémentarité avec le niveau régional : Le Forum départemental fait la part des priorités régionales qui le concerne et complète par des priorités plus spécifiques. Il y a donc une bonne complémentarité ; c'est une bonne adaptation et on est bien dans la même philosophie ” (n°3).

Intérêt en terme opérationnel

L'intérêt opérationnel majeur recherché par le forum départemental de la santé est de développer une structure de coordination départementale pour recentrer les actions et éviter la dispersion des moyens. La création d'une instance de coordination des “ financeurs ” est clairement souhaitée “ Il y a une nécessité absolue à développer une structure capable de coordonner les acteurs au niveau départemental. ” (n°2)

“ Une structure de coordination des financeurs est indispensable pour canaliser la demande. Il faut développer une sorte de guichet unique pour les associations ; avant pour se faire financer, elles étaient obligées de frapper à toutes les portes ” (N°2)

Mais si tout le monde réclame haut et fort cette coordination pour cesser d'avancer en ordre dispersé sur les priorités de santé, chacun veut garder une certaine autonomie : “ Chaque acteur veut garder une partie qui lui est propre ; comment fédérer l'action des “ financeurs ” en gardant son autonomie ? ” (n°2).

Approche territoriale

“ Le choix d'organiser un forum départemental ne se réfère pas au découpage administratif, mais plutôt à la conjonction de trois éléments : l'homogénéité géographique, le secteur sanitaire, et la notion de bassin de santé se recoupent au niveau du département de la Mayenne et sont plus ou moins superposables. La présence des principales institutions (CPAM, CMSA...) et un bassin de population suffisamment important avec une population de près de 300.000 habitants permet de développer une approche opérationnelle performante ”(n°5)

“ Il faut prendre garde à bien rester dans une cohérence d'ensemble, celle des PRS ; car au-delà de l'initiative du forum départemental, il faut aussi envisager d'autres approches territoriales pour améliorer la mise en œuvre des programmes : le niveau interdépartemental

(Sud Mayenne – Nord Anjou) ; le niveau des pays. Ces déclinaisons périphériques ne doivent pas déboucher sur autant de politiques de santé différentes ” (n°6).

“ Le Forum va permettre de poser une politique de santé du département et éviter à la DDASS de se sentir écartelée entre des stratégies du niveau régional et une organisation territoriale ancrée autour de la préfecture du département ”(n°8) ; “ la pertinence de l’échelon départemental est directement en écho avec le nombre d’acteurs. Il faut une masse critique pour pouvoir avancer. Il ne faut pas diviser les compétences locales mais les développer et former les gens à monter des projets ” (n°10).

“ L’échelon départemental, c’est la bonne échelle pour relayer une politique de santé ”(n°13). Le département à un rôle à jouer pour développer les outils nécessaires pour mettre en œuvre le dispositif dans les territoires les plus fins. ” (n°16).

Généralisation

Plus que la généralisation de Forums départementaux, c’est la nécessité d’une déclinaison opérationnelle ancrée sur l’animation et la mise en œuvre des actions des PRS qui est recherchée.

“ C’est une voie utile à explorer ; il existe des démarches similaires ; l’intérêt de ces forums est d’animer sur les aspects locaux des PRS ” (n°1).

“ Une démarche type forum n’est pas singulière à la Mayenne, la Roche sur Yon a aussi senti le besoin d’organiser une mini conférence ” (n°3).

“ Tous les départements ont ressenti le besoin d’une initiative locale, mais les démarches sont très différentes d’un département à l’autre en fonction de l’institution qui prend l’initiative : MSA ; CPAM ; Université ; Etat. ” (n°4) . L’expérience de la Mayenne est une bonne démarche pour les régions avec beaucoup de départements mais il ne faudrait pas développer un particularisme local. Le département doit jouer un rôle dans l’animation du travail local, il faut aller vers des Forums infra départementaux pour mobiliser, donner la parole aux acteurs et trouver des relais pour la politique de santé ”(n°16).

.2 EVALUATION DU PROCESSUS DU FORUM DEPARTEMENTAL DE LA MAYENNE

.2.1 Phase préparatoire

➤ Les études spécifiques

“ *La santé observée en Mayenne en 2000: tableau de bord départemental sur la santé* ” est un document extrêmement complet, construit sur le même modèle que le tableau de bord régional. Il

aborde successivement le contexte général de la Mayenne, la situation de l'offre et de la consommation de soins, la situation de la mère et de l'enfant, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la pauvreté et de la précarité, des principales pathologies et des facteurs de risque. Les chapitres sont organisés selon le même plan : le contexte national, les faits marquants de la situation en Mayenne. Les données sont présentées en comparant la situation de la Mayenne, par rapport aux données régionales et aux données nationales puis en faisant des chronologies sur les quinze dernières années.

“ L'étude sur le ressenti de la population mayennaise vis à vis des priorités de santé publique ” réalisée par la société française de santé publique visait à recueillir la perception des usagers sur les problèmes de santé publique. Il en ressort que les priorités de santé départementales et régionales sont méconnues de la population locale, qui se réfère plus volontiers aux priorités relayées sur les grands médias nationaux. En revanche, les priorités du département sont légitimées par l'expérience personnelle ou celle d'un proche.

➤ **Les groupes de travail**

Quatre groupes de travail ont été constitués pour proposer des orientations pour un programme d'action triennal sur le département. Ces groupes réunissaient une quinzaine de personnes, provenant des tous les types d'institutions et associations, impliqués sur ces thèmes de santé dans le département.

.2.2 La journée du Forum

Le Forum départemental de la santé en Mayenne s'est déroulé le 29 juin 2000 au centre culturel “ Les Angenaises ” à Bonchamps dans la périphérie de Laval. Cette journée s'inscrivait dans la continuité du “ Festival de la prévention ”, organisé sur la ville de Laval, du 9 au 17 juin, par la CPAM, la MSA et l'association “ la croix d'or ”. (programme en annexe)

La journée a été présidée par le Préfet du département. Les travaux se sont déroulés toute la journée devant un auditoire fourni (plus de 200 personnes), varié (professionnels de santé, associations, usagers) et très participatif.

Les études et les propositions de stratégies d'actions proposées par les groupes de travail ont fait l'objet chacune d'un exposé introductif de dix minutes suivi de cinquante minutes de débats.

Les débats ont été très riches du fait de l'importance et de la diversité du public.

De nombreuses questions sont soulevées par cet auditoire: “ Où placer la prévention entre l'alcoolisme et le mal être de la personne ”, responsable du volet santé du contrat de ville ; “ Comment orienter les problèmes que nous observons mais que nous ne savons pas aborder “ ,

ADMR ; “ Comment intervenir sur les lieux de travail quand les petites entreprises de Mayenne n’ont pas les structures pour relayer des actions de santé ? ” association Entre Aide PTT ; “ Comment sortir d’une prise en charge médicale spécialisée pour prendre en compte les problèmes d’un individu dans sa globalité ? ” chef de service des urgences de l’hôpital de Laval ; “ Comment impliquer les médecins généralistes dans les problèmes d’alcool ? ” responsable de CHRS.

Ces questions ont permis d’aborder un champ très large de problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des politiques de santé publique en Mayenne

.2.3 Le comité de pilotage :

Le comité de pilotage s’est réuni trois fois au cours du quatrième trimestre, le 6 octobre, le 16 novembre, et le 5 décembre et quatre fois au premier trimestre 2001 (le 12 et le 26 janvier 2001 et le 22 et 28 février 2001). La participation des différentes institutions départementales a été assidue : DDASS, CPAM, CMSA, Conseil Général, Mutuelle de la Mayenne ; par contre les instances régionales (DRASS et ARH) ont été très discrètes.

Ce comité de pilotage semble avoir pleinement joué son rôle :

- En définissant les instances de pilotage et leur mode de travail : une instance décisionnelle (les financeurs) ; une instance technique unique pour valider les projets ; et des groupes de travail thématiques plus largement ouverts sur l’identification d’actions structurantes.
- En produisant un plan triennal sur la base des propositions faites par les groupes de travail et validées par la journée du Forum.
- En définissant des priorités d’action pour l’année 2001.
- En rédigeant les appels d’offres.

5 - COMMENTAIRES ET ANALYSE

.1 PERCEPTION PAR LES ACTEURS

Cette partie analyse la perception qu'ont les acteurs du dispositif de santé en fonction des responsabilités qui sont les leurs, en particulier sur leur niveau d'intervention et le type de responsabilité qu'ils assurent. Nous essaierons, quand ce sera possible, de restituer nos commentaires en tenant compte de cette matrice et des principaux grands thèmes que nous avons abordé dans les entretiens, à savoir la définition des priorités, les conditions de mise en œuvre, l'articulation des différents acteurs, et la pertinence d'un forum départemental de la santé. Cependant, la méthode retenue pour notre étude n'a pas pour but de stigmatiser les perceptions à travers les niveaux de responsabilités (régionales, départementales et locales) et le type de tâches (décideurs, techniciens et porteurs d'actions) mais plutôt d'élargir notre angle d'observation sur l'ensemble des personnes impliquées dans la mise en œuvre des politiques régionales de santé.

.1.1 La définition des priorités

Les Conférences Régionales de Santé occupent une place prépondérante dans l'identification des priorités et l'appropriation de la politique de santé par les acteurs.

Un rôle très important est reconnu aux Conférences Régionales de Santé. Mais, plus que leur rôle sur la définition des priorités régionales, c'est l'impact et l'impulsion qu'elles ont pu donner qui est à souligner.

L'historique des Conférences Régionales de Santé des Pays de la Loire souligne que la définition des priorités n'a, en fait, occupé que les deux premières conférences. Les conférences suivantes ont surtout porté sur les questions de la mise en œuvre et de la traduction opérationnelle de ces priorités. D'ailleurs, les acteurs départementaux et locaux n'accordent pas une place prépondérante à la définition des priorités régionales. Au bout du compte, ces priorités étaient déjà bien connues des spécialistes et des acteurs de terrain, mais sans doute pas assez reconnues. On touche là l'intérêt essentiel des Conférences Régionales; si elles sont souvent décriées comme des "grands messes" dans lesquelles on n'énonce que des évidences, ces critiques sont immédiatement assorties d'un commentaire sur le rôle incontournable de ce type de manifestations. La reconnaissance publique des problèmes de santé, la chambre d'écho qu'offre les CRS sont essentielles et donnent une

légitimité et une reconnaissance aux personnes et associations qui s'impliquent dans ce domaine. Les acteurs se trouvent ainsi confortés dans leurs démarches et sortent de leur relatif isolement. Cette étape constitue une avancée importante dans l'appropriation de la politique de santé par les porteurs d'action et doit conduire à terme à une amélioration de la performance du dispositif.

On conçoit très bien, à travers ce qui vient d'être énoncé, que les intérêts portés aux conférences de santé varient en fonction des responsabilités que chacun occupe ; encore faut-il s'assurer que leurs intérêts ne soient pas contradictoires.

On peut dire que les responsables régionaux, dans la tradition jacobine, voient dans la définition de ces priorités l'axe de transmission d'une cohérence régionale voire nationale ; la priorité régionale n'est souvent pas très éloignée d'une déclinaison régionale des directives nationales notamment pour les PRS Sida et les PRAPS. Ce qui prime à ce niveau, c'est la cohérence de l'ensemble régional, le côté structurant qu'apporte la reconnaissance de priorités régionales. Les travaux des Conférences Régionales de Santé deviennent les références pour tout le monde dans la région. Ce côté fédérateur est essentiel pour développer une politique de santé régionale cohérente. Le planificateur dispose alors d'un outil qui lui permet de canaliser les énergies vers des objectifs en principe mieux circonscrits, et ainsi d'éviter le risque de dispersion.

Mais les priorités et les objectifs retenus dans les PRS ne constituent-ils pas des leurres ? On se rassure dans l'identification de priorités et d'objectifs mais leurs caractères structurants et focalisants sont-ils réels ? En fait, leurs impacts ne peuvent être appréciés que s'ils influent réellement sur les actions de terrain. Pour faire leurs preuves, ils doivent être capables d'influer sur la programmation des projets et des actions. Or, dans leurs formes actuelles, avec des objectifs trop larges, ils permettent de reconduire les mêmes actions sans que leur impact n'ait jamais été réellement évalué. En conséquence, ils ont plutôt tendance à reconduire un état de fait au dépend d'une action réellement structurante.

C'est à ce titre que les acteurs du niveau départemental veulent dépasser cette étape de priorités régionales. La nécessité de peser davantage sur la définition des priorités régionales est fortement ressentie pour prendre en compte les caractéristiques locales et aboutir à une rationalisation de l'action sur le terrain. La situation actuelle cautionne trop ce qui est déjà fait et sert d'alibi et de justificatif à la reconduction des situations antérieures.

Pour les acteurs du niveau départemental, la définition de priorités régionales constitue un repère essentiel sur lequel ils peuvent légitimer leurs actions. Mais la plupart regrettent que les objectifs des PRS soient si larges. Les objectifs des PRS sont brocardés pour leur propension à vouloir

tout attraper et satisfaire tout le monde. Cet outil qui devait permettre de recentrer, de canaliser les interventions et d'éviter le saupoudrage ne s'en donne pas les moyens.

La tendance est donc forte de réintervenir aux marges des priorités régionales et des PRS. Cette réaction est graduelle : pour certains, il faut décliner avec plus de précisions les priorités au niveau du département en élaborant des sous-priorités locales ; pour d'autres, il faut reprendre un travail de fond pour se réappropriier les objectifs régionaux au niveau du département à travers un forum départemental de la santé ; enfin les derniers estiment que la santé ne relève pas que du domaine de l'état et la région, le département a aussi son mot à dire, des expériences et des compétences à faire valoir, pour mieux prendre en compte les préoccupations des usagers.

Dans une certaine mesure, tout le monde s'accorde sur le fait que les priorités régionales ne peuvent être reconnues que si elles ont une déclinaison départementale qui les traduit en fonction de préoccupations locales.

Plus on se rapproche des niveaux d'actions périphériques, plus l'importance reconnue aux définitions de priorités régionales s'estompe. Le niveau infra-départemental est la plupart du temps complètement étranger à ces démarches de priorités régionales, en revanche il ressent fortement le besoin de s'inscrire dans une démarche plus globale qui reconnaît son professionnalisme et la pertinence de son champ d'interventions.

.1.2 La mise en œuvre des actions

La méthodologie des PRS

L'élaboration des PRS constitue la première étape pour traduire les priorités des CRS en termes opérationnels. Mais cette première étape se traduit souvent à travers des priorités, des objectifs et des stratégies trop larges qui ne structurent pas réellement la mise en œuvre.

Ce déficit est clairement ressenti à tous les niveaux, et tout le monde s'accorde pour reconnaître que l'on ne va pas au bout de la démarche opérationnelle.

Le niveau régional apprécie le premier travail d'orientation que constitue les PRS, mais il relève les limites de la méthodologie actuelle. L'élaboration de fiches d'actions n'est pas une fin en soi, il faut maintenant décliner les PRS en fiches d'appels à projets.

La méthodologie est clairement remise en question par le niveau départemental. Dans leur conception actuelle les PRS constituent plus des catalogues ou des inventaires d'actions possibles que des orientations susceptibles d'aider à prioriser les actions.

De plus, après le travail de fond qu'a constituée l'élaboration du document programme, la vie interne du PRS et l'implication des différents acteurs semble assez pauvres. Le cadre d'animation

d'un PRS n'est pas défini. Que devient le groupe de travail une fois le programme établi ? quelles sont ses missions dans le suivi de la mise en œuvre du programme?

Les limites en moyens humains et financiers des PRS :

Malgré un dispositif réglementaire qui identifie des coordonnateurs de projet, ceux-ci ne sont pas clairement libérés de leurs autres charges pour pouvoir se consacrer pleinement à l'animation de leur PRS.

De même, les moyens financiers restent beaucoup trop modestes au regard des ambitions que devraient embrasser les PRS.

Le relais effectif des porteurs d'action :

Enfin une grande interrogation subsiste sur la capacité et la qualité des relais au niveau de la société civile. L'Etat recentre sa mission et se désengage de l'action au profit du partenariat. Le "faire faire" a pris le pas sur les opérations décrétées et plaquées dont l'inefficacité est avérée.

Mais ce retrait de l'Etat est accompagné d'un glissement progressif de tous les acteurs du champ social vers des activités de programmations et d'organisations. L'action sociale est presque exclusivement confiée à un monde associatif qui se trouve parfois démuné devant l'ampleur et la complexité de la tâche. Le repli sur des actions d'encadrement et d'accompagnement peut facilement être interprété comme un désengagement. Un fossé se creuse entre une programmation théorique et la concrétisation de la mise en œuvre des actions. Cette interpellation a été soulignée dans les évaluations des PRS qui s'interrogent sur "le contraste qui existe entre l'investissement méthodologique et la mise en œuvre réelle des programmes".

Un rééquilibrage des moyens s'avère nécessaire entre les actions de programmation et le volet purement opérationnel. Ce rééquilibrage pose avec acuité le problème du professionnalisme des porteurs d'actions et de l'effort de formation qu'il faut entreprendre à ce niveau si on veut des propositions et des mises en œuvre plus performantes.

Un champ d'intervention important existe entre la définition de priorités au niveau régional et la mise en œuvre des actions au niveau infra-départemental. Ce champ d'action doit permettre de décliner avec plus de précisions les priorités à un niveau infra-régional pour mieux prendre en compte les réalités locales et ainsi favoriser la mobilisation des acteurs. Cette déclinaison territoriale des priorités et de programmations des interventions peut avantageusement être du ressort du niveau départemental. Une stratégie de mise en œuvre des PRS, prenant en compte ces éléments, devrait compléter le dispositif actuel.

La coordination des programmes et les outils de pilotage

La dimension régionale est incontestable pour définir une politique de santé, c'est le bon niveau d'intégration pour planifier l'offre de soins (SROS) et les politiques de santé (PRS). L'instauration récente des Comités Régionaux des Politiques de Santé a pour ambition de réunir autour d'une même table l'Etat, les caisses d'assurance maladie, des élus, des professionnels de santé et des usagers sous la présidence du préfet de région. Cette instance a en charge de piloter la politique régionale de santé et les PRS en particulier. Il est un peu tôt pour pouvoir tirer un premier bilan, mais il semble d'après nos entretiens que l'implication des élus reste encore très réservée. Mais comment en serait-il autrement? Pour l'instant la santé ne fait pas partie des compétences décentralisées. Les élus ne se sentent donc pas forcément impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé. Ils sont plutôt sur la défensive et redoutent de se faire instrumentaliser.

La coordination des actions par les PRS se télescope souvent en périphérie avec des programmes " extérieurs " abordant les mêmes thèmes.

Le volet santé de la MILDT, le contrat de ville déclinent leurs activités au niveau départemental, ou urbain sans référence à une coordination régionale.

.1.3 La pertinence de la démarche entreprise en Mayenne

Le premier cadrage qu'offrent les PRS ne permet pas de passer directement à une traduction opérationnelle sur le terrain. La nécessité d'une étape intermédiaire est ressentie par tous les acteurs locaux . Cette étape doit répondre aux besoins d'appropriation des priorités PRS en les adaptant aux réalités locales d'une part, et à la nécessité d'élaborer un outil pratique de mise en œuvre et de suivi du programme d'autre part.

Pour ce qui est de l'appropriation des priorités, le Forum départemental de la Mayenne semble avoir bien répondu aux attentes des acteurs locaux. Ceux-ci sont satisfaits du temps fort que cela a représenté dans le département. Le positionnement de chacun s'est trouvé clarifié ; les contacts et les réseaux se sont renforcés. Les travaux de groupe et la journée du forum ont impulsé de manière incontestable une dynamique réelle chez les acteurs départementaux et locaux. On sent chez les acteurs une grande implication dans la démarche qui se traduit par une très forte attente envers le résultat final du processus.

.2 LE FORUM DEPARTEMENTAL DE SANTE EN MAYENNE

.2.1 L'appropriation des priorités au niveau départemental

La phase préparatoire à travers des études et des groupes de travail devait permettre une meilleure prise en compte des priorités régionales par les acteurs mayennais.

Les études :

L'étude de l'ORS constitue indiscutablement un véritable annuaire de la situation socio sanitaire en Mayenne. Elle permet de conforter les priorités départementales par rapport aux priorités régionales. Cependant son analyse ne descend pas en dessous de l'échelle départementale, et à ce titre on ne peut pas dire qu'elle contribue à mieux définir des priorités locales et à favoriser directement la mobilisation des acteurs.

En reprenant une analyse générale de la situation sanitaire en Mayenne, cette étude très riche s'inscrit plus dans une démarche descriptive pour définir des priorités ex nihilo, que dans la continuité des priorités et des programmes régionaux de santé dont elle aurait pu constituer un approfondissement. Il aurait, peut être, été plus pertinent, de développer un atlas de la santé sur une échelle infra-départementale plus fine en s'inscrivant dans les priorités régionales.

L'étude sur " le ressenti de la population mayennaise ", analyse la perception de la population des grands problèmes de santé, et constitue certainement un bon socle pour valider les stratégies et les actions envisagées dans la mise en œuvre des programmes de santé. Néanmoins, cette étude reste très descriptive et n'oriente pas vraiment sur des pistes d'actions concrètes.

Les groupes de travail :

Les groupes de travail ont permis un véritable travail de fond sur le département et répondent aux objectifs initiaux tels qu'ils étaient définis " *en associant les partenaires institutionnels et associatifs* ". Leurs productions ont certainement permis d'aboutir " *à une meilleure prise en compte des priorités de santé publique en Mayenne* " et ont contribué " *à déboucher sur des orientations précises réellement opérationnelles* ". Les objectifs pour s'approprier les priorités régionales et impliquer les acteurs du département sont incontestablement atteints.

Cependant à aucun moment, le travail de ces groupes ne se réfère aux Programmes Régionaux de Santé des Pays de la Loire ; aucune liaison n'est faite avec les objectifs généraux et spécifiques,

pas plus qu'avec les orientations stratégiques proposées dans ce cadre. La filiation avec les PRS est donc difficile à objectiver en dehors d'avoir retenu les thèmes des PRS pour trois des quatre priorités départementales.

Mais le problème peut être retourné, comme nous l'avons vu plus haut sur la pertinence méthodologique des PRS qui dans leur conception actuelle ont des objectifs tellement larges qu'il ne s'avère pas nécessaire de s'inscrire en continuité de ce travail. Cependant, le danger demeure quand on parle de coordination de l'action et quand on a l'ambition de déboucher sur une meilleure lisibilité du processus. Des priorités et des objectifs départementaux et régionaux qui ne s'expriment pas dans un même cadre et selon le même langage ne facilitent pas la coordination et la cohérence.

Néanmoins, le travail de ces groupes, a certainement permis de *“ mieux circonscrire les priorités locales et de dégager des objectifs susceptibles de mobiliser les acteurs locaux ”*.

L'émergence d'une nouvelle priorité à l'échelon départemental :

Le thème de *“ la prise en charge des personnes âgées ”* comme priorité départementale apparaît dès le premier compte rendu du comité de pilotage du Forum. Ce choix est justifié par son importance au niveau du département de la Mayenne (forte proportion de personnes âgées), et est légitimé par les résultats de la CNS et de la Conférence Régionale de 1999.

Cependant si le choix de ce thème est parfaitement justifié et argumenté, il répond aussi à une dimension stratégique incontournable. L'une des ambitions du forum est de renforcer la synergie et la cohérence des actions. Pour arriver à mobiliser l'ensemble des acteurs, il est absolument primordial que chacun se retrouve dans l'action, sur ses thèmes les plus porteurs. Le choix de prendre en compte la problématique des personnes âgées présente le double avantage de répondre à une priorité *“ épidémiologique ”* réelle du département et à une des missions sociales les plus importantes du Conseil Général.

Le choix des priorités ne peut pas négliger sa dimension stratégique, s'il veut pouvoir fédérer l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs.

.2.2 Des outils locaux de pilotage départementaux qui renforcent la mise en œuvre et la coordination

L'instauration d'un comité de pilotage impliquant les institutions du niveau régional (DRASS, ARH), du niveau départemental (Conseil Général, DDASS, Caisse primaire d'Assurance Maladie, Caisse de la Mutuelle Sociale Agricole, Mutuelle de la Mayenne) constitue un outil essentiel, et indispensable, pour piloter une politique de santé cohérente dans le département. La composition de ce comité de pilotage, souligne deux axes prioritaires dans l'engagement du processus. La composante

régionale assure la filiation et la cohérence par rapport à une politique régionale de santé. La composante départementale permet de réunir autour d'une même programmation les décideurs et les "financeurs" du département, pour répondre à la volonté largement proclamée, de développer des synergies entre les acteurs.

Comme nous l'avons souligné dans les résultats, la participation de la composante régionale a été pour le moins discrète tout au long du processus. Ce manque d'implication est regrettable à plus d'un titre. D'une part, on cautionne l'idée d'une conception à sens unique des relations entre la région et le département ; on perd l'occasion de crédibiliser les stratégies régionales dans un ancrage local concret ; d'autre part, on ne se donne pas les moyens de développer les outils nécessaires à un bon pilotage de ses programmes, en veillant à faire inscrire la programmation départementale dans le cadre structurel des PRS ; enfin on ne se donne pas vraiment les moyens de suivre et d'évaluer la pertinence de cette initiative départementale qui pourtant répond d'une problématique largement partagée.

Par contre la relative stabilité de la composante départementale, souvent représentée par les responsables des institutions du département, le Directeur pour la DDASS, le Président pour la CPAM, le Directeur de la solidarité pour le Conseil Général, le Directeur de la MSA, traduit bien la réelle volonté d'aboutir à un travail cohérent et complémentaire sur le département.

Les outils de pilotage ont évolué au cours du processus. Le comité de pilotage unique s'est dédoublé en une instance de décision, une instance technique dont les tâches et les attributions sont clairement définies. Les groupes de travail thématiques complètent le dispositif et doivent permettre de continuer une réflexion de fond, en amont de ces instances, et de constituer une force continue de propositions.

Ces outils semblent parfaitement adaptés pour réaliser le pilotage de proximité nécessaire pour traduire une planification opérationnelle en une mise en action efficace.

Pour l'instant quelles sont la réalité et la vitalité de ces instances ?

L'instance technique a eu pour tâche essentielle de traduire en propositions concrètes, le travail effectué autour du forum. Ce travail a abouti à la production d'un plan triennal et d'un plan d'action pour l'année 2001. Dans ce cadre, des fiches d'appel à projets ont été élaborées et constituent la traduction concrète du travail de programmation.

Cependant, pendant cette période, le travail de fond entrepris pour conduire au forum s'est quelque peu endormi. Les instances associatives et techniques, qui ne font pas partie de l'instance de

décision, n'ont pas très bien suivi cette évolution et considèrent que l'impact du forum est en train de retomber.

La volonté de l'instance technique de resserrer les actions du plan 2001 sur des cibles très précises n'a pas été très bien relayée vers les acteurs du département. La recherche d'efficacité en n'identifiant que deux actions précises par thème, semble laisser de côté un certain nombre d'actions dans lesquelles beaucoup de partenaires se reconnaissent. Ceux-ci peuvent se sentir frustrés dans la mesure où ils se retrouvent exclus de la réflexion, et mis en quelque sorte devant le fait accompli. " A quoi bon avoir fait tout ce travail si on n'accompagne pas le processus jusqu'au bout ? "

La modification du groupe de pilotage n'a pas été bien expliquée. Beaucoup d'acteurs ayant participé aux groupes de travail initiaux, ont eu la sensation de voir le processus leur échapper. Il semble y avoir eu à ce niveau un déficit de communication susceptible d'engendrer une frustration voir un désengagement des acteurs.

6 - DISCUSSION

.1 DISCUSSION SUR LA METHODE ET LES LIMITES DE L'ETUDE

.1.1 Les entretiens

Un échantillon trop restreint

La première limite de notre étude vient du caractère très limité de notre échantillon. La matrice que nous avons retenue pour identifier les personnes à rencontrer permet d'apprécier les différents angles de vue en fonction du positionnement stratégique et des responsabilités de chacun. Cependant, la diversité des personnes rencontrées, pour chacune de ces caractéristiques, se restreint à une ou deux personnalités, ce qui limite considérablement l'éventail des avis .

Néanmoins, si le nombre limité de personnes rencontrées ne permet pas de prétendre identifier l'exhaustivité des problèmes et des solutions envisageables, il est cependant suffisant pour témoigner sur le vécu de ces problèmes de fond et les grands axes de solutions possibles.

L'utilisation d'une grille unique pour tous les entretiens.

La conception d'une grille unique avait pour ambition d'éviter de se disperser et de rester centré sur le sujet de notre étude, à savoir, la définition des priorités et la prise en compte des préoccupations locales, le pilotage et la mise en œuvre concrète des projets, l'articulation entre les différents intervenants et enfin, la perception du Forum de la Mayenne et son impact.

La pratique nous a conduit à constater que si cette grille était adaptée aux entretiens avec les décideurs et les responsables régionaux, elle perdait en pertinence au fur et à mesure que l'on évoluait vers les porteurs d'actions et les responsables locaux. Ce travers a été en parti corrigé en recentrant les entretiens sur les thèmes plus spécifiques aux personnes concernées.

La grande motivation des personnes rencontrées

Un des points très positifs de la méthode tient à la grande motivation des personnes rencontrées. Quelque soit leur niveau de responsabilités, elles ont fait part d'une véritable volonté de réfléchir et de s'interroger sur les performances, les atouts et les limites du processus d'animation de la politique régionale de santé publique dans laquelle elles sont impliquées. Les entretiens ont rarement duré moins de deux heures, les personnes n'ont pas ménagé leur temps et ont souvent apprécié ce temps de réflexion et de témoignage. La richesse de tous ces entretiens ne peut être complètement restituée dans ce document.

.1.2 Des spécificités géographiques qui limitent les interprétations

Des caractéristiques régionales fortes

L'analyse des relations fonctionnelles entre le département et la région est, bien sûr, fortement imprégnée par le contexte régional. Comme nous l'avons souligné, la région des Pays de la Loire se caractérise par une population importante, un territoire très vaste et des départements très hétérogènes, de cultures très différentes. Ces caractéristiques régionales pèsent certainement sur le besoin de développer une initiative départementale. Le contexte est certainement très différent dans les régions ne comprenant que deux départements (Nord – Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Alsace) ou les régions à forte identité (Bretagne, Franche-Comté...). Les analyses que nous avons développées ne peuvent donc se rapporter qu'à des régions présentant les mêmes caractéristiques (Centre, Rhône-Alpes, PACA ...).

L'analyse que nous avons conduite, ne s'est focalisée que sur l'axe fonctionnel de la Région des Pays de la Loire et du département de la Mayenne. Il eut été souhaitable de faire un parallèle avec ce qui se passe dans des régions qui présentent les mêmes caractéristiques. Il est fortement probable que des initiatives du même type se soient développées en réponse à des problématiques communes. Ces démarches comparatives, envisagées dès la conception de notre protocole, n'ont pu être retenues, compte tenu des contraintes temporelles et matérielles pour la réalisation de ce travail.

Des caractéristiques départementales fortes

Tout comme la région, le département de la Mayenne présente des caractéristiques qui lui sont propres. C'est un département rural et relativement peu peuplé (280 000 habitants) , avec peu de grandes villes (4 villes de plus de 5 000 habitants) ; il présente une forte homogénéité : un seul bassin de santé, un seul secteur sanitaire autour de l'hôpital de Laval, une CPAM, une identité culturelle ancienne. Plus que la notion de département, c'est bien l'ensemble de ces caractéristiques qui a conduit à retenir cette dimension territoriale pour proposer un Forum sur la santé. Dans ce contexte qui lui est particulier, il nous est difficile d'extrapoler à partir de ce que nous avons observé en Mayenne.

La comparaison avec les autres départements de la région s'est restreinte à un entretien avec le directeur adjoint de la DDASS du Maine et Loire. Plusieurs initiatives territoriales ont été lancées dans les différents départements pour relayer la politique régionale. Un travail comparatif avec ces initiatives aurait certainement enrichi notre réflexion et la pertinence de notre étude. Mais là aussi les contraintes de temps et de moyens ne permettaient pas ce travail.

.1.3 Un environnement politique qui n'est pas stabilisé par rapport à l'autonomie des régions:

L'ensemble de notre travail pose, pour l'essentiel, la question du niveau de responsabilités aussi bien pour la dimension stratégique (choix de priorités et des objectifs) que pour la dimension opérationnelle (mise en œuvre des actions). Derrière la clarification de ces responsabilités se cache une dimension politique dont les choix ne sont pas clarifiés entre régionalisation ou déconcentration. Le paysage et les références sont en perpétuelles discussions. Cette instabilité se caractérise, d'un point de vue politique général par un retour en force du débat sur la régionalisation (projet de loi sur la Corse, rapport Mauroy sur la décentralisation et déclarations du Premier Ministre sur la nécessité d'une seconde étape dans la régionalisation) et d'un point de vue politique de santé (rapport Evin et Projet de loi sur la modernisation de système de santé). Il est évident que le cadre d'application de la politique de santé sera considérablement influencé en fonction du contexte général et de la politique de décentralisation retenue.

.2 L'IMPACT DU FORUM DEPARTEMENTAL DE LA SANTE EN MAYENNE.

.2.1 L'intérêt d'une démarche en aval des PRS semble indiscutable

Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'un travail en aval de la dimension régionale ; il a été largement souligné par les évaluations des PRS et illustré par les différents témoignages que nous avons recueillis dans notre étude. Ce qui importe maintenant c'est d'apprécier l'impact de la réponse qu'a apporté l'initiative mayennaise avec son forum départemental de la santé.

L'appropriation des projets :

Bien que le processus soit actuellement en cours, des acquis importants se dégagent déjà. Le travail de fond entrepris par les différents acteurs au sein des groupes thématiques de travail a incontestablement fourni aux acteurs du département l'environnement nécessaire pour une parfaite appropriation des problématiques et des objectifs qu'ils se sont eux même fixés, dans le cadre de la politique régionale. L'objectif de " mieux circonscrire les priorités locales et de dégager des objectifs susceptibles de mobiliser les acteurs locaux " a été atteint.

La mise en place d'une instance de pilotage de proximité :

La mise en place au sein du comité de pilotage d'une instance technique et d'une instance décisionnelle constitue une réponse à la nécessité d'instaurer un comité de pilotage opérationnel plus

près de l'action. En cela, les autorités départementales se sont dotées des bons outils pour se permettre de renforcer la synergie des actions et la coordination des partenaires. L'assiduité des institutions départementales pour siéger dans ces instances prouve à quel point elles sont souhaitées et répondent à leur demande. Cette implication, traduit une convergence d'intérêts, et constitue la principale garantie pour un résultat final.

.2.2 Les réserves et les limites sur la méthode retenues pour le Forum

Un manque de liaison avec les PRS

Nos réserves se focalisent sur le manque de relais vers le niveau régional. Pour une bonne lisibilité, les programmes régionaux et départementaux de santé devraient pouvoir se décliner comme des poupées gigognes. Les axes et les priorités des programmes départementaux devraient clairement apparaître comme des sous-ensembles des Programmes régionaux. Or, ce n'est pas le cas, pour les trois thèmes du plan triennal de la Mayenne qui répondent à des PRS, la déclinaison des objectifs ne se réfère pas au cadre des objectifs de leur PRS de référence. Malgré une volonté affichée de s'inscrire en continuité des PRS, on ne voit pas de manière explicite, en quoi les actions du plan triennal contribuent à la réalisation du PRS .

L'absence d'une structure commune de présentation pour les quatre thèmes :

Chacun des thèmes est développé selon une structure qui lui est propre. Ceci ne facilite pas la lecture transversale des programmes qui sont pourtant, pour l'essentiel, destinés à un même public tant pour les bénéficiaires du programmes (usagers) que pour les porteurs actions (associations).

L'absence d'une déclinaison infra-départemenale des priorités:

Cette lacune est prévisible dès la phase préparatoire du processus. Comme nous l'avons souligné, l'étude de l'ORS contribue plus à définir des priorités en Mayenne ou à conforter la dimension départementale des priorités régionales, qu'à décliner ces mêmes priorités dans le département. Une déclinaison plus fine sur des espaces territoriaux infra-départementaux aurait davantage contribué à l'identification de champs prioritaires d'intervention.

De même, si l'étude sur le ressenti de la population permet de mieux comprendre la psychologie de la population mayennaise vis à vis des grands problèmes de santé, elle ne nous oriente ni dans l'espace, ni dans l'identification précise de " leviers " d'interventions susceptibles d'être plus efficaces dans nos actions.

.2.3 Un essai qui reste à transformer

Un comité de pilotage qui a tendance à se déconnecter des acteurs

L'implication de tous les acteurs de santé autour du forum départemental de la Mayenne constitue un indiscutable succès qu'il faut savoir transformer. Les retombées du Forum ont entraîné un travail très important pour rédiger et valider un plan triennal et un plan d'action 2001. Ce travail de concrétisation a été mené à bien, dans des délais très courts. De même, la mise en place d'un outil de pilotage performant, sous forme d'une instance de décision et d'une instance technique mobilisant les institutions du département à travers ses principaux responsables, est un atout essentiel pour la réussite du processus. Cependant, ces différentes étapes ont concentré beaucoup d'énergies au niveau décisionnel, ceci aux dépens des principaux acteurs du forum qui se sont sentis un peu marginalisés et risquent à terme de se démobiler.

Si le département s'est doté d'un outil opérationnel performant pour animer sa programmation dans le domaine de la santé, il devient urgent de remobiliser les acteurs pour éviter que l'impulsion insufflée ces derniers mois ne retombe.

Un choix restreint de priorités pour 2001 qui risque de démobiler les acteurs non concernés

Le choix d'un nombre restreint de priorités pour l'année 2001 peut aussi être un facteur de frustration. Qu'advient-il des autres actions autour desquelles bon nombre d'acteurs se retrouvaient ? Le choix de ces priorités a été fait par les instances de décision sans qu'il n'y ait eu de retour sur les acteurs au travers des groupes de travail. Il semble important de réactiver ces groupes pour servir de relais et déjà mettre en perspective les actions qui n'ont pas été retenues pour l'année 2001.

.3 PLACE ET ROLE DU DEPARTEMENT DANS LE CHOIX DES OBJECTIFS ET DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

Une déclinaison infra-régionale qui ne se limite pas au découpage administratif d'un département

Cinq années après la mise en œuvre des CRS et les PRS, et malgré les grandes avancées qu'elles ont permis, il demeure encore des lacunes importantes entre une programmation théorique et une mise en œuvre pratique des actions. Notre étude s'est orientée initialement, à travers l'expérience de la Mayenne, sur la place et le rôle que devrait jouer le département dans la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique. Si dans un premier temps, nous avons identifié le département comme la déclinaison la plus naturelle de la région, il apparaît que sa définition administrative ne suffit pas à

répondre aux soucis opérationnels que nous recherchons. L'expérience même de la Mayenne n'a été initiée par ses promoteurs, que parce qu'elle réunissait d'autres caractéristiques territoriales : une population de moins de 300.000 habitants, une population culturellement homogène, un seul secteur sanitaire qui recouvre le bassin de santé et le département, une seule CPAM et les institutions administratives du département.

La déclinaison départementale, n'est donc pas le motif essentiel pour proposer un Forum de santé. Si on regarde les autres critères, on retrouve les critères de population retenus dans d'autres régions comme le Nord – Pas-de-Calais qui propose d'élaborer des Contrats Locaux de Santé par arrondissement de 200 à 300.000 habitants.

Si pour être plus performants, les PRS doivent impérativement se décliner à une échelle infra-régionale, le niveau départemental n'est pas forcément l'échelon le plus approprié. Le critère administratif ne suffit pas et doit être complété par des critères de cohésion de la population du territoire à prendre en compte.

Le département aurait donc vocation, en fonction de sa taille d'animer un ou plusieurs "contrat locaux de santé" .

Place du département, ou d'un niveau infra-départemental, dans la définition des priorités

Nous avons souligné la difficulté que rencontrent les acteurs locaux ou les porteurs d'actions à se reconnaître dans le cadre des CRS et des PRS. S'ils en reconnaissent l'intérêt et y puisent leur légitimité, le besoin de se réapproprier la démarche et les priorités demeure prépondérant.

Le département a donc un rôle essentiel à jouer dans cette démarche de réappropriation des objectifs des PRS. Le processus expérimenté par le Forum départemental de la Mayenne peut être proposé comme modèle du point de vue des principales séquences : une phase préparatoire avec des études et des groupes thématiques de travail ; une phase de restitution publique et de débat avec une journée forum et une phase de rédaction pour l'élaboration d'un plan pluriannuel d'actions. Ce cadre modèle devra tenir compte des réserves que nous avons formulées plus haut dans la discussion, en particulier pour la phase préparatoire dont les études doivent cibler la mise en œuvre et les groupes de travail s'inscrire en continuité des PRS.

Place du département, ou d'un niveau infradépartemental, dans la mise en œuvre et dans le pilotage des projets

La nécessité de mettre en place des outils de pilotage de proximité est indispensable si on veut améliorer la mise en œuvre des PRS

Les outils de pilotage développés autour du Forum départemental de la Mayenne, sont très intéressants pour leur capacité à développer les synergies et la cohérence dans l'action. Les deux instances, décisionnelle et technique, peuvent servir de modèle dans la mesure où elles ne s'isolent

pas dans une démarche “ technocratique ” en se coupant des groupes thématiques de travail qui restent le vivier de la réflexion et le relais vers une traduction concrète des actions.

7 - RECOMMANDATIONS

Nous articulerons nos recommandations autour de trois axes principaux :

- des recommandations d'ordre général sur la mise en œuvre des politiques de santé,
- des recommandations plus spécifiques à partir de l'expérience du Forum départemental de la Mayenne,
- des recommandations sur le rôle du médecin inspecteur de santé publique

.1 LES RECOMMANDATIONS D'ORDRE GENERAL :

Plus que la définition du bon niveau de territoire pour identifier des priorités et des objectifs c'est la clarification des vocations stratégiques et opérationnelles de chaque niveau qu'il faut éclaircir.

Chaque niveau doit avoir des objectifs stratégiques et opérationnels qui lui sont propres. Ceux ci doivent être bien précisés pour que les attributions de chacun soit bien comprises et partagées.

➤ *Positionner les PRS dans une programmation régionale globale*

La réflexion sur une méthodologie adaptée à l'élaboration des PRS passe par une redéfinition de leur place dans une planification globale de la politique de santé publique régionale. La démarche des CRS qui identifie des priorités régionales et les traduit sous forme de PRS donne l'illusion que la santé publique régionale s'arrête au champ des PRS.

Les priorités régionales n'apparaîtront comme telles, que si elles se dégagent d'une programmation globale prenant en compte tous les aspects de la mise en œuvre de la politique de santé publique de la région. Et c'est dans les faits concrets, que l'on pourra apprécier si ces thèmes font vraiment l'objet d'une prise en compte prioritaire.

De plus cette programmation globale doit permettre d'avoir une visibilité sur tous les autres thèmes qui ont " le droit d'exister " en dehors des priorités et d'être reconnus à la mesure des problèmes qu'ils sont sensés couvrir. C'est en explicitant ce qui se fait en dehors des PRS que l'on permettra à ceux ci de recentrer et de cibler le travail des associations vers les actions les plus prioritaires.

➤ **Clarifier les finalités des PRS**

Les finalités des PRS doivent être précisées pour mieux répondre à ce que l'on attend d'eux, aussi bien dans le cadrage stratégique général que dans la dimension opérationnelle de la région.

D'un point de vue stratégique, le PRS doit

- **fournir les grands axes des interventions** sous formes d'objectifs généraux et spécifiques et selon une nomenclature stable d'un PRS à l'autre pour permettre une bonne lisibilité des thèmes transversaux.
- **hiérarchiser les objectifs entre prioritaires et secondaires**, pour permettre de prendre en compte le champ général des interventions sur ce thème (inventaire et reconnaissance des partenaires) pour les réorienter dans le temps vers les actions prioritaires.
- **proposer des stratégies, éprouvées et expérimentales**, pour guider les appels à projet dans des champs d'actions connus ou à expérimenter.

D'un point de vue opérationnel

Le niveau régional est aussi un bon niveau pour développer certaines actions qui doivent consolider le côté fédérateur du programme. Ces grands champs d'interventions portent sur les actions de formation, sur les campagnes d'information et d'éducation pour la santé et sur l'identification et la coordination de thèmes de recherche opérationnelle.

- **former et recycler** les professionnels médicaux et paramédicaux aux spécificités du programme.
 - **développer des campagnes d'information** et d'éducation pour la santé imprégnées du contexte régional.
 - **identifier et coordonner une recherche opérationnelle** qui pourra se décliner au niveau infra-régional et fera progresser la qualité des actions à entreprendre.
- **Développer un niveau opérationnel infra régional pour la mise en œuvre des politiques de santé.**

La nécessité d'un maillage infra régional pour mettre en œuvre de façon plus concrète les PRS est incontournable. Plus que la dimension départementale, c'est la cohésion territoriale qui doit être retenue, en veillant à disposer d'une masse critique d'acteurs pour relayer les actions sur le terrain. Néanmoins, quelque soit l'espace retenu, ces travaux doivent s'inscrire dans la continuité des PRS et en constituer une déclinaison pratique ; en cela ils doivent :

- **s'inscrire dans les priorités des PRS**
- **identifier géographiquement des champs prioritaires d'intervention**

- **assurer la mobilisation et l'adhésion de tous les acteurs**
- **disposer d'un comité de pilotage fédérant l'ensemble des décideurs du territoire.**

➤ *Clarifier le rôle des instances de pilotage*

Les missions du Comité Régionale des Politiques de Santé doivent être précisées. Ce comité réunit les bons acteurs, encore doit-il se donner les moyens de mieux les impliquer sur des thèmes où ils se sentent concernés.

Les relais opérationnels infra-régionaux de la politique régionale de santé sont une nécessité et vont se multiplier. Ils prendront la forme d'un forum départemental, d'une conférence départementale ou locale de santé, ou de contrats territoriaux de santé ; l'encadrement de ces travaux et des instances de pilotage qu'ils vont engendrer, vont devenir essentiels pour éviter les dérives par rapport aux orientations régionales. Le comité devrait se voir investi des responsabilités suivantes :

- **Valider les programmes infra régionaux**, à travers leur contribution au programme régional et leur capaciter à mobiliser tous les acteurs du secteur.
- **Assurer le suivi et l'évaluation de ses programmes**, au travers des comptes rendus des comités de pilotage locaux.

.2 LES RECOMMANDATIONS A PARTIR DE L'EXPERIENCE DU FORUM DE LA MAYENNE

Les recommandations que nous faisons sur ce thème viennent de ce que nous avons observé dans le processus mis en place pour le Forum départemental de la Mayenne. Elles peuvent être prises en compte pour toutes les initiatives du même type qui veulent décliner un maillon opérationnel infra régional.

- ***Inscrire leurs programmes dans le cadre des PRS***, pour mettre en avant leurs contributions aux programmes et aux priorités régionales.

- ***Identifier et développer des actions transversales***, sur l'amélioration de l'offre de soins et la prévention, sur la formation et le recyclage, sur les campagnes d'informations et d'éducation pour la santé etc...On peut même envisager que tous les PRS se fondent, à ce niveau, au sein d'un seul programme local de santé publique.

- ***Décliner les actions du programme à un niveau infra départemental***, pour renforcer le caractère concret des interventions et prendre en compte les déclinaisons les plus périphériques au sein d'autres programmes (contrat de ville, de la MILDT etc) et des structures relais (CCAS, associations de quartiers etc..)

- ***Mobiliser les acteurs autour d'un projet commun***, Le travail des groupes thématiques est le garant de l'inscription des programmes dans la réalité de l'action de terrain. Ils regroupent l'ensemble des acteurs du secteur et garantissent de ne pas glisser vers une programmation trop théorique loin des préoccupations essentielles de la population et coupée de la réalité. C'est aussi le vivier de la politique locale de santé d'où doit émerger les pistes les mieux adaptées pour prendre en compte les problèmes identifiés comme prioritaires. Ils constituent ensuite l'indispensable relais vers les acteurs de terrain.

- ***Fédérer les moyens en instituant un comité de pilotage*** regroupant les décideurs et les financeurs du secteur d'intervention, pour renforcer les synergies et éviter les actions dispersées.

.3 LES RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION D'UN MEDECIN INSPECTEUR

Les recommandations pour le rôle des médecins inspecteurs se retrouvent, bien évidemment, dans tous les éléments des recommandations précédentes puisque la mise en œuvre de la politique de santé régionale et des PRS relève de ses attributions.

Cependant, certains points nous semblent particulièrement cruciaux. Le développement d'un échelon de mise en œuvre infra régional est incontournable et le médecin inspecteur a un rôle essentiel à ce niveau pour garantir le succès de cette étape.

Au niveau de la mise en œuvre

La traduction pratique d'une programmation demeure une étape délicate. Il faut se donner les moyens de conjuguer l'orientation des actions vers les priorités que l'on s'est définies et la mobilisation des acteurs qui sont chargés de les traduire sur le terrain. Trois points nous semblent importants pour réussir cette mission :

- ***Développer les copilotages des projets*** avec les partenaires institutionnels locaux (Caisse Primaire, Mutuelle Sociale Agricole, Conseil Général, Contrat de ville etc) pour les responsabiliser dans leurs domaines de prédilection, tout en développant une culture de travail d'équipe complémentaire et cohérente.
- ***Renforcer l'appui aux associations locales*** en particulier pour les aider dans les processus de montages de projets. Le travail en partenariat repose souvent sur des associations locales qui ne maîtrisent pas toujours tous les éléments pour monter un projet. Un travail d'accompagnement et de formation est certainement nécessaire si on veut obtenir de meilleures réponses aux appels à projets. L'implication du médecin inspecteur dans cette phase nous paraît essentielle. Renforcer les relations avec les partenaires du milieu associatif doit permettre d'améliorer la qualité des projets proposés et de mieux cerner les priorités identifiées.
- ***Développer un cadre de recherche opérationnelle*** pour améliorer la performance des actions proposées dans les PRS. Un volet important doit être initié dans ce domaine pour faire progresser les programmes. Le médecin inspecteur a un rôle important à jouer pour identifier les thèmes de recherche et les terrains (associations) qui pourraient les mettre en œuvre.

Au niveau du relais avec les institutions régionales

La qualité des programmes et leur cohérence ne seront possible que si les échanges entre le niveau régional et le niveau départemental sont consistants. Le médecin inspecteur, qu'il soit du niveau régional ou du niveau départemental, constitue l'incontestable relais. C'est au niveau de ces

échanges que se construit la cohérence d'ensemble du programme régional et de ses déclinaisons locales.

8 - CONCLUSIONS

Le développement d'un processus de mise en œuvre des PRS au niveau infra départemental est incontournable pour améliorer les performances de ceux-ci. Plusieurs initiatives ont déjà été prises dans ce domaine. Le Forum départemental de la Mayenne constitue un champ d'expérimentations très riches que nous n'avons que partiellement exploité.

Il a permis dans un premier temps de préciser le contour territorial nécessaire pour entreprendre une initiative de ce type en particulier autour de deux points essentiels, l'homogénéité du territoire et la masse critique des acteurs.

Dans un deuxième temps il a expérimenté les éléments d'un comité de pilotage avec une instance décisionnelle et une instance technique qui fédère l'ensemble des institutions du département impliqué dans la santé.

L'une des réussites majeures de ce processus aura été de réunir autour de priorités et d'objectifs communs, les principaux " financeurs " du département dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, l'expérimentation du Forum départemental de la santé en Mayenne permet de voir les attentes du Département par rapport à la dimension régionale de la politique de santé, en particulier sur la nécessité de préciser la finalité des PRS dans les domaines stratégiques et opérationnels.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et ouvrages

1. **AUBLET-CUVELIER Bruno et all**, Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins, ADSP, n°29, déc. 99
2. **BAILLY Antoine**, Pour une politique de santé durable, ADSP, n°29, déc. 99
3. **BESSIN Christophe, et all**, Villes, campagnes, régions, Europe... Les champs du problème, ADSP, n°29, déc. 99
4. **BEZAT Jean-Michel, DUPONT Gaëlle**, “ Le débat sur la décentralisation révèle des convergences entre la droite et la gauche ” Le monde du 19 janvier 2001.
5. **BONNET de PAILLERETS François**, Conférence Nationale de Santé 1999, ADSPn°27, juin 99
6. **BRUCKER Gilles**, Réflexion du Haut Comité de Santé Publique à partir du plan stratégique de CNAMTS, ADSP n° 29, déc. 1999
7. **BRUCKER Gilles, CANIARD Etienne**, Etats Généraux de la Santé ; une démarche innovante pour plus de démocratie, ADSP n° 27, juin 1999
8. **BUSSON Benoist** , Vers l'aménagement durable du territoire, Droit de l'environnement, juillet-août 1999, n°70
9. **CAYLA François** , Suicide, ; un bilan pour l'action, ADSP, n°26, mars 99
10. **CHABAS Pierre, LEBRUN François, VIDAL-BORROSSI Françoise**, Pistes d'action, place de l'hôpital local dans le maillage du territoire en Languedoc Roussillon, ADSP n°29, déc 99
11. **CHERASSE Dominique**, Du bon usage de l'URCAM, ADSP n° 27, juin 99.
12. **COCHEREAU Philippe**, Les futurs territoires en débat au Conseil Général, Le nord Mayenne veut son pays, in Ouest France, 6 décembre 2000.

13. **COEURET-PELLICIER Mireille**, Emergence d'une priorité Nationale en Santé Publique, l'exemple du suicide ADSP n°23, juin 1998
14. **COLLIN Jean-François**, L'élaboration des priorités de santé en France (1995-2000), un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire., Revue Française des Affaires Sociales n°2, avril -juin 2000.
15. **CORVEZ Alain VIGNERON Emmanuel**, Santé Publique et Aménagement du Territoire, ADSP n°29, déc. 99
16. **CORVEZ Alain VIGNERON Emmanuel**, Santé Publique et Aménagement du Territoire, piste de réflexions ADSP n°29, déc. 99
17. **CORVEZ Alain**, Santé Publique et Aménagement du Territoire, les outils ADSP n°29, déc. 99
18. **DAB William**, L'évaluation du Risque en Santé Publique, Prévenir n° 24 , 1993
19. **DUCIMETIERRE P**, Conférence Nationale de Santé ; réforme de la protection sociale, ADSP, déc 96
20. **DUPONT Gaëlle**, " La floraison des associations au service des maires de tous bords ". Le monde , 11 janvier 2001.
21. **DURIEZ Marc**, Régionalisation et systèmes de santé en Europe, ADSP, n°29, déc. 99
22. **GIBLIN Béatrice**, La Santé Publique, une question de géopolitique, Revue Hérodote 1999, n°92, 3-11
23. **LACOSTE Olivier, SALOMEZ Jean-Louis**, Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? ADSP n°29 déc 1999
24. **LE GALES Patrick**, Il n'y a pas de niveau pertinent, ni de modèle unique de développement territorial, in Le Monde 2 septembre 2000
25. **Le GUENNEC Nicole, BODY-GENDROT Sophie**, Des quartiers en panne de médiation sociale, Actualités sociales hebdomadaires, n°2070, 8 mai 1998
26. **LEQUET-SLAMA Diane**, Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques n°4, septembre 2000.

27. **Le Monde**, Le débat sur la décentralisation s'amplifie dans les Régions, Le Monde du 18 janvier 2001
28. **MOATTI Jean Pierre**, Priorité de Santé Publique ; les dangers d'une dérive utilitariste, ADSP, n° , déc 96
29. **NICOLAS Christian**, Les programmes Régionaux de Santé, ADSP n°30, Mars 2000
30. **POLTON Dominique**, Réflexion Prospective sur le système de santé, ADSP, n°29, déc99
31. **SAMBUC Roland**, Santé et aménagement du territoire ; pour une meilleure adaptation au changement, ADSP n°29, déc 99
32. **SAILLY Jean Claude**, Conférence Nationale de Santé 1998, Rapport du Haut Comité de Santé Public, EDSP n° 25, déc 98
33. **SAMSON Michel**, Les comités de quartiers, outils de dialogue et enjeux du pouvoir municipal, in Le Monde du 30 novembre 2000.
34. **SKANAVI Serge**, Les états généraux de la santé ; la démocratie sanitaire, ADSP, sept 98
35. **SKANAVI Serge**, Conférences Régionales de Santé ; réduire les inégalités, ADSP, sept 98
36. **SOUBIE Raymond**, " Santé 2010. Prospective du système de santé ". La documentation française.
37. **VERTILLAT P**, Conférences Régionales de Santé ; Etat de Santé et Priorité de Santé Publique ADSP
38. **VIGNERON Emmanuel** Les bassins de santé, concept et construction, ADSP n°29, déc. 1999

Textes, Rapports et Colloques

- **ARTHUIS Jean**, Mise à l'étude des scénarii de contours de Pays en Mayenne, Conseil Général de la Mayenne, Direction de l'aménagement et du développement économique.
- **OBERLE Daniel**, Programmes Régionaux de Santé - Rôle du chef de projet, rédaction des objectifs, Société française de santé publique, décembre 1999.
- **RIFF Hugues**, Conférence Régionale des Pays de la Loire 1998, Document interne DRASS.
- **Troisième Conférence Régionale de Santé 1998** : Conclusions.
- **Quatrième Conférence Régionale de Santé 1999** : Recommandations du Jury .
- **Programme Pluriannuel de modernisation**, janvier 2000
- **But d'une politique de Santé Publique** ; des objectifs pour améliorer la santé, in La santé en France, HCSP 1994.
- **Promouvoir la Santé Publique en France** ; implanter une démarche de santé publique in La santé en France, HCSP 1994 .
- **Evaluation des Conférences Régionales de Santé**, GRAPHOS – UMR CNRS, janvier 2000.
- **Evaluation intermédiaire des Programmes Régionaux de Santé**, PRS 1995-1999, ASPHER, novembre 2000.
- **La déclinaison départementale des priorités de santé** : pertinence et modalités : l'exemple du département de la Mayenne, Module interprofessionnel de management du système de santé, ENSP 1999.
- **La santé observée : Pays de la Loire**, Tableau de bord régional 1998 sur la santé, ORS .
- **La santé observée en Mayenne**, Tableau de bord départemental 2000 sur la santé, ORS.
- **Etude sur le ressenti de la population mayennaise** vis-à-vis des priorités de santé publique. Société française de santé publique. Mai 2000.
- **PRS " suicide – tentatives de suicide "** 1998-2002. DRASS Pays de la Loire.

- **PRS “ Conduites d’alcoolisation à risques ”**, Objectifs , DRASS des pays de la Loire, juin 1995.
- **PRS “ Conduite d’alcoolisation à risque ”** dossier 4 ème conférence régionale de santé DRASS des pays de la Loire novembre 1999.
- **PRS Sida** , DRASS des pays de la Loire.
- **PRAPS**, DRASS des pays de la Loire.
- **Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé** ; Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée Nationale, Claude EVIN, Mars 2000.
- **Plan triennal d’actions en matière de Santé publique du département de la Mayenne**, DDASS novembre 2000 (draft).
- **“ Santé publique et territoire ; 10 ans de décentralisation ”** ENSP.

Textes juridiques et réglementaires :

- **Portant sur la mise en œuvre des politiques de santé :**
 - **Ordonnances n°96-345**, relative à la maîtrise des dépenses de santé.
 - **Circulaires DGS /SP1, n°97-731 du 20-11-97** relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé.
 - **Décret n° 97-360 du 17-04-97** Relatif au Conférences Régionales de Santé.
 - **Circulaire 99-572**, Relatif aux objectifs, missions et organisation des Conférences Régionales de Santé.
 - **Circulaire DAGPB/MSD n°98-243** Relatif à la fixation des objectifs des DRASS et des DRASS en 1998.
 - **Loi du 31 juillet 1998** relative à la lutte contre l’exclusion.

➤ **Portant sur la décentralisation et la territorialisation**

- **Loi n°82-213, du 2 mars 1982** relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.
- **Loi n°83-8 du 7 janvier 1983**, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- **Loi d'orientation n°92-125 du 6 février 1992** relative à l'administration territoriale de la république.
- **Loi n° 95-115 du 4 février 1995** portant sur l'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
- **Loi n° 99-586 du 12 juillet 1999**, relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.
- **Loi n°99-533 du 25 juillet 1999** sur l'orientation sur l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.