



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**LES OUTILS UTILES A L'ELABORATION D'UN PROJET
TERRITORIAL DE SANTE DANS LE CHAMP DE LA
PREVENTION**

– Groupe n°6–

- **BELKESSAM Salem**
- **BELLOUNI Fouad**
- **CHANOINE Marie-Pierre**
- **DALET Martine**
- **ESSAFI Slim Baker**
- **MAURICE Mathias**
- **PONS PRETRE Valérie**
- **QUIVIGER Maryse**
- **SLIMI Najib**

Animateur

– *Jean-François DODET*

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 ÉTAT DES LIEUX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SUR LES TERRITOIRES	2
1.1 REFLEXION AUTOUR DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE	2
1.1.1 <i>Santé publique et prévention</i>	2
A) Santé publique	2
B) La prévention, un élément de la promotion de la santé (cf. annexe 1)	2
1.1.2 <i>Du territoire de santé au projet territorial de santé</i>	4
A) De l'identification du cadre territorial de référence.....	4
B) ...A la consécration de la territorialisation	5
1.1.3 <i>Les acteurs de santé</i>	5
1.2 LOI DE 2004 : UNE APPROCHE TERRITORIALE EN CONSTRUCTION	7
1.2.1 <i>Une nouvelle organisation de la santé publique</i>	7
A) Constats et principes.....	7
B) Les deux échelons d'organisation : niveau national et niveau régional	8
1.2.2 <i>Bilan des PRSP</i>	9
A) Une évaluation insuffisante, malgré quelques outils.....	9
B) Des programmes d'actions peu priorités et peu partagés	10
C) Une transversalité faible et une complexité accrue	10
D) Une nouvelle approche dont l'intérêt est toutefois reconnu	11
E) Propositions issues des évaluations des PRSP	11
1.3 LE PROJET DE LOI HPST	12
1.3.1 <i>La recherche d'une plus grande transversalité</i>	12
1.3.2 <i>Vers des projets territoriaux de santé</i>	13
2 PROPOSITION D'OUTILS POUR LES PROJETS TERRITORIAUX DE PROMOTION DE LA SANTÉ..	14
2.1 LES OUTILS DE DIAGNOSTIC, DE PRIORISATION ET DE CONCERTATION	14
2.1.1 <i>Les outils de diagnostic</i>	14
A) Objectifs du diagnostic	14
B) Outils et méthodes de la connaissance statistique	14
C) Méthodes de repérage des besoins et des ressources par les acteurs locaux	16
2.1.2 <i>Les outils d'aides à la décision et à la priorisation</i>	16
A) La méthode épidémiologique	16
B) La méthode des coûts.....	17
C) La catégorisation des résultats	17

2.1.3 Les outils de la concertation	18
A) Les outils de concertation régionaux définis par la loi.....	18
B) Les outils méthodologiques tournés vers l'utilisateur et les acteurs de santé.....	20
2.2 LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET	21
2.2.1 La contractualisation sur les territoires de projet.....	21
2.2.2 Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et les appels à projets pluriannuels.....	22
A) Les CPOM.....	22
B) Les appels à projet	22
2.2.3 Les réseaux et les pôles régionaux de compétence.....	22
A) Renforcer les réseaux de santé.....	22
B) Renforcer les pôles de compétence régionaux (PCR) en éducation pour la santé.....	23
2.2.4 Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)	24
2.3 LES OUTILS D'ÉVALUATION	24
2.3.1 L'évaluation du PRS dans le champ de la promotion de la santé.....	25
2.3.2 L'évaluation des programmes et actions de santé publique.....	25
2.4 LES OUTILS DE PILOTAGE DE LA DEMARCHE DE PROJET PAR L'ARS	26
2.4.1 Pilotage et animation de la santé publique au sein de l'ARS	26
2.4.2 Pilotage et animation de la santé publique sur les territoires.....	27
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES ANNEXES.....	I
ANNEXE 1 – CHARTE D'OTTAWA.....	II
ANNEXE 2 - ORGANISATION NATIONALE DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DE 2004	VII
ANNEXE 3 – ORGANISATION DE L'ÉTAT EN REGION DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DE 2004	VIII
ANNEXE 4 – PROPOSITION DE LA FNORS : ORGANISATION DE L'OBSERVATION REGIONALE EN SANTE PUBLIQUE.....	IX
ANNEXE 5 - LA METHODE DE CATEGORISATION DES RESULTATS	X
ANNEXE 6 – GRILLE D'ENTRETIEN.....	XI
ANNEXE 7 - LISTE DES ENTRETIENS REALISES.....	XIII

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, notamment les personnes qui ont accepté de nous recevoir, l'EHESP qui a organisé ce module et mis à notre disposition des moyens adaptés ainsi que l'animateur de notre groupe, Jean-François DODET, pour la pertinence de ses éclairages.

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
CLS	Contrat local de santé
CNSA	Conférence nationale de la santé et de l'autonomie
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRS	Conférence régionale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DARS	Directeur de l'agence régionale de santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
FNORS	Fédération nationale des observatoires de santé
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
HPST	Hôpital patient santé et territoire
INPES	Institut national de prévention et d'éducation en santé
INVES	Institut national de veille sanitaire
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
ORS	Observatoire régional de santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCR	Pôle de compétence régional
PES	Programme d'études et de statistiques
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PREFI	Point relais emploi formation

PRS	Programme régional de santé
PRSP	Programme régional de santé publique
SEMESP	Service d'évaluation médico-économique en santé publique
SREPS	Schéma régional d'organisation pour la santé
SROS	Schéma d'organisation des soins

Note méthodologique

Le groupe de travail n° 6 module interprofessionnel de santé a pour objectif de travailler sous l'égide de Monsieur Jean-François DODET médecin inspecteur de santé publique au sein du GRSP de Bourgogne sur le thème suivant : « Les outils utiles à l'élaboration d'un projet territorial de santé dans le champs de la prévention ».

Objectifs opérationnels

- L'exploration et l'analyse des ressources documentaires permettant de construire une réflexion sur le territorialisation d'une politique de promotion de la santé.
- La conduite d'entretiens avec des acteurs locaux impliqués dans la promotion de la santé.
- La proposition d'éléments pour l'élaboration d'un guide méthodologique concret pour l'élaboration d'un schéma régional de prévention.

Méthode de travail retenue

Ce groupe de travail était composé de deux élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, d'un directeur des soins, de trois inspecteurs de l'action sanitaires et sociale. Le groupe a d'emblée opté pour un travail en mode projet. Deux coordonnateurs ont été désignés afin de suivre l'avancée du travail. Un schéma d'organisation et de gestion du temps à été réalisé. Le groupe a fonctionné sur un mode participatif et d'échange collectif à chaque étape du travail. Chaque point a été travaillé par un binôme ou un trinôme de participants. Les travaux écrits ont été soumis à la critique et à l'évaluation du groupe. La rédaction s'est faite par partie et la relecture finale a été réalisée par l'ensemble du groupe.

Modération

Le groupe a fait appel à l'animateur du MIP à deux reprises pour proposition et argumentation de la production proposée.

Les étapes du travail :

- Un premier brainstorming sur le thème a été réalisé sur le thème afin de clarifier les représentations de chacun et permettre l'évocation des compétences de chacun sur le sujet.
- Le groupe a dégagé une problématique
- L'organisation du temps et des entretiens s'est faite sur un diagramme de gestion du temps
- Une recherche documentaire à été réalisée et un plan détaillé à été rédigé.
- Après confirmation des rendez-vous, les entretiens ont été réalisés en Midi-Pyrénées, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Ile de France sur la base d'une grille d'entretien.

INTRODUCTION

Dans la continuité de la loi de santé publique adoptée en 2004, le projet de loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) vise à renforcer la territorialisation des politiques de santé publique dans le champ de la prévention et, plus globalement, de la promotion de la santé.

La promotion de la santé, inscrite dans l'article L. 1434-5 du projet de loi HPST, nécessite une approche intégrée de multiples thématiques croisant les domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux. En outre, l'enjeu national de réduction des inégalités de santé conduit à intervenir sur des populations et des territoires discriminés. Pour répondre à ces deux problématiques, la future loi HPST incite à développer des projets territoriaux de santé, qui doivent permettre de coordonner les acteurs locaux pour rechercher une approche globale de la santé et de cibler les interventions pour réduire les inégalités observées. Ainsi, dans la continuité des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) chargés par la loi de santé publique de 2004 de mettre en œuvre les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), les futures Agences Régionales de Santé (ARS) piloteront, animeront et coordonneront de nouvelles politiques territoriales de promotion de la santé, plus transversales et répondant plus précisément aux besoins des populations. Si le projet de loi HPST définit un nouveau cadre, l'ARS devra construire, en s'appuyant sur les dispositifs préexistants, les outils permettant de le mettre en œuvre sur les territoires.

Outre la promotion de la santé, le projet de loi HPST intègre au sein du schéma régional de prévention la gestion des risques sanitaires. Cette thématique, compte tenu de sa spécificité tant dans l'organisation administrative qu'elle génère que dans les outils à utiliser, ne sera volontairement pas abordée dans le présent rapport.

Sur la base d'un état des lieux de la promotion de la santé sur les territoires et après avoir éclairci les définitions attachées à la santé publique et au territoire de santé (première partie), il est proposé de présenter les outils dont devra se doter la future ARS pour construire, mettre en œuvre et évaluer le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales dans le champ de la promotion de la santé (deuxième partie).

1 ÉTAT DES LIEUX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SUR LES TERRITOIRES

1.1 Réflexion autour du projet territorial de santé

La réflexion portera tout à la fois sur les concepts mais également sur l'évolution de la notion de territoire ainsi que des différents acteurs, moteurs des dynamiques territoriales.

1.1.1 Santé publique et prévention

A) Santé publique

Le concept de santé a été défini dès 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « tous les peuples du monde ont le droit d'accéder au meilleur état de santé possible, la santé étant définie non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien être physique, mental et social ». La santé devient alors la résultante d'un équilibre qui exige la satisfaction des besoins fondamentaux. Il est à noter que cette définition est reprise dans la petite loi HPST à son titre III, article 22.

De cette première approche globalisante de la santé découle naturellement la notion de santé publique qui est définie par l'OMS en 1973 dans une dimension plus large. On parle alors de « problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité ». Selon cette approche, la santé publique se présente comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par les moyens d'une action collective concertée ».

Aujourd'hui, la santé publique prend une nouvelle dimension. Elle devient autonome et s'intéresse à la santé globale des populations dans les domaines du curatif, du préventif de l'éducatif et du social. L'observation de l'état de santé des populations, la mise en place de dispositifs de prévention, l'organisation des structures de soins et la priorisation des actions à mener en constituent les champs d'action.

B) La prévention, un élément de la promotion de la santé (cf. annexe 1)

La prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes, ou à maintenir et à améliorer la santé. Il s'agit d'un

concept potentiellement très vaste, dont les limites ne font pas l'objet d'un consensus général. Il convient de distinguer :

- la prévention « protection » qui est avant tout une prévention « de » ou encore une prévention « contre » - laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés ;
- la prévention positive ou universelle - du sujet ou de la population- , sans référence à un risque, qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé ».

Dans le premier cas, on part du risque ou de la menace que l'on veut éviter, dans le second on part du sujet que l'on cherche à protéger. Une première approche de la prévention distingue trois phases : *primaire, secondaire et tertiaire*, qui indiquent respectivement une intervention avant, lors et après la survenue de la maladie.

Ces trois dimensions se rapportent à la maladie, sans faire explicitement référence à la santé, et c'est donc en rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention. Cette catégorisation communément partagée paraît clore le débat : il n'y a pas de place pour une prévention « protection » et, par conséquent, pas de place pour une prévention positive ou universelle. Or, la réalité est plus complexe, car la prévention ne relève pas seulement d'une vision médicale.

L'approche en terme de prévention « globale » ou « positive » plus récente, permet d'autres distinctions, selon la population concernée ou la méthode utilisée, sans se référer à un risque précis ou une maladie quelconque et conduit à opérer des reclassements, qui ne sont évidemment pas exactement superposables aux trois champs précédemment décrits.

On peut ainsi distinguer au sein de la prévention trois sous-ensembles (définition du professeur en santé publique JL San Marco), selon la population cible de l'action de prévention :

- la *prévention universelle* dirigée vers l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre à chacun, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état ;
- la *prévention orientée* qui porte sur les sujets à risques et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- la *prévention ciblée*, enfin, est appliquée aux malades, les aidant à gérer leur traitement pour en améliorer le résultat.

La prévention universelle correspond à la notion de *promotion de la santé*. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur

propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la «santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Conditions préalables à la santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments.

1.1.2 Du territoire de santé au projet territorial de santé

A) De l'identification du cadre territorial de référence...

La loi du 6 juin 1992 relative à l'administration territoriale de la République a répondu à la nécessité de créer des structures dont la taille autorise la réalisation de projets économiques, sociaux ou culturels. D'autres territoires de projet ont par la suite été institués par la loi, avec notamment les lois « Pasqua » en 1995 puis en 1999, les lois « Voynet » portant sur la constitution des pays, « Chevènement » portant sur l'organisation des agglomérations et, en 2000, SRU (Solidarité et Renouvellement Urbain) portant sur les Schéma de Coordination Territorial (SCOT).

Cette notion instaurée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 précise par une circulaire du 5 mars 2004, quatre échelons territoriaux : le niveau de proximité ainsi que les niveaux local, régional et interrégional. Au regard des expériences, les dispositifs en place laissent entrevoir que la territorialisation devrait s'envisager comme levier d'actions et de mise en synergie des acteurs de santé favorisant la mise en œuvre d'une politique concertée plutôt que comme un simple zonage délimitant le champ d'action d'une institution. A titre d'exemples citons les territoires des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et la démarche Atelier Santé Ville (ASV) où sont ciblées les ressources locales au vu des priorités.

Particulièrement dans le domaine de la prévention de la santé, les territoires infrarégionaux faciliteront une approche intégrée des politiques publiques. Il s'agit là d'une orientation préconisée par le ministère de la santé, notamment dans une circulaire du 20 janvier 2009 de Mme la Ministre de la Santé et des Sports relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé.

B) ...A la consécration de la territorialisation

L'article L.1434-14 du projet de loi HPST confirme cette approche en stipulant que les territoires peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Par ailleurs, il indique que l'agence régionale de santé définit les territoires de santé, après consultation des représentants de l'État, de la conférence régionale de la santé et des conseils généraux.

La notion de territoire de santé apparaît plus que jamais comme le socle de l'organisation et de la prise en compte des besoins de santé des populations. Les territoires de santé ne se contentent pas d'être des découpages « administratifs » ; leur dimension peut être variable en fonction des problèmes et enjeux de santé publique identifiés. Le contour du territoire se déduit à partir de critères tels que le milieu, les pathologies, les populations à prendre en compte.... L'efficacité des actions de prévention nécessitera vraisemblablement des redécoupages infrarégionaux. Cependant il est probable que la plupart des territoires existants soient pertinents pour le champ de la prévention.

Dans le cadre de la mise en place des ARS et des plans de prévention, il apparaît que la détermination de ces territoires doit retenir toute l'attention des pouvoirs publics. Les préalables à ces déterminations sont la mise en évidence des problèmes de santé par l'utilisation des données statistiques et outils de recueil existants, voire le développement de toutes méthodes permettant de connaître au mieux les besoins de santé et de prévention. Les coopérations, entre tous les acteurs impliqués, sont dans ce cadre déterminantes. La coordination revêt une importance toute particulière. C'est ainsi qu'au sein de chaque territoire de santé, la loi HPST prévoit la constitution de « conférences de territoire » (cf. deuxième partie - chapitre 1.3.1).

1.1.3 Les acteurs de santé

Les acteurs intervenant dans le champ de la promotion de la santé sont multiples, au statut varié (public, privé, associatif) et aux compétences diverses. Ils travaillent au sein d'institutions, d'associations, d'organismes de protection sociale, de collectivités territoriales, de services de l'État.

Le classement de ces acteurs peut se faire en fonction des populations cibles, des pathologies visées, des déterminants reconnus, voir selon les milieux de vie

Parmi les populations cibles peuvent être citées :

- jeunes en difficultés : services de promotion de la santé en milieu scolaire, maison des adolescents, point accueil et écoute jeunes, missions locales ;

- personnes en situation de précarité : associations caritatives, PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ;
- salariés : organismes de sécurité sociale, médecine du travail...

Pour d'autres structures, le mode d'intervention est lié à la prévention de pathologies spécifiques : centre de dépistage du cancer, centre de lutte contre de la tuberculose, du sida ou centres d'alcoologie.

Pour certains de ces acteurs, la promotion de la santé est au cœur de leurs missions, notamment en travaillant sur les déterminants de santé. Pour d'autres, l'intervention sur un axe préventif est moins évidente. C'est le cas notamment des établissements locaux de santé dont l'intervention, en terme de prévention, est essentiellement liée à la prise en charge de patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique. C'est aussi le cas des professionnels de santé libéraux et plus particulièrement des médecins pour lesquels la mobilisation pose la question de la rémunération de leurs actes.

D'autres acteurs enfin, notamment dans le champ du social, mènent des actions de prévention au sein de lieux de vie mais ne sont pas nécessairement identifiés comme tel : associations de quartier, centres sociaux, associations menant des actions de soutien à la parentalité.

La place occupée dans le champ de la prévention par les usagers, qu'ils soient représentés par le biais d'associations, d'habitants du quartier, de parents est également à souligner et semble devoir être prise davantage en considération.

La promotion de la santé bénéficie également de l'intervention de structures de coordination à travers les réseaux de santé qui ont pour objet de favoriser un accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge, mais aussi les CLIC (comités locaux de coordination gérontologique).

En ce qui concerne les collectivités territoriales, les compétences des conseils généraux dans le domaine de la santé s'exercent principalement dans le cadre de la protection maternelle et infantile, et de l'action sociale envers les publics vulnérables. Si la compétence principale des communes en santé publique concerne essentiellement l'action sur les déterminants de santé, elles peuvent aussi mener des politiques de santé publique.

La diversité des structures intervenant sur le champ de la prévention se traduit également par :

- des moyens très variables, quelques organismes bénéficiant de moyens conséquents et pérennes alors que de petites associations sont fragilisées par des financements annuels et limités ; cela interroge sur les mesures à prendre pour préserver une large couverture territoriale et des acteurs de proximité, tout en évitant l'éparpillement des actions et la dispersion des moyens ;
- une plus ou moins grande professionnalisation des acteurs qui pose la question de la formation de ces intervenants.

1.2 Loi de 2004 : une approche territoriale en construction

Cette loi a marqué une nouvelle ambition de l'État en matière de santé publique. Elle s'inscrit cependant dans la continuité de précédents dispositifs institués notamment par les « ordonnances Juppé » de 1996 ou par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 créant les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ou la mise en œuvre des Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS) en 2001.

1.2.1 Une nouvelle organisation de la santé publique

A) Constats et principes

Si l'efficacité du système de santé publique est en France globalement satisfaisante, les indicateurs soulignent deux problématiques, l'une relative aux inégalités de santé, l'autre à la surmortalité prématurée. Cette dernière peut être évaluée par l'observation de la mortalité avant 65 ans, qui est en France supérieure à la moyenne européenne. Elle est pour une large part évitable et tient à des comportements individuels. Par ailleurs, les inégalités de santé sont particulièrement importantes selon les régions, les milieux sociaux et le degré de dépendance.

Ces constats de santé publique tiennent en partie au mode d'organisation des politiques de santé, très largement orientées vers le sanitaire et la relation individuelle entre le patient et le médecin plutôt que préventives. Ce déséquilibre est d'autant plus prégnant que tendent souvent à être séparés la prévention et le soin. La loi de santé publique a affirmé la responsabilité de l'État à travers la définition d'objectifs pluriannuels et une évaluation de leur atteinte. Pour coordonner les multiples actions et acteurs locaux de la santé publique, la loi a érigé la région en échelon optimal de partenariat en santé publique et a doté le représentant régional de l'État de nouveaux outils : le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). La loi de 2004 a également organisé la démocratie sanitaire dans le cadre de Conférences Sanitaires de

Santé. Outre une plus grande cohérence des interventions, cette nouvelle organisation vise à cesser d'opposer le soin et la prévention.

B) Les deux échelons d'organisation : niveau national et niveau régional

Organisation nationale de l'État (cf. annexe 2)

La loi de 2004 a doté l'État, au niveau national, de nouveaux outils au service des politiques de santé publique :

- en matière d'expertise avec le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP),
- pour favoriser une approche interministérielle de la santé publique avec le conseil national de sécurité sanitaire et le comité technique national de prévention,
- dans le domaine de la concertation avec la Conférence Nationale de Santé (CNS),
- pour appuyer la mise en œuvre des plans et programmes avec l'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES).

Par ailleurs, la loi a mis en place des outils de programmation, pour l'essentiel une loi quinquennale définissant des objectifs pluriannuels (100 en 2004) et cinq plans stratégiques pluriannuels annexés à la loi de santé publique.

Organisation régionale : GRSP et PRSP (cf. annexe 3)

Dans chaque région, un GRSP constitué sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public présidé par l'État, a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le PRSP. Il doit rechercher la mise en cohérence des actions de prévention et d'éducation pour la santé avec pour mission centrale la mise en œuvre du PRSP. Il a par ailleurs un rôle en matière d'observation de l'état de santé de la population. En matière d'évaluation il doit contribuer, tout comme la CRS, à l'évaluation des programmes du PRSP. Enfin, le GRSP doit « *rendre compte de son activité et des résultats obtenus, au moins une fois par an, à la conférence régionale de santé* ». (article R. 1411 – 18 du CSP) Le GRSP bénéficie de financements de l'État et de l'assurance maladie. Il comprend deux instances obligatoires : le conseil d'administration, instance décisionnelle du GRSP, et le comité des programmes, instance technique opérationnelle du GRSP.

Le PRSP, arrêté par le préfet de région après avis de la CRS, « *comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention*

des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé » (article L.1411-11 CSP).

Il doit comporter d'une part des objectifs de santé publique reflétant les évolutions souhaitées en termes d'amélioration de l'état de santé de la population ou de sous-groupes spécifiques et d'autre part des stratégies d'actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs de santé publique en cohérence avec les plans stratégiques, les plans et les programmes nationaux et spécifiant les groupes cibles et les résultats attendus pour chacune des principales actions composant ces stratégies.

Le diagnostic régional partagé, qui constitue le socle de l'élaboration du PRSP est défini selon l'état de santé de la population et de sous-groupes spécifiques, le bilan des actions en cours, les ressources disponibles pour mettre en œuvre des actions de santé publique, ou dont le développement est programmé (SROS ou SREPS). Il est réalisé avec l'appui des Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et des CRS.

1.2.2 Bilan des PRSP

Selon les termes de la loi de 2004 et les décrets qui en découlent, l'évaluation du PRSP relève des compétences du GRSP et de la CRS, sous la responsabilité de l'État (art. L. 1411-1). Néanmoins, la réglementation en cours ne précise pas véritablement la répartition des rôles de chacun dans le dispositif d'évaluation. De plus, la loi prévoit une évaluation du PRSP par la mise en place d'un programme d'étude et de statistiques (PES). Celui-ci doit permettre d'accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP et de contribuer à l'évaluation de leurs impacts. Par ailleurs, un cahier des charges national pour l'évaluation des PRSP a été proposé par la direction générale de la santé afin de soutenir les régions dans la mise en œuvre de l'évaluation.

A) Une évaluation insuffisante, malgré quelques outils

L'évaluation des PRSP, qui a commencé depuis 2009, est difficile, d'abord en raison de la faible ancienneté du dispositif, mais aussi faute d'avoir mis en place des outils d'évaluation solides (indicateurs) dans leur phase d'élaboration. En outre, l'évaluation est complexifiée par le manque de clarté dans la compétence partagée dans ce domaine entre CRS et GRSP.

Plusieurs PRSP ont toutefois fait l'objet d'une évaluation, conformément à la loi de santé publique de 2004, plus sur leur mode de fonctionnement que sur leurs impacts en terme de santé publique (Pays de la Loire, PACA, Franche-Comté). Par ailleurs, le HCSP a apporté sa contribution à l'évaluation de ces dispositifs dans un rapport sur les politiques régionales de santé paru en 2008.

B) Des programmes d'actions peu priorisés et peu partagés

Ces travaux soulignent plusieurs problèmes en phase d'élaboration des PRSP. Le recueil des données est souvent insuffisant, ce qui conduit à la réalisation d'un diagnostic fragile et par conséquent peu partagé. Sur ce point, le HCSP signale un important développement des données de santé avec une complexification du paysage des producteurs de données : observatoires régionaux de santé avec une coordination nationale dans le cadre de la Fédération Nationale des ORS, programmes régionaux d'études et de statistiques des GRSP, plates-formes d'observations sanitaire et sociale initiées par les DRASS. Toutefois subsiste une grande hétérogénéité dans les moyens, les outils et les méthodes utilisées. Enfin, la mise en relation des données épidémiologiques et des actions menées est faible. Par ailleurs, les PRSP ont cherché à aborder l'ensemble des thématiques de santé publique, ce qui a conduit à un déficit de lisibilité et à une dilution des moyens.

C) Une transversalité faible et une complexité accrue

En phase de mise en œuvre, la volonté de développer la transversalité entre la prévention, le médico-social et le soin ne s'est pas réellement concrétisée. (cf. rapports d'évaluation des PRSP, rapports Ritter du HCSP sur la régionalisation des politiques de santé).

Cette situation tient notamment à la complexité administrative de la gestion des projets inscrits dans les PRSP et à l'instabilité des dispositifs. Les appels à projets le plus souvent annuels se sont de plus révélés peu compatibles avec les projets de santé publique inscrits dans le moyen terme. Par ailleurs, le manque de lisibilité global du PRSP a souvent été renforcé par un manque de communication et d'accompagnement auprès des promoteurs de projets.

La CRS d'Ile de France a souligné que le temps et les périodes réservées par le GRSP pour la concertation, aussi bien avec la CRS qu'avec le grand public n'ont pas permis de prendre pleinement en compte tous les points de vue. Elle a déploré la fragilité des moyens logistiques mobilisés.

La territorialisation des politiques à l'échelon infrarégional n'a pas été systématique. Toutefois, de nombreux GRSP ont développé une organisation départementale pour l'instruction des projets inscrits dans les PRSP, avec par exemple des groupes locaux pour l'instruction des dossiers à l'échelle départementale. Plusieurs GRSP ont aussi nommé des référents territoriaux chargés du suivi transversal du PRSP. Toutefois, l'articulation territoriale des projets avec celle, thématique, induite par le pilotage régional du PRSP a pu être déficiente. L'approche fractionnée du PRSP a conduit les promoteurs à découper leurs projets par objectif, nuisant à la volonté initiale d'une approche globalisante.

Peu de territoires de projet ont émergé dans le cadre des PRSP, à l'exception d'initiatives développées par certaines DDASS. Il en a résulté une faible mobilisation des collectivités et des associations.

D) Une nouvelle approche dont l'intérêt est toutefois reconnu

Au delà des difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en œuvre des PRSP, l'ensemble des évaluations souligne l'utilité du dispositif. En effet, le PRSP constitue un cadre de référence assez peu contesté et favorise le développement d'une politique globale dans la région. Il permet d'organiser et de rassembler différents programmes élaborés au plan national ou au niveau régional, voire local et favorise ainsi la cohérence de ces divers programmes.

E) Propositions issues des évaluations des PRSP

Dans le cadre de la définition des projets :

La création des ARS peut être le moyen de clarifier le rôle des acteurs régionaux, les limites de la politique de santé publique et l'articulation entre les échelons territoriaux, chacun ayant des dispositifs de concertation et de pilotage local.

Des priorités doivent être définies au regard de l'objectif de réduction des inégalités. Cet objectif doit en effet conduire à des interventions différenciées et priorisées selon trois approches : thématique, par population cible et par territoire. La définition de ces priorités doit s'appuyer sur des outils d'observation renforcés, en particulier sur l'analyse des impacts des actions menées.

Les projets de santé, régional et local, nécessitent d'investir le champ de l'animation territoriale. Le territoire doit constituer le support de la transversalité et de l'approche par population selon une logique ascendante. Cette perspective nécessite de mieux cadrer l'approche territoriale (stabilité des périmètres et des partenaires). Elle pourrait être dynamisée avec la constitution de comités en charge de l'animation locale, favorisant le développement de réseaux constitués d'acteurs locaux, associatif ou institutionnel, travaillant dans le champ de la prévention, des soins ou du social.

Le HCSP préconise d'harmoniser les modalités d'élaboration, de pilotage, de mise en œuvre et d'évaluation des plans et programmes.

Dans le cadre de la mise en œuvre des actions :

La continuité et la stabilité des projets doivent être garanties pour permettre le développement dans la durée des actions en santé publique. La concertation ne doit pas être qu'un affichage et doit associer les acteurs territoriaux aux décisions de l'ARS. Par ailleurs, les procédures d'instruction doivent être allégées et varier selon l'importance du projet. Enfin, l'appui méthodologique gagnerait à être renforcé auprès des promoteurs.

1.3 Le projet de loi HPST

Le texte adopté n°245 dit « Petite loi » de la session ordinaire de l'Assemblée Nationale 2008-2009 du 18 mars 2009 relatif à la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) intègre la dimension de santé publique, la promotion de la santé et la prévention à l'ensemble de la politique publique de santé nationale. Les objectifs et les priorités de santé publique doivent, au niveau régional comme au niveau local, déterminer l'offre de soins et son organisation dans une quête permanente pour une plus grande transversalité des pratiques et des organisations, tout en répondant aux attentes d'un territoire de projets.

1.3.1 La recherche d'une plus grande transversalité

Fort du constat du cloisonnement de l'organisation de notre système de santé, le rapport du député Yves Bur a souhaité une réforme « ambitieuse ». Il s'agit selon ce rapport de « redonner de la lisibilité à notre système de santé » et « d'en améliorer l'efficience » pour assurer sa « soutenabilité ». Pour ce faire, le rapport préconise que les politiques de santé publique, l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers ainsi que l'offre médico-sociale soient planifiées par les ARS.

Le rapport relève qu'il convient de « remédier à l'hospitalo-centrisme qui marque notre système de santé au détriment des soins primaires, du secteur médico-social et de la prévention » et préconise de renforcer la démocratie sanitaire (CRS).

Aux termes du projet de loi actuellement en discussion, les ARS seront donc compétentes sur les champs de la santé publique, des soins ambulatoires et hospitaliers, des prises en charge médico-sociales et des professions de santé. Ses missions seront les suivantes : veille sanitaire, actions de prévention, organisation de l'offre de soins et médico-sociale (formation, autorisations, contrôle du fonctionnement, allocation de ressources des établissements), qualité et sécurité des soins. Elles seront notamment chargées de la définition et de la mise en œuvre « avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la CNSA, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé. »

Les ARS mettront en place une délégation dans chaque département, qui auront un rôle essentiel pour articuler le niveau local et régional. Ces délégations seront également des interlocuteurs pour les préfets, notamment dans le cadre des politiques de sécurité sanitaire et de santé environnementale.

Au plan symbolique, il y a lieu de remarquer que les dispositions concernant les ARS ont vocation à être codifiées dans la 1^{ère} partie du Code de la Santé Publique « Protection générale de la santé » et

non plus, comme le sont actuellement les ARH, dans sa 6^{ème} partie relative aux établissements de santé.

1.3.2 Vers des projets territoriaux de santé

Ce projet de loi promeut l'organisation territoriale du système de santé, et il conforte la région comme niveau privilégié de régulation territoriale de l'offre de santé dans le champ de la prévention. Le chapitre IV de la loi « La politique régionale de santé » consacre sa section au projet régional de santé qui se décline en trois schémas régionaux dont celui sur la prévention. Le contenu du schéma régional de prévention est défini à l'article L 1434-5 : la prévention, la promotion de la santé, la santé environnementale, la sécurité sanitaire, et plus particulièrement pour la « santé des personnes l'observation des risques émergents et les modalités de la gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire ». De part le contenu de cet article et au regard des définitions retenues au préalable, le schéma régional dit de prévention a plutôt vocation à s'intituler schéma régional « de promotion de la santé ».

Pour organiser l'offre de santé, le projet de loi décline les outils proposés, du plus généraliste à l'échelon régional vers la contractualisation au plus près des populations ciblées. Dans ce cadre, le législateur préconise une articulation avec la politique de la ville (signature des CUCS).

Il appartient dès lors aux opérateurs locaux de participer à la définition des territoires pertinents, attribution que le législateur se devait de déléguer à la fois aux partenaires compétents en raison de leur expérience et de leur connaissance du contexte local et à la fois à l'ARS en tant que garant de la cohésion des dispositifs sélectionnés.

L'article L1434-14, en laissant ouverte la porte à la définition du périmètre optimum du territoire de santé, introduit la notion de variabilité territoriale ou de territorialisation des politiques publiques de santé.

La territorialisation des actions de promotion de la santé est aujourd'hui engagée dans le cadre de la loi de santé publique de 2004. Toutefois, les deux grands objectifs que sont d'une part la transversalité entre les politiques sanitaires, médico-sociales, sociales et de santé publique, et d'autre part la réduction effective des inégalités de santé, n'ont été jusqu'à présent que partiellement atteints. L'ARS aura à jouer un rôle essentiel pour mettre en œuvre cette nouvelle politique territoriale de santé à travers différents outils présentés dans la seconde partie du rapport.

2 PROPOSITION D'OUTILS POUR LES PROJETS TERRITORIAUX DE PROMOTION DE LA SANTÉ

De manière générale, dans le domaine de la santé, les périmètres et finalités évoluent constamment, les opérateurs sont nombreux et dispersés et les financements interfèrent souvent. Ainsi, au cas particulier de la prévention de la santé, les orientations stratégiques résultent de décisions à la croisée de questions techniques et politiques. Il est par conséquent nécessaire d'adopter une méthodologie permettant de structurer un domaine complexe.

Les composantes de la démarche projet tiennent compte de cette problématique et facilitent la prise de décision, dévolue en dernier ressort au Directeur de l'Agence Régional de Santé (DARS). Les différentes étapes de la démarche projet nous aideront à structurer les outils utiles au futur DARS.

La première étape permettant de dresser un état des lieux et la seconde consistant à mettre en cohérence ce diagnostic partagé avec les besoins de la population, font apparaître la nécessité d'outils de diagnostics, de priorisation et de concertation. La troisième étape de la démarche projet nécessite des outils de mise en œuvre de plan d'actions du territoire. La quatrième étape a pour objectif d'assurer le suivi et l'évaluation du plan d'actions.

En parallèle, l'ARS devra se doter d'outils internes pour conduire sa démarche de projet.

2.1 Les outils de diagnostic, de priorisation et de concertation

2.1.1 Les outils de diagnostic

A) Objectifs du diagnostic

L'objectif de réduction des inégalités nécessite de développer des outils de diagnostic discriminants. Par ailleurs, la connaissance du territoire de santé constitue un élément clé de l'appropriation du projet. Outre le recueil de données statistiques, les outils de diagnostic doivent permettre de définir les besoins du territoire à partir des connaissances détenues par les acteurs de santé. Enfin, le diagnostic doit être articulé entre différentes échelles, depuis le niveau national jusqu'à l'échelon régional et local.

B) Outils et méthodes de la connaissance statistique

Les données statistiques doivent permettre de construire un portrait sociodémographique et épidémiologique du territoire, en présentant notamment la situation sociodémographique, les

données relatives à l'état santé de la population, l'offre de santé et les données relatives à l'accès aux soins.

L'observation statistique transversale de la santé publique nécessite de mobiliser des données issues de multiples sources. Elle est ainsi fondée sur la mutualisation d'informations entre les producteurs de données. La complexité de cette observation tient à la nature des données échangées. La mise en évidence des inégalités de santé revêt en effet une dimension politique forte. Le projet de loi HPST ne définit pas les modalités d'organisation du recueil de données statistiques de santé. Son article L 1435-6 donne simplement à l'ARS le pouvoir d'accéder aux données de santé des établissements hospitaliers et des organismes d'assurance maladie. Dans son article L 1431-2, les ORS, créés au début des années quatre-vingt, qui jouent aujourd'hui un rôle central dans le recueil de données de santé, sont des outils mis à disposition des ARS en tant que de besoin. Ces associations conventionnent ainsi avec les producteurs de données dans le cadre de négociations souvent complexes et toujours révocables.

Des outils transversaux ont été développés avec les PES dans le cadre des PRSP et les plates-formes régionales d'observation sociales, médico-sociales et de santé.

L'observation statistique de la santé dans le cadre de l'ARS pourra prendre deux formes :

- **observation en interne** : cette solution permettrait de s'appuyer sur l'autorité de l'ARS et offrirait une « masse critique d'experts » (selon les termes du HCSP) ; toutefois, cette position susciterait parmi les partenaires de l'ARS (en particulier les fournisseurs de données) des interrogations relatives à l'indépendance d'un tel dispositif d'observation ;
- **observation en externe** : cette solution permettrait de s'inscrire dans la continuité de l'existant, avec un outil d'observation fiable et neutre ; il pourrait prendre la forme d'un pôle régional intégrant, à l'image des plates-formes régionales, les secteurs médico-sociaux, sociaux et de santé (cf. annexe 3) ; une telle approche correspondrait à l'esprit de la loi HPST qui cherche à renforcer les partenariats et la transversalité.

Au delà du recueil de données, la planification des établissements et la coordination des structures impliquent une interopérabilité des systèmes d'informations. Il est ainsi proposé de réaliser **un cahier des charges national de l'observation de la santé**, qui constituerait un cadre de référence pour les ARS (principaux indicateurs, sources de données, modalités d'analyse, **procédures et moyens requis**).

Il apparaît en outre indispensable de clarifier les modalités d'accès aux bases de données des partenaires, dans le cadre de conventions d'échanges pérennes. Cette dernière question nécessite de renforcer les approches partenariales dans le cadre de démarches de concertation plus actives.

L'observation locale de la santé, à travers les **observatoires locaux de santé**, permet de contribuer aux diagnostics locaux, mais aussi de travailler concrètement sur les inégalités d'accès à la santé.

C) Méthodes de repérage des besoins et des ressources par les acteurs locaux

Les éléments de connaissance détenus par les acteurs du territoire constituent une dimension plus subjective mais tout aussi importante pour dresser un **diagnostic partagé du territoire**. Ce recueil d'informations nécessite de développer une animation de proximité pour faire émerger les besoins de la population selon l'appréciation qu'en font les acteurs territoriaux.

Préalablement au recueil, une phase d'information et de formation sur les questions et les enjeux de santé publique permet de partager une vision commune de cette thématique.

Ce diagnostic peut ainsi regrouper les données relatives aux :

- ressources de prévention : services, permanences et dispositifs, moyens de dépistage précoce, réseaux et groupes de travail, actions de la prévention et d'éducation pour la santé ;
- acteurs de prévention : régionaux, départementaux et locaux, professionnels de la santé et du soin autres professionnels, associatifs.

2.1.2 Les outils d'aides à la décision et à la priorisation

L'analyse décisionnelle occupe une place centrale dans l'élaboration des programmes et actions de santé. Cette analyse repose sur un ensemble de méthodes qui se situent à la croisée de plusieurs disciplines complémentaires : économie, épidémiologie, biostatistique, mathématique, psychométrie. Son objectif général est d'éclairer les modalités de choix du décideur et non pas de se substituer à ce dernier.

Par ailleurs, le besoin grandissant d'asseoir les décisions de santé publique sur des bases rationnelles et claires pour aller vers plus d'efficacité obligera l'ARS à penser le choix de la méthode.

A) La méthode épidémiologique

Depuis une trentaine d'années, avec le développement des techniques de l'information, de la gestion, de la planification, de l'analyse économique, l'épidémiologie s'est vue reconnaître un rôle de plus en plus important pour les décisions de santé publique.

L'épidémiologie est une discipline scientifique dont l'objet est l'étude de la fréquence des problèmes de santé au sein des populations humaines, et de leurs causes.

En pratique, l'épidémiologie étudie l'état de santé et de la maladie dans la population à l'aide d'indicateurs de santé. Elle établit avec les autres disciplines les mesures de contrôle d'une maladie dans la population et puis, vérifie l'efficacité des mesures entreprises et le maintien d'un état de santé satisfaisante de la population.

L'objet de l'étude en épidémiologie est la population humaine, définie en termes géographiques ou sur une autre base. La population, la plus souvent visée, est celle d'une zone géographique ou d'un pays déterminés, à un instant ou une période donnés. On peut définir des sous-groupes d'une population, par exemple en fonction du sexe, de la tranche d'âge ou bien utiliser des échantillons obtenus par sondages.

Les critères pour juger de la priorité de la prise en charge d'un problème de santé sont la fréquence, la gravité, l'impact socio-économique, la perception sociale la possibilité de le prévenir ou le traiter et l'évolution dans le temps.

De cette analyse des besoins sanitaires va découler une priorisation des actions de santé publique.

B) La méthode des coûts

Elle vise à établir les relations entre les moyens financiers et les résultats obtenus. L'analyse coût-efficacité cherche à mesurer la rentabilité des actions en termes de nombre d'années de vie gagnées ou nombre de maladies évitées, l'analyse coût-utilité s'occupe des gains en terme de qualité de vie et l'analyse coût-bénéfice permet de comparer différents types de programmes de nature différente. L'approche économique apparaît être un outil pertinent pour le décideur. L'idée de rendre accessible et explicite le coût des actions est susceptible de clarifier les critères de décision à la base de ces choix. Les grands programmes de santé publique (vaccination, dépistage des cancers...) sont évalués depuis longtemps selon ces principes.

C) La catégorisation des résultats

Le modèle de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne. Ce modèle permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention. Il peut servir de manière plus générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet. Il est à l'heure actuelle promu par l'INPES, la DGS, ainsi que le GRSP PACA.

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et d'autre part avec des problèmes de santé. Il permet de déceler les interactions et l'impact des projets et des programmes.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux : projets, programmes, institutions, stratégies nationales, régionales ou locales. A tous ces niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet. Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'outil de catégorisation des résultats peut être utilisé non seulement par le responsable du projet ou l'évaluateur mais aussi servir de support à la discussion sur le projet, dans le cadre d'une séance de travail de l'équipe projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet.

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes (cf. annexe 5) :

- amélioration de la santé de la population,
- modification des déterminants de la santé,
- modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé,
- une dernière colonne décrit les catégories d'activités de promotion de la santé.

2.1.3 Les outils de la concertation

A) Les outils de concertation régionaux définis par la loi

Les outils de concertation proposés par la loi HPST à l'échelon régional sont de différentes natures et visent à intégrer dans la conduite de la politique de santé les institutions régionales, les usagers et professionnels de santé et les acteurs de proximité.

Commission de coordination des politiques

Ces instances, créées par la loi HPST (article L 1432-1), sont au nombre de deux, l'une dans le champ de la prise en charge médicosociale et l'autre dans le champ de la prévention, de la santé scolaire, la protection maternelle et infantile et la santé au travail. Sont représentés en son sein l'Etat, les collectivités territoriales et leur groupement, et les organismes de sécurité sociale. Elles visent à harmoniser le cadre d'action des différents domaines de la politique de santé.

Concertation régionale : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

Selon le projet de loi HPST (art L.1432-4), la **CRSA** est un organisme consultatif. Elle a selon la loi différentes fonctions : le suivi de la politique de santé (le directeur de l'ARS rend compte devant elle de la politique régionale de santé), la possibilité de soumettre toute proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé publique, la formulation d'avis sur le plan stratégique régional de santé, l'expression des représentants des usagers, l'évaluation de la prise en compte des droits des malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

L'ARS n'a nulle obligation de suivre les avis formulés par la CRSA. En outre, elle détermine les moyens qui lui sont affectés. Ainsi, l'ARS est en mesure de neutraliser l'activité de la CRSA. Toutefois, il est dans l'intérêt de la politique de santé publique de donner du poids à cette instance, afin notamment d'impliquer les acteurs territoriaux de santé publique dans la mise en œuvre du schéma de prévention. Dans cet objectif, **l'ARS pourrait s'engager pluriannuellement sur les moyens de fonctionnement accordés à la CRSA**, les modalités pratiques de la concertation et le rôle donné à la CRSA. Par ailleurs, l'organisation de la CRSA devra veiller à préserver la place accordée dans les débats à la promotion de la santé.

Concertation dans les territoires de santé

Une armature territoriale de concertation permettrait de favoriser une logique de projet plus ascendante selon deux échelons territoriaux :

- l'échelon des conférences de territoire, pour suivre et évaluer à l'échelle du territoire de santé la déclinaison locale des orientations du schéma régional, articuler les politiques de soin et de promotion de la santé ainsi que suivre les CLS ;
- l'échelon local, avec des dispositifs de concertation pour animer les CLS.

Le projet de loi HPST institue les **conférences de territoire**, qui prennent le relais des actuelles conférences sanitaires de territoire, afin notamment de mettre en cohérence le projet régional de santé avec les projets territoriaux sanitaires. La conférence de territoire se voit ainsi explicitement confié un rôle de proposition sur l'évaluation, la mise en œuvre de l'évaluation et la révision du projet régional de santé. La loi semble ainsi indiquer que ces conférences constituent la déclinaison locale de la CRSA. Par ailleurs, la loi crée un nouvel outil, le **contrat local de santé**, sans toutefois définir les modalités de la concertation associée à cette démarche territoriale locale.

Une question subsiste toutefois sur la prise en compte de l'échelon départemental. Si le projet de loi HPST ne le cite pas, il reste néanmoins important dans les domaines sociaux et médico-sociaux.

Enfin, la concertation ne sera possible que si l'ARS accorde à ses partenaires, en particulier les collectivités, de réelles marges de négociations, en particulier sur l'adaptation locale des priorités régionales et nationales.

B) Les outils méthodologiques tournés vers l'utilisateur et les acteurs de santé

Des méthodes d'animation adaptées doivent être mises en œuvre pour construire des démarches de concertation efficaces et tournées vers les usagers. Elles s'appuient notamment sur la santé communautaire, qui regroupe un ensemble d'outils et de méthodes propres à favoriser l'implication des habitants dans les projets de santé (repris en France en particulier dans les textes relatifs aux ASV).

Selon une des définitions de la santé communautaire, on peut parler de santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Il y a cependant différents degrés de participation qui peuvent aller de la participation des habitants à la réalisation d'un diagnostic à l'étape de prise de décision. Le diagnostic communautaire permet une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels sont confrontés les populations. A partir de cette connaissance commune des problèmes de santé et de la détermination collective des besoins prioritaires, la mise en place d'actions concrètes, sur la base de propositions émises par les habitants, est ensuite possible. L'implication des habitants peut être limitée lorsque ils sont en situation de précarité.

Ces pratiques impliquent de la part des professionnels une modification de leur positionnement et qu'ils soient en mesure d'intégrer une approche participative, en utilisant des outils spécifiques à ce type de démarche. Elles amènent à un changement dans la relation à l'utilisateur vers un mode plus interactif. L'expérience des ASV a démontré l'intérêt d'une approche impliquant les habitants dans les démarches de santé publique.

Parmi les démarches de concertation et de participation susceptibles d'être développées avec les groupes d'habitants et d'acteurs de santé figurent également la conférence de consensus, qui permet de construire un avis partagé par un groupe sur un problème controversé, la méthode des scénarios qui est un outil de concertation basé sur la prospective et la méthode des panels d'experts, qui s'appuie sur l'analyse d'un groupe d'experts.

2.2 Les outils de mise en œuvre du projet

2.2.1 La contractualisation sur les territoires de projet

Le projet de loi HPST formalise avec les territoires une nouvelle forme de contractualisation : les CLS (art. L 1434-15). Ils devraient permettre de généraliser les projets mis en œuvre ponctuellement sur certains territoires, dans le cadre de politiques spécifiques (politique de la ville avec les ASV et les contrats de santé publique définis par le Plan Espoir Banlieue en 2008). Ils permettront de décliner localement le schéma régional de prévention à travers des territoires de santé qui seront déterminés par les ARS avec une application particulière dans les territoires de la politique de la ville (ASV).

La réussite des CLS dépendra largement des conditions favorables qu'aura su créer l'ARS. **Le cadre de contractualisation locale devra respecter un cahier des charges national (qui reste à élaborer), l'échelon territorial de contractualisation.** Le CLS doit permettre de construire sur un territoire une démarche globale de santé publique. Son contenu, qui sera vraisemblablement défini par chaque ARS devrait inclure :

- un diagnostic partagé ;
- les priorités locales et les objectifs de santé publique ;
- les plans d'actions, articulant les programmes locaux et nationaux ;
- les modalités et le rythme de suivi et d'évaluation du projet local de santé ;
- les engagements respectifs des partenaires institutionnels ;
- les modes de coordination et de pilotage (animation et appui méthodologique) ;
- la répartition des financements entre co-financeurs (ARS, Région, Département...)

Ce cadre devrait être construit en concertation avec les principaux acteurs du territoire régional, notamment les collectivités régionales et départementales ainsi que les agglomérations. Par ailleurs, l'ARS pourra jouer un double rôle de coordination, d'une part entre les territoires de projet et d'autre part entre les échelles de projet, régionales et locales notamment. La conférence de territoire pourrait devenir un des outils de cette coordination avec en appui le pôle de santé publique de l'ARS.

2.2.2 Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et les appels à projets pluriannuels

A) Les CPOM

L'article L 1435-3 du projet de loi HPST permet d'élargir aux acteurs de santé publique des **CPOM** conclus avec l'ARS. Cet outil propose un cadre de financement sécurisé aux principaux promoteurs de santé publique à l'échelle régionale. L'enveloppe régionale dédiée à la promotion de la santé pourra être allouée majoritairement dans le cadre de ce dispositif, afin de simplifier la répartition des crédits et les procédures administratives.

B) Les appels à projet

L'**appel à projets** s'adresse à tous les promoteurs d'éducation, de prévention et de promotion de la santé :

- de droit privé à but non lucratif (association, mutuelle, coopérative)
- de droit public (établissement public de santé, établissement public local d'enseignement, collectivités locales et leurs établissements publics).

Ce volet consiste à développer des actions collectives de prévention et d'éducation pour la santé en répondant à un diagnostic précis des besoins dans le champ de la prévention et en s'appuyant sur un réseau de partenaires identifiés depuis la loi de 2004. C'est en prenant appui sur ces acteurs aujourd'hui identifiés, que le projet de loi HPST envisage l'appel à ces promoteurs en mettant un terme au caractère limitatif de l'annualité et ouvrant la porte à la pluriannualité. Cet outil pourra privilégier des projets modestes et/ou innovants en terme de population et de territoire.

2.2.3 Les réseaux et les pôles régionaux de compétence

A) Renforcer les réseaux de santé

Les acteurs de la promotion de la santé sont incités à travailler avec les réseaux. Les nouveaux schémas régionaux devront cibler les territoires où des réseaux sont à développer. Une des prérogatives du directeur d'un établissement de santé est de proposer la participation aux réseaux de santé : c'est une réelle avancée. L'ARS peut proposer aux réseaux de santé de son territoire d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques de santé, et peut conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les réseaux santé.

Le rôle central des réseaux de santé, lié entre autres à sa capacité à décloisonner le monde sanitaire, social, et médico-social, doit être reconnu. Les enjeux sont importants : assurer l'articulation entre

la ville et l'hôpital, favoriser le retour et le maintien à domicile, apporter un appui aux professionnels de santé de premier recours pour la prise en charge des parcours complexes, mettre à leur disposition des services de prévention, d'éducation thérapeutique, d'accès aux soins, et de maintien à domicile, contribuer à leur formation continue et à l'amélioration des pratiques professionnelles, les aider à installer des maisons de santé pluridisciplinaires, à utiliser de façon opérationnelle et simple d'accès un dossier médical partagé. Ces enjeux dépassent la diversité des différentes pathologies, et le clivage prévention/curatif, ou encore sanitaire/médico-social : ils sont communs à tous les réseaux et ce sont aussi ceux de l'avenir du système de santé.

Dans cette perspective, les réseaux de santé peuvent évoluer vers des "réseaux territoriaux en lien avec le projet de loi". Ils constitueraient, dès lors, un guichet unique mutualisant les ressources matérielles, logistiques et humaines.

B) Renforcer les pôles de compétence régionaux (PCR) en éducation pour la santé

Le PCR en éducation pour la santé est inscrit dans le projet de loi HPST. Selon la loi de 2004, il correspond à la mise en commun des compétences régionales en éducation pour la santé, par une mise en synergie des principaux opérateurs régionaux dans ce domaine. L'organisation des PCR est laissée au libre choix des régions, qui sont très différentes en taille et en histoire de l'organisation de la santé et de l'éducation pour la santé. Ainsi, les PCR sont en cours de formalisation dans chaque région, où ils doivent être un dispositif de partage et d'amélioration de la qualité pour les opérateurs en éducation pour la santé. Pour appuyer cette dynamique, le PCR s'inscrit dans le cadre de l'appel à projet de l'INPES, qui a pour objectif d'« appuyer un développement cohérent et optimal de l'éducation pour la santé dans chaque région ». Ces projets doivent « appuyer la structuration de l'offre de services notamment par la mise en place de « pôles de compétences régionaux » et [par] une meilleure articulation entre les politiques nationales et régionales. »

Pour accompagner la montée en charge des pôles de compétence, l'INPES a mis en place un dispositif pour faciliter les échanges entre les acteurs, entre les différentes régions, mais également entre niveau national et niveau régional, favoriser la mutualisation des productions réalisées dans les régions. Il comporte l'organisation de journées d'échanges nationales et la mise en place de groupes de travail sur les activités développées dans les pôles de compétence : conseil méthodologique, formation continue, analyse d'outils d'intervention en éducation pour la santé.

En tant que PCR spécialisés, les **réseaux du Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) et des COmités Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES)** seraient les mieux placés pour développer des actions de formation en santé publique. Ces formations seraient destinées à différents publics : cadres dirigeants des ARS, opérateurs en prévention (animateurs ou

chef de projet), professionnels de la santé et acteurs locaux concernés par des actions de santé publique. Il s'agit de favoriser la dynamique partenariale pour une meilleure connaissance et reconnaissance des acteurs de la promotion de la santé. Un renforcement notable des moyens serait dans ce cadre nécessaire.

Une question subsiste sur le renouvellement des SREPS dans le cadre de cette organisation et sur leur relation avec le schéma de prévention.

2.2.4 Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Outils essentiels de la prévention en faveur des plus démunis, les **PRAPS** existent depuis les lois contre les exclusions de 1998. Conçu comme une interface entre les champs sanitaire et social à travers une multiplicité d'actions, de financements et de partenaires, le PRAPS vise à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes démunies en limitant les refus de soins, en assurant une réelle continuité des soins, en renforçant le rôle des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

La loi HPST précise que le futur Projet Régional de Santé aura dans ses programmes d'applications un volet relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies. Si la lutte contre les inégalités n'est pas cantonnée aux seuls PRAPS, le maintien d'un programme spécifique pour l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires est central.

Cependant, pour tenir compte des nouvelles missions et potentialités de l'ARS, la déclinaison au niveau local et de manière participative des objectifs régionaux pourrait améliorer le pilotage du PRAPS, à condition d'y associer tous les partenaires et de favoriser une dynamique d'échange, de suivi, de veille de dysfonctionnements, de communication et d'évaluation. Les inégalités étant multiformes, le PRAPS devra être articulé avec les autres dispositifs et favoriser une meilleure coordination.

2.3 Les outils d'évaluation

Afin d'évaluer l'efficacité d'un projet dans le champ de la promotion de la santé et de mesurer l'impact des programmes et actions sur l'état de santé de la population, il est nécessaire de définir au niveau de la méthodologie de projet les objectifs et les outils d'évaluation.

2.3.1 L'évaluation du PRS dans le champ de la promotion de la santé

L'évaluation du dispositif de promotion de la santé procède d'une logique « moyens-activités-résultats ». Elle devra porter sur 3 axes : la conception, la mise en œuvre et les impacts sur les acteurs et partenaires.

Concernant la conception, l'évaluation doit porter sur la méthode de diagnostic et de priorisation, la cohérence de l'articulation des programmes ainsi que sur la logique d'intervention. Il faudra évaluer les procédures de mise en œuvre et de décision, les démarches d'animation des territoires et des programmes ainsi que la qualité des processus d'échange et de suivi. L'impact sur les acteurs de terrain, sur les partenaires institutionnels ainsi que sur la politique de santé fera également l'objet d'une évaluation.

Ces évaluations impliquent l'élaboration de référentiels permettant de caractériser les moyens et l'organisation requis pour l'activité de prévention (quantité, qualité, répartition, organisation, modalités accès...) en prenant en compte la taille, les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des populations concernées, ainsi que les situations de disparités. Ces ressources devraient être explicitées en quantité mais également en qualité à l'aide d'indicateurs sous forme d'un cahier des charges qui pourrait être élaboré au niveau national.

L'évaluation du dispositif implique une indépendance vis-à-vis de l'ARS qui assurera la gouvernance du dispositif, de façon à éviter tout conflit d'intérêts.

2.3.2 L'évaluation des programmes et actions de santé publique

L'évaluation est un processus permanent aux dimensions multiples qui intervient en principe à toutes les étapes de la démarche de santé publique :

- dès la mise en forme d'un programme, pour juger de la pertinence et de la cohérence des actions qu'il contient,
- en cours de la mise en œuvre des actions, pour aider les acteurs impliqués à réorienter leurs actions,
- au terme du programme pour juger des résultats obtenus. C'est donc un élément majeur de la décision de la santé.

L'évaluation s'intéresse à la question des effets du programme et de l'action aussi bien qu'à la question de la qualité du processus. Deux outils sont bien adaptés à l'évaluation permanente des programmes et actions de prévention et de promotion de la santé : l'outil PREFFI et l'outil de catégorisation des résultats

Dans un contexte de justification des dépenses (LOLF), la prise en compte de l'évaluation économique nécessite également la mise en œuvre d'outils d'évaluation médico-économique dans le champ de la promotion de la santé. On pourra s'appuyer sur l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé ou le service « évaluation médico-économique et santé publique » (SEMESP) de la HAS.

Une attention particulière devrait être portée à la diffusion du résultat des évaluations en direction des acteurs concernés mais aussi plus largement vers les usagers du territoire qui sont les premiers concernés. Différents outils de diffusion pourront être utilisés comme l'affichage, les plaquettes, les médias locaux...

Selon les moyens et les ressources disponibles, l'évaluation de ces programmes et actions pourra se réaliser soit au sein de l'ARS soit au sein d'organismes indépendants. Dans ce dernier cas, il faudra veiller à un dialogue permanent entre les acteurs en charge de l'évaluation et ceux qui prendront des décisions.

2.4 Les outils de pilotage de la démarche de projet par l'ARS

2.4.1 Pilotage et animation de la santé publique au sein de l'ARS

La promotion de la santé est par nature transversale. Par conséquent, le pilotage et l'animation d'un pôle de santé publique au sein de l'ARS ne peut se concevoir que transversalement.

L'approche transversale peut être mise en œuvre grâce à une organisation matricielle qui croise les dimensions hiérarchiques et fonctionnelles. Cette organisation répond à la nécessité de disposer de spécialités tout en permettant des conduites de projet transversales utilisant les différentes ressources spécialisées. Au sein de l'ARS, le schéma de prévention pourrait ainsi être conduit en mode projet et selon une organisation matricielle mobilisant des agents appartenant à différents services spécialisés. Une telle approche reste toutefois fragile et dépendra de la volonté hiérarchique du directeur de l'ARS de mobiliser les ressources nécessaires à la bonne mise en œuvre du schéma de prévention.

Par ailleurs, le pôle de santé publique de l'ARS aura vocation à être un espace de ressources – au sens de l'expertise, du soutien et du conseil notamment méthodologique – et de coordination afin de permettre les échanges de l'ensemble des acteurs, en interne et en externe. C'est pourquoi, en complément de l'approche matricielle, pourra être inclus dans l'organigramme hiérarchique de l'ARS un centre de ressources et d'animation territoriale pour la promotion de la santé.

2.4.2 Pilotage et animation de la santé publique sur les territoires

Il est essentiel que l'ARS apporte un cadre structurant permettant de rendre cohérente son action en matière de santé et propose une organisation territoriale tenant compte de la plus value apportée par le niveau local, source d'émergence de nouveaux besoins et d'innovation, mais aussi garant de l'opérationnalité des projets. L'ARS va devoir déterminer, en concertation avec les acteurs institutionnels et les collectivités territoriales, quel est le territoire le plus pertinent ou le plus opérant pour lutter contre les inégalités de santé et favoriser la transversalité tout en tenant compte des territoires de santé définis par les SROS et de l'émergence de territoires intercommunaux.

Quel que soit le niveau territorial retenu (communal, intercommunal, des pays), celui-ci pouvant varier au regard de la configuration urbaine ou rurale, il sera important de tenir compte des éléments suivants:

- la coordination des acteurs et des projets au plan local est nécessaire pour définir un projet territorial de qualité et favoriser la transversalité ; les expériences concluantes, menées dans les villes bénéficiant d'un ASV et dans les pays en région Bretagne, font ressortir l'intérêt de la mise à disposition d'un poste de coordination ainsi que son positionnement clairement défini, tant au niveau local que dans les liens établis avec les autres échelons territoriaux ; les modes de relation avec la conférence de territoire, organe consultatif local, méritent également d'être précisés ;
- l'élaboration de projets locaux ou territoriaux doit intégrer une méthode rigoureuse en matière de pilotage, de suivi et d'évaluation ; cela implique que le référent territorial ou l'équipe chargée de la mise en place de ces projets soient formés en méthodologie de projet ;
- au niveau intermédiaire (selon les besoins des territoires) et plus précisément au celui des délégations départementales de l'ARS, les principes définis localement pourraient être repris : création d'un poste de coordination avec un cadre d'intervention clairement défini tout en étant positionné en relais de l'ARS. Ce référent territorial aurait intérêt à mener son action en coordination avec une instance départementale appropriée regroupant les services de l'Etat et les partenaires institutionnels, notamment les conseils généraux et l'assurance maladie.

L'ARS devra renforcer l'approche territoriale tout en veillant à ne pas complexifier son organisation, et en prenant appui sur la démarche de contractualisation à travers les contrats locaux de santé.

CONCLUSION

Il faut, d'abord, souligner que le présent rapport ne constitue qu'une première approche d'une problématique complexe qui reste bien entendu à approfondir dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST.

Les outils proposés à l'ARS pour la mise en œuvre du projet territorial de santé visent à renforcer une démarche transversale, pour une vue globale de la promotion de la santé, et à réduire les inégalités de santé.

L'organisation proposée dans le cadre de la future loi HPST permettra probablement de mieux associer les acteurs de santé, en particulier avec les schémas de prévention et le projet régional de santé. De plus, l'association au sein des ARS des services de l'Assurance Maladie et de l'Etat pourrait garantir une prise en charge globale de la santé. Toutefois, le directeur de l'ARS devra veiller à ne pas recréer les clivages organisationnels et culturels qui prévalaient antérieurement.

Néanmoins, plusieurs points doivent tout particulièrement attirer l'attention de l'ARS. Le développement de la politique de promotion de la santé doit nécessairement s'accompagner d'un renforcement et d'une optimisation des moyens, à la fois pour animer la politique territoriale et pour financer les actions prioritaires. Par ailleurs, la contractualisation devra garantir l'implication des élus locaux dans la mise en œuvre du projet régional de santé. La logique d'objectifs concertés doit prendre le relais de l'approche descendante. Il faudra, enfin, veiller à ne pas reproduire la lourdeur administrative des GRSP et toujours privilégier l'opérationnalité au service de la population et des promoteurs.

La promotion de la santé nécessite d'élargir les réflexions au-delà des champs de la santé proprement dit. Ainsi, les grands déterminants de santé obligent à s'attaquer aux inégalités économiques et sociales, qui dépassent les champs d'actions de l'ARS.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

« Petite loi » Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires - Assemblée nationale - 18 mars 2009

Circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

Circulaire du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV

Circulaire de Mme la Ministre de la santé, de la Jeunesse et des Sports en date 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé

Ouvrages

Vademecum le vocabulaire de la santé – P. Delaveau - 2001

Santé et territoire : pour un projet territorial de santé globale - Association hospitalière de Bretagne - 2006

Traité de santé publique - F.Bourdillon, G Brücker, D. Tabuteau - 2007

Ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé - DIV - Collection Repères - 2007

La démarche atelier santé ville : des jalons pour agir - C. Mannoni - 2008

Santé publique – D. Bertrand et C. Segouin - 2008

Articles

Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS – Article ADSP n° 63 – 2008

Rapports

PRSP de Bretagne 2006-2010 - Préfecture de Région Bretagne - 2006

Rapport de synthèse et de propositions thématique « bien naître » - Plate-forme de coordination de l'observation sociale et sanitaire – PCOSS – GRSP des Pays de la Loire – 2007

Évaluation intermédiaire du PRSP de Franche-Comté - Observatoire Régional de la santé de Franche-Comté – 2008

Les politiques régionales de santé publique – HCSP – 2008

Le projet territorial de santé – GRSP Auvergne – 2008

Évaluation du PRSP des Pays de la Loire – Cabinet GRES Médiation Santé / MC2 Consultants - 2008

Évaluation du PRSP de Provence Alpes Côte d'Azur – EHESP / APES Université de Liège - 2008

Rapport de la mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire -A. Flageolet – 2008

Rapport d'information en conclusion de la mission sur les ARS – Y. Bur - 2008

Rapport sur la création des ARS – P. Ritter – 2008

Rapport d'activité 2008 – Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire – 2009

Rapport sur la réforme de l'hôpital – J.M. Lambert – Assemblée Nationale-2009

Autres publications

La santé observée dans les Pays de la Loire – Tableau de bord régional - Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire – 2007

Suivi et évaluation de quelques aspects du PRSP d'Ile de France – FSSE – 2008

Éducation pour la santé : guide et outils du conseil en méthodologie - GRSP Bourgogne - 2008

La santé des jeunes en Pays de la Loire - Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire – 2009

Sites internet

- <http://www.parhtage.sante.fr/re7/site.nsf>
- <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/65-code-de-la-sante-publique>
- www.sfspenregion.fr
- www.inpes.sante.fr
- <http://www.who.int>

Liste des annexes

Annexe 1 - Charte d'Ottawa

Annexe 2 - Organisation nationale de l'État dans le cadre de la loi de santé publique de 2004

Annexe 3 – Organisation de l'Etat en région dans le cadre de la loi de santé publique de 2004

Annexe 4 – Proposition de la FNORS pour l'organisation de l'observation régionale en santé publique

Annexe 5 – La méthode de catégorisation des résultats

Annexe 6 – Grille d'entretien

Annexe 7 – Liste des entretiens réalisés

Annexe 1 – Charte d’Ottawa



Charte

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PREALABLES A LA SANTE

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDEE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFERER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR DE MEDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CREER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale. L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUERIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

REORIENTER LES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE A LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent : à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs; à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels logement et les peuplements; à combler les écarts de niveau de santé

dans les sociétés et à la lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés; à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

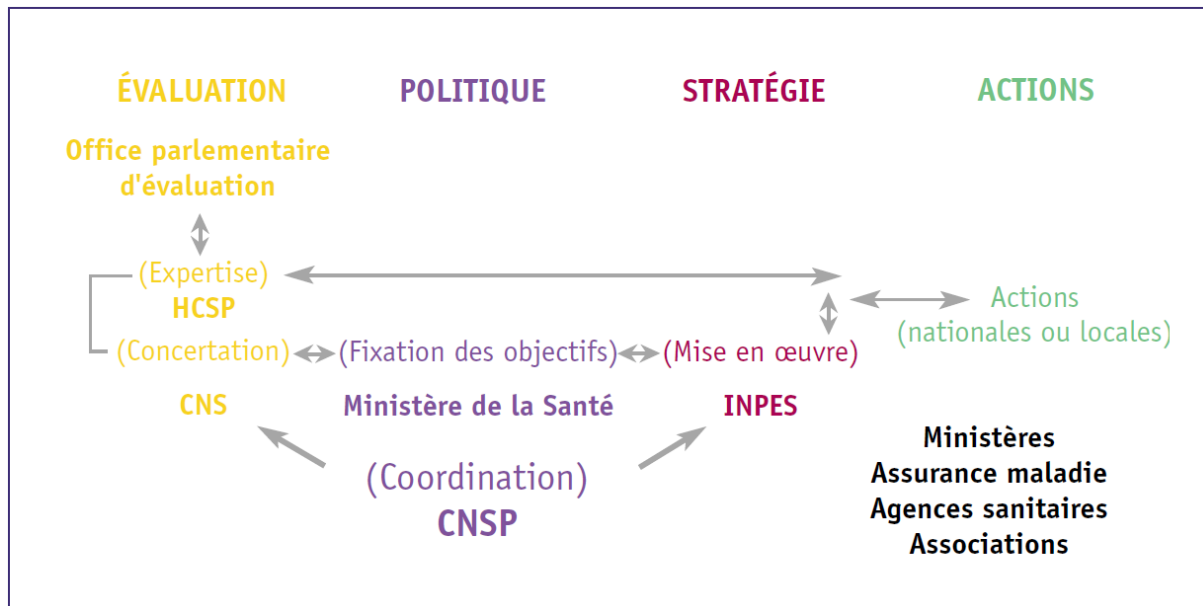
APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé. Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité. Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux-cent-douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé. La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

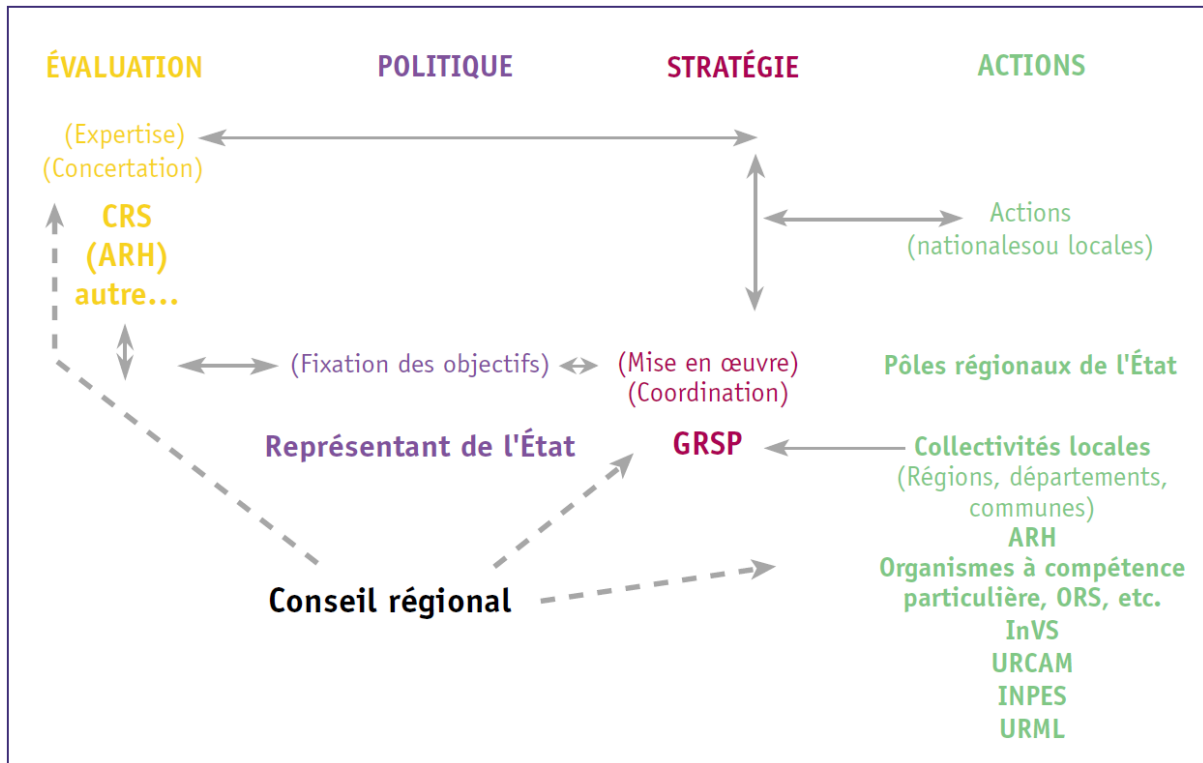
Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés. La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier.

Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Ecosse, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie

Annexe 2 - Organisation nationale dans le cadre de la loi de santé publique de 2004

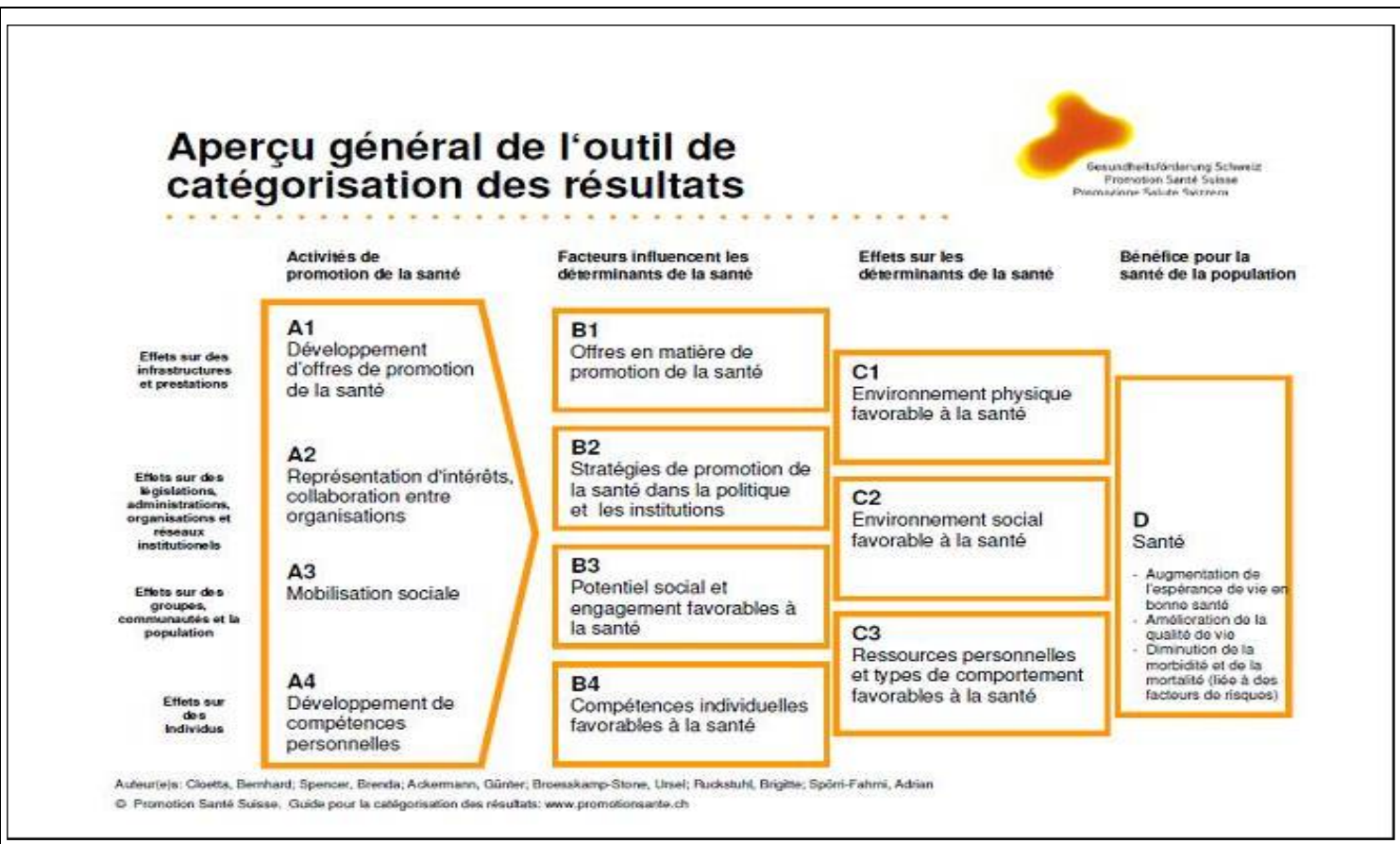


Annexe 3 – Organisation de l'Etat en région dans le cadre de la loi de santé publique de 2004



Annexe 4 – Proposition de la FNORS : organisation de l'observation régionale en santé publique





Annexe 6 – Grille d’entretien

Cadrage de l’entretien : rappel de l’objet de l’étude

- Approche territoriale de la promotion de la santé
- Guide méthodologique (boîte à outils) pour le futur schéma régional de prévention et pour les projets territoriaux de santé

Définitions des termes

- Promotion de la santé (Charte d’Ottawa) et santé publique (art 2 L 09/08/04)
- Promotion de la santé et prévention
- Territoire de santé
- Pour les deux définitions, leur appréhension aujourd’hui (Loi 2004) et demain (HPST)

Bilan de la politique de promotion de la santé

- Quelle évaluation aujourd’hui ? (GRSP/PRSP/Actions ES...)
- Avantages (L 2004) ?
- Problèmes restant posés ?

Sur le projet de loi HPST

- Pourquoi la loi HPST maintenant sur le champ de la prévention, 5 ans après Loi 2004 ?
- Evolution des débats parlementaires ?
- Perspectives et attentes associées à la loi HPST : meilleure prise en charge des problématiques de santé publique ? Comment ? Intérêt de l’approche territoriale ?
- Difficultés, blocages attendus / HPST ? Equilibre soins/promotion en santé dans le cadre ARS ?

Schémas régionaux de prévention

- Ce qui est attendu par rapport aux PRSP ? Articulation régionale plans quinquennaux / outils HPST
- Résultats attendus par rapport à l’état de santé de la population (mortalité prématurée et inégalités) ?

Sur l'ARS

- Positionnement de la promotion dans les ARS ?
- Transversalité prévention/médico-social/sanitaire ? Transversalité entre prévention/médicosocial/sanitaire et le champ social qui reste hors ARS ?
- Quels outils adaptés ?
- Place du territoire dans cette approche ?

Sur les territoires de santé

- Ciblage de territoires prioritaires (Ateliers Santé Ville) ?
- Découpage de la région en territoires de santé (cf. SROS) ?

Sur les outils

- Articulation entre les outils déjà existant (PRAPS, SRES...) et le futur schéma ?
- Les outils nécessaires pour l'ARS ?

Annexe 7 - Liste des entretiens réalisés

Inspecteur Général des Affaires Sanitaires - Chargé de mission ARS
ORS des Pays de la Loire - Directrice
GRSP Bretagne - Médecin inspecteur et directeur adjoint DRASS
GRSP Midi-Pyrénées - Directrice adjointe et médecin de santé publique
ORS Midi-Pyrénées - Directrice
Comité Régional d'Education à la Santé - Directrice
URCAM Midi-Pyrénées - Directrice adjointe
Conseil général du Nord - Vice président en charge de l'enfance et du handicap
GRSP Nord - Référent santé
GRSP Nord - Membre du conseil d'administration
Géographe de la santé - Nanterre
Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Nord-Pas de Calais- Directeur
Assemblée Nationale - Rapporteur du projet de loi HPST
EHESP – Professeur d'économie de la santé