
**Filière des Inspecteurs de l'Action
Sanitaire et Sociale (IASS)**

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Mars 2008**

**La déclinaison de la politique régionale
de santé publique dans le département
de la Sarthe : enjeux et stratégies**

Audrey SERVEAU

Remerciements

Je remercie Olivier Lehmann, maître de stage et inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale en charge du pôle social et de santé publique à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Sarthe. Sa disponibilité ainsi que son appui méthodologique m'ont été d'une précieuse aide tout au long du stage professionnel et de la réalisation du mémoire.

Merci également à Mme Cosson pour ses conseils pratiques prodigués aux différentes étapes de l'élaboration du présent mémoire, ainsi qu'aux professionnels rencontrés dans le cadre du module interprofessionnel relatif aux schémas régionaux d'éducation pour la santé auquel j'ai participé en mai dernier.

Mes remerciements vont enfin à l'ensemble des personnes qui ont répondu à mes sollicitations et interrogations, nécessairement nombreuses et diverses au regard du champ traité ; elles ont ainsi contribué à enrichir et à éclairer ma réflexion personnelle.

Sommaire

Introduction	1
1 L'articulation théorique des échelons territoriaux en matière de santé publique	7
1.1 L'Etat, garant d'une politique de santé publique régionalisée régie par la loi du 9 août 2004	7
1.1.1 L'affirmation du rôle central de l'Etat dans la définition et le pilotage de la politique de santé publique.....	7
1.1.2 La consécration de la région comme maître d'ouvrage de la mise en œuvre de la politique de santé publique.....	12
1.1.3 Une répartition théorique des compétences à repenser dans un contexte juridique et institutionnel en mutation ?	14
1.2 L'appropriation de la région comme échelon stratégique de la politique de santé publique : l'exemple de la région des Pays de la Loire	18
1.2.1 Un échelon pertinent pour la planification de la santé publique	18
1.2.2 Un niveau optimal pour la coordination et le pilotage de la politique de santé publique	19
1.2.3 Un levier pour la rationalisation financière de la politique de santé publique ?....	23
1.3 La politique de santé publique à l'aube de la réflexion territoriale	24
1.3.1 Fondements et enjeux de la territorialisation	25
1.3.2 Des expériences régionales préexistantes réussies	26
1.3.3 Quelle déclinaison territoriale de la politique de santé publique dans la région des Pays de la Loire ?.....	28
2 La complémentarité des approches en santé publique dans le département de la Sarthe	33
2.1 Etat des lieux des outils à disposition de la DDASS en matière de santé publique	33
2.1.1 L'optimisation des leviers financiers, mission stratégique de l'IASS.....	33
2.1.2 Le développement des réseaux, condition du maillage du territoire.....	35
2.1.3 L'intégration des outils de la politique de la ville, une nécessité dans une perspective de collaboration efficace avec les élus	37
2.2 Forces et faiblesses des dispositifs présentés	40
2.2.1 Les forces.....	40

2.2.2	Les faiblesses.....	42
2.3	L’approfondissement de la réflexion territoriale : les chantiers mis en œuvre dans le département de la Sarthe	44
2.3.1	Le pays, lieu d’élaboration d’une stratégie de développement durable en matière de santé publique ?.....	44
2.3.2	Le projet de schéma départemental d’éducation pour la santé, fer de lance d’une nouvelle dynamique territoriale en santé publique.....	46
3	Propositions en vue d’une politique de santé publique territorialisée réussie dans le département de la Sarthe.....	51
3.1	Inscrire la politique départementale de santé publique dans le contexte des nouveaux territoires	51
3.1.1	Rechercher et justifier le territoire pertinent de l’intervention en santé publique ..	51
3.1.2	Affiner le diagnostic territorial des besoins et de l’offre en santé publique.....	52
3.1.3	Composer avec les autres politiques publiques territorialisées	53
3.2	Favoriser la mise en œuvre d’une politique départementale de santé publique cohérente et coordonnée.....	55
3.2.1	Veiller en toutes circonstances à une articulation effective avec la politique régionale de santé publique.....	55
3.2.2	Encourager la structuration et la formalisation des partenariats dans le département	56
3.3	Promouvoir le développement d’une politique de santé publique de qualité	61
3.3.1	Favoriser l’émergence d’une culture commune de santé publique	61
3.3.2	Faciliter l’accès des promoteurs à la formation et au conseil méthodologique.....	61
3.3.3	Mettre en place une véritable stratégie d’évaluation des dispositifs et actions de santé publique	62
	Conclusion	65
	Bibliographie.....	67
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AIDES : Association de Lutte contre le VIH-sida et les hépatites
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
ATS : Animation Territoriale de Santé
BOP : Budget Opérationnel de Programme
CA : Conseil d'Administration
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS : Conférence Nationale de Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IPASS : Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale
INCa : Institut National du Cancer
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

MRS : Mission Régionale de Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAIO : Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
ORS : Observatoire Régional de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PNEPS : Plan National d'Education Pour la Santé
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PTS : Programme Territorial de Santé
SPP : Santé Publique et Prévention
SREPS : Schéma Régional d'Education Pour la Santé
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

« L'approche globale proposée par la charte d'Ottawa fonde les stratégies les plus efficaces : certains lieux de vie tels que les écoles, les entreprises, villes ou quartiers, offrent la possibilité d'une promotion de la santé efficace ; la population, y compris celle dont la santé est la plus dégradée, doit être associée aux actions de promotion de la santé pour en assurer l'efficacité ; un accès réel à l'information et à l'éducation est vital ; la promotion de la santé est un investissement essentiel du développement économique et social. »

David MAC QUEEN

« Strengthening the evidence base for health promotion »,
Communication prononcée au cours de la 5ème Conference on Global Health Promotion,
Mexico, 2000¹,

¹ Cité par BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A. et al, *Quelles sont les conditions de réussites des interventions en santé publique ?*, Santé publique décembre 2005, n°4, p. 571.

Introduction

Depuis la loi d'hygiène publique du 15 février 1902, la territorialisation des politiques de santé² et l'affirmation du concept de santé publique sont résolument inscrits dans l'ensemble des politiques publiques.

Cependant, la notion et les modalités de mise en œuvre de la santé publique ont depuis lors fait l'objet de nombreuses interprétations.

Au cours de la première moitié du XX^{ème} siècle, la multiplication des préoccupations sociales et sanitaires (lutte contre la tuberculose, hygiène alimentaire, hygiène des lieux de travail, prophylaxie des maladies infectieuses...) donne une coloration particulière à l'approche en santé publique.

Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 fait de la protection de la santé de tous un devoir de l'Etat.

En 1952, c'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui entreprend de définir la santé publique 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 le moyen d'une action collective concertée visant à :*

- 1) *assainir le milieu ;*
- 2) *lutter contre les maladies ;*
- 3) *enseigner les règles d'hygiène personnelle ;*
- 4) *organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;*
- 5) *mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé. »*

Retenons en définitive que la nouvelle santé publique -inspirée pour l'essentiel des chartes d'Ottawa et de Bangkok sur la promotion de la santé³- repose sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie (et notamment les facteurs sociologiques et environnementaux) déterminent la santé. L'importance d'autres secteurs en dehors du secteur de la santé et la nécessité de mobiliser les ressources et les appuis politiques y sont également soulignées. Les problèmes sont

² La charte de l'hygiène publique instaure une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal (vaccination obligatoire contre la variole, déclaration des maladies infectieuses, désinfection des locaux, surveillance des sources d'eau potable...).

³ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, 2005.

définis dans un contexte plus global, conduisant à des préoccupations plus environnementales.

Au-delà du débat conceptuel, le cadre juridique de la politique de santé publique s'est étoffé à un rythme soutenu ces dernières années. Les pouvoirs publics ont inscrit les principes d'une politique de prévention dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴ et repris ces principes dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁵. Cette dernière traduit la volonté de l'Etat de développer une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé. Elle positionne le niveau régional comme niveau optimal d'intervention pour atteindre les grands objectifs nationaux de santé et mettre en cohérence les différents acteurs. Elle définit en particulier trois outils à mettre en place, sous l'autorité du Préfet, pour décliner la politique régionale de santé publique. Le plan régional de santé publique (PRSP), ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, constitue un cadre structurant de l'intervention en santé publique. Ce plan, qui comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infra-régional, est arrêté par le Préfet de région, après avis de la conférence régionale de santé (CRS). Un groupement d'intérêt public, le groupement régional de santé public (GRSP) est chargé de mettre en œuvre le PRSP. Il vise notamment à une mise en cohérence des actions de santé publique menées par les partenaires institutionnels (les différents départements ministériels de l'Etat, les établissements publics concernés, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales...)

Au niveau régional, la mise en œuvre de cette politique a encouragé la poursuite et le renforcement de la dynamique enclenchée depuis une vingtaine d'années par l'expérimentation puis les programmes régionaux de santé (PRS).⁶

Dans la région des Pays de la Loire, le PRSP pour la période 2006-2009 a été arrêté le 14 mars 2006 et la convention constitutive du GRSP a été approuvée par arrêté préfectoral du 29 mars 2006. Le PRSP ainsi défini reprend les différents plans nationaux déjà mis en œuvre dans la région (plan cancer, plan régional santé-environnement, plan régional de santé « conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives »...) et ceux qui doivent encore être déclinés (plan santé au travail, plan violences, programme de santé scolaire et d'éducation pour la santé). Il a vocation à prendre en compte un certain

⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁶ Ce sont les ordonnances du 24 avril 1996 qui ont offert un cadre légal aux démarches de programmation permettant ainsi le développement des PRS.

nombre d'objectifs opérationnels et doit notamment « *favoriser la déclinaison territoriale de l'ensemble des programmes* ».

En dépit d'un pilotage renouvelé de la santé publique en région, le département de la Sarthe n'a pas a priori de politique globale et de proximité en matière de santé publique. Plusieurs constats permettent d'étayer cette affirmation. Au sein de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) d'abord, les services sont organisés en populations alors même que les missions de santé ont vocation à être transversales. En externe ensuite, l'approche globale nécessite un travail partenarial avec des professionnels de cultures et de champs différents. En pratique, la mise en œuvre de la santé publique –et de la prévention surtout- est souvent le fait d'intervenants qui agissent au coup par coup, au gré des appels d'offres. On constate ainsi une absence de labellisation des compétences ainsi qu'une mise en concurrence de fait entre les porteurs de projets. Il s'ensuit des effets pervers tels l'absence d'harmonisation des pratiques voire la négation de toute approche complémentaire en santé publique.

Pour autant, la DDASS de la Sarthe témoigne d'une réelle volonté de développer une stratégie de santé publique globale et de proximité, au niveau départemental voire infra-départemental.

Quelques démarches territoriales, portées par des associations ou des réseaux de santé, ont déjà vu le jour dans le département. Par ailleurs, la mise en œuvre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et des ateliers santé-ville (ASV) intègre cette dynamique territoriale grâce à l'aménagement de temps de coordination ou aux échanges de pratiques qui trouvent leurs points d'ancrage dans les quartiers. Le pôle santé publique de la DDASS de la Sarthe se lance en cette fin d'année 2007 dans une nouvelle étape de la déclinaison de la politique régionale de santé publique en dessinant les contours d'un projet de schéma départemental d'éducation pour la santé.

Il était intéressant pour le service d'une part d'avoir un regard extérieur sur cette expérimentation et d'autre part d'alimenter le projet par des recherches relatives à des pratiques mises en œuvre dans d'autres territoires, quels qu'ils soient.

Au regard de ces constats, les développements qui vont suivre s'attacheront donc à répondre à la question suivante : en quoi le département constitue t-il l'échelon opérationnel de la mise en œuvre d'une politique de santé publique globale et de proximité ?

Traiter de la politique de santé publique, c'est nécessairement aborder les différentes facettes du métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS). Le PRSP s'inscrit dans une démarche de planification et de programmation pilotée par la Direction

Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ; il doit composer avec les objectifs tenant à la mise en œuvre du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) et du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Par ailleurs, le financement des programmes et actions de santé publique constitue une phase importante tant pour les porteurs de projets qui se lancent « dans la course aux financements » que pour les institutionnels qui doivent mettre en mouvement une logique de priorisation des projets, faute de pouvoir en soutenir la totalité. Enfin, se pose le délicat problème du suivi et de l'évaluation des politiques de santé publique. L'inspecteur devra procéder à une telle évaluation, par définition difficile dès lors que les résultats ne sont pas perceptibles en la matière ou ne le sont qu'à plus ou moins long terme.

Qui plus est, le positionnement de l'inspecteur présente un atout en majeur en matière de santé publique : il est à la croisée des chemins entre les champs sanitaire et social. Or, de même qu'il était habituel de distinguer prévention et soins, les problématiques de santé publique ont longtemps été déconnectées des déterminants sociaux. En ce sens, l'IASS peut être regardé comme un trait d'union susceptible de décloisonner et réconcilier des pratiques et des perceptions différentes voire divergentes.

Une étude documentaire m'a dans un premier temps permis d'appréhender les termes du sujet à traiter, le cadre juridique et, plus globalement, les enjeux de la politique de santé publique. L'étude des PRSP, disponibles sur Internet, a constitué un angle d'approche plus opérationnel de la question et a d'emblée attiré mon attention sur l'importance de l'environnement géographique, historique, sociodémographique, sanitaire et institutionnel dans la mise en œuvre de ces plans.

Sur la base de ces données, un questionnaire a été envoyé aux pôles en charge de la santé publique dans l'ensemble des DRASS ; les réponses à ce questionnaire étant très hétérogènes et plus ou moins complètes, j'ai fait le choix de les intégrer en appui de ma réflexion sans procéder toutefois à une véritable analyse comparative des approches qui y étaient développées. Les informations recueillies auprès de la DRASS des Pays de la Loire m'ont beaucoup éclairé sur la politique de régionale de santé et sur les éventuelles déclinaisons à mettre en œuvre dans le département de la Sarthe.

Au cours de mon stage d'exercice professionnel à la DDASS de la Sarthe, j'ai en outre participé à des réunions de travail (à la mairie de Coulaines, dans le cadre des CUCS) ainsi qu'à des entretiens plus informels (avec des représentants de l'inspection académique et de la médecine scolaire).

Les échanges avec des acteurs de la DDASS (IASS, médecin inspecteur de santé public) m'ont également fourni des clefs de compréhension de leurs missions et logiques d'actions en matière de santé publique.

Des acteurs de terrain dont les interventions s'inscrivent dans la stratégie préconisée par la DDASS (directeur de l'Accueil Info Drogues, directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), deux coordonnateurs de réseaux départementaux...) ont également répondu à mes sollicitations.

Au total, une dizaine de personnes ont été interviewées.

Les sessions de formation initiale ont été également l'occasion de recueillir des informations. J'ai ainsi pu rencontrer un enseignant-chercheur de l'ENSP. Je me suis par ailleurs appuyée sur les réflexions et témoignages recueillis au cours du module interprofessionnel auquel j'ai participé en mai et dont le thème était « Les SREPS : enjeux et limites dans le cadre des politiques régionales de santé ». Le module « démarche de projet dans le champ sanitaire et social » a en outre donné lieu à une réflexion autour de la déclinaison du volet précarité du PRSP dans le département du Tarn-et-Garonne.

En définitive, l'ensemble de ces données a servi de base à la construction et à la justification du plan du présent mémoire.

La méthodologie ainsi présentée comporte cependant des limites. Le champ de la santé publique est complexe et ses acteurs très nombreux. Oscillant entre définition large de la santé publique et tentation de ne traiter que la prévention ou l'éducation pour la santé⁷, entre thématiques de santé publique et approche plus globale, il m'a parfois été difficile de circonscrire la problématique traitée. Avec le recul, il m'apparaît que je me suis simplement trouvée confrontée aux enjeux et aux limites de la santé publique contemporaine. De plus, il aurait sans doute fallu procéder à un nombre d'entretiens plus représentatif des différentes conceptions et stratégies en œuvre dans le département. J'ai volontairement privilégié l'approche des services déconcentrés de l'Etat, point de vue essentiel dans la perspective de mon exercice professionnel. Pour autant, la poursuite de la réflexion menée devrait conduire à se rapprocher davantage des collectivités territoriales et de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, de nombreuses réalisations ont été amorcées dans la Sarthe après mon départ de la DDASS. Or, le mémoire est un exercice sur un temps limité et donc contraint par son environnement. La dernière session de stage sera donc l'occasion d'un approfondissement de l'état des lieux et de la mise en perspective de ces dernières actions, lesquelles pourront être évoquées plus largement lors de la soutenance du mémoire.

Depuis la promulgation de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la répartition théorique des compétences de chaque échelon territorial apparaît clarifiée.

L'Etat est responsable de la définition et du pilotage de la politique de santé publique, bien que les outils soient par ailleurs fortement régionalisés -dans le respect de la loi de santé publique-, voire territorialisés -au gré des pratiques observées sur le terrain-. La région des Pays de la Loire s'est aujourd'hui pleinement approprié cette dynamique et entreprend de distiller et de justifier cette conception sur son territoire **(Première partie)**.

La DDASS ne remet pas en cause le rôle stratégique de la région. Pour autant, elle veille à décliner les orientations émanant de cet échelon selon une approche qui se veut à la fois globale et au plus près de la population. La recherche de telles complémentarités présente des atouts et des faiblesses qui donnent sans cesse lieu à des adaptations et génèrent de nouvelles réflexions autour de la notion de « territoire pertinent » **(Deuxième partie)**.

Dans ce contexte, des préconisations peuvent être présentées en vue d'une déclinaison réussie de la politique de santé publique dans le département étudié **(Troisième partie)**.

⁷ Sur les différentes notions proches de la santé publique, voir annexes 1 et 2.

1 L'articulation théorique des échelons territoriaux en matière de santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique conduit à une véritable reprise en main par l'Etat de la protection et de l'amélioration de la santé de la population. Elle fait néanmoins jouer la déconcentration des politiques puisque la DRASS est maître d'ouvrage de l'élaboration des PRSP et doit, pour ce faire, nouer le dialogue avec les autres acteurs régionaux **(1.1)**. Ce nouveau pilotage régional est aujourd'hui largement admis par les partenaires de la santé publique, la région apparaissant comme une « courroie de transmission » entre les échelon national et local **(1.2)**. Pour autant, la territorialisation n'est pas exclue du champ de la discussion et les initiatives en la matière sont plutôt florissantes, y compris dans la région des Pays de la Loire **(1.3)**.

1.1 L'Etat, garant d'une politique de santé publique régionalisée régie par la loi du 9 août 2004⁸

La loi de santé publique du 9 août 2004 réaffirme l'échelon étatique comme le garant de la nouvelle politique de santé publique **(1.1.1)**. Pour autant, elle ne va pas jusqu'à faire de l'Etat le « *gérant* »⁹ de ce vaste dispositif en construction mais poursuit le dessein d'une politique de santé publique pleinement régionalisée **(1.1.2)**. Les auteurs de la loi du 9 août 2004 déclarent avoir voulu, d'une part, faire discuter et adopter par la représentation nationale la politique de santé publique et d'autre part, clarifier le rôle et les responsabilités respectives de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres instances amenées à intervenir en la matière. Sur ce dernier point pourtant, les choses ne sont pas si transparentes : le contexte juridique dans lequel s'inscrit la loi (loi organique relative aux lois de finances, recentralisation et décentralisation) incite à réinterroger sans cesse cette répartition des compétences **(1.1.3)**.

1.1.1 L'affirmation du rôle central de l'Etat dans la définition et le pilotage de la politique de santé publique

En 2004, le législateur reconnaît la responsabilité de l'échelon national dans la détermination des contours de la politique de santé publique. Avec l'appui d'instances

⁸ Voir l'organigramme général de la santé publique, annexe 6.

⁹ « *Mieux vaut en effet l'Etat garant que l'Etat gérant* » fait valoir Georges CAVALLIER dans l'ouvrage *Villes, santé et développement durable*, Institut des Villes, Collection Villes et Société, La Documentation Française (coor. TASCAN-MENNETRIER C.), chapitre 3 : « Une coproduction territorialisée », p.186.

spécifiquement consacrée à ce domaine, il appartient surtout à l'Etat d'assurer le pilotage du dispositif qui voit alors le jour.

A) Une définition large de la politique de santé publique aujourd'hui bien intégrée

La loi énonce comme principe que la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. Dans la lignée des grandes orientations de la charte d'Ottawa¹⁰, elle adopte une conception large de la politique de santé publique¹¹. Il est intéressant à cet égard de relever que le rapport de 2006 intitulé « Stratégies nouvelles de prévention »¹² prend acte d'un changement de paradigme en recherchant quant à lui la mise en œuvre d'« *un parcours de vie ayant des répercussions sur l'état de santé* ».

Dans le même temps, la Direction Générale de la Santé (DGS) s'empare volontiers du dicton populaire selon lequel « *mieux vaut prévenir que guérir* »¹³ pour justifier la place essentielle reconnue à la prévention.

En effet, la France connaît l'une des meilleures espérances de vie et son système de soins est jugé performant. Pourtant, elle présente un paradoxe qui interpelle : d'une part, la mortalité et la morbidité évitables restent élevées et, d'autre part, les écarts entre régions ou entre catégories socioprofessionnelles demeurent préoccupants.

Partant d'un tel constat, le législateur a entrepris le lancement d'un vaste chantier : réformer la politique de santé publique en France. Dans la lignée des expériences mises en place notamment au Canada, au Royaume-Uni ou en Finlande¹⁴, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donc pour premier objectif de donner à la prévention¹⁵ les moyens de répondre à cette situation (en 2002, les dépenses de prévention s'élevaient à 10,5 milliards d'euros). La politique de santé publique, définie

¹⁰ OMS, Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, 1986.

¹¹ L'article L.1411-1 du code de la santé publique liste ce champ d'intervention qui recouvre : 1°a surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ; 2°a lutte contre les épidémies ; 3°a prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ; 4°a amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ; 5°a information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ; 6°a identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ; 7°a réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ; 8°a qualité des soins et des produits de santé ; 9°a organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ; 10°a démographie des professions de santé.

¹² Ministère de la santé et des solidarités. Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention. *Stratégies nouvelles de prévention* (dit rapport Toussaint), décembre 2006.

¹³ EYSSARTIER D., *La politique de prévention de la Direction Générale de la Santé*, in Place de la prévention dans la politique de santé, éd. John Libbey, Eurotext 2007, p.64 et s.

¹⁴ Rapport IGAS, *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*, 2003.

¹⁵ Sur la question de la prévention, voir également : Rapport IGAS. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française, 2003.

tous les cinq ans, a alors vocation à devenir « *le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs en s'attachant à corriger les inégalités.*

Allant plus loin encore, la loi se fixe pour objectif la réduction des inégalités. En particulier, l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique (PRS) mis en œuvre par l'Etat ainsi que les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie doivent prendre en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

Le 16 octobre 2006, le ministre de la Santé et des Solidarités, M. Xavier Bertrand, rappelait au cours des Etats généraux de la prévention, que le total des dépenses de prévention, y compris celles incluses dans la consommation de soins, atteint en 2005, 12 milliards d'euros, soit 0,7% du PIB, classant ainsi la France au 6^{ème} rang mondial (données OCDE).

Dans le même temps, le ministre mettait en exergue le souci d'une mise en œuvre mieux adaptée et plus efficace à l'échelle des territoires, allant même plus loin que la loi de santé publique qui préconise de retenir la région comme échelon pertinent des programmes de santé.

B) Un pilotage national renouvelé

L'Etat occupe un rôle central dans l'élaboration de la politique de santé publique. C'est en ce sens que la détermination des objectifs et la conception des plans, des actions et programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.

Par ailleurs, c'est au Gouvernement qu'il revient la possibilité d'élaborer un projet de loi qui définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique. A cette fin, le Gouvernement précise, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique de santé publique et les principaux plans d'actions qu'il entend mettre en œuvre. Ce rapport s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer établi par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), qui propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. La mise en œuvre de cette loi et de programmes de santé est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans. Elle peut par ailleurs faire l'objet à tout moment d'une évaluation globale ou partielle par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Cette place centrale dévolue à l'Etat se retrouve à l'échelon régional, puisque c'est le représentant de l'Etat dans la région qui définit de fait les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux en tenant compte des spécificités régionales.

L'annexe de la loi de santé publique définit, pour un ensemble de problèmes de santé – déclinés par pathologies et/ou par déterminants- des objectifs de santé quantifiés et susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle. Ces objectifs ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et moyens disponibles. Ces objectifs valent pour tous les acteurs de santé. Les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles. A ces objectifs pluriannuels, correspondent des indicateurs permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus. Dans le contexte de la LOLF, l'évaluation et l'atteinte des objectifs quantifiés contribuent à l'amélioration de la performance du système de santé et plus largement à l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population.

Lorsqu'il est nécessaire de coordonner les actions de divers intervenants sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels qui déclinent les actions et programmes à entreprendre et leurs modalités de mise en œuvre. En l'occurrence, la loi du 9 août 2004 a défini cinq plans nationaux¹⁶ Les objectifs et plans stratégiques définis à l'échelon national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié, en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants ou des conditions de mise en œuvre des actions.

Ce mode de pilotage est aujourd'hui bien rodé ; il s'appuie sur des instances érigées pour accompagner l'Etat dans sa tâche.

C) La mise en place de nouvelles structures nationales spécifiquement dédiées à la santé publique

a) *Des organismes d'expertise et de coordination*

Le Haut conseil de santé publique (HCSP) contribue à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique au travers d'un rapport remis au Gouvernement. Il lui

¹⁶ Il s'agit du plan national de lutte contre le cancer, du plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, du plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, du plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et du plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

appartient dans ce cadre de mettre en exergue les inégalités socioprofessionnelles ainsi que les inégalités géographiques observées en matière de santé. Il a par ailleurs une fonction d'expert en matière de gestion des risques sanitaires et participe, aux côtés des pouvoirs publics, à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. D'une manière générale, le HCSP a un rôle de conseil sur les questions de santé publique.

Le Comité national de santé publique a pour sa part vocation à coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention. Il contribue en outre à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans ces mêmes domaines et en examine les conditions de financement. Enfin, il est compétent pour l'analyse des évènements susceptibles d'affecter la santé de la population.

b) Un organisme de concertation : la Conférence nationale de santé (CNS)

Organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé, la CNS a essentiellement un rôle de concertation. Sa composition suggère une réelle volonté d'associer l'ensemble des parties prenantes de la santé publique. Elle formule notamment des avis et propositions sur les plans et programmes proposés par le Gouvernement ainsi que sur les voies d'amélioration du système de santé publique¹⁷.

c) Des organismes techniques et de communication

En matière de prévention, deux instituts nationaux ont vu le jour et concourent à la politique de santé publique : l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)¹⁸ et l'Institut National du Cancer (l'INCa, la particularité de ce dernier résultant dans le traitement d'une thématique donnée)¹⁹.

Créé par la loi du 4 mars 2002 et placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'INPES est un établissement public de l'Etat dont les missions ont été quelque peu remaniées par la loi de santé publique²⁰. Pour assurer ses missions, l'INPES constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Ce réseau, ouvert au grand

¹⁷ Voir notamment : Conférence nationale de santé. *Les voies d'amélioration du système de santé français*, avis 22 mars 2007.

¹⁸ Articles L.1417-4 à L.1417-9 et R.796-1 à R. 796-17 du code de la santé publique.

¹⁹ Articles L.1415-2 à L.1415-6 du CSP.

²⁰ Aux termes de l'article L.1417-1 du CSP, l'INPES, établissement public de l'Etat, a pour mission 1°) de mettre en œuvre pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique ; 2°) d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ; 3°) d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ; 4°) de participer à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires

public, aux associations et aux professionnels, participe à la diffusion de la culture de santé publique grâce notamment à la mise à disposition de supports d'information, d'outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé.

L'importance du rôle de ces deux opérateurs se traduit par les moyens financiers qui leur sont alloués par le ministère de la Santé : ils reçoivent en effet près de 65% des sommes dépensées au niveau national soit près de 70 millions d'euros.

Au-delà de la description de l'organisation de la politique de santé publique, il est intéressant de souligner les moyens dont la Nation entend se doter pour assurer la responsabilité qui lui est attribuée par la loi du 9 août 2004.

Dans le même temps, la loi de santé publique positionne sans ambiguïté le niveau régional comme niveau optimal d'intervention pour atteindre les grands objectifs nationaux de santé et mettre en cohérence les différents acteurs.

1.1.2 La consécration de la région comme maître d'ouvrage de la mise en œuvre de la politique de santé publique²¹

Jusqu'à la loi du 9 août 2004, la prise en charge des inégalités de santé était avant tout regardée sous le spectre de la précarité. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation de précarité mis en place dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions²², ont intégré cette dimension. La loi de santé publique inclut désormais ce programme et organise le dispositif de prévention. Pour ce faire, elle propose de structurer la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de plans régionaux de santé publique (PRSP), élaborés en interaction avec les conférences régionales de santé (CRS) et mis en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

A) Le plan régional de santé publique (PRSP), un dispositif de planification structuré Il résulte de l'article L.1411-11 du code la santé publique (CSP) qu' « *en vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région.* » Il intègre obligatoirement un PRAPS, 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.

collectives (notamment par la diffusion de messages sanitaires) ; 5) d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.

²¹ Voir également le schéma simplifié de l'organisation régionale de la santé en annexe 8.

Dans chaque région, le PRSP détermine les résultats de santé à atteindre. Il s'appuie sur un diagnostic local partagé²³ et détermine les programmes et les types d'actions adaptées à chaque question de santé. En cela il propose une méthodologie aux différents acteurs pour qu'ils puissent définir par eux-mêmes leur territoire d'intervention.

Plusieurs outils peuvent contribuer en pratique à la mise en œuvre du PRSP : des conventions entre services publics (par exemple entre la DRASS et le Rectorat pour des actions en milieu scolaire) ou entre organismes publics et privés, des conventions pluriannuelles d'objectifs conclus avec des associations (Observatoire régional de santé (ORS), Comité départemental d'Education pour la Santé (CODES)...), des appels d'offre aux entreprises privées (notamment pour la réalisation des évaluations) ou des appels à projets pour les associations.

En matière de crédits, au niveau de l'Etat ce sont plus de 60% des crédits globaux consacrés à la santé publique qui vont vers les régions.

B) La conférence régionale de santé (CRS), une instance de concertation devenue incontournable²⁴

Réunissant des représentants des principaux acteurs régionaux de la santé, elle constitue un lieu de synthèse où sont débattus l'ensemble des sujets de santé publique de la région : la prévention, la coordination des différentes composantes de l'offre de soins, la répartition des professionnels de santé sur le territoire de la région, le respect des droits des usagers du système de santé.

C) Le groupement régional de santé publique (GRSP), cheville ouvrière de la mise en œuvre de la politique de santé publique en région²⁵

Le GRSP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et des établissements publics intervenant dans le domaine de la santé (INPES, INVS...), les régimes d'assurance maladie, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), le Conseil régional, les départements, et, le cas échéant, les communes ou groupements de communes engagés dans des actions de prévention et qui souhaitent adhérer au groupement.

²² Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

²³ Le diagnostic régional en question bénéficie de l'appui et de l'expertise des observatoires régionaux de santé.

²⁴ Articles L.1411-12 et L.1411-13, articles R.1411-1 à R.1411-16 du CSP (décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé).

²⁵ Articles L.1411-14 à L.1411-18 et R.1411-17 à R.1411-23 du CSP (décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux de santé publique).

Il est à noter que le législateur a voulu éviter toute confusion de responsabilités entre les conditions d'élaboration du PRSP, confiées au représentant de l'Etat dans la région, et la mise en œuvre des programmes dévolue au GRSP, lequel rassemble les financeurs²⁶. De même, si la place accordée à l'Etat au sein du GRSP est liée à son rôle de garant de l'intérêt général, l'engagement de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales doit être regardée comme une condition essentielle de la coordination dans la conduite des actions de santé publique et donc de la réussite du dispositif général.

Le GRSP met en œuvre les programmes de santé, décide des projets éligibles à un financement, développe les coopérations et définit un programme d'études et de statistiques.

Au-delà, le GRSP peut être regardé comme un outil majeur de la lutte contre les déterminants de santé, cause d'inégalités. Dans ce contexte, il revient aux partenaires du GRSP de réfléchir à la prise en compte des facteurs sociétaux et sociaux, causes de dégradation de la santé dans tous les volets du PRSP.

En définitive, il lui appartient de promouvoir une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles et doit contribuer à atteindre une meilleure efficacité dans la réalisation des objectifs assignés à la politique de santé publique.

En pratique, le partage des compétences et la coordination des financements apportent une nouvelle dimension à la mise en œuvre de la politique en question. Au-delà des enjeux institutionnels, une telle approche suppose une recomposition des interventions et partant une certaine remise en question des rôles, attributions et visions de chacun des acteurs régionaux concernés.

Les GRSP sont aujourd'hui mis en place dans l'ensemble des régions françaises, leur fonctionnement est plus ou moins efficace en fonction de la façon dont ont été appréhendés les enjeux évoqués plus haut.

L'évolution du contexte juridique peut en outre déboucher sur une remise en cause des logiques d'acteurs qui pourraient impacter le fonctionnement du GRSP.

1.1.3 Une répartition théorique des compétences à repenser dans un contexte juridique et institutionnel en mutation ?

L'articulation des compétences issue de la loi de santé publique apparaît claire. Si la LOLF n'est pas en contradiction avec les principes jusqu'alors énoncés, la

²⁶ Il résulte de l'article L.1411-17 du CSP que les ressources du GRSP comprennent obligatoirement une subvention de l'Etat et une dotation de l'Assurance maladie

décentralisation amène –sinon en droit, au moins en fait- à repenser dans une certaine mesure cette répartition.

A) La loi organique relative aux lois de finances (LOLF), un cadre budgétaire renouvelé conforme aux orientations de la loi de santé publique

Le nouveau cadre budgétaire résultant de la LOLF est maintenant en place depuis le 1^{er} janvier 2006 ; il a considérablement influencé la mise en œuvre des politiques publiques. Dans le champ de la santé publique en effet, cette nouvelle nomenclature budgétaire assoit l'Etat dans son rôle de pilote tout en confiant la responsabilité de bon nombre de programmes à l'échelon régional.

Rappelons au préalable que la mission « Santé » regroupe différents programmes dont le programme 204 « Santé publique et prévention » (SPP). Celui-ci constitue, en 2008, le poste le plus important aux côtés des programmes « Offre de soins et qualité du système de santé » et de « Drogues et toxicomanies ».

Le programme « Santé Publique et prévention » poursuit six finalités :

- Concevoir et piloter la politique de santé publique en prenant en compte la dimension éthique et en améliorant les connaissances disponibles et leur diffusion ;
- Promouvoir l'éducation pour la santé ;
- Diminuer la mortalité prématurée évitable par des actions de prévention ;
- Diminuer la mortalité évitable par la prévention ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités ;
- Réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention.

Le programme s'articule avec les missions ou programmes de l'Etat qui traitent de la mise en œuvre des politiques de santé (travail, écologie et développement durable, enseignement scolaire, drogue et toxicomanie, lutte contre l'exclusion...), les actions des organismes d'assurance maladie et certaines missions des collectivités territoriales. Ce programme implique également le partenariat avec les professionnels de santé et de nombreuses associations.

Le responsable du programme est le DGS. Les autres acteurs sont étroitement associés soit au sein de réunions régulières avec notamment la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les autres directions du Ministère, soit dans le cadre défini par la loi de santé publique, en particulier via le Comité national de santé publique mis en place en 2006, les PRS et les GRSP dont la mise en place a été achevée en 2007, soit au moyen de protocoles (par exemple, Santé-Education).

Le programme se décompose en un budget opérationnel de programme (BOP) national, sous la responsabilité de la DGS qui permet de subventionner l'INPES et l'INCa et en 27

BOP régionaux, à partir desquels sont subventionnés, à un niveau déconcentré, les GRSP.

Les constats du Haut comité de la santé publique quant au paradoxe de la santé en France relève en premier lieu d'une politique de prévention. Les faiblesses de la situation française tiennent notamment au déséquilibre entre soins et prévention, cette dernière n'ayant pas fait l'objet d'investissement et de développements suffisants. Cela implique un besoin de renforcer les fonctions et les instruments de pilotage de la politique de santé publique, besoins pris en compte notamment par la loi de santé publique et dont les priorités pluriannuelles ont été redéfinies dans le cadre des Etats généraux de la prévention fin 2006. La France partage avec la plupart des pays industrialisés une situation démographique caractérisée par le vieillissement de la population induisant la nécessité d'actions de prévention visant à retarder les conséquences des maladies chroniques du grand âge, dans le but d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Pour répondre à cet enjeu de renforcement de la prévention, le programme comprend quatre actions correspondant aux besoins d'élaborer, de piloter et d'évaluer la politique de santé publique, d'agir sur les comportements individuels et collectifs, d'entreprendre des actions de prévention des pathologies présentant une mortalité et une morbidité élevées, d'améliorer la qualité de vie des malades et de lutter contre les handicaps. Cette politique s'inscrit dans une perspective de pluri-annualisation des actions de santé, de mobilisation et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs sur les enjeux de santé publique et d'évolution indispensable des pratiques et des comportements.

La mise en œuvre de la LOLF tend, sur un plan budgétaire, à confirmer l'articulation des échelons national et régional en matière de santé publique. L'acte II de la décentralisation résultant de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales apporte toutefois un nouvel éclairage et suscite bon nombre d'interrogations.

B) La décentralisation, nouveau paramètre à intégrer dans la déclinaison de la politique de santé publique ?

Les collectivités territoriales ont des compétences limitées dans le champ de la santé ; s'il est parfois fait mention de ces entités, c'est davantage dans des fonctions classiques de surveillance ou d'hygiène publique.

Les dernières évolutions législatives²⁷ semblent souffler le chaud et le froid entre plus de place accordée aux établissements, professionnels et élus locaux et recentralisation des compétences²⁸, entre ce qui est prévu dans les textes et la réalité de leur mise en œuvre.

²⁷ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités.

Le CSP prévoit la possibilité d'associer les collectivités territoriales au sein du GRSP. En pratique, celles-ci sont peu représentées au sein de cette instance. Un constat général peut être formulé : les acteurs locaux, associations ou communes, voire départements, ne sont pas a priori directement concernés par le texte de la loi de santé publique. Selon Michel Legros, c'est « *le signe d'un changement d'orientation qui consiste à définir les axes d'une politique et à laisser aux acteurs le souci de s'organiser* »²⁹.

Les cent objectifs de santé publique et les problèmes de santé publique abordés par le biais de plans stratégiques constituent davantage de véritables appels d'offre pour le développement de l'action locale. Mais ces appels d'offre ne sont pas dotés de moyens incitatifs permettant aux acteurs locaux de s'engager dans une recomposition de leurs interventions.

Au-delà des seules considérations tenant aux textes juridiques, des réticences saisissent les élus. Ceux-ci, à l'image de la société française, continuent le plus souvent de penser que la santé est une affaire d'experts et de médecins. De plus, en interrogeant les habitants, les élus craignent que ceux-ci ne leur parlent de manière incidente de leurs conditions de vie, les confrontant alors à des responsabilités dont ils n'ont plus le loisir de se dédouaner.

Toutefois, la définition de politiques à l'échelle locale présente des avantages en ce sens qu'elle permet d'adapter les programmes de développement aux besoins des populations, en tenant compte tant des caractéristiques sociales que des contextes territoriaux. Depuis les lois de décentralisation, on constate de la part des élus locaux une appropriation croissante des dynamiques existant en la matière. Cette intervention peut trouver une justification dans le fait que de nombreuses décisions prises par les collectivités territoriales ont des incidences sur l'état de santé (aménagement du territoire, qualité de l'air, de l'eau, de l'habitat...).

Pour autant, les difficultés de mise en œuvre et les disparités de traitement d'un territoire à l'autre constituent autant de risque de développement des inégalités, au gré des volontés politiques et des richesses locales. L'articulation des enjeux locaux et de la politique nationale est alors de fait difficile à appréhender. C'est pourquoi le renforcement de la décentralisation ne saurait occulter une définition claire du rôle de l'Etat.

²⁸ La recentralisation des compétences concerne la vaccination, la lutte contre la tuberculose et la lèpre, la lutte contre le VIH et les IST : articles L.3111-11 et suivants du CSP.

²⁹ LEGROS M., *Enjeu d'Etat, enjeux locaux, la loi de santé publique* dans l'ouvrage *Villes, santé et développement durable*, Institut des Villes, Collection Villes et Société, La Documentation Française (coor. TASCAN-MENNETRIER C.), chapitre 3 : « Une coproduction territorialisée », p.199 et s.

La régionalisation des politiques de santé publique est désormais acquise. Il est intéressant, au-delà de la seule répartition préconisée par les textes, de se pencher sur la façon dont la DRASS des Pays de la Loire est concrètement entrée dans l'ère des PRSP et autres outils régionaux.

1.2 L'appropriation de la région comme échelon stratégique de la politique de santé publique : l'exemple de la région des Pays de la Loire³⁰

En pratique, les acteurs régionaux ont joué le jeu de la régionalisation et se sont approprié cet échelon comme étant celui de la stratégie. Au regard de l'exemple des Pays de la Loire, plusieurs arguments apparaissent justifier ce choix : la région apparaît comme le niveau pertinent pour la planification (1.2.1) mais aussi pour la coordination des dispositifs et stratégies régionales (1.2.2). La DRASS fait enfin valoir les enjeux concrets de la mise en place du GRSP (1.2.3).

1.2.1 Un échelon pertinent pour la planification de la santé publique

Le choix de la région est justifié tant par le législateur que par la doctrine par un rôle stratégique à différentes étapes allant de l'élaboration à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Dans la région des Pays de la Loire, le PRSP³¹, arrêté le 14 mars 2006, affiche trois grands objectifs stratégiques, à savoir :

1. garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité ;
2. développer la prévention primaire et secondaire et l'éducation pour la santé, tout en veillant à l'articulation avec les soins ;
3. améliorer la qualité de vie de tous les Ligériens et notamment des patients et de leur entourage.

Neuf objectifs opérationnels complètent ces objectifs. Il s'agit d'outils transversaux qui ont vocation à être déclinés pour chaque programme en s'appuyant sur les spécificités régionales. Ces objectifs peuvent être regardés comme les « *conditions de réussite du PRSP* »³² : observation de la santé et de ses déterminants, information et éducation pour

³⁰ Les éléments restitués et analysés dans cette partie ont été recueillis pour l'essentiel auprès de la DRASS des Pays de la Loire.

³¹ PRSP des Pays de la Loire 2006-2009. Disponible sur internet : <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>.

³² Selon les termes du PRSP.

la santé, coordination des institutions et des acteurs, déclinaison territoriale des programmes, démarche participative, communication, formation, recherche.

Les axes prioritaires d'intervention sont présentés en fonction des grands âges de la vie : bien naître (0-3 ans), bien grandir (3-20 ans), bien vivre sa vie d'adulte, bien vieillir.

La régionalisation de la politique de santé publique a renforcé la dynamique autour la politique régionale de santé sous la responsabilité de l'Etat grâce à l'élaboration d'un document de référence (politique et méthodologique) affichant des objectifs consensuels et porteurs de sens : le PRSP. L'élaboration de ce plan a permis d'associer les divers institutionnels (Etat, ARH, Assurance Maladie et collectivités territoriales volontaires) ainsi que divers opérateurs nationaux et régionaux, dès le diagnostic initial. Enfin, la planification ainsi mise en œuvre a pu susciter la diffusion d'une culture partagée de santé publique.

La régionalisation de la mise en œuvre de la politique de santé publique apparaît largement en cohérence avec la réorganisation des services de l'Etat en région³³. Le Préfet de région fixe les orientations et arrête le PRSP. Il s'appuie sur le GRSP qu'il préside mais aussi sur le pôle santé publique/cohésion sociale animé par le DRASS, un des huit pôles regroupant les services déconcentrés de l'Etat en région autour du préfet.

La région s'est donc imposée comme l'échelon pertinent de la planification des programmes de santé ; elle est également souvent appréhendée comme le niveau optimal de la cohérence des politiques de santé.

1.2.2 Un niveau optimal pour la coordination et le pilotage de la politique de santé publique

La région des Pays de la Loire bénéficiait d'une dynamique régionale qui a permis en pratique d'assurer sans grande difficulté la coordination des acteurs et des stratégies.

A) Une dynamique régionale préexistante...

La région des Pays de la Loire bénéficie d'une certaine antériorité en matière de politique régionale de santé. En effet, la première CRS s'est déroulée le 18 décembre 1995 et le premier PRS portant sur les conduites d'alcoolisation à risques a été initié dès 1994 et a été élargi à toutes les addictions en 2004. De même, cinq conférences ont suivi après les ordonnances d'avril 1996³⁴ débouchant sur cinq PRS, en passant par la conférence européenne sur le suicide des jeunes qui s'est tenue à Nantes en septembre 2000.

³³ Voir notamment : Rapport IGAS, *Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social*, 2003.

³⁴ Ordonnance n°396-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

La CRS, instance consultative, est regardée en région comme une force de proposition dynamique. Cinq réunions ont eu lieu depuis son installation le 28 novembre 2005 : trois à Nantes, une à Angers et une au Mans. La prochaine, programmée en juin 2008 se tiendra en principe à la Roche-sur-Yon. Les travaux de la CRS sont eux-mêmes très riches. Un premier rapport sur le respect du droit des usagers du système de santé a été rapidement rédigé. Une commission travaille actuellement sur le suivi et l'évaluation du PRSP. Un troisième groupe a fait des propositions sur la coordination des acteurs autour de la personne âgée.

La région des Pays de la Loire bénéficie en outre d'une bonne articulation entre CRS, au rôle consultatif et GRSP, à la fonction exécutive, le président de la CRS étant l'invité permanent du conseil d'administration du GRSP.

La région dispose par ailleurs d'opérateurs reconnus et performants : l'ORS, le réseau d'éducation pour la santé (CREDEPS, CODES), deux centres hospitaliers universitaires (Nantes et Angers), des acteurs de proximité nombreux et travaillant en partenariat.

En définitive, la démarche de régionalisation est bien ancrée et participe de la cohérence de la politique de santé dans son ensemble.

B) ...au service d'une politique régionale de santé publique cohérente

a) *Le PRSP pense l'articulation des différentes politiques régionales de santé*³⁵

❖ PRSP et SROS

La loi de santé publique rappelle que le directeur de l'ARH prend en compte les objectifs du PRSP lorsqu'il arrête le SROS³⁶. Les SROS de troisième génération s'inscrivent dans la double perspective de l'ordonnance du 4 septembre 2003³⁷ d'une part qui rappelle la nécessité d'une approche « large » de la santé, allant de la prévention aux soins palliatifs et de la loi de santé publique d'autre part.

Dans la région des Pays de la Loire, le découpage par âges de la vie fait référence. Il a été repris dans le SROS III³⁸. L'examen des cinquante contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) effectués dans ce cadre a montré la cohérence entre le SROS et le PRSP, ainsi qu'une bonne appropriation du PRSP par les établissements de santé,

³⁵ Voir également l'annexe 7 intitulée « *Le PRSP dans son environnement* ».

³⁶ Une circulaire DHOS du 29 avril 2005 incite également très fortement les ARH à « intégrer les objectifs de santé publique définis dans le cadre du PRSP afin que l'offre de soins puisse répondre aux besoins exprimés en termes de prévention et d'éducation sanitaire. »

³⁷ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

³⁸ Schéma Régional d'Education Pour la Santé 2003-2007 Pays de la Loire. Disponible sur internet : <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>.

quelles que soit leur importance, surtout pour les volets « bien vivre sa vie d'adulte » et « bien vieillir ». En outre, l'introduction d'une annexe santé publique dans les CPOM préconisée par les textes³⁹ constitue une garantie supplémentaire de la mise en cohérence des PRSP et SROS.

❖ PRSP et PRAPS

Les PRAPS ont pour objectif de développer les programmes de prévention en direction des populations précarisées par des interventions sur des problèmes ou des déterminants de santé ou des actions de santé globales, en particulier au niveau des communes ou des quartiers.

La loi de santé publique stipule en son article 2⁴⁰ que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées, constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. » Cette disposition traduit pleinement l'intégration du PRAPS dans le PRSP annoncée par ailleurs. Cette évolution répond à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé. Dans la région des Pays de la Loire, le PRAPS II 2003-2006 s'était d'ores et déjà attaché à décliner des orientations de santé publique à l'égard de ce public spécifique en encourageant notamment la mise en réseau des acteurs, en incitant au développement des ASV et en préconisant la mise en œuvre d'actions par territoires de projets afin d'être au plus proche des populations. Les PRAPS sont aujourd'hui reconduits sous la forme d'un volet santé-précarité adjoint aux PRSP ; gageons donc que le risque de contradictions entre ces deux outils de planification sera écarté.

❖ PRSP et SREPS

Le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées a élaboré au cours de l'année 2001 le plan national d'éducation pour la santé⁴¹ (PNEPS), dont l'objectif général était de permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une éducation pour la santé de qualité⁴², par le biais des SREPS⁴³. Le modèle français de l'éducation pour la santé se caractérise par un libéralisme extrême de la gestion de ce domaine et se traduit par une grande décentralisation de ses responsables et le foisonnement de ses intervenants.

³⁹ Décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

⁴⁰ Article L.1411-1-1 du CSP.

⁴¹ Sur la définition de l'éducation pour la santé, voir annexe 1.

⁴² Le PNEPS comporte trois axes : la valorisation de l'éducation thérapeutique, le développement de la formation et de la recherche, ainsi que la mise en place d'un véritable service public en éducation pour la santé.

⁴³ Schéma Régional d'Education Pour la Santé 2003-2007 Pays de la Loire. Disponible sur internet : <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>.

Les nouveaux PRSP devraient s'inscrire dans une démarche globale de promotion de la santé en s'appuyant sur la réflexion en matière d'éducation pour la santé ainsi que sur la dynamique partenariale issue des SREPS. Questionnées sur ce sujet, certaines DRASS font valoir qu'à terme, le SREPS serait lui aussi absorbée par le PRSP. La DRASS étant à l'origine des deux productions, il n'apparaît pas utopique de penser que la mise en cohérence commence au sein de ces services.

La coordination jusqu'alors suggérée n'est pleinement effective que pour les politiques régionales. Or, certaines politiques ne sont pas régionalisées et/ou articulées. Ainsi, dans le champ médico-social, bon nombre de schémas relèvent du département (en vertu des lois de décentralisation qui font du Président du Conseil général le chef de file de l'action sociale) et ne sont donc pas a priori articulés avec le PRSP.

b) Le PRSP pense l'articulation entre les différents acteurs régionaux de la santé publique

La recherche d'une cohérence au sein de la politique de santé publique implique une coordination des institutions et acteurs régionaux, nombreux et aux objectifs différents : ARH, DRASS, Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), collectivités territoriales.

Sous l'égide des premières expérimentations régionales puis des PRS, des dynamiques ont d'ores et déjà été enclenchées : dans de nombreuses régions les acteurs ont appris à travailler ensemble et y ont trouvé une véritable plus-value, dès lors que se confrontent et se complètent les approches des professionnels, usagers et administratifs.

c) Le PRSP pense l'articulation des différentes stratégies de santé publique

L'approche individuelle et l'approche populationnelle ne sont pas opposées.

L'approche individuelle est plus communément abordée sous l'angle de thématiques de santé publique, qui constituent tantôt des déclinaisons des plans stratégiques nationaux évoqués plus haut (par exemple le cancer, la nutrition, la santé au travail...), tantôt des thématiques déterminées par les régions.

L'approche populationnelle renvoie au traitement de la santé publique à destination d'un groupe d'individus aux caractéristiques communes : personnes en situation de précarité, jeunes, personnes incarcérées... Hormis la première catégorie qui fait l'objet d'une réflexion particulière au travers des PRAPS, l'approche populationnelle est généralement diluée dans l'ensemble des programmes, lesquels prévoient une ou plusieurs actions à destination des groupes en cause.

Les PRSP « jouent » en réalité le plus souvent sur l'ensemble de ces portes d'entrées avec un objectif louable : démultiplier les effets de la politique de santé publique.

Dans le PRSP des Pays de la Loire, c'est l'approche par âge de la vie qui permet a priori de procéder à une combinaison des différentes stratégies en cause.

Par ailleurs, il semble que le lien entre politiques sociales et politiques de santé publique ne bénéficie pas à l'heure actuelle d'une reconnaissance effective. Appréhender la politique de santé publique sous l'angle des déterminants de santé ou en vertu de l'approche globale de la santé suggère pourtant une réflexion approfondie sur les interactions entre ces champs.

Outre les nombreuses possibilités de coordination que suggère la régionalisation de la politique de santé publique, la mise en œuvre du GRSP doit permettre une optimisation de l'utilisation des ressources publiques.

1.2.3 Un levier pour la rationalisation financière de la politique de santé publique ?

Le GRSP permet aux différentes structures intervenant en santé publique de s'associer pour assurer la déclinaison opérationnelle des actions du PRSP. D'un point de vue budgétaire, ce groupement a vocation à constituer un « pot commun » permettant de financer les actions de santé publique jugées prioritaires. En d'autres termes, il s'agit de pallier au risque de dispersion des fonds alloués parfois par une multiplicité de financeurs. Le conseil d'administration du GRSP des Pays de la Loire⁴⁴ a tenu sa première réunion le 31 mars 2006, sous la présidence du préfet de région. Ont suivi deux réunions en 2006 et deux en 2007. Le comité des programmes est divisé en deux instances : un comité restreint composé des chefs de projet et un comité élargi composé de tous les représentants du conseil d'administration et présidé par le directeur du GRSP.

Conformément aux textes, certaines collectivités territoriales ont intégré le conseil d'administration du GRSP. C'est le cas des Conseils généraux de la Mayenne et de la Vendée, du Conseil régional et des communes de Nantes, La Roche-sur-Yon, Machecoul, Pornic⁴⁵. D'autres collectivités territoriales sont adhérentes mais non membres du conseil d'administration. Citons, pour le département qui nous intéresse, les communes du Mans et de La Ferté-Bernard ainsi que la communauté de communes du Pays Fléchois. Le Conseil général de Loire-Atlantique s'est retiré, ceux du Maine-et-Loire et de la Sarthe ne sont pas adhérents. Quant au Conseil régional, il participe à la procédure d'appel à projets mais ses financements ne sont pas versés au GRSP. Ajoutons que le Conseil

⁴⁴ Site du GRSP des Pays de la Loire : <http://www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr>.

⁴⁵ Les communes suppléantes sont respectivement Angers, Rezé, Montaigu, La Baule.

régional et l'Etat ont signé le contrat de projets Etat-Région 2007-2013 qui mobilise 8,045 millions d'euros pour la santé publique (pour l'observation de la santé et la permanence des soins notamment) dont 2, 935 millions d'euros pour le Conseil régional et 5,110 millions pour l'Etat.

En pratique, le GRSP trouve des relais départementaux dans les DDASS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), chargées de gérer la procédure d'appel à projets sur les territoires qui les concernent.

L'ensemble du dispositif ainsi pensé apporte en définitive de la cohérence, de la simplification dans les relations entre porteurs de projets et financeurs, et une rationalisation et une amplification des actions de prévention.

La mutualisation des moyens se heurte néanmoins à la difficulté de mise en œuvre du budget du GRSP. Cela résulte tout d'abord des exigences de l'Assurance Maladie qui a procédé à un versement en deux fois aux promoteurs alors que leur dotation n'était toujours pas arrivée fin juillet sur le compte du GRSP. Par ailleurs, les collectivités territoriales ne versent pas nécessairement leurs crédits dans le « pot commun » : ainsi, le Conseil régional des Pays de la Loire s'est engagé dans la démarche, participe à l'appel à projets mais conserve de fait la gestion de ses financements. Enfin, il est regrettable de constater que les enveloppes n'étaient pas encore stabilisées en fin de premier trimestre.

Le système d'appels à projets fragilise en outre l'engagement des associations porteuses de projets qui ne peuvent avoir l'assurance que le projet mis en place sera reconduit. Ce qui peut induire un épuisement des acteurs.

Ces outils régionaux constituent le cœur de la politique de santé publique qui émerge dès 2004. La région est alors reconnue par les textes comme l'échelon stratégique de la politique de santé publique. Si la montée en charge du dispositif a été longue, l'appropriation de cet échelon par les acteurs de la politique de santé publique n'a depuis pas été remise en cause dans la région des Pays de la Loire. De plus en plus pourtant, la possibilité d'une approche au plus près des territoires –et donc à un niveau infra-régional– est mise en exergue.

1.3 La politique de santé publique à l'aube de la réflexion territoriale

Les développements suivants doivent permettre de situer le contexte de la réflexion territoriale. Ainsi, seront abordés successivement les fondements et enjeux de la territorialisation **(1.3.1)**, les expériences des régions Nord-Pas-de Calais et Bretagne

souvent citées en exemple **(1.3.2)** avant de mettre en lumière la question de la déclinaison territoriale dans la région des Pays de la Loire et en Sarthe **(1.3.3)**.

1.3.1 Fondements et enjeux de la territorialisation

A) Fondements de la territorialisation

Le territoire constitue une réalité spatiale, temporelle et historique, qui doit être prise en compte dans l'élaboration et la conduite des actions de santé pour que celles-ci soient adaptées aux attentes et aux spécificités des différents publics qui constituent la population locale (selon le sexe, les âges, les modes de vie et les activités, les facteurs de risques...) et qu'elles s'inscrivent durablement dans la vie des gens.

« L'un des apports majeurs de l'approche territoriale des questions de santé est de privilégier la demande et les besoins par rapport à l'offre et aux structures. Ceci conduit à prendre en compte la santé dans toutes ses dimensions et à ne pas se concentrer sur les seuls soins et leur distribution spatiale. L'approche territoriale conforte le passage d'une logique d'institutions à une logique de services de santé. »⁴⁶

Le champ de la santé publique aspire de plus en plus à une territorialisation des politiques de santé. Cela ressort notamment des PTS, mais s'inscrivait déjà dans le PNEPS qui prévoyait le soutien au développement d'organisations locales. La mise en place des SREPS tend à renforcer ce mouvement avec un objectif unique : rendre accessible à tous une éducation pour la santé de bonne qualité.

Un paradoxe subsiste pourtant : comment penser la pertinence de politiques de plus en plus locales alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ?⁴⁷

B) Enjeux de la territorialisation

Deux logiques sont sous-jacentes à la territorialisation : la proximité d'une part, et la transversalité des actions d'autre part.

Les objectifs de la territorialisation consistent d'abord à réduire les inégalités de santé en améliorant l'accès de tous à la prévention et aux soins, ensuite à impliquer l'ensemble des intéressés -acteurs et bénéficiaires- dans toutes les étapes du processus (formulation de leurs besoins, élaboration et conduite des actions), et enfin à décroiser les acteurs de la santé publique. Ce dernier objectif suppose notamment de mettre en synergie des

⁴⁶ VIGNERON E., CORVEZ A., SAMBUC R., *Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020*, p.88.

⁴⁷ LE GRAND E., LAURENT-BEQ A., *Développer une approche territorialisée de la santé*, Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », *La Santé de l'homme* 383, mai-juin 2006, p.16-17.

financements verticaux et de sortir des logiques institutionnelles pour favoriser l'expression des dynamiques locales.

L'un des enjeux de la territorialisation consiste également à répondre aux limites de fait ou de droit de la régionalisation. Ainsi, la multiplication des commanditaires déjà évoquée amène à un autre constat : les compétences institutionnelles s'entrecroisent et l'Etat doit composer avec d'autres intervenants des différents échelons (collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie...)

Par ailleurs, certaines définitions stratégiques restent au niveau départemental : c'est le cas de la permanence des soins et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). Le département conserve alors une légitimité dans la mise en œuvre des actions correspondantes. Dans le département de la Sarthe, les priorités MILDT ont été déclinées dans le cadre d'une programmation pluriannuelle 2005-2008, autour de l'objectif suivant : réduire la consommation des produits psycho-actifs en mettant l'accent sur la spécificité de chacun des produits et en privilégiant la jeune génération. En vue d'assurer la coordination des acteurs de la lutte contre les addictions, était notamment prévue la formalisation de dynamiques territoriales par bassin de vie (pays) : Sablé-sur-Sarthe, La Ferté-Bernard, La Flèche, Mamers, Le Grand-Lucé, Coulaines (dans le cadre du contrat de ville).

En tout état de cause, la mention d'une nécessaire déclinaison territoriale « à un niveau approprié » répond au souhait des DRASS et des DDASS de pouvoir élaborer de véritables stratégies locales de santé associant les acteurs du soin et ceux de la prévention⁴⁸.

1.3.2 Des expériences régionales préexistantes réussies

La lecture des différents PRSP a permis de mettre en exergue l'adoption dans bon nombre de régions de l'approche territoriale. Celle-ci prend des formes diverses selon les caractéristiques territoriales de chacune d'entre elles. Seront explicitées ici les exemples du Nord-Pas-de-Calais et de la Bretagne.

- A) Les programmes territoriaux de santé (PTS) sont aujourd'hui pleinement déployés dans la région Nord-Pas-de-Calais⁴⁹

La Région Nord-Pas-de-Calais compte treize arrondissements allant de 190.000 habitants à 1.200.000 habitants. D'importantes disparités infrarégionales sont constatées en

⁴⁸ M. WILLAUME, *Point de vue de la conférence des DRASS sur la loi du 9 août 2004*, Santé publique 2004, volume 16, n°4, pp. 695-698.

matière d'indicateurs de santé. Pour développer une politique de santé publique cohérente, efficace, et de proximité, les partenaires institutionnels et les collectivités territoriales ont décidé de s'appuyer sur une déclinaison territoriale des programmes régionaux de santé (2000-2006) et du PRSP (depuis 2007) à travers la mise en œuvre d'un PTS sur chaque arrondissement.

Le PTS peut être regardé comme l'instrument de la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et intégré d'activités en vue d'améliorer la santé d'une population déterminée sur un territoire défini. Il est défini en principe pour trois ans mais peut être reconduits après évaluation. Sa création répond en l'occurrence à la nécessité d'articuler à l'échelle d'un territoire suffisamment vaste les initiatives et politiques développées dans le domaine de la santé en relation avec les besoins recensés et les ressources disponibles.

Les PTS ne remettent pas en cause la régionalisation de la politique de santé publique dès lors qu'ils veillent à intégrer la déclinaison locale des PRS, le volet santé des anciens contrats de ville, les contrats territoriaux initiés dans le département du Nord ainsi que les diverses actions de santé promues par l'Etat dans toutes ses composantes (Education Nationale, collectivités territoriales, acteurs publics de santé).

Cette approche territoriale permet aujourd'hui de mobiliser des acteurs locaux, notamment les élus, et d'articuler les politiques locales et régionales. Cependant certaines difficultés persistent : des territoires non couverts, un manque d'évaluation, l'insuffisance des moyens de coordination, des financements comme variable d'équilibre budgétaire pour les opérateurs, la difficile articulation avec le niveau régional sont autant de limites de la démarche évoquées par la DRASS.

B) La territorialisation des politiques de santé en Bretagne s'appuie sur l'expérimentation de l'animation territoriale de santé (ATS)⁵⁰

La Bretagne présente la caractéristique d'être une région totalement couverte par les pays (au nombre de 21), dont les périmètres ont été arrêtés par le Préfet de région. Territoire de projet, le pays est le lieu d'élaboration d'une stratégie de développement durable à travers une charte. En effet, ces territoires de projets possèdent eux-mêmes des pouvoirs d'action non négligeables sur les déterminants de santé que sont l'aménagement du territoire, l'habitat, l'environnement physique, économique et social. Les responsables des politiques de santé publique ont ainsi ressenti le besoin d'expérimenter la mise en place de dispositifs de proximité capables d'assurer la

⁴⁹Voir le site de la DRASS Nord-Pas-de-Calais : http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sante_prevention/prsp/.

⁵⁰ Voir le PRSP Bretagne 2006-2010, disponible sur : <http://bretagne.sante.gouv.fr>.

coordination et l'émergence d'actions cohérentes et adaptées en matière de promotion de la santé. La décision de lancer une telle expérimentation a été actée en 2002 par le Comité régional des politiques de santé sur proposition du comité des directeurs des affaires sanitaires de Bretagne. L'expérimentation se découpe en 3 phases : une phase diagnostique, une phase d'élaboration d'un projet d'actions territoriales, une phase d'évaluation.

Dans ce cadre, l'animateur territorial de santé participe à la mise en œuvre du diagnostic territorial, coordonne et accompagne les projets mis en place sur son territoire et joue un rôle essentiel en termes d'information et de communication (il fait notamment le lien entre porteurs de projets et institutionnels).

Lors de l'entretien avec l'une des ATS⁵¹, plusieurs limites ont été mises en exergue relativement à cette expérimentation : l'absence de partage du concept de « promotion de la santé », l'association quasi-nulle de la population à la démarche, l'étendue du territoire d'intervention jugée trop importante, l'impossibilité de rencontrer la totalité des acteurs, la non validation du diagnostic par l'ensemble des acteurs.

Ce sont là autant d'enseignements qui doivent inspirer la mise en œuvre de la territorialisation dans la région qui nous intéresse.

1.3.3 Quelle déclinaison territoriale de la politique de santé publique dans la région des Pays de la Loire ?

Le PRSP 2006-2009 des Pays de la Loire n'a pas omis d'envisager la déclinaison territoriale de la politique de santé publique. Celle-ci constitue d'ailleurs un objectif opérationnel, qui a vocation à être mis en œuvre de manière transversale dans les programmes de santé. Très précisément, le plan insiste sur la nécessité de « *favoriser la déclinaison territoriale de l'ensemble des programmes, en articulation avec la démarche d'élaboration du SROS III et d'autres schémas* ». Pour la DRASS, les territoires de santé définis dans le cadre du SROS constituent l'échelon le plus cohérent de déclinaison de la politique de santé publique. Pourtant, le débat autour de la notion d'échelon pertinent est bien plus complexe et la question n'est pas close. Aussi, l'étude plus approfondie des caractéristiques du département de la Sarthe, cadre potentiel de la déclinaison envisagée, constitue un préalable incontournable.

⁵¹ Entretien avec Hélène Mazonq, animatrice territoriale de santé Pays de Vitré-Porte de Bretagne.

A) Le choix de la DRASS des Pays de la Loire : les territoires de santé du SROS III

Les territoires de santé du SROS III ont été indirectement repris dans le PRSP. Si la DRASS s'attache à valoriser cet échelon, tous les acteurs ne les reconnaissent pas en pratique, ce qui conduit parfois à la mise en œuvre d'expérimentations propres à un département ou à un territoire.

Le territoire de santé présente l'avantage d'être, au sens du SROS, un territoire charnière entre proximité et recours. Il est essentiel dans la mesure où il a d'ores et déjà été retenu pour l'analyse des besoins de santé. Il offre un cadre géographique privilégié pour une concertation opérationnelle sur l'ensemble du champ qui va de la prévention aux soins palliatifs. Il constitue ainsi le niveau pertinent permettant de réunir tous les partenaires concernés : professionnels, établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associations, acteurs du champ de la prévention, usagers du système de santé et élus.

En Pays de la Loire, ces territoires sont au nombre de 15 ; les territoires de santé du Mans et de Sablé-La Flèche couvrent à eux deux le département de la Sarthe⁵².

C'est sur ces territoires qu'ont élaborés les projets médicaux communs de territoire (PMT) après publication du SROS III et du PRSP, déclinés pour chacun en coordination sur ces 15 territoires, permettant une réponse globale aux besoins de santé.

Sur la base des territoires de santé ainsi définis, une commission spécialisée de la conférence régionale de santé a entrepris un travail d'évaluation des actions au titre du premier objectif stratégique « *garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité* ». Ce projet concerne pour l'heure les formations à la prévention et à la gestion de crise ainsi que les actions relatives à la prévention des conduites addictives.

*« Ce pourrait être l'ambition du prochain SROS que de promouvoir cette dynamique des territoires partagés et la mobilisation commune des acteurs pour y assurer le meilleur service à la population ».*⁵³

B) Débat autour de la notion d' « échelon pertinent »

Dès lors que le principe de la territorialisation est admis, se pose de manière aigüe la question de la détermination de l'échelon pertinent de cette déclinaison territoriale de la santé publique, et partant celle de la cohérence entre les niveaux d'intervention.

Les départements peuvent être regardés comme l'échelon pertinent de la coordination territoriale des actions ainsi que comme le niveau de coordination privilégié du sanitaire et du social. Il ressort des entretiens menés auprès notamment des coordonnateurs de

⁵² Carte des territoires de santé de la région Pays de la Loire présentée en annexe 9.

réseaux que le département, et la DDASS, bénéficie d'une certaine visibilité et d'une proximité réelle qui facilite les échanges avec les acteurs de terrain. De plus, les compétences humaines y sont suffisamment proches pour être mutualisées.

« *L'enjeu est aujourd'hui que cette approche territoriale trouve toute sa place au sein de la politique régionale de santé en cours de développement. Il est admis qu'il n'existe pas de modèle unique pour la « territorialisation » infra-régionale de la politique de santé publique.* »⁵⁴ Selon le rapport Toussaint, cela se justifie par la diversité des territoires considérés (administratifs, de projets, d'organisation des soins...) et des modalités de réponse aux problématiques de santé des populations.

Il appartient en définitive à chaque département de définir le découpage territorial pertinent pour la promotion de la santé, l'essentiel étant d'obtenir l'adhésion des différents acteurs concernés, parmi eux les collectivités territoriales.

En d'autres termes, le découpage doit prendre en compte la réalité et les choix déjà établis par les collectivités ou les institutions dans un souci de cohérence des interventions (pays, communautés d'agglomération mais aussi découpage médico-social, sectorisation...)⁵⁵

Les partenaires (Assurance Maladie, Etat, y compris l'Education nationale, acteurs associatifs, mutuelles...) seront invités à respecter autant que possible le principe de ce découpage territorial et à adhérer à une véritable charte de la territorialisation de la promotion de la santé.

Le choix des territoires d'intervention doit relever d'une décision institutionnelle partagée, qu'il s'agisse de revitaliser une zone vulnérable ou de valoriser les réussites d'une zone « engagée ». Ces choix doivent être guidés par un souci d'accès équitable de tous à des services de qualité.

Le choix du territoire devra être également être éclairé par certaines considérations. Par exemple, l'approche par indicateurs quantitatifs présente des limites techniques dès lors qu'on souhaite l'appliquer à des territoires restreints. L'observation et partant l'information sont souvent peu disponibles à des échelons infrarégionaux ou infra départementaux alors que les observatoires régionaux gagnent chaque jour en légitimité en raison de leur expertise accrue. Lorsque les éléments d'information en question existent, le caractère

⁵³ SROS III Pays de la Loire 2006-2010, Extrait du rapport du groupe de travail « *Territoires et accès aux soins* ».

⁵⁴ Rapport *Stratégies nouvelles de prévention* déjà cité.

⁵⁵ Une circulaire du 16 avril 2003 préconisait l'expérimentation de la mise en œuvre d'un volet sanitaire et social dans les chartes de pays et les projets de communautés de communes ou d'agglomération.

significatif des résultats relevés est nécessairement limité en raison de la faiblesse de l'échantillon de départ.

C) Enjeux de la territorialisation dans le département de la Sarthe⁵⁶

La territorialisation apparaît désincarnée si elle n'est pas mise en adéquation avec le contexte dans lequel on entend la développer. Il convient donc de faire état d'un certain nombre d'éléments caractéristiques du contexte sociodémographique et sanitaire dans le département de la Sarthe.

a) *Données sociodémographiques*⁵⁷

Comportant 530.000 habitants selon le dernier recensement de 1999, le département de la Sarthe est un département à dominante rurale. Il comprend 35 communautés de communes réparties entre six pays. Le département n'est pas homogène sur le plan sociodémographique. Les communautés de communes les plus denses se situent sur un axe central nord-est/sud-ouest et incluent les villes les plus peuplées : Le Mans, La Flèche, Sablé-sur-Sarthe, Allonnes et la Ferté-Bernard. Ce sont également les zones les plus jeunes et les plus dynamiques sur le plan démographique. Le Mans Métropole, au cœur du département, concentre plus du tiers de la population sarthoise.

La Sarthe est un peu moins touchée par la pauvreté que la moyenne française. Les bénéficiaires de minima sociaux y sont en proportion moins nombreux. Néanmoins un ménage sur dix vit sous le seuil de pauvreté ou rencontre des difficultés. Les zones les plus concernées sont le cœur des agglomérations et les espaces ruraux peu dynamiques. L'offre médicale de proximité, moins fournie en Sarthe que dans d'autres départements des Pays de la Loire, est inégalement répartie sur le territoire. La CMU s'adresse à des personnes en situation de précarité ; elles sont les plus nombreuses dans le Mans Métropole.

b) *Données sanitaires*⁵⁸

Il s'agit d'évoquer quelques données « brutes » de santé, afin de situer le département au regard des indicateurs régionaux et/ou nationaux.

Le territoire du Mans couvre environ 440.000 habitants, soit 14% de la population régionale. 44% du territoire habitent l'agglomération du Mans. Selon l'INSEE, ce territoire devrait compter, en 2030, 459.000 habitants. Mais la croissance de la population va

⁵⁶ Une carte générale du département de la Sarthe figure en annexe 10.

⁵⁷ INSEE, Pays de la Loire, Dossier « *Observation sociale des territoires de la Sarthe* », N°17, février 2006.

⁵⁸ *Le diagnostic par territoire de santé*, SROS III Pays de la Loire 2006-2010.

s'accompagner d'une transformation en profondeur de la structure par âge : alors que la part des moins de 20 ans devrait diminuer de 17%, le nombre de personnes de 60 ans ou plus devrait augmenter de plus de 60%. Sur ce territoire, les décès prématurés représentent 19% de l'ensemble des décès au cours de la période 1998-2000. Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers représentent respectivement 30% et 27% des 4100 décès dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Sur cette même période, la mortalité par suicide y est supérieure de 68% à celle constatée au plan national et la mortalité par cirrhose du foie est supérieure de 15% à la moyenne nationale.

Le territoire de santé de Sablé-La Flèche, avec un peu plus de 63.000 habitants, représente un peu moins de 2% de la population régionale. Il devrait compter environ 71.000 habitants en 2030 et, comme le territoire du Mans, verra accroître la part de la population vieillissante. Globalement, les causes de décès prématurés s'inscrivent dans la même tendance que dans le territoire du Mans.

c) Premiers éléments d'analyse de la situation du département

A ce stade, plusieurs remarques peuvent être formulées. Le département de la Sarthe peine à s'affirmer au niveau régional ; la territorialisation prend une dimension particulière dans un département aux dimensions réduites.

En outre, il existe des inégalités visibles entre les territoires : il est assez commun d'opposer zones urbaines et zones rurales.

Le découpage administratif semble toutefois bien intégré par les acteurs du département ; il convient de s'appuyer sur cet existant lors de la mise en œuvre de la politique de santé publique.

La perspective du vieillissement de la population donne une coloration nouvelle à l'approche territoriale de la santé publique.

Enfin, les suicides et les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool constituent de véritables sources d'inquiétudes dans le département. Les cancers et maladies cardiaques pourraient également être rattachés à des comportements de santé inappropriés et devront être pris en considération lors de la priorisation des actions de santé au niveau départemental ou infra-départemental.

L'échelon régional est aujourd'hui considéré comme le territoire le mieux adapté à la mise en œuvre des politiques de santé publique. La déclinaison de cette approche rencontre néanmoins des difficultés dont les institutionnels du département se saisissent aujourd'hui afin d'étayer la thèse de la territorialisation.

2 La complémentarité des approches en santé publique dans le département de la Sarthe

Fort de l'impulsion de la loi de santé publique, le département de la Sarthe s'est penché sur les modalités de la conduite d'une politique de santé publique efficace. La DDASS a su déployer divers instruments **(2.1)** qui présentent des forces mais aussi certaines faiblesses **(2.2)**. Elle poursuit de surcroît la réflexion territoriale comme en témoigne le lancement de nouveaux projets qu'il est intéressant d'explicitier ici **(2.3)**.

2.1 Etat des lieux des outils à disposition de la DDASS en matière de santé publique

Compte tenu de l'importance du champ de la santé publique, y compris dans sa déclinaison au niveau du département, il n'est pas question de faire un état des lieux exhaustif des leviers à la disposition de la DDASS. Il semble tout aussi opportun de mettre en exergue quelques éléments d'analyse relativement à des stratégies aux objectifs et conséquences différenciés : l'optimisation des ressources financières doit ainsi permettre des redéploiements de crédits **(2.1.1)**, la mise en réseau suggère la coordination des acteurs de terrain **(2.1.2)**, alors que la mise en œuvre des outils de la politique de la ville vise une articulation avec les collectivités territoriales **(2.1.3)**.

2.1.1 L'optimisation des leviers financiers, mission stratégique de l'IASS

En vertu de la loi de santé publique, la programmation et le financement des actions de santé publique sont fortement régionalisés.

Dans ce contexte, la DDASS se positionne néanmoins comme le porte-parole privilégié des acteurs locaux et participe à la priorisation des actions qui lui sont présentées dans le cadre de son territoire d'intervention.

En pratique, les crédits de santé publique sont concentrés sur un nombre limité de structures (en l'occurrence, les structures gérées par les principales associations du département telles le CODES, ou l'ANPAA) et constituent en ce sens davantage des enveloppes de fonctionnement « déguisées », dès lors qu'ils sont renouvelés de manière quasi-identique d'une année sur l'autre.

Deux désagréments principaux sont liés à cette situation. D'une part, une telle logique d'allocation de ressources nuit à la bonne répartition des prestations et tend à créer des déséquilibres en défaveur du milieu rural. D'autre part, la création de dynamiques par bassins de vie n'est pas encouragée. Or, des partenariats pourraient être activés avec

des acteurs-clés des zones rurales du département : centres sociaux, CCAS, Mutualité Sociale Agricole (MSA), association Familles Rurales....

En outre, le développement de certains PRS n'est pas optimisé dès lors que certains acteurs locaux ne sont pas à l'heure actuelle associés aux démarches en question (maison de la nutrition, ligue contre le cancer, services hospitaliers spécialisés...).

Enfin, la concentration des crédits de santé publique constitue un frein à la mise en place de nouveaux programmes (Alzheimer, violences, santé au travail, maladies rares...)

Toutefois, une marge de manœuvre existe de fait face à cette situation et l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale dispose stratégiquement d'un certain nombre de leviers qu'il lui appartient de mobiliser. En particulier, il peut solliciter le financement de certains dispositifs pilotés par des partenaires institutionnels et s'investir dans leur volet santé. A titre d'exemple, il peut se saisir de l'inscription du volet santé du RMI, prendre part au contrat de ville (devenu CUCS) avec l'agglomération du Mans ou à la politique d'aménagement du territoire avec la Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale (DATAR), s'associer à la politique de sécurité routière au travers du volet alcool.

Il est à noter que les crédits PRSP sont des crédits d'impulsion de dynamiques sur des priorités et ne correspondent que de 15 à 20% à la réalité des actions mises en place grâce à des cofinancements ou des interventions de professionnels dans le cadre de leur activité de droit commun.

Un autre levier consiste à recentrer l'activité de certaines associations bénéficiaires principales des crédits de santé publique sur leurs missions premières afin d'éviter leur dispersion et de favoriser la complémentarité avec d'autres partenaires. Cela peut passer par l'octroi d'une dotation de fonctionnement plutôt que le financement de projets jugés inflationnistes et l'élaboration de contrats d'objectifs pluriannuels. Cette dernière possibilité répond d'ailleurs à un souhait du CODES qui estime que cela clarifierait les engagements des financeurs et les perspectives des acteurs de la prévention.

Il est par ailleurs envisageable de proposer une nouvelle répartition entre lignes budgétaires et nature du projet qui tienne véritablement compte de la LOLF. Ainsi, certains projets dont le volet santé n'est pas le plus important de fait pourraient être intégrés au titre de l'enveloppe sociale.

En tout état de cause, il demeure essentiel de prévoir une évaluation de certains projets et dispositifs jugés coûteux mais reconduits d'une année sur l'autre sans que leur efficacité et leur efficience n'ait été démontrée. Ce sont autant de financements qui pourraient être redéployés sur d'autres initiatives.

Dans la mesure du possible enfin, il convient de privilégier les projets régionaux bénéficiant de crédits nationaux ou régionaux : cette possibilité est ouverte en particulier pour les projets de formation (par exemple, dans le cadre du PRSP actuellement mis en œuvre, des formations sur la crise suicidaire, sur la nutrition et sur les personnes âgées ont été mises en place).

2.1.2 Le développement des réseaux, condition du maillage du territoire

Le développement des réseaux n'est sans doute pas nouveau. Mais depuis quelques années déjà, la DDASS tend à promouvoir la mise en place de réseaux formalisés au nombre desquels on trouve par exemple le réseau Ariane 72 (soins palliatifs), le réseau COGER (coordination gériatrique) ou encore le réseau Lombalgie 72, qui s'inscrivent chacun dans une logique de santé publique coordonnée. L'un des coordonnateurs de réseau interrogés a défini le réseau comme «*une plateforme, un lieu d'échange et de concertation* ». Nous retiendrons cette définition que nous illustrerons à partir de réseaux construits autour de deux thématiques : la sexualité et les addictions.

❖ Le réseau Genre et Sexualité Sarthe (RGS 72)

Ce réseau a pour but de coordonner les acteurs de prévention et d'éducation dans le domaine de la sexualité. Il s'est assigné plusieurs objectifs-phare, consignés dans une charte et ainsi formulés :

- Connaître et faire connaître les acteurs, les ressources et les projets départementaux sur cette thématique et leur répartition géographique : compétences, méthodes de travail, outils, etc ;
- Mutualiser les expériences existantes et les réflexions en développant les échanges ;
- Impulser une dynamique auprès des acteurs professionnels et bénévoles de terrain au sein de leur « pays » ;
- Accompagner les porteurs de projets ;
- Participer à la mise en place et au développement d'espaces de travail inter-réseaux qui permettent d'initier, soutenir et réfléchir ensemble aux questions d'éducation et de prévention.

Le travail en réseau réunit les acteurs professionnels et/ou bénévoles des institutions et associations éducatives, sanitaires et sociales intervenant dans ces mêmes champs. Les acteurs participent ensemble à la définition des priorités du réseau et adhèrent aux valeurs de celui-ci au travers de la signature d'une charte.

❖ **Le réseau Toxicomanie Sarthe (Rézotox)**

Créé en 2000, le Rézotox a pour but de promouvoir et favoriser les actions à différents niveaux : prévention, usages, abus et dépendances à toutes substances psychoactives licites et illicites. La vocation du réseau est départementale et n'est pas de faire mais de « faire faire », de jouer le rôle de facilitateur, d'organisateur et de coordonnateur.

Les objectifs qui lui sont assignés sont les suivants :

- Améliorer et coordonner la prise en charge globale des personnes dépendantes, des usagers à risque, des possibles futurs consommateurs, et de la population générale ;
- Organiser et faciliter l'accès aux soins et à la prévention ;
- Agir plus précocement, afin d'éviter l'installation de pathologies addictives ;
- Réduire les risques liés à l'usage des produits et de prévenir les rechutes des personnes traitées ;
- Promouvoir la formation continue transprofessionnelle ;
- Développer l'information et la communication au sein du réseau.

Les missions du réseau sont essentiellement consacrées aux liens entre professionnels de terrain (secteur libéral et hospitalier, acteurs de prévention et éducation à la santé, acteurs du médico-social, acteurs du social, DDASS, CPAM, inspection académique...) et entre bénévoles intervenant dans les domaines de la prévention et du soin.

Abandonner une approche centrée sur le produit consommé pour se tourner vers une logique plus comportementale de la thématique des addictions.

Le travail du Rézotox s'inscrit depuis plusieurs années dans une dynamique territoriale. En 2003, face à la complexification des problématiques (marginalisation des usagers, poly-toxicomanies, nouveaux produits et nouveaux comportements), la permanence sabolienne d'Accueil Info Drogue et la PAIO de Sablé décident de provoquer une rencontre locale des différents acteurs principalement issus du secteur social et de la municipalité. Ainsi, fin 2003, la municipalité de Sablé, au travers du CCAS, prend contact avec le Rézotox. La formation alors proposée autour des aspects essentiels de la problématique addictive donne un nouvel élan au réseau qui s'était spontanément organisé dès 1997 au regard des pratiques addictives des jeunes saboliens. Par ailleurs, à la demande du sous-Préfet, lors d'une réunion du Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance, le Réseau a été sollicité pour initier un réseau local de prévention et de soin des addictions sur le territoire de la Ferté-Bernard. Sur le modèle de ce qui a été mis en place à Sablé-sur-Sarthe, une formation a été conçue avec le soutien méthodologique du CODES. Les services municipaux et les établissements scolaires ont

été très représentés ; cependant, les structures et personnes impliquées dans le soin ne se sont pas impliquées de manière significative.

Par ailleurs, le CODES constitue un réseau pertinent pour développer des actions de promotion de la santé à l'échelon des territoires. « *A condition que les objectifs soient clairement définis, que les moyens soient disponibles et que [les comités] travaillent en collaboration avec d'autres réseaux existants et compétents au niveau territorial* », souligne Patrick Berry, chargé de mission au CREDEPS de Nantes⁵⁹. Le CODES 72 est en l'occurrence très demandeur de la détermination conjointe de tels objectifs qui engageraient par ailleurs les financeurs et permettraient de mettre un terme à un certain « *navigage à vue* ».

Le CODES présente l'avantage de pouvoir délocaliser certains services tels l'offre documentaire ou l'aide au montage de projet. Ceci est d'autant plus vrai dans le département de la Sarthe, aux dimensions réduites. Toutefois, en réalité, les effectifs du comité restreignent considérablement les possibilités ainsi présentées.

Délocaliser implique sans doute d'avoir les moyens de la coordination. Mais il ne s'agit pas tant de multiplier les antennes dites « délocalisées » que de favoriser le transfert de compétences au profit d'acteurs et ou de réseaux qui ont fait leurs preuves.

*« Il n'y pas de réseau global de santé sur le département de la Sarthe, c'est toujours par des thématiques de prise de risque ou de maladie que les choses sont abordées. Ce qui ne correspond pas forcément à notre dynamique : on ne considère pas que les gens n'existent que par les risques qu'ils prennent ou par les maladies qu'ils ont »... « Parfois il n'y a pas de thématique : les gens sont « globalement » mal »*⁶⁰. Le sentiment de cloisonnement des dispositifs reste donc bien présent. En ce sens, d'autres démarches davantage orientées autour de la prise en charge globale des personnes font l'objet d'attention particulière. Et les outils mis en place dans le cadre de la politique de la ville semblent être les plus à même de promouvoir cette nouvelle dimension.

2.1.3 L'intégration des outils de la politique de la ville, une nécessité dans une perspective de collaboration efficace avec les élus

CUCS, ASV sont autant d'outils récemment déployés en vue de répondre à un double impératif : d'une part, entériner le glissement vers une approche plus globale de la santé qui tienne compte des déterminants sociaux de santé ; d'autre part, tirer les conséquences de la place grandissante des collectivités territoriales et prendre en compte

⁵⁹ BERRY P., *Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir !*, La Santé de l'Homme N°383, mai-juin 2006, p.27.

la nécessité de collaborer de manière plus active et plus cohérente avec les celles-ci en matière de santé publique. « *Les collectivités territoriales et locales ont souvent pris le pas sur les services déconcentrés de l'Etat et ont affirmé leur rôle de véritables coordinatrices des politiques publiques à l'échelon local* » affirme ainsi Olivier David, maître de conférences en géographie⁶¹.

A) Les CUCS et les ASV, outils privilégiés d'une approche globale de la santé⁶²

La ville et l'agglomération peuvent apparaître comme des territoires pertinents en termes de santé publique : la majorité de la population y est concentrée et ce sont des territoires qui délimitent un champ d'intervention politique et technique permettant d'envisager de nouvelles manières de gérer les facteurs déterminant la santé. Mais, si l'on veut intervenir sur les déterminants sociaux, ces échelons peuvent apparaître d'ores et déjà trop vastes, les professionnels de la santé et du social préférant intervenir sur des échelles moins importantes comme le quartier.

Déjà, dans le cadre des PRAPS, la région des Pays de la Loire, les quatre CODES et le CREDEPS de la région des Pays de la Loire avaient procédé à la signature de conventions avec leur DDASS pour mettre en œuvre les objectifs des PRAPS sous forme d'ateliers de santé⁶³. Un tel atelier consiste à organiser une rencontre entre des professionnels de la promotion de la santé et un public en difficultés sociales. Il a pour buts principaux le renforcement de l'estime de soi, le développement des compétences, des savoirs, savoir-faire et savoir-être. En définitive, les ateliers santé devaient permettre une prise de conscience de leur santé par les populations concernées et développer des capacités à agir sur leur propre santé et leur environnement. Dans le département, des ateliers santé ont ainsi vu le jour dans le quartier des Sablons, au Mans.

Plus récemment, le Gouvernement a souhaité, au terme des contrats de ville, poursuivre et renforcer le partenariat avec les collectivités territoriales, à travers un cadre contractuel rénové : les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). L'objectif premier consiste en une mise en cohérence de l'ensemble des interventions en faveur des quartiers en difficulté, qu'elles relèvent de l'Etat ou d'autres acteurs publics et privés.

⁶⁰ Entretien avec la directrice du CODES 72.

⁶¹ DAVID O., *Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques*, Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », *La Santé de l'homme* n°383, mai-juin 2006, p.18.

⁶² Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006 et circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/2006/383 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 ateliers santé ville.

⁶³ LAMOUR P., LEHELIAIS L., BERRY P. et al, *Qu'est ce qu'un atelier santé ? L'expérience des Comités d'Education pour la Santé des Pays de la Loire*, *Santé publique* n°1, mars 2005, p. 121 à 134.

Fin juin 2007, 490 CUCS ont été signés par les communes et les établissements publics de coopération intercommunale, ce qui représente une enveloppe globale de près de 400 millions d'euros pour 2007.

L'appel à projets pour 2008 rappelle qu'outre la création subséquente des ASV, le CUCS a pour enjeu de renforcer les actions dans le domaine de la santé en facilitant la coordination des acteurs pour éviter les ruptures dans la prise en charge des soins et favoriser une approche globale de la santé publique. Les actions financées concernent un certain nombre de problématiques : soins dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques, addictions licites et illicites, santé mentale et souffrance psychique, nutrition, risques sexuels et accès aux droits.

L'atelier santé ville (ASV) est quant à lui défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions. Il est le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat, chargé de décliner les PRAPS dans le cadre des PRSP⁶⁴. A partir des problématiques de santé identifiées, il est une aide à la décision dans le cadre d'une stratégie de développement des projets de santé publique, qui prend en compte notamment les déterminants de santé qui conditionnent collectivement une amélioration de l'état de santé. Les projets locaux de santé publique développés par les ASV sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité.

B) Une appropriation progressive de ces outils dans le département de la Sarthe

Dans le département de la Sarthe, trois contrats de ville ont fait l'objet d'un investissement particulier : à Coulaines, à Allonnes, et dans le quartier des Sablons au Mans.

Des diagnostics ont été initiés dans ce cadre. La ville d'Allonnes a ainsi procédé à une étude intitulée « Allonnes Santé » qui reposait sur une triple enquête épidémiologique, auprès des acteurs de santé de la ville d'Allonnes et auprès des habitants (50 ménages dans six quartiers de la ville).

Le service santé environnement de la ville du Mans s'est lancé dans une actualisation du diagnostic élaboré en 1997 sur les besoins de santé des habitants des Sablons, à travers la diffusion d'un questionnaire et des moments de rencontre avec les professionnels et bénévoles en contact avec les habitants. A l'heure actuelle, une restructuration est en

⁶⁴ A ce titre, les ASV bénéficient de financements DATAR et GRSP.

cours autour d'un point d'ancrage santé qui pourrait se faire en partenariat avec des médecins généralistes.

A Coulaines, un point accueil écoute jeunes a vocation à être élargi. Un repérage plus affiné en 2007, financé au titre du CUCS, devait permettre d'initier la mise en place d'un ASV en 2008. L'objectif était d'évaluer les besoins en santé et les recours aux soins des habitants de Coulaines afin d'aider les élus et les services de la ville à définir et mettre en œuvre une politique de santé de proximité. Ledit projet reposait sur une triple enquête, très similaire à celle réalisée à Allonnes. D'autres actions ont fait l'objet de demandes de financement dans le cadre du contrat de ville pour 2007 : réunion des professionnels de santé, spectacle, constitution d'un groupe d'études de situation proposé par l'ANPAA, théâtre interactif (à destination d'un collège sur les dépendances, à destination des adultes sur la consommation de médicaments).

Les différents outils ainsi présentés présentent un certain nombre d'atouts et de limites que nous devons évoquer maintenant.

2.2 Forces et faiblesses des dispositifs présentés

2.2.1 Les forces

A) Une multiplicité d'acteurs, facteur de richesse

Au niveau du département, les acteurs de la santé publique sont très nombreux. Certains ont effectivement pour mission principale la mise en œuvre d'actions de santé publique, d'autres interviennent sur ce champ alors même que leur pratique professionnelle est a priori sans rapport avec la santé publique.

En dehors de la DDASS, et sans prétendre à un panorama exhaustif, on peut citer :

❖ Les autres administrations d'Etat

Il est classique de citer au premier rang l'Education Nationale. Deux circulaires du Ministère de l'Education Nationale de 1998 ont ainsi fixé des objectifs de développement des compétences pour chaque cycle du cursus scolaire en primaire et au collège, qui touchent notamment à la connaissance et à la maîtrise du corps, la sexualité et la reproduction, l'environnement social et la santé, la vie sociale et la santé...Tous les personnels de la communauté éducative sont invités à y prendre part, chacun selon la spécificité de ses missions. Ce dispositif s'appuie notamment sur des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui ont pour vocation de fédérer les actions d'éducation pour la santé au sein des établissements scolaires.

S'agissant du milieu étudiant, chaque université est tenue d'organiser une protection médicale de ses étudiants et doit créer un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé.

❖ **Les caisses d'assurance maladie et les mutuelles**

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) participent à des actions locales en santé publique et les financent dans le cadre de leur mission générale de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. C'est ainsi qu'en Sarthe, l'Assurance Maladie a mis en place un « Espace santé active », dans le cadre duquel des ateliers, des expositions et la mise à disposition de documentation devaient permettre une réflexion autour de la nutrition⁶⁵. Elles peuvent jouer par ailleurs un rôle de formation et de conseil méthodologique auprès des acteurs. Elles travaillent en partenariat avec les centres d'examen de santé. Parallèlement, les caisses de MSA mènent une politique d'éducation pour la santé et développent dans ce cadre des actions fondées sur une approche globale et territoriale.

Les mutuelles sont également souvent porteuses de projets innovants de santé publique.

❖ **Les associations**

Le réseau associatif est relativement dense dans le département : CODES, ANPAA, AIDES, Mouvement français pour le Planning Familial, Ligue contre le cancer...mais aussi des associations qui se sont pleinement constituées au niveau local.

D'autres structures s'intéressent de fait à la santé publique dans l'exercice de leurs missions : les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les foyers de jeunes travailleurs, les missions locales sont au nombre de celles-ci.

❖ **Les collectivités territoriales**, selon des principes et des modalités déjà évoqués

❖ **Les professionnels de santé**, au rang desquels on trouve en particulier les médecins généralistes

B) Un risque de dispersion limité par la structuration des partenariats

Centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville, les réseaux de proximité ont développé, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des personnes, une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation.

⁶⁵ Un forum santé active a été organisé pendant trois jours en octobre autour de la question « La santé se joue-t-elle dans notre assiette ? ».

Le succès de l'organisation en réseau réside d'abord dans le renouvellement des pratiques qu'elle induit. Fondée sur la coopération et la coordination entre acteurs relevant de disciplines et de structures différentes, la dynamique de réseau donne un sens nouveau à l'exercice professionnel.

L'approche coopérative propre aux réseaux implique transdisciplinarité et décloisonnement des modes d'exercice. Chaque professionnel apporte ses compétences spécifiques de manière complémentaire. Une certaine cohérence prend alors forme autour de la prise en charge globale de la personne.

C) La DDASS identifiée comme un interlocuteur privilégié des partenaires locaux

Représentant de l'Etat dans le département, la DDASS occupe une place de choix dans le paysage institutionnel de la santé publique en ce qu'elle semble la plus à même à répondre à la réalité des besoins locaux en sollicitant la réactivité et la capacité d'innovation des acteurs de terrain. En effet, elle connaît en principe les différents acteurs de la santé publique du département, dès lors qu'elle participe au financement de nombre d'actions.

2.2.2 Les faiblesses

A) Un manque de lisibilité des dispositifs et des interventions en santé publique

La multitude d'acteurs et de dispositifs d'intervention génère une très grande complexité et partant une perte de visibilité des rôles et de l'impact des actions menées, nécessairement préjudiciable aux bénéficiaires. La spécialisation des champs d'intervention et des procédures accroît le cloisonnement des acteurs et des institutions.

Interrogés sur leur connaissance de la politique régionale de santé, certains interlocuteurs locaux avouent ne pas connaître les leviers existants ni les acteurs du département.

A cela s'ajoute en pratique une structuration encore insuffisante des partenariats : le repositionnement des acteurs difficile à mettre en œuvre. Chaque association est attachée à son identité et certaines considèrent qu'intégrer un réseau présente le risque d'une dilution de sa particularité.

Enfin, la diversité des sources de financement plusieurs fois soulignée participe de cette complexité. Les financements restent très associés aux projets : certaines associations expriment alors des inquiétudes quant à la pérennité de leur action globale.

Une autre explication peut résulter d'une association encore timide des usagers aux diagnostics territoriaux et aux groupes de travail, autant d'occasions pourtant d'explicitier le sens de l'action entreprise en matière de santé publique et les modalités de mise en œuvre des dispositifs.

B) Des territoires inégalement concernés par les actions de santé publique

En l'occurrence, c'est essentiellement dans la communauté urbaine du Mans que les actions sont concentrées. Si certaines associations sont fortement mobilisées en milieu rural, elles peinent parfois à trouver leur place. Cela signifie-t-il faut développer en tout lieu une politique de santé publique ? Il s'agit davantage d'une mise à disposition des ressources existantes et de la formation de relais.

C) Un niveau de professionnalisation hétérogène

En pratique, la mise en œuvre de la prévention est le plus souvent le fait d'intervenants qui agissent au coup par coup, en fonction des appels d'offres. Par exemple, l'intervention d'un mouvement d'anciens buveurs lors d'une action de prévention auprès d'élèves de primaire n'apparaît pas adaptée. De même, des mouvements identifiés comme sectaires ont été sollicités pour une information en milieu scolaire. On constate donc une absence de labellisation des compétences, une forte mise en concurrence. S'ensuivent une absence d'harmonisation des pratiques et la négation de toute approche complémentaire.

D) Des terrains d'actions sous exploités

Les actions sont très nombreuses à destination des jeunes. A l'inverse, le monde du travail ou la prison ne sont pas encore identifiés comme des lieux susceptibles de déployer des actions de santé publique. L'entretien avec la directrice du CODES a toutefois montré à cet égard que les mentalités commençaient à évoluer et que le nombre de sollicitations était plus important aujourd'hui.

Il convient à l'inverse de valoriser des interventions novatrices opérées dans des champs en général peu investis : ainsi, le Réseau Toxicomanie Sarthe tend à diversifier ses actions et se rend désormais dans les rave-party pour y faire de la prévention autour des pratiques addictives, ou encore dans les concerts pour y délivrer des messages autour du risque bruit.

E) Une marge de manœuvre de la DDASS qui reste contrainte.

Face à la régionalisation croissante des politiques de santé et de santé publique, la marge de manœuvre du département –et notamment de la DDASS reste limitée sur la thématique de santé publique. Si celle-ci a encore, nous le verrons plus loin, des cartes à jouer, elle reste à l'heure actuelle confinée à un rôle de coordination des acteurs locaux et de porte-parole de leurs besoins et attentes.

2.3 L'approfondissement de la réflexion territoriale : les chantiers mis en œuvre dans le département de la Sarthe

Au regard du constat de flagrantes inégalités d'accès aux services de prévention et de soins, la réflexion territoriale devient de plus en plus prégnante dans le département de la Sarthe. Au-delà de la recherche d'un échelon territorial pertinent (**2.3.1**), la DDASS s'est lancée dans un projet de schéma départemental d'éducation pour la santé (**2.3.2**) qui, empreint de cette réflexion, se veut surtout très opérationnel et au plus proche des besoins des populations.

2.3.1 Le pays, lieu d'élaboration d'une stratégie de développement durable en matière de santé publique ?

Depuis la loi du 6 février 1992, l'intercommunalité est reconnue comme permettant d'atteindre une taille critique pour réaliser des projets et promouvoir le développement économique, social et culturel. Au 1^{er} janvier 2005, le département de la Sarthe compte 33 EPCI : 32 communautés de communes et une communauté urbaine : Le Mans Métropole. Par la suite, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995⁶⁶ a créé la notion de « pays » comme territoire sur lequel se mettent en œuvre des actions d'organisation des services publics ainsi qu'une politique d'aménagement et de développement. Un pays est un projet de territoire caractérisé par « *une cohésion géographique, économique, culturelle et sociale* ».

La Sarthe est découpée en six pays (par ordre de population) : le Mans Métropole, le Pays du Perche Sarthois, le Pays de la Vallée du Loir, le Pays de la Vallée de la Sarthe, le Pays de la Haute Sarthe et une partie du Pays d'Alençon.

⁶⁶ Loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.



Etat de la constitution des pays en Sarthe au 1^{er} juillet 2005

(Source : site Internet de la Préfecture de la Sarthe)

Le pays exacerbe le problème de l'articulation entre les différents échelons opérationnels. Force est de constater que la santé publique compose avec des acteurs institutionnels nombreux, disposant chacun de leurs propres logiques et de leurs niveaux opérationnels, que l'on peut résumer ainsi (à titre indicatif) :

Acteur / politique	Echelon d'intervention
ARH	Organisation médicale (territoire de santé)
Conseil général, DDASS	Schémas départementaux (personnes âgées, personnes handicapées)
Action sociale	Circonscriptions d'action sociale (2-3 cantons)
Certaines communes	Service communal de santé publique
DDASS	Des cadres territoriaux fonction de la politique concernée
CPAM	Canton
Mutuelles	Pays
Professionnels de santé : -généralistes, paramédicaux -spécialistes	Canton, structure intercommunale Territoire de santé
Education Nationale	Bassins

Les enjeux de pouvoirs existant entre les différents intervenants rendent nécessaires une réflexion préalable sur les rôle et place de chacun dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de santé sur un territoire. Plus encore, il faut veiller à la coordination des acteurs institutionnels et surmonter les cloisonnements qui existent entre le sanitaire et social d'une part et entre les intervenants publics et les intervenants privés d'autre part.

La collaboration des collectivités territoriales est très hétérogène : les élus locaux sont attachés à des actions de court terme, visibles par l'électorat : en ce sens, ils montreront un plus grand intérêt pour l'hôpital, véritable enjeu local, que pour la santé publique.

Les entretiens menés ont mis en exergue le fait que l'appropriation de la réalité du pays par les acteurs ne va pas de soi. D'abord parce que cet échelon territorial peut être regardé comme entrant de fait en concurrence avec l'intercommunalité grandissante. Ensuite, certains acteurs n'ont aucun intérêt à retenir un tel bassin de vie. Le Conseil général, et dans une certaine mesure la Préfecture, retiennent le pays comme cadre d'intervention cohérent au niveau économique mais la santé publique n'est pas de la compétence du Conseil général. Le pays enfin est un espace de projet ou de vie alors que les collectivités territoriales sont plus facilement identifiées par les acteurs et par les populations.

Force est de constater que la territorialisation est en général gagée par la nécessaire résolution des problèmes de fonctionnement, plus difficiles à appréhender à un échelon réduit.

Dans le domaine social, le découpage territorial semble avoir porté ses fruits puisque c'est sur cette base que s'est effectué le travail d'observation sociale dans le département⁶⁷. Ledit travail a montré l'effectivité des dynamiques territoriales dans les pays et a donné lieu à l'écriture d'un document qui fait aujourd'hui référence pour les divers acteurs concernés.

C'est donc assez logiquement que la DDASS de la Sarthe a misé sur le pays pour décliner la politique de santé publique dans le cadre de l'élaboration de son projet de schéma départemental d'éducation pour la santé.

2.3.2 Le projet de schéma départemental d'éducation pour la santé, fer de lance d'une nouvelle dynamique territoriale en santé publique

Fort des expériences de territorialisation qui voient le jour un peu partout, la DDASS de la Sarthe, se lance, sous l'impulsion de l'IPASS en charge des questions de santé publique,

⁶⁷ INSEE, Pays de la Loire, Dossier « *Observation sociale des territoires de la Sarthe* », N°17, février 2006. Consultable sur : www.insee.fr/pays-de-la-loire.

dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un schéma départemental de prévention et d'éducation pour la santé. Parce que les besoins de prévention existent et parce que le PRSP, tel qu'il a été élaboré, ne permet pas de suggérer toutes les nuances relatives aux territoires, ledit schéma se donne un quadruple objectif : la définition d'objectifs partagés, la structuration des niveaux de décision, la détermination de stratégies et de méthodologies et la création de dynamiques territoriales.

A) Une méthodologie en santé publique renouvelée

a) *La mise en place d'un comité départemental d'éducation pour la santé*

Un tel comité est déjà à l'œuvre dans le département de la Loire-Atlantique. Dans le département de la Sarthe, une rencontre entre la CPAM et la DDASS doit permettre de déterminer les priorités ainsi que la clarification des pilotages, avant le lancement en fin d'année 2007 du comité de pilotage en tant que tel.

Co-animé par la CPAM et la DDASS, il a vocation à piloter le dispositif naissant et se compose :

- De représentants des administrations d'Etat : DDASS, Inspection académique, Enseignement diocésain, Direction départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Préfecture (CUCS, égalité des chances, droits des femmes), Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, Direction Départementale Jeunesse et Sports...
- De représentants des organismes de sécurité sociale et mutualistes : CPAM, MSA, mutuelles...
- De représentants des collectivités territoriales : Conseil général, Union des centres communaux d'action sociale des grandes villes et villes moyennes du département, service santé-environnement de la ville du Mans...

Le comité départemental d'éducation pour la santé doit essentiellement déterminer les priorités départementales des programmes de santé, coordonner les appels à projets thématiques et sélectionner les actions susceptibles de bénéficier d'un financement. Au préalable, il lui appartient de favoriser l'acquisition progressive d'une culture et d'un langage commun, notamment en procédant à une large communication autour de la promotion de la santé. De façon concomitante, le comité doit d'emblée poser les principes, les objectifs et les modalités organisationnelles de l'évaluation.

Très concrètement, le comité doit permettre la réalisation de diagnostics partagés sur les besoins en santé publique sur leur territoire afin d'affiner les priorités définies à l'échelon régional et mettre les DDASS en position de proposer au GRSP des appels d'offre différenciés grâce à une objectivation des besoins des départements.

Par ailleurs, il s'agit d'offrir à la DDASS un positionnement en tant qu'acteurs de la sélection des opérateurs en demandant au comité départemental un avis consultatif avant le passage des dossiers présélectionnés au comité des programmes puis au conseil d'administration.

b) La détermination de portes d'entrées variées

En dépit d'une volonté affichée de privilégier une approche globale de santé, la politique d'éducation pour la santé ainsi décrite, a vocation à déployer des initiatives autour de portes d'entrées variées mais complémentaires, qui visent des thèmes particuliers (nutrition, diabète, maladies cardiovasculaires ; addictions : tabac, alcool, drogues ; IST, SIDA, hépatites, contraception, IVG ; cancer ; vaccinations ; accidents, violences), des populations spécifiques (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation précaire, migrants, détenus, personnes handicapées, personnes âgées...) ou encore des milieux de vie (école, prison, entreprise)

c) La mise en place de groupes thématiques de travail

Il est proposé que les différentes approches ainsi évoquées puissent être abordées dans le cadre de groupes thématiques de travail pilotés par la CPAM et la DDASS, au nom du GRSP et composés des opérateurs des terrains. Cette stratégie peut être regardée comme un compromis permettant de pérenniser l'approche régionale tout en tenant compte des particularités locales.

Au regard des besoins du département et des priorités de santé publique qui y sont identifiées, les thématiques retenues seraient les suivantes :

- Addictions : alcool, drogues, tabac, dopage
- PNNS 2 : alimentation, nutrition, diabète, maladie cardio-vasculaire
- Santé mentale et précarité, souffrance psychique, suicide
- Risques sexuels, contraception, IVG, vie affective

d) L'initialisation d'une démarche territoriale

Le premier semestre de l'année 2008 serait l'occasion d'une observation santé –à titre expérimental- sur deux pays. Cette observation permettra de mettre en exergue les problématiques, besoins et l'offre existante dans chacun de ces pays. A terme, l'expérience pourra être étendue à l'ensemble des pays.

A partir des prémisses de ce qui pourra constituer un diagnostic et une réflexion territoriale, un programme de prévention et d'éducation à la santé pourra être défini sur les deux pays concernés. Ledit programme déterminera des objectifs, un plan d'actions et

devra être particulièrement attentif à la mise en place d'une véritable stratégie de coordination, gage de réussite d'une territorialisation cohérente.

B) Des principes d'actions et des objectifs clarifiés

La politique de santé publique est régulièrement taxée d'un manque de transparence dans les interventions des opérateurs. En premier lieu, la mise en place du comité départemental d'éducation à la santé vise à mettre à plat et rendre plus visible les objectifs et méthodes de tous ceux qui œuvrent dans le champ de l'éducation à la santé et de la prévention. Dans le même temps, il s'agit implicitement d'interpeller les acteurs qui restent absents de la scène de la prévention alors qu'ils ont vocation à y occuper une place de choix. C'est ainsi que des stratégies devront être déployées à destination des médecins libéraux mais aussi des élus. En tout état de cause, la structuration du partenariat est regardée comme un enjeu essentiel du schéma : le maillage des actions et des territoires est trop souvent lié à des relations interpersonnelles ; il se trouve donc, de fait, fragilisé au gré des changements de fonctions ou d'orientations des uns et des autres.

La politique de santé publique ne produira tous ses effets que si l'offre de prévention présente un certain nombre de qualités. Les services et actions doivent d'abord être déployés dans chaque bassin de vie afin d'assurer un égal accès à l'ensemble de la population du territoire. Ensuite, la continuité des actions et des stratégies suppose des mesures inscrites et financées dans la durée.

Au total, la qualité des actions constitue un souci majeur du nouveau dispositif. La professionnalisation des interventions en éducation pour la santé est en ce sens nécessaire : la dispersion des méthodes peut s'avérer préjudiciable à la mise en œuvre des actions voire, dans certains cas, contreproductive.

Enfin apparaît en filigrane l'intérêt de la territorialisation, laquelle suppose, aux termes du projet de schéma, l'inventaire des ressources d'un bassin de vie, la fédération des partenariats, la coordination des actions et la pérennité des projets.

L'érection du comité départemental d'éducation pour la santé ainsi présenté vise cinq objectifs majeurs :

- Optimiser les ressources à disposition des institutionnels
- Favoriser la professionnalisation des intervenants en éducation à la santé
- Structurer l'offre documentaire
- Renforcer le conseil méthodologique auprès des promoteurs
- Mettre en place des programmes territoriaux de santé publique

D'un point de vue interne et institutionnel, cela permet également d'asseoir la légitimité de la DDASS en tant qu'échelon stratégique d'une mise en œuvre adaptée de la politique régionale de santé publique sur le territoire.

En résumé, le département de la Sarthe, résolument tourné vers une approche globale et de proximité en matière de santé publique, entend bien se donner les moyens de ses ambitions. La prise de conscience de la nécessité d'une véritable coordination tend à garantir l'effectivité de la déclinaison de la politique régionale de santé publique. Néanmoins, les dispositifs activés présentent certaines limites qui suggèrent sinon des préconisations, au moins certaines précautions.

3 Propositions en vue d'une politique de santé publique territorialisée réussie dans le département de la Sarthe

L'inspecteur dispose en DDASS d'un certain nombre de leviers qu'il lui faut activer de manière successive et/ou complémentaire afin de parvenir à une déclinaison optimale de la politique régionale de santé publique dans le département : la planification stratégique et territoriale **(3.1)**, l'animation et le pilotage des dispositifs **(3.2)** ainsi que la promotion de la qualité **(3.3)** font partie intégrante de ses missions. Ce sont en définitive autant d'outils qui assoient ou renforcent la légitimité de l'intervention des DDASS –et des IASS- dans le domaine de la santé publique.

3.1 Inscrire la politique départementale de santé publique dans le contexte des nouveaux territoires

La DDASS de la Sarthe est attentive à l'innovation et cherche à impulser autant que possible des dynamiques territoriales sur son territoire. Cela implique notamment la détermination d'un territoire approprié pour la mise en œuvre des actions de santé publique **(3.1.1)**. Ce préalable est en effet incontournable pour permettre ensuite le repérage des compétences et la visibilité des priorités **(3.1.2)** et la coordination avec les autres politiques publiques **(3.1.3)**.

3.1.1 Rechercher et justifier le territoire pertinent de l'intervention en santé publique

La détermination de l'échelon pertinent de l'intervention en santé publique n'est pas aisée⁶⁸. Conformément aux préconisations du PRSP des Pays de la Loire, le département de la Sarthe aurait pu retenir les territoires de santé qui constituent le cadre d'élaboration des projets médicaux de territoire. Mais cet échelon ne tient que partiellement compte des particularités locales et manque nécessairement de précision dès lors que le département ne comporte que deux territoires de santé : les territoires du Mans et de Sablé-La Flèche. La pertinence de l'échelon retenu constitue en définitive un gage de la réussite de la politique de santé publique.

D'emblée, le territoire pertinent peut être regardé comme celui adapté à chaque projet et qui en facilite l'émergence et la réalisation : la notion de « territoire dynamique » prend ici tout son sens. Surtout, le choix du territoire dépend irrémédiablement des ressources locales disponibles. La territorialisation de la santé induit que ses interventions doivent

s'inscrire au plus près de la population, s'organiser sur le modèle des services de proximité et s'offrir à la population sans discrimination a priori.

En initiant un schéma départemental de l'éducation à la santé, la DDASS de la Sarthe a opté pour le pays en particulier parce que le découpage préexistant du territoire s'y prêtait.

En réalité, peu importe l'échelon territorial retenu a priori. Ce qui importe en réalité c'est d'objectiver le choix opéré et de le justifier en tout état de cause. Une véritable stratégie de communication doit en ce sens être déployée.

Les échelles d'organisation et d'intervention en santé publique se sont multipliées (communes, communautés de communes, pays...). Face à ce constat, il apparaît essentiel de veiller au maintien de la souplesse et du pragmatisme tout en palliant au risque réel de « mille-feuilles territorial ». En ce sens, il semble plus pertinent de s'appuyer sur l'existant, personnalisé par des relais territoriaux.

La détermination et la justification d'un territoire présente l'avantage de poser les frontières d'un diagnostic qui se veut au plus proche de la population et des acteurs de la santé publique.

3.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et de l'offre en santé publique

Le fonctionnement des institutions, jusqu'alors essentiellement basé sur l'offre de soins, n'intégrait pas l'évaluation des besoins de santé publique. Or il s'avère indispensable de connaître de manière précise ces besoins, d'en mesurer l'ampleur mais aussi la nature (diagnostic des besoins), de mieux connaître les acteurs locaux et leur organisation et de veiller à une meilleure efficacité de la couverture de l'ensemble de la population du département (diagnostic de l'offre).

C'est pourquoi favoriser l'émergence de diagnostics partagés et territorialisés notamment sur les domaines reconnus prioritaires par le PRSP constitue un objectif majeur.

Dans le département de la Sarthe, il importe de compléter les outils de diagnostic utilisés dans le champ de la santé publique. De l'avis des acteurs interrogés cela suppose un système d'information performant. Fautes de moyens suffisants, la DDASS peut s'appuyer sur l'expertise et les outils de diagnostic employés par l'ORS. La DDASS de la Sarthe a déjà procédé à l'élaboration d'un document relatif à l'observation sociale des territoires du département. On peut imaginer que soit mis en place, sur le même modèle, un document sur les besoins de santé de la population par territoire. Toutefois, cette entreprise s'avère difficile dès lors que les sources d'informations restent diffuses.

⁶⁸ Voir développements en première partie.

L'association à de tels diagnostics du plus grand nombre de partenaires permet le recoupement d'informations et gagne incontestablement en pertinence. Le schéma départemental d'éducation à la santé prévoit pour sa part l'organisation de réunions territoriales, destinées à créer le débat autour de la notion de besoins en santé publique.

Du côté du diagnostic de l'offre de prévention cette fois, le Rézotox et le Réseau Genre et Sexualité ont initié, en collaboration avec la DDASS, un travail de recensement des actions mises en œuvre dans le département. En effet, la lisibilité des dispositifs et du « qui fait quoi » constitue un préalable incontournable à la clarification des interventions et stratégies de santé publique. Le repérage se limite pour l'heure aux thématiques qui préoccupent les réseaux porteurs de l'initiative, à savoir les addictions et la sexualité. Si les retours d'informations s'avèrent satisfaisants, la méthode pourrait être étendue progressivement à d'autres problématiques de santé. Tout en gardant à l'esprit les priorités du PRSP des Pays de la Loire, des thématiques peuvent d'ores et déjà être proposées en vue d'un état des lieux plus approfondi qui permettra, par la suite, la détermination d'objectifs. A terme, la diffusion de ce type de questionnaires pourrait être généralisée mais une telle approche présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte une approche globale de la santé.

L'ensemble des informations recueillies au cours des réunions territoriales et au gré des enquêtes thématiques pourraient se traduire par exemple par l'élaboration d'un livret recensant de manière la plus exhaustive qui soit l'offre en santé publique. Ce document devra alors faire l'objet d'une communication à destination des acteurs de la santé bien entendu mais aussi aux acteurs du social et du médico-social, ainsi qu'aux partenaires non spécialisés dans la santé publique comme les établissements scolaires. Surtout, il importe d'étudier précisément les modalités de la diffusion aux usagers du système de santé et aux bénéficiaires potentiels de la démarche en santé publique.

Le diagnostic territorial, validé par les différents partenaires, constitue surtout un fondement de la détermination d'objectifs partagés.

3.1.3 Composer avec les autres politiques publiques territorialisées

La mise en œuvre de la loi de santé publique est considérablement impactée par la prise en compte des instruments des autres politiques publiques⁶⁹. Sauf à considérer que

⁶⁹ Cf supra.

chacun travaille en parfaite autonomie, la continuité et la qualité des prises en charge ne seront a priori assurées qu'au prix de l'élaboration de projets sinon conjoints au moins concertés.

La circulaire interministérielle du 16 avril 2003⁷⁰ rappelle en ce sens que « *les nouvelles formes d'organisation s'appuient sur des territoires dits « de projets » (pays, agglomérations, communautés de communes, d'agglomération, ou urbaine) en liaison avec les collectivités territoriales (communes, départements, régions). Elles constituent une opportunité pour développer des projets locaux répondant aux besoins perçus par les professionnels, les associations et les usagers.* »

L'animation locale des actions de santé doit s'appuyer sur les expériences acquises dans d'autres domaines comme le développement économique ou le développement social et prendre sa place dans ces divers projets en s'appuyant sur les potentialités, dynamiques et ressources locales : en s'appuyant dès la phase d'élaboration d'un projet de santé sur les acteurs du développement local existant (agents de développement local, associations locales), en définissant avec eux complémentarités et mutualisation.

Si la démarche semble acquise avec les ASV et les CUCS, dans le cadre de la politique de la ville, une volonté politique forte est aujourd'hui nécessaire pour porter les questions de santé publique.

En premier lieu, les élus seront d'autant plus disposés à collaborer si les services de l'Etat jouent la transparence notamment en procédant à une information systématique sur les projets susceptibles de les intéresser ou en les conviant aux réunions éventuelles d'information et/ou de travail.

Les collectivités et l'Etat peuvent convenir de la désignation d'un référent territorial en santé publique ou faire appel à un « chargé de mission pour la promotion de la santé » nommé au niveau d'un territoire donné. Celui-ci se ferait alors le porte-parole des besoins et difficultés existant sur le territoire de sa commune. La Ville du Mans fonctionne d'ailleurs déjà selon ce mode et les relations de la DDASS avec le service santé-environnement apparaissent pleinement transparentes.

La DDASS doit en toutes circonstances inciter le Conseil général à l'intégration de volets consacrés à la santé publique dans les schémas départementaux (personnes âgées...) que cette institution est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre dans le secteur médico-social. La DDASS doit se donner les moyens de permettre l'intégration de la dimension

santé publique dans l'ensemble des politiques menées localement : politique de la ville, politiques sociales des collectivités...Cela suppose une véritable politique de communication et d'information.

La logique territoriale sous-tend par ailleurs que soit mise en place une véritable stratégie de coordination des acteurs du département.

3.2 Favoriser la mise en œuvre d'une politique départementale de santé publique cohérente et coordonnée

La coordination devra être envisagée à deux niveaux : entre la région et le département (3.2.1) et au sein même du département (3.2.2).

3.2.1 Veiller en toutes circonstances à une articulation effective avec la politique régionale de santé publique

Cette préconisation peut sembler une évidence mais il n'est pas inutile de le rappeler : la politique de santé publique demeure d'abord et avant tout régionale. Il ne saurait donc être question d'ériger une politique départementale ou infra-départementale complètement déconnectée des orientations définies aux niveaux national et régional.

Conserver une vision d'ensemble est donc nécessaire, cela suppose en amont un véritable effort d'explicitation des contours et enjeux de la politique régionale de santé publique et de sa déclinaison territoriale. Il n'est pas inopérant de distinguer niveau décisionnel (la région) et niveau opérationnel. Il faut en définitive trouver l'équilibre entre un niveau de programmation qui se situerait au niveau de la région et un ancrage de proximité pour répondre aux besoins locaux et associer la population. L'organisation de l'Assurance Maladie préfigure déjà de cette logique avec une URCAM au cœur de la programmation et les caisses primaires au plus près des populations. A cette occasion peut être également mis en relief le rôle majeur de l'échelon départemental comme trait d'union et garant de la cohérence entre la région et les territoires infra-départementaux.

Plusieurs pistes peuvent être explorées pour assurer cette articulation en pratique.

Tout d'abord, lancer des appels à projets communs sur chacune des grandes thématiques du PRSP constituerait une instance préalable au GRSP. C'est semble-t-il l'ambition du comité départemental d'éducation pour la santé en cours de constitution dans la Sarthe.

⁷⁰ Circulaire interministérielle N°DHOS/DGS/DATAR/2003/3 87 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets

Parallèlement, on peut valablement suggérer une mise en commun des informations relativement aux financements disponibles, en vue d'une réelle mise en perspective des priorités du PRSP et de celles retenues par d'autres instances.

En outre, mettre en place des points d'appui locaux pour la mise en œuvre du PRSP permettrait de mieux articuler au niveau territorial les démarches de santé publique, les axes prioritaires du PRSP et le SROS III en développant le rôle des établissements de santé comme acteurs et promoteurs de santé, chacun sur leur territoire respectif.

Enfin, il est possible en théorie de revendiquer une place accrue de la DDASS au sein du GRSP. Même si l'entrée des DDASS dans le conseil d'administration (CA) du GRSP est légalement possible⁷¹, il semble plus opportun d'envisager de demander l'invitation ponctuelle (en fonction de l'ordre du jour) d'un ou plusieurs DDASS au CA du GRSP en qualité d'expert dans la mise en œuvre du PRSP. Cette solution présente l'avantage de ne pas remettre en question les équilibres établis au sein du CA, tout en permettant aux directeurs de DDASS d'exprimer leurs points de vue, qui peuvent apporter un éclairage précieux pour les arbitrages opérés par le GRSP.

L'articulation entre les politiques régionale et départementale assurée, l'IASS doit, au sein du département, poursuivre la formalisation des partenariats qu'il a suscités et/ou accompagnés.

3.2.2 Encourager la structuration et la formalisation des partenariats dans le département

- A) Décloisonner les interventions des différents partenaires de la santé publique
 - a) *Favoriser une approche pluri-institutionnelle de la santé publique dans le département*

L'opacité existant autour des compétences et des dispositifs constitue une critique récurrente des promoteurs de santé publique très demandeurs d'un éclaircissement des circuits d'appels à projets. Les petits porteurs de projets, non rôdés au processus, prennent parfois le risque de passer à côté des fenêtres d'appels à projets.

territoriaux de développement.

⁷¹ Le décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique permet au Préfet de région de nommer un directeur de DDASS en tant que personnalité qualifiée au sein du CA à l'issue des trois ans de mandat de son prédécesseur. Le DDASS obtiendrait ainsi une voix consultative.

Dans la lignée de l'organisation régionale, il semble intéressant de privilégier, au niveau du département, une approche pluri-institutionnelle de la santé publique.

Dans ce cadre, il est envisagé d'organiser à destination des acteurs de terrain des rencontres par pays associant les services de l'Etat, de l'Assurance Maladie et l'ARH avec un double objectif : recueillir les préoccupations des acteurs locaux et leur apporter les informations nécessaires à la compréhension des dispositifs (SROS, PRSP, MRS). L'expérience menée dans les pays de la région de Bretagne a permis de mettre en exergue les avantages de cette modalité : la participation est en général très active, la présentation conjointe des institutions est très appréciée des acteurs et la présentation en séance des indicateurs de santé génère des possibilités d'échanges et des prises de consciences réelles.

Les appels à projets communs sur les thématiques du PRSP déjà évoqués plus haut vont dans le prolongement de cette idée et participent de la cohérence des institutions.

Un rapport destiné à faire état des priorisations de chacun des partenaires institutionnels et des financements envisagés (sans aller jusqu'à un pot commun départemental) peut également constituer un outil intéressant.

Au total, l'échelon départemental apparaît pertinent pour coordonner et animer une politique territoriale de promotion de la santé. C'est à ce niveau que les acteurs institutionnels et professionnels seront invités à se fédérer, non pas uniquement sur des thématiques spécifiques, mais pour réaliser ensemble des actions de prévention en santé. La coordination de tous les décideurs et financeurs au niveau local devrait aller jusqu'à la mise en commun des stratégies et des moyens. Les expériences de lieu ressource départemental visant des objectifs de mutualisation des ressources, de coordination et de mise en synergie des acteurs méritent d'être encouragées, généralisées et pérennisées. Elles ont pour effet de réduire le nombre des instances et groupes de travail aux thématiques interdépendantes, de simplifier et de clarifier la tâche de chaque partie prenante.

b) Rechercher une approche multisectorielle et complémentaire des acteurs de terrain (approche globale)

Les cloisonnements entre offre de soins hospitalière, médecine ambulatoire, champ social et médico-social, prévention et promotion de la santé demeurent prégnants. Or, l'évolution conceptuelle qui entoure la santé publique est marquée par un glissement de plus en plus tangible vers une approche globale de la santé publique qui inclut la prise en compte des déterminants de santé.

La juxtaposition des déclinaisons locales de la politique régionale de santé n'apparaît pas pertinente. Des actions transversales définies sur la base de diagnostics partagés ont plus d'impact a priori.

Comment promouvoir une telle acception si l'articulation des différentes parties prenantes n'est pas mise en œuvre ?

Plusieurs options peuvent être regardées avec attention et des leviers peuvent être activés tant en externe qu'en interne.

Il convient en premier lieu de poursuivre la sensibilisation des acteurs jusqu'alors peu impliqués dans les missions de prévention notamment : les établissements de santé et les médecins généralistes sont de ceux-là. Plus exactement, la mise en œuvre de telles missions manque en pratique de visibilité pour les institutionnels.

Le code de la santé publique rappelle que les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects physiologiques du patient. L'article L.6111-1 du CSP poursuit en spécifiant qu' « *ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation à la santé et de prévention.* »

L'intégration d'une annexe « santé publique » dans les CPOM doit permettre de mieux appréhender le rôle des établissements de santé de proximité. Le département de la Sarthe, bien que rural, comprend des communes importantes relativement bien réparties et dotées d'hôpitaux locaux. Ceux-ci peuvent donc constituer des relais intéressants des messages et missions de santé publique.

De la même manière, il faut inciter les médecins généralistes à valoriser les actes de prévention dans leurs pratiques professionnelles. Cela passe a priori par une revalorisation financière des actes de prévention : la DDASS ne pourra sur ce point donc qu'activer ses réseaux auprès de l'Assurance Maladie.

Parallèlement, il convient à ce stade d'insister sur la nécessité de conforter la démarche participative⁷². Une telle approche doit être soutenue par des finalités démocratiques « *au risque de rester une simple solution technique et administrative* »⁷³ Dans ce contexte, il convient de soutenir activement la participation des populations comme principe majeur

⁷² Cette exigence constitue l'un des objectifs formulés par le projet annuel de performances pour 2008 qui suggère d' « *accroître l'implication des citoyens dans la définition, la mise en œuvre et le suivi de la politique de santé publique* ». Pourtant, si cet objectif est le premier mentionné, les dispositifs mis en œuvre dans le département ne permettent pas une participation réelle des usagers, à l'exception peut-être des CUCS et des ASV.

d'intervention en l'inscrivant par exemple dans les appels d'offres, dans les cahiers des charges éventuellement élaborés. L'association des usagers pourra également constituer un critère de sélection des projets. Les pratiques existantes et reconnues devront faire l'objet d'une publicité particulière afin de sensibiliser à une telle approche. Le développement de nouvelles formes de participation, utilisant des modes innovants de consultations (forum citoyen, ateliers scénarios...) et que certains territoires sarthois se sont déjà appropriés, devra être encouragé.

En interne de la DDASS, il convient de repenser la transversalité des interventions au sein des services. L'organisation interne de la DDASS de la Sarthe présente l'avantage de regrouper en un pôle unique les problématiques sociales et de santé publique. L'IPASS en charge de ce service peut donc procéder assez facilement à des allers-retours entre ces deux secteurs d'intervention dès lors qu'il bénéficie d'une certaine lisibilité des dispositifs et connaît les acteurs concernés par chacune de ces thématiques. Le décloisonnement des deux secteurs semble possible.

Toutefois, les services déconcentrés de l'Etat –et parmi eux les DDASS- disposent en général d'un pôle autonome consacré à l'offre de soins. Dans la perspective d'une approche globale en santé publique, il apparaît donc indispensable de veiller au décloisonnement de ces services. Sans remettre en cause la délimitation des compétences de chacun de ces pôles qui se justifie pour d'autres raisons, les services concernés doivent s'efforcer de faciliter la diffusion des informations qu'ils jugent pertinentes et de consulter l'autre service en amont des projets qui adjoignent de fait les approches de soin et de prévention.

B) Mettre en œuvre les outils de la coordination

Les outils de la coordination existent déjà pour certains : il convient donc de les développer de manière efficace et efficiente ; d'autres, comme la contractualisation, sont connus des IASS et ne posent donc pas de difficulté particulière de mise en œuvre.

a) *Pérenniser et optimiser les leviers à disposition de la DDASS*

Nous l'avons vu précédemment, il existe dans le département des expériences d'actions partenariales, formalisées notamment sous la forme de réseaux thématiques. Il importe de leur donner les moyens de se développer et de se pérenniser.

⁷³ BERRY P. *Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir !* La Santé de l'Homme, mai-juin 2006, n°383, p.27-28

Les DDASS disposent déjà d'un réseau de partenaires qu'elles sollicitent dans d'autres exercices de planification dont elles sont maîtres d'œuvre et de divers diagnostics ciblés (exemple des ASV).

Les réseaux se sont multipliés. Les plus récents atteignent leur vitesse de croisière en termes de fonctionnement. Des antennes délocalisées ont permis d'initier des dynamiques partenariales locales.

La DDASS de la Sarthe envisage de créer des maisons de la santé, dans les quartiers, dont le contenu aurait vocation à s'adapter au quartier, au degré de mobilisation des acteurs et aux problématiques de santé identifiées. Véritable lieu de prise en charge de premier niveau, ces maisons doivent permettre l'écoute, le repérage, l'information et l'accompagnement vers des dispositifs de droit commun. Leur fonctionnement repose sur la mise à disposition de professionnels du social et de la santé. A cette occasion justement, il convient, avec l'appui de l'Assurance Maladie, d'interpeller les médecins généralistes et de les remobiliser sur leurs compétences en matière de prévention et de santé publique en général.

Dans ce contexte, il est essentiel de disposer d'un coordonnateur visible. La DDASS est souvent regardée comme la plus légitime dans ce rôle. Ceci se justifie par ailleurs par le fait, qu'en tant que service déconcentré de l'Etat, elle a vocation à relayer celui-ci dans son rôle de garant de la mise en œuvre de la politique ainsi déclinée. En pratique, il lui appartient d'assurer un financement de fonctionnement et inciter à la mobilisation de financements de ses partenaires : collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale

b) La contractualisation au service de la coordination des acteurs

La limite des partenariats et de la mise en réseau réside dans le fait que les partenariats restent fortement liés à des considérations de personnes. Les associations d'acteurs nécessitent donc une plus grande structuration. La contractualisation peut être une réponse en vue de pérenniser les engagements des acteurs. Dans le département, elle a déjà pu être suggérée notamment dans le cadre de la déclinaison du plan d'actions MILDT. Il n'est nullement question d'alourdir les relations qui se sont tissées plus ou moins naturellement en imposant un formalisme excessif ; cela risquerait de freiner les initiatives et engagements de certains partenaires. Mais la signature d'une convention ou d'une charte semble être une pratique courante, sans doute envisageable dans le domaine de la santé publique. Quant au contenu du document en question, il pourra regrouper des objectifs communs, les missions de chaque partie prenante et les engagements humains, matériels et financiers de chacun d'entre eux, ainsi que les critères de l'évaluation.

3.3 Promouvoir le développement d'une politique de santé publique de qualité

Renforcer la qualification des opérateurs et la qualité des interventions constitue un enjeu majeur de l'intervention des DDASS. La mise en place d'une évaluation peut attester des bons ou mauvais résultats en termes qualitatifs **(3.3.3)**. Au préalable, celles-ci doivent toutefois participer à la promotion de la santé publique, de ses concepts **(3.3.1)**, de ses méthodes **(3.3.2)** et de ses logiques.

3.3.1 Favoriser l'émergence d'une culture commune de santé publique

Les expériences en Bretagne ont montré que la culture en santé publique restait très partielle, même si cela semble à nuancer lorsque le dispositif s'appuie sur l'ATS. Le système français reste très axé autour des soins curatifs au détriment d'une véritable logique de prévention et de promotion de la santé. La mise en œuvre de la loi de santé publique et les programmes régionaux qui l'ont précédée incitent toutefois à nuancer ce propos. L'introduction d'annexes « santé publique » dans les CPOM des établissements de santé, la reconduction et la réussite certaine des PRSP démontrent l'entrée dans une nouvelle ère de la santé publique. La diffusion de la culture de santé publique doit en ce sens être regardée comme un défi perpétuel.

Les rencontres territoriales évoquées plus haut seront à privilégier pour une confrontation de ces approches en santé publique, des échanges de pratiques, une mutualisation des expériences, des outils et stratégies d'intervention.

La place de la communication reste essentielle. Les messages de santé publique tendent à se multiplier, même si leurs effets restent difficilement mesurables auprès des bénéficiaires. Il faut veiller en toutes circonstances à la cohérence de ceux-ci

3.3.2 Faciliter l'accès des promoteurs à la formation et au conseil méthodologique

Une formation en direction des associations d'éducation pour la santé axée sur la méthodologie de projet peut être proposée. En l'occurrence, il apparaît pertinent de privilégier une méthodologie commune mise en lien avec les dossiers d'appels à projet adressés par l'Etat et l'Assurance maladie.

Cette cohérence entre acteurs et surtout entre financeurs permet pour les premiers de mieux comprendre les attentes des financeurs, de clarifier les modalités de financement complexes des actions d'éducation pour la santé et de favoriser la rencontre des acteurs départementaux.

Dans ce contexte, le positionnement du CODES doit être renforcé. Sous la coordination de cette instance peuvent être notamment développées des plateformes de services et de ressources à destination des acteurs de proximité.

Un cahier des charges des formations de « personnes relais en éducation pour la santé » pourrait être élaboré. Des acteurs seraient ainsi formés pour relayer les actions de proximité.

Une labellisation des acteurs et des actions innovantes, fondée sur un cahier des charges commun, permettrait une uniformisation des stratégies d'intervention et serait surtout garante de la mise en œuvre d'actions de qualité. Il faudra toutefois être vigilant : une telle labellisation ne doit pas avoir pour effet de décourager les porteurs de projets ; les fondements de cette démarche qualité devront être formulés en toute transparence.

L'objectif général de ces propositions consiste en une professionnalisation des acteurs de la prévention et une labellisation par les actions de formation et les interventions pluridisciplinaires dans différents milieux.

3.3.3 Mettre en place une véritable stratégie d'évaluation des dispositifs et actions de santé publique

L'évaluation est un terrain périlleux surtout lorsqu'on l'évoque dans le champ de la santé publique.

Sans entrer dans le débat de l'efficacité de l'évaluation en la matière, il s'agit seulement de rappeler qu'en l'occurrence sont visées tant l'évaluation des dispositifs territoriaux qui prennent place que l'évaluation des actions de santé publique.

L'évaluation doit permettre de savoir dans quelle mesure les actions programmées ont été déployées, connaître les processus mobilisés et les écarts observés par rapport à ce qui avait été planifié. Dans la mesure du possible, elle doit intégrer l'évaluation de la satisfaction des personnes bénéficiaires.

La contractualisation devra permettre de mettre les partenaires d'accord relativement aux objectifs et aux modalités de l'évaluation.

L'évaluation doit permettre des ajustements. Renforcer la compétence des promoteurs pour leur permettre de développer une analyse critique sur les processus qu'ils mettent en œuvre et les résultats qu'ils observent.

Concernant spécifiquement l'évaluation des actions de santé publique, elle suppose la mise en place un outil standardisé permettant une remontée d'informations des actions mise en place. La labellisation des compétences évoquée précédemment devrait considérablement faciliter ladite évaluation.

La territorialisation de la santé publique est une idée encore neuve dans le département de la Sarthe. Si le bien-fondé des expérimentations qui ont cours n'est plus à démontrer, il reste néanmoins du chemin à parcourir, notamment en termes de coordination d'acteurs aux logiques nécessairement différentes.

Conclusion

Des orientations nationales et des plans nationaux affluent régulièrement des différents ministères. Ils sont, du fait de la loi de santé publique, aujourd'hui adressés aux régions en vue d'une première traduction dans les PRSP

Dans le cadre de cette réflexion, la région apparaît à plus d'un titre comme l'échelon optimal de la coordination des logiques -institutionnelles ou non- développées à chaque niveau. En effet, la région peut être regardée comme une « courroie de transmission » : dans une logique descendante, elle procède à la déclinaison des orientations du niveau national vers le niveau local ; dans une logique ascendante, il lui appartient de relayer les besoins du niveau local vers le niveau national⁷⁴. La stratégie de santé publique gagne alors incontestablement en cohérence.

Cette déclinaison ne doit cependant pas occulter les dynamiques locales à l'œuvre au niveau des villes, regroupements de communes, arrondissements, pays, qui se concrétisent par des projets de territoires incluant le plus souvent un volet santé.

Se pose alors la question de l'articulation des différents échelons territoriaux de mise en œuvre de la politique de santé publique.

La DDASS –et l'IASS- ont résolument un rôle à jouer en la matière en tant que service déconcentré de l'Etat. Elle est aujourd'hui le plus souvent légitimée au regard de son opérationnalité et son expertise dans la déclinaison des dispositifs. Dans le département de la Sarthe, la DDASS est mue par une volonté réelle d'affirmer son positionnement tant auprès de la région qu'auprès des acteurs et institutionnels locaux. Dotée d'une compétence départementale, elle a de fait toute latitude pour intervenir dans les territoires infra-départementaux. Pour l'heure, la déclinaison de la politique de santé publique par pays apparaît fondée ; l'évaluation déterminera si c'est effectivement le cas.

Notons qu'en 2008 est programmée une première évaluation des PRSP à mi-parcours et une évaluation de la loi de santé publique en préparation de la prochaine loi qui devrait en théorie paraître en en 2009.

Il faudra en outre compter avec la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) également prévue en 2009. Ces nouvelles instances participeront-elles à l'amélioration de la lisibilité et du pilotage des actions de santé publique ? Ces évolutions en cours posent également question aux DDASS : le renforcement de la santé publique au niveau régional ne risque-t-elle pas de fragiliser l'approche territoriale qu'elles ont initiée ? Pour

⁷⁴ Le rapport Toussaint s'inscrit dans cette mouvance lorsqu'il fait valoir que la modalité d'intervention de la région est double : une modalité « descendante », fondée sur la notion de santé, mission régalienne, et une modalité « ascendante », laquelle se réfère à l'efficacité de la démarche de projet de santé publique et précise la place des usagers dans la définition des politiques publiques de santé.

l'heure, la patience est de rigueur et le rapport de la mission de M. Philippe Ritter devra au préalable prendre position sur l'intégration ou non de la santé publique dans le champ de compétences des ARS.

Bibliographie

- TEXTES JURIDIQUES

OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. Consultable sur : <http://www.euro.who.int>.

OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, 2005. Consultable sur : <http://www.euro.who.int>.

Code de la santé publique

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (articles L.1411-10 à L.1411-13 CSP)

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (articles L.3111-11 CSP et suivants : compétences recentralisées)

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

Loi d'orientation n°92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République

Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux de santé publique (articles L.1411-14 à L.1411-19 CSP – articles R.1411-17 et suivants CSP)

Décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales de santé ou territoriales de santé (articles L.1411-12 et L.1411-13 CSP- articles R.1411-1 à R.1411-16 du CSP)

Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/2006/383 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 ateliers santé ville

Circulaire n°DGS/SD1A/2005/369 du 2 août 2005 relative à la mise en place des conférences de santé en 2005

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

Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DGAS/DATAR n°2002-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement

Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006

▪ ARTICLES

BARTHELEMY L., MARCHAND A.-C. *Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural*. Dossier « Ruralité et santé », La Santé de l'Homme, septembre-octobre 2006, n°385, p.19-21.

BERRY P. *Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir !* La Santé de l'Homme, mai-juin 2006, n°383, p.27-28.

BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A. et al. *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* Santé publique, 2005, n°4, p.569-582.

DAVID O. *Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques*. Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », La Santé de l'Homme, mai-juin 2006, n°383, p.18-20.

DEMEULEMEESTER R., *Politiques et programmes régionaux de santé. Evaluation et bilan*, ADSP, mars 2004, n°46, p.50-61.

JABOT F., DEMEULEMEESTER R., *Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique*, Santé publique, 2005, n°4, p.597-606.

LAMOUR P., LEHELIAIS L., BERRY P. et al, *Qu'est-ce qu'un atelier santé : L'expérience des Comités d'Education pour la Santé des Pays de la Loire*, Santé publique, mars 2005, n°1, p.121-134.

LAMOUREUX P. *L'approche participative dans un projet de santé*. Dossier « Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? », La Santé de l'Homme, mars-avril 2006, n°382, p.12.

LAURENT-BEQ A., LEGRAND E. *Développer une approche territorialisée de la santé*. Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », La Santé de l'Homme n°383, mai-juin 2006, p.16-17.

MARCHAND A.-C. *Vers un service public de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire*. Dossier « Ruralité et santé », La Santé de l'Homme, n°385, septembre-octobre 2006, p.12.

PETITJEAN F. *Santé publique : la Bretagne articule plan régional et plan territorial*. Dossier « La promotion de la santé à l'épreuve des territoires », La Santé de l'Homme n°383, mai-juin 2006, p.23-24.

TARDIEU M. *Promotion de la santé, 2 conseils pour la mise en œuvre d'une politique locale*, La lettre du développement local, septembre-octobre 2006, p.4-5.

VANDOORNE C., JABOT F., FOND-HARMANT (coor.), Dossier Education pour la santé : les défis de l'évaluation, La Santé de l'Homme, n°3 90, juillet-août 2007, p.11-55.

VIGNERON E., CORVEZ A., SAMBUC R. *Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020*. Territoires 2020, juin 2001, n°3, p.87-99. Disponible sur internet : <http://www.diact.gouv.fr>.

VIGNERON E., CORVEZ A. (dossier coordonné par), *Santé publique et aménagement du territoire*, ADSP 1999 n°29, p.20-68.

Revue Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) n°46, Dossier « Politiques et programmes régionaux de santé », La Documentation Française, mars 2004, p.13-76.

Revue ADSP n°50, Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé », La Documentation Française, mars 2005, p.17-70.

▪ OUVRAGES

BAIL J-N., EL HASNAOUI A., *Place de la prévention dans la politique de santé*, éd. John Libbey, Eurotext 2007, 128 p.

TASCON-MENNETRIER C. (coor.), *Villes, santé et développement durable*, Institut des Villes, Collection Villes et Société, La Documentation Française, 550 p.

▪ ETUDES ET RAPPORTS

Ministère de la santé et des solidarités. Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention. *Stratégies nouvelles de prévention* (rapport Toussaint), décembre 2006.

Rapport IGAS. *Politiques sociales de l'Etat et territoires*. Paris : La Documentation française, 2002.

Rapport IGAS. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française, 2003.

Rapport IGAS. *Les métiers de la prévention sanitaire*, 2003.

Rapport IGAS. *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*, 2003.

Rapport IGAS. *Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social*, 2003.

INSEE, Pays de la Loire, Dossier « Observation sociale des territoires de la Sarthe », N°17, février 2006. Consultable sur : www.insee.fr/pays-de-la-loire.

- AUTRES

Délégation interministérielle à la ville. Direction générale de la santé. *Le programme santé des CUCS*, novembre 2006.

LONCLE P. *Bilan d'étape du dispositif régional d'animation territoriale en Bretagne*, novembre 2005.

Conférence nationale de santé. *Les voies d'amélioration du système de santé français*, avis 22 mars 2007.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. *Plan national d'éducation pour la santé*, 2001.

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Etude préliminaire pour une proposition méthodologique d'aide à la définition de territoires dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique*, novembre 2005.

ENSP, Module interprofessionnel, *Les schémas régionaux d'éducation pour la santé : enjeux et limites dans le cadre des politiques régionales de santé*, 2007

- DOCUMENTS ELECTRONIQUES

Plan Régional de Santé Publique 2006-2009 Pays de la Loire. Disponible sur internet : <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

Schéma Régional d'Education Pour la Santé 2003-2007 Pays de la Loire. Disponible sur internet : <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire des Pays de la Loire 2006-2010. Disponible sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr>

Plan régional de santé publique 2006-2010. La Bretagne en santé. Disponible sur internet : <http://www.bretagne.sante.gouv.fr>

PRSP Nord Pas-de-Calais

PRSP Haute-Normandie

- SITES INTERNET

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : <http://www.sante.gouv.fr>

INPES : <http://www.inpes.sante.fr>

Délégation interministérielle à la ville : <http://www.ville.gouv.fr>

Groupement Régional de Santé Publique des Pays de la Loire : <http://www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr>

Comité départemental d'éducation pour la santé de la Sarthe : <http://www.codes72.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 / Glossaire

Annexe 2 / Santé publique, promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé :
quelle articulation ?

Annexe 3 / Liste des personnes ressources

Annexe 4 / Guide d'entretien à l'attention des coordonnateurs de réseaux

Annexe 5 / Questionnaire adressé aux DRASS : Quelle déclinaison de la politique de
santé publique dans votre région ?

Annexe 6 / Organigramme général de la santé publique en France

Annexe 7 / Le PRSP dans son environnement

Annexe 8 / Schéma simplifié de l'organisation régionale de la santé publique

Annexe 9 / Les territoires de santé dans la région des Pays de la Loire

Annexe 10 / Carte générale du département de la Sarthe

ANNEXE 1 / Glossaire

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE (CRS)

Instance de concertation des acteurs de santé de la région, elle réunit notamment des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance-maladie complémentaire obligatoire et complémentaire, des malades et des usagers, des professionnels de santé, de l'observatoire régional de la santé, des comités régionaux d'éducation pour la santé... (Articles L. 1411-12 et L. 1411-13 du Code de la santé publique [CSP]). Elle contribue, par ses avis, à la définition des objectifs et à l'évaluation des programmes régionaux de santé publique contenus dans le Plan régional de santé publique (PRSP).

EDUCATION A LA SANTE

Selon le *Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé (sous la direction du Dr Jean-Luc Véret)*, « l'éducation à la santé, avec la préposition « à », suppose que le projet est prédéfini par celui qui éduque. Les parties « normes », « règles », « transmission de compétences » prennent un poids plus important ».

EDUCATION POUR LA SANTE

Processus créant avec les personnes et les groupes les conditions de développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. L'éducation pour la santé considère la personne ou la population comme acteur de son projet de santé. Composante de l'éducation générale, elle ne dissocie pas les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. **La circulaire du 22 octobre 2001 relative aux SREPS** précise qu'« elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie des compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité ». A ce titre, elle est une mission de service public du système de santé et du système d'éducation.

GROUPEMENT REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (GRSP)

En vertu de l'article L. 1411-1 CSP, le préfet de région « met en œuvre le plan régional de santé publique et dispose, à cet effet, du groupement régional de santé publique ». Cette instance a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le PRSP en se fondant notamment sur l'observation de la santé en région. Personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, il est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'ARH, l'Etat, l'INVS, l'INPES, l'URCAM, la CRAM, ainsi que « la région, les départements, communes ou groupements de

communes, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement » (article L. 1411-15 CSP).

PLAN NATIONAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Ce plan, **présenté en Conseil des Ministres le 28 février 2001**, a pour objectif général que « *chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte* ».

Il comprend trois axes :

- la mise en place d'un service public en éducation pour la santé ;
- le développement de la formation et de la recherche ;
- la valorisation de l'éducation thérapeutique.

PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP)

Ce plan, 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* » (Art L.1411-11 CSP).

PREVENTION

Intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé. Elle vise la réduction des risques par une intervention en amont dans le but d'améliorer l'état de santé de la population. Selon la loi du 4 août 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, « *à travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun le moyen de protéger et d'améliorer sa santé* ».

- ✓ **La prévention primaire** vise à réduire autant que possible le risque, sa survenue ou ses conséquences.
- ✓ **La prévention secondaire** cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie, par des soins précoces.
- ✓ **La prévention tertiaire** vise à éviter les rechutes ou les complications et consiste en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses séquelles.

PROMOTION DE LA SANTE

Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. **Selon la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986**, toute politique de santé publique s'organise autour d'un

certain nombre d'axes stratégiques :

- créer des environnements, des conditions de vie et de travail exerçant une influence positive sur la santé ;
- renforcer l'action communautaire par une démocratie sanitaire offrant la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé ;
- développer les attitudes personnelles en assurant l'éducation pour la santé de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur état de santé ;

réorienter les services de santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux, pour abonder dans le sens de la promotion de la santé.

SANTE

- ✓ **OMS (art. 1 – 1946)** : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ».

Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 : « la santé, c'est 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 et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ».

SCHEMA REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE (SREPS)

Ce schéma quinquennal arrêté par le Préfet de région a pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Il doit non seulement développer dans chaque région une culture d'éducation pour la santé élaborée à partir de concepts validés et partagés, en faire reconnaître l'importance et la légitimité, mais aussi consolider ce secteur d'activité en définissant mieux ses moyens d'action et en garantissant son financement.

Selon la **circulaire du 22 octobre 2001**, le SREPS « doit :

- organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de la région dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et des actions mis en place ;
- optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre : il s'agit d'établir des priorités d'action qui orienteront les activités et les services pour une meilleure satisfaction des besoins de la population et une répartition équitable entre les différents bassins de vie ».

ANNEXE 2 / Santé publique, promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : quelle articulation ?

(Source : SREPS des Pays de la Loire, 2003)



ANNEXE 3 / Liste des personnes ressources

Patricia LONCLE, enseignant chercheur Ecole Nationale de la Santé Publique, département POLITISS

Michel DUPUY, directeur de l'Accueil Info Drogues du Mans

Sébastien VALLEE, coordinateur du Réseau Genre et Sexualité 72

Hélène MAZENQ, animatrice territoriale de santé, Pays de Vitré – Porte de Bretagne

Valérie PARIS, directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé de la Sarthe

Lionel DAUVERGNE, coordinateur du Réseau Toxicomanie Sarthe

Olivier LEHMANN, inspecteur principal, responsable du pôle social, DDASS de la Sarthe

Dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique :

Eric LE GRAND, sociologue et consultant en éducation pour la santé, enseignant à l'ENSP

Docteur Jean-Pierre NICOLAS, MISP DRASS Bretagne

Anne LE GALL, IASS, DRASS, chef de projet SREPS

François LEVENT, DRASS, responsable du service politique de santé publique régionale, chargé de mettre en place le PRSP, secrétaire CRS et secrétaire GRSP.

Véronique DEVINEAU, URCAM, chargée de mission prévention.

Dr MARCHAND, INPES, Chef département partenariats et développement régional.

Dr DEMEULEMEESTER, INPES

Jeannine POMMIER, Présidente du CRES Bretagne, Présidente de la CRS Bretagne, Docteure en médecine, Enseignant-chercheur à l'ENSP

ANNEXE 4 / Guide d'entretien à l'attention des coordonnateurs de réseaux

Présentation de la démarche

Elève IASS, en formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique à Rennes.

Stage d'exercice professionnel à la DDASS de la Sarthe.

Réalisation d'un mémoire relatif à la déclinaison de la politique régionale de santé publique dans le département de la Sarthe.

1. Présentation de l'enquête

2. Présentation du réseau

- genèse
- statut juridique
- rôle / objectifs
- comment le réseau s'inscrit-il dans les priorités de santé publique définies aux niveau régional et départemental ?
- quels sont les principes régissant son organisation et son fonctionnement ?
- participants
- financement
- évaluation

3. Présentation des actions mises en œuvre

- objectifs
- modalités d'actions
- acteurs, partenariats ou mises en réseau éventuels
- financement
- approche globale, thématique ou populationnelle ? pourquoi ?
- publics concernés : caractéristiques, association éventuelle de ces publics
- thématiques concernées
- difficultés

4. Evaluation des actions menées

- existence d'une évaluation ?
- critères d'évaluation (quantitatifs, qualitatifs)
- au regard de l'adhésion des publics
- au regard de l'adhésion des professionnels
- éléments participant de la qualité (charte...)
- difficultés liées à l'évaluation

5. Réseau et approche territoriale

- dans quelle mesure le réseau s'inscrit-il dans une démarche territoriale ?
- zone d'intervention (pourquoi cet échelon est-il apparu pertinent ?)
- atouts et limites de cette approche territoriale
- articulation avec l'échelon départemental ? avec l'échelon régional ?
- atouts et limites des échelons départemental (opérationnalité vs superposition des stratégies) et régional (cohérence des stratégies vs abstraction des particularités locales)
- diriez-vous que c'est le territoire qui définit le projet ou le projet qui détermine le territoire ?

6. Perspectives

- quels objectifs spécifiques sont assignés pour l'avenir du réseau ?
- comment améliorer la portée des actions menées ?
- quelles sont vos attentes en la matière ?

ANNEXE 5 / Questionnaire adressé aux DRASS :
Quelle déclinaison de la politique de santé publique dans votre région ?

DRASS (à compléter)

1. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE

1.1. Dans votre région :

1.1.1. En quelle année le PRSP a-t-il été arrêté ?

Quelles en sont les grandes lignes directrices ?

1.1.2. Le GRSP est-il opérationnel ? oui non

Si oui, depuis quelle année ?

Remarques éventuelles liées à sa composition et/ou son fonctionnement :

1.1.3. Autres observations sur la politique de santé publique dans votre région :

1.2. Comment s'opère concrètement l'articulation des différents dispositifs régionaux ? (PRSP, SREPS, SROS...) Ces stratégies n'ont-elles pas tendance à se superposer ?

1.3. Approche globale, approche thématique ou approche populationnelle : comment ces différentes approches sont-elles articulées dans votre région ?

1.4. Quels sont selon vous les principaux avantages et les principales limites de la régionalisation de la politique de santé publique ?

2. QUELLE TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ?

2.1. Quelle est la place du département dans la politique de santé publique de votre région ?

2.2. Le PRSP prévoit-il la territorialisation de la politique de santé publique ?

oui non

Si oui, quel échelon territorial est ou vous semble devoir être retenu ?

le département la communauté d'agglomération, la commune

le pays le quartier

autre. Précisez :

Comment se justifie t-il ?

2.3. Existe-t-il dans votre région des expériences ou démarches innovantes de territorialisation de la santé publique ? oui non

Si oui, quelles en sont les grandes lignes ?

2.4. Quels sont les avantages et les limites de la territorialisation de la politique de santé publique ?

2.5. Quelles sont les conditions de réussite d'une démarche territoriale en santé publique ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Ce questionnaire a été rempli par :

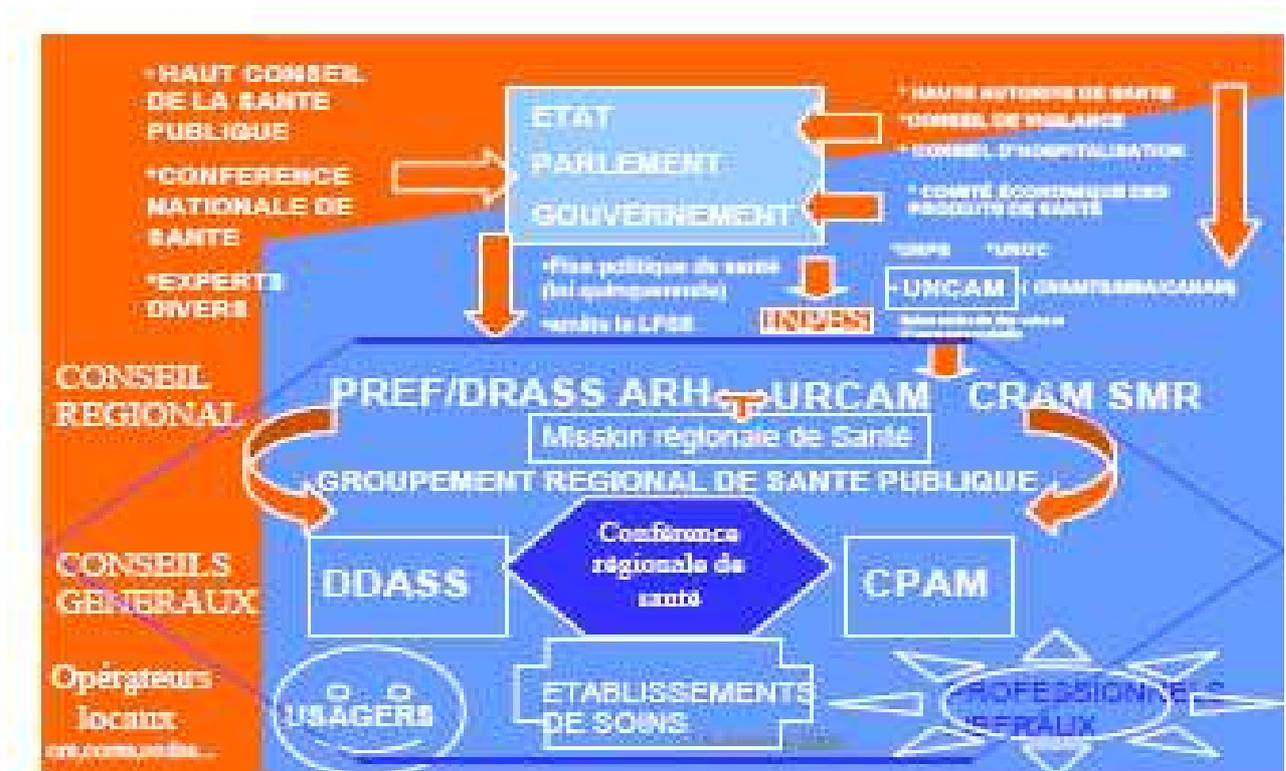
Nom :

Service :

Coordonnées (tél. et/ou mail) :

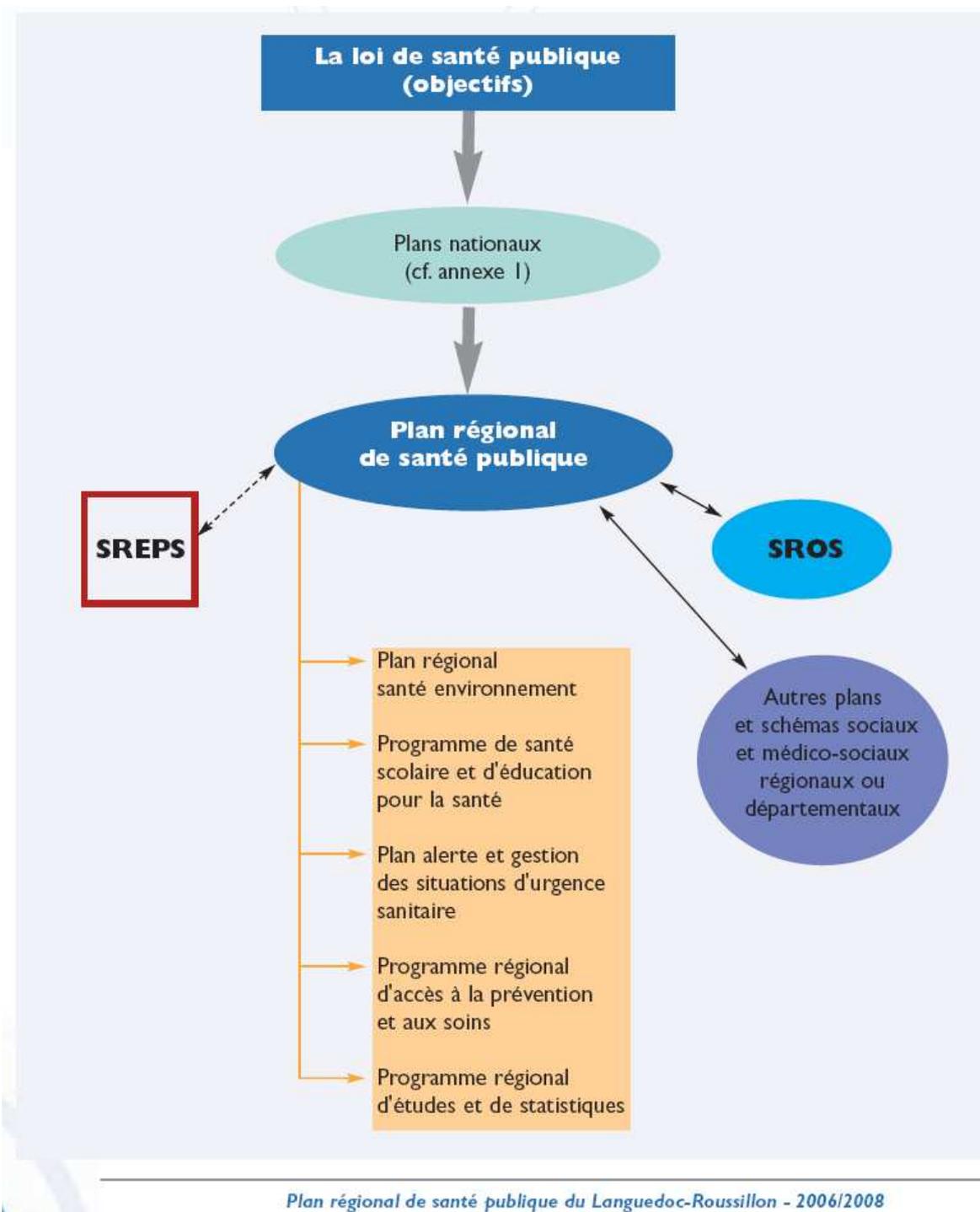
ANNEXE 6 / Organigramme général de la santé publique en France

(Source : Ministère de la santé et des solidarités. Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention. *Stratégies nouvelles de prévention*, décembre 2006)

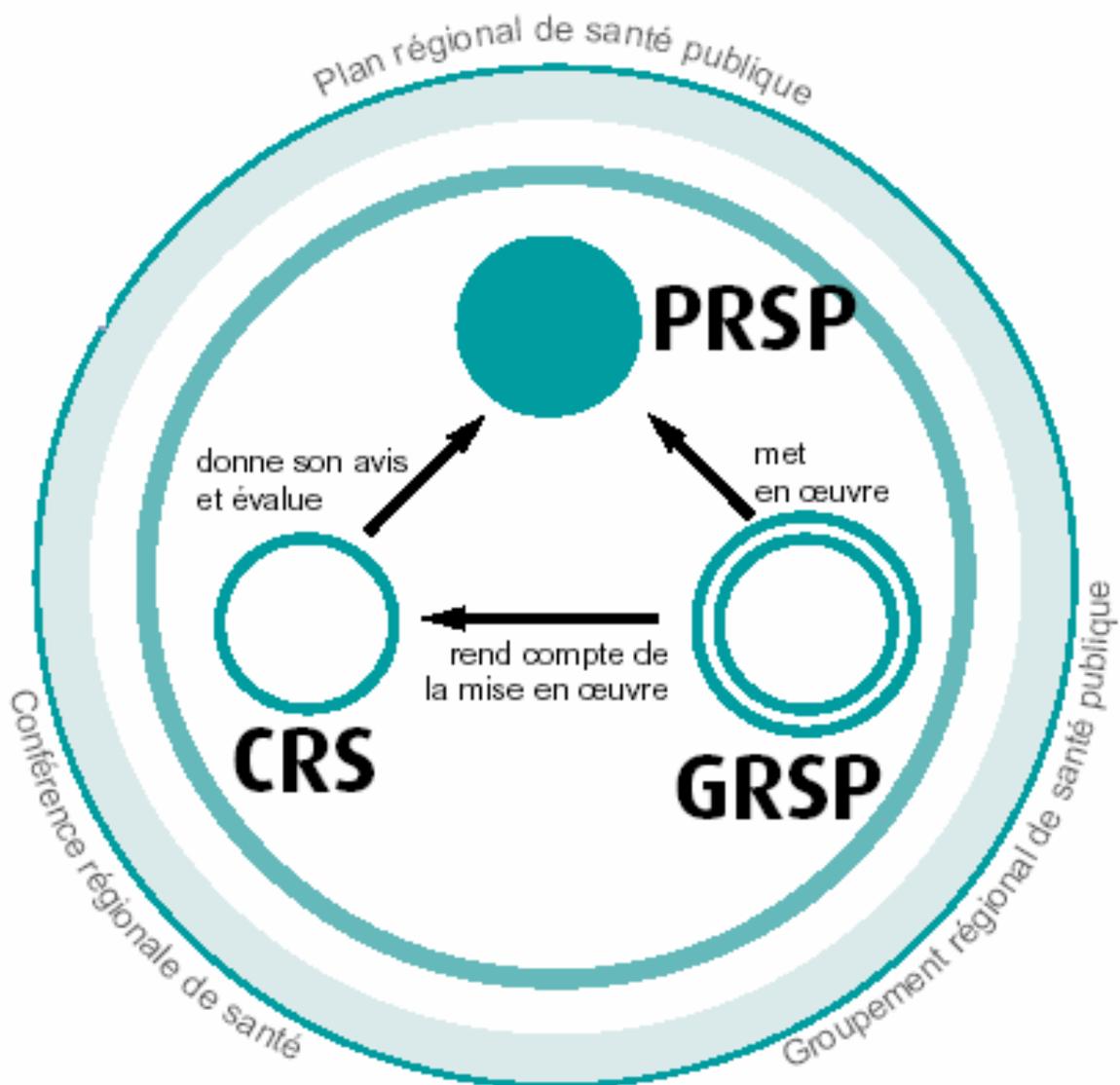


ANNEXE 7 / Le PRSP dans son environnement

(Source : PRSP Languedoc-Roussillon 2006-2008)

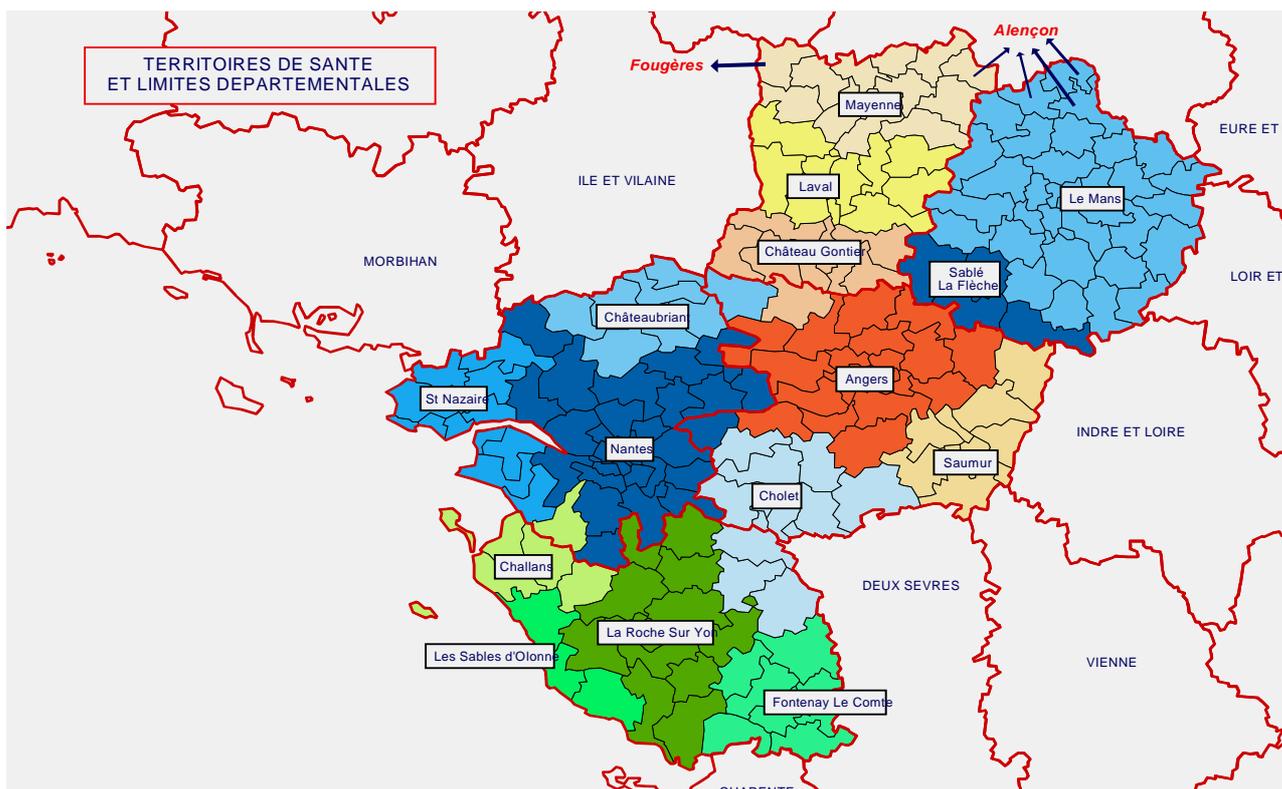


ANNEXE 8 / Schéma simplifié de l'organisation régionale de la santé publique



ANNEXE 9 / Les territoires de santé dans la région des Pays de la Loire

(Source : SROS III Pays de la Loire 2006-2010)



ANNEXE 10 / Carte générale du département de la Sarthe

(Source : site Internet de la Préfecture de la Sarthe)

