

Les politiques régionales de santé publique

Les politiques régionales de santé publique

Éléments de constat et préconisations
dans le contexte
de la loi hôpital-patients-santé-territoires

Constat	5
L'observation de la santé	5
Le choix de priorités sanitaires régionales et l'élaboration des plans régionaux de santé publique	7
Élaboration et mise en œuvre des plans régionaux de santé publique	8
Évaluation des politiques régionales de santé publique	10
En conclusion	10
Préconisations	12
Des propositions qui s'appuient sur trois principes généraux	12
En matière d'observation de la santé	14
En matière de priorités	15
En matière d'élaboration et de mise en œuvre des plans et programmes	16
En matière d'évaluation des politiques régionales de santé publique	17
En conclusion	19

Composition du groupe de travail

Présidente

Anne Tallec, HCSP

Membres

François Baudier, HCSP

Pierre Czernichow, HCSP

Claude Michaud, Urcam Franche-Comté

Renée Pomarède, secrétariat général du HCSP

avec la collaboration de :

Brigitte Sandrin-Berthon, HCSP

Alain Trugeon, HCSP

Ce document a été enrichi par les relectures de :

Jacques Bury, Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé (ADSAN) Genève

Laurent Chambaud, Igas

Franck Chauvin, HCSP

Bertrand Garros, Prévadiès

Pierre Lombrail, CHU Nantes

Hugues Riff, Drass Provence – Alpes – Côte d'Azur

Constat

Les politiques régionales de santé publique ont été profondément modifiées depuis 2004 par la loi relative à la politique de santé publique, l'adoption en parallèle d'une loi sur l'assurance maladie signant toutefois le cloisonnement persistant entre soins curatifs et prévention. Dans le contexte de la préparation de la loi hôpital-patients-santé-territoires, et dans la perspective de la prochaine loi de santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a souhaité contribuer à la réflexion concernant l'évolution de ces politiques. Un groupe de travail a été mis en place pour faire, à partir d'un constat de la situation actuelle dans ce domaine, des préconisations pour l'avenir. Toutefois les délais contraints et les ressources disponibles n'ont pas permis d'effectuer un état des lieux systématique et approfondi au sein des 26 régions, compte tenu de l'ampleur du champ concerné et de la diversité des démarches entreprises. Sont donc mis en exergue dans ce texte quelques faits marquants, partagés par un grand nombre d'acteurs tant régionaux que nationaux. Les évaluations des plans régionaux de santé publique (PRSP), actuellement en cours dans de nombreuses régions, viendront enrichir et éventuellement nuancer ce constat.

L'analyse proposée est structurée selon la démarche de santé publique, et s'organise donc autour des 4 étapes suivantes :

- observation et diagnostic de l'état de santé,
- choix des problèmes de santé jugés prioritaires,
- élaboration et mise en œuvre des plans ou programmes,
- évaluation des plans ou programmes.

L'observation de la santé

**Au niveau national,
des progrès
importants mais un
dispositif fragmenté**

L'observation de la santé a connu un développement très important en France au cours des 20 dernières années, porté par la demande croissante d'information, en relation notamment avec la diffusion des pratiques de conduite de projet. Cette évolution s'est traduite par :

- une diffusion des concepts, outils et méthodes d'analyse des données de santé,
- un essor des systèmes d'information, permanents ou périodiques,
- une diffusion plus large des données, favorisée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

En lien avec l'ampleur du champ de la santé, la diversité des acteurs et des besoins d'information, de nombreuses structures recueillent, analysent et diffusent des données sur

les problèmes de santé, leurs multiples déterminants situés dans ou hors du champ de la santé (facteurs environnementaux, comportementaux, socio-économiques, psychosociaux...), les ressources sanitaires disponibles et leur utilisation. L'observation de la santé est ainsi une activité partagée entre diverses institutions, leur nombre ayant d'ailleurs sensiblement augmenté avec la mise en place des agences sanitaires. L'une de ces dernières, l'Institut de veille sanitaire (InVS) joue d'ailleurs un rôle essentiel puisqu'elle a notamment pour mission l'observation de l'état de santé de la population.

La coordination de cette activité au niveau national implique plusieurs lieux ou instances (Comité national de santé publique, Conseil national de l'information statistique, Institut des données de santé, Institut de recherche en santé publique), et des efforts d'observation coordonnée ont été réalisés pour certains thèmes, par exemple la nutrition.

Mais d'une façon globale, le dispositif national d'observation de la santé apparaît fragmenté et il n'existe pas aujourd'hui d'organisation cohérente du recueil, de l'exploitation et de la diffusion des informations sur la santé en France.

Par ailleurs, les données collectées apparaissent relativement sous-exploitées, qu'il s'agisse de celles issues des grandes enquêtes (enquêtes décennale santé, Sumer, santé scolaire, IMS health...) ou de celles provenant des systèmes d'information permanents (PMSI, données de l'assurance maladie...). Cette situation est sans doute à relier pour partie au fait que les équipes chargées d'analyser ces données ne se sont pas étoffées au même rythme que les systèmes d'information.

Les données sur la santé sont donc actuellement beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus riches qu'il y a quelques années, mais leur exploitation reste encore insuffisante et leurs modalités d'analyse et de mise à disposition sont trop souvent aléatoires, liées à des initiatives ponctuelles, institutionnelles ou personnelles.

...alors que la territorialisation des démarches de santé publique amplifie les besoins d'information en région

En lien avec la déconcentration progressive des politiques de santé des années quatre-vingt-dix et les demandes récentes des collectivités territoriales (notamment des conseils régionaux), les besoins d'information se sont fortement territorialisés. Les acteurs en charge de ces politiques dans les régions ont donc développé l'observation locale, en s'appuyant sur les ressources disponibles. De nombreux acteurs participent à cette observation locale, notamment les services statistiques des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et les équipes des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). Mais dans la plupart des régions, les observatoires régionaux de la santé (ORS) occupent une place centrale, en raison de :

- leur activité transversale (incluant la prévention et les soins, le champ médical et médico-social, voire social pour certains ORS),
- leur expertise en matière de sources et d'analyse de données,
- leur expérience en terme de partage de l'information avec les différents acteurs, qu'ils soient décideurs ou professionnels de terrain.

Les ORS ont ainsi, dans de nombreuses régions, contribué de façon importante aux diagnostics réalisés dans le cadre des travaux des différents plans régionaux (schémas régionaux d'organisation sanitaire, Sros; plans régionaux de santé publique, PRSP; programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, PRAPS; plans régionaux de la qualité de l'air, PRQA...) et infrarégionaux (schémas handicapés; personnes âgées; enfance-famille des conseils généraux; diagnostics locaux).

Les collectivités locales, conseils régionaux notamment, ont apporté un soutien réel au développement de l'observation régionale de la santé, à travers le cofinancement des ORS. En 2007, les conseils régionaux assurent ainsi plus du quart du budget des ORS, et sont engagés dans leur financement pluriannuel dans une quinzaine de régions.

Des démarches de coordination de l'observation de la santé se sont développées :

- entre les régions, notamment à l'initiative de la Fédération nationale des ORS (tableaux de bord régionaux sur la santé, base de données Score-santé, extensions régionales coordonnées d'enquêtes nationales, travaux multicentriques);

- et plus récemment au sein des régions avec les programmes régionaux d'études et de statistiques et la mise en place par les Drass de plates-formes de coordination de l'observation sociale et sanitaire.

Toutefois, ces progrès ne doivent pas faire ignorer un certain nombre de limites.

Tout d'abord, l'intérêt d'une observation régionale de la santé restant peu reconnu au niveau national, le dispositif des ORS n'a de fait jamais été complètement légitimé. Cela explique, pour partie :

- la grande disparité des situations régionales, des moyens mobilisés et de l'activité d'observation mise en œuvre, pas nécessairement en rapport avec les besoins locaux ;
- la faible articulation entre le niveau national et régional de l'observation. Cette articulation est surtout développée en matière de recueil de données, les institutions régionales jouant un rôle essentiel dans la « remontée » de données. En matière d'exploitation des données, et de retour d'information vers les acteurs qui en assurent le recueil (professionnels et établissements de santé notamment), cette articulation apparaît très limitée. L'absence de coopération lisible entre l'Institut de veille sanitaire et les ORS illustre également ce constat.

Par ailleurs, au niveau national mais également régional,

- la confrontation des données issues de différentes sources, dans une perspective de validation ou d'interprétation, ainsi que la recherche et l'analyse des facteurs susceptibles d'expliquer les constats, en s'appuyant sur les données de la littérature, restent souvent insuffisantes pour aboutir à de réels diagnostics ; cette situation ne favorise pas la prise en compte de ces informations pour l'orientation des politiques de santé ;
- la recherche d'une maîtrise de l'information peut constituer un frein à la coopération des institutions, nécessairement nombreuses et diverses, qui contribuent à l'observation de la santé.

Les difficultés à décliner régionalement de nombreux objectifs de la loi relative à la santé publique, constatées par le HCSP dans ses travaux concernant l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs, résultent pour une large part de ce constat. Cette situation constitue un obstacle au pilotage et à l'évaluation de politiques régionales de santé.

Le choix de priorités sanitaires régionales et l'élaboration des plans régionaux de santé publique

Au niveau national, des ambiguïtés entre objectifs et priorités avec une accumulation de plans et de programmes

La loi de santé publique d'août 2004 a marqué une avancée dans la conduite des politiques de santé avec l'affichage en annexe de la loi, d'objectifs à atteindre dans les cinq ans et la définition dans la loi de plans stratégiques ayant implicitement valeur de priorités.

Mais une ambiguïté est progressivement apparue entre :

- les 100 objectifs à atteindre, couvrant de façon extensive la plupart des enjeux de santé publique, et progressivement traduits par plusieurs dizaines de plans ou programmes de santé spécifiques ;
- les priorités de santé, au sens de problèmes de santé en nombre limité, non exhaustifs, jugés particulièrement graves, fréquents ou inacceptables, devant donc mobiliser pour un temps limité des efforts particuliers.

...d'où des PRSP aux priorités peu lisibles

Les acteurs de proximité se sont globalement peu approprié les 100 objectifs nationaux de la loi de santé publique, et ce d'autant plus qu'ils ne disposaient pas des indicateurs régionaux correspondants, pour apprécier le caractère plus ou moins prioritaire de ces objectifs sur leur territoire. Le découplage qui existe au niveau national entre les objectifs et les plans s'est ainsi trouvé amplifié en région. À ce titre, l'efficacité d'une politique nationale qui n'est pas déclinée dans les différentes régions lorsque cela est nécessaire doit être interrogée.

Par ailleurs, la nouvelle dynamique nationale impulsée par la loi a également affaibli le débat

régional autour des priorités de santé, et les acteurs régionaux, collectivités territoriales notamment, ont proposé peu de priorités spécifiques.

Enfin la juxtaposition persistante de logiques institutionnelles séparées pour guider l'action — PRSP pour la santé publique, Sros pour les soins hospitaliers, Plan régional commun de l'assurance maladie, programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (Priac) pour le domaine médico-social — a renforcé la faible lisibilité des priorités dans les régions.

Dans ce contexte, les responsables de l'élaboration des PRSP ont surtout cherché à intégrer au mieux les nombreuses mesures de multiples plans et programmes, aboutissant souvent à des PRSP « catalogues », sans caractère stratégique ni lignes de force et de ce fait, peu lisibles par les acteurs.

Élaboration et mise en œuvre des plans régionaux de santé publique

Une construction complexe, entre réponses aux besoins pérennes et déclinaison de multiples programmes

Les responsables et acteurs régionaux ont eu la charge d'élaborer un PRSP qui permette d'atteindre les objectifs nationaux, en intégrant :

- les très nombreux plans et programmes nationaux en vigueur fin 2004,
- ceux lancés au plan national dans les mois qui ont suivi,
- les programmes régionaux de santé (PRS) débutés en 1996 et encore en cours.

Cette tâche a été particulièrement complexe en raison de :

- l'ampleur du champ concerné,
- la multiplicité des plans et programmes,
- l'ambiguïté de leurs statuts respectifs (*quelle place relative accorder à un plan présidentiel et à un plan ministériel ?*),
- la grande diversité des moyens spécifiques dédiés selon les plans et surtout l'absence de distinction au sein de ces plans de ce qui relève du niveau national (en lien ou non avec le régional), et du seul niveau régional.

Cette complexité a été accentuée par le fait qu'il était aussi nécessaire de continuer à répondre en routine à un certain nombre de besoins pérennes, non intégrés dans les différents plans et programmes :

- soit transversaux (et non thématiques), relatifs par exemple à l'observation de la santé, à l'éducation et à la promotion de la santé, au dépistage, ainsi qu'à des dispositifs portés par l'éducation nationale et la santé au travail,
- soit issus de la recentralisation de certaines actions portées auparavant par les conseils généraux (vaccination, infections sexuellement transmissibles, tuberculose par exemple).

Il faut souligner que le financement obligatoire de ces actions dites recentralisées (auquel s'est ajouté le financement des structures locales de dépistage des cancers) a fortement amoindri les possibilités de financement par le GRSP des autres actions définies par le PRSP.

Un dispositif d'appel à projets souvent inadapté

Les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ont pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le PRSP.

Dans cette perspective, le principe de l'appel à projets, qui a pour objectif de financer des actions et non des structures, a systématisé dans l'ensemble des régions une tendance déjà à l'œuvre depuis plusieurs années. L'appel à projets du GRSP est ainsi devenu le mode quasi exclusif de financement des actions de santé publique menées par les différents opérateurs.

Si ce principe a eu des conséquences favorables, notamment en termes de :

- « remise à plat » de financements historiques,
- professionnalisation de certains opérateurs,
- meilleure adéquation du champ des actions financées.

Il a aussi provoqué un nivellement des modalités de soutien, faisant souvent abstraction du fonctionnement même des opérateurs.

Par ailleurs, la logique de « thématisation » de ces appels à projets, adoptée peu ou prou pour la plupart des appels d'offres, suivant en cela celle instaurée avec les 100 objectifs, a pénalisé certains opérateurs qui développent des approches globales et permanentes. Alors que ces dernières sont de plus en plus préconisées dans le champ de la promotion de la santé, ces organismes ou associations ont été contraints de décliner leurs interventions sur un mode thématique pour justifier leur financement.

Enfin, l'annualité de l'appel à projets n'a fait que pérenniser l'un des problèmes majeurs rencontrés par les opérateurs : la précarisation de leur fonctionnement et celle des programmes et actions qu'ils sont amenés à mettre en place.

Les opérateurs généralistes et permanents de santé publique que sont les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres, Codes) ont ainsi été pénalisés par ce dispositif dans de nombreuses régions.

Cette situation est d'autant plus paradoxale que ce sont ces mêmes spécificités d'opérateurs « généralistes et permanents » qui leur ont valu d'être dans de nombreuses régions :

- associées par les GRSP à la définition et/ou l'évaluation des politiques de santé,
- sollicitées pour rédiger les cahiers des charges, instruire les dossiers des appels d'offres ou apporter un soutien méthodologique aux acteurs de proximité dans le cadre de l'appel à projet.

Ce positionnement les a mis alors dans une posture délicate vis-à-vis :

- des financeurs (*jugé et partie ?*),
- des associations ou organismes répondant à l'appel à projets (*concurrence déloyale ?*).

Des actions financées très nombreuses, à l'efficacité pas toujours bien établie et une faible capitalisation des expériences

Dans la plupart des régions, le nombre d'actions de santé publique mises en œuvre dans le cadre du PRSP a été très élevé, souvent de l'ordre de plusieurs centaines. L'absence de lignes de force clairement visibles, le niveau insuffisant de ressources disponibles pour chaque action, et enfin les difficultés de l'évaluation apparaissent donc importants.

Par ailleurs, si les actions de promotion de la santé ont un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé de la population, leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation sont difficiles. De plus, il n'est pas certain que celles retenues dans le cadre des PRSP l'aient toujours été sur la base d'une efficacité bien établie sur une base scientifique.

À l'inverse, les acteurs de terrain sont à l'initiative d'innovations locales dont la description et l'évaluation s'inscrivent le plus souvent dans le cadre des contraintes administratives liées au cadre de l'appel à projets, et restent encore trop rarement conduites sous une forme propre à leur diffusion régionale et nationale : il existe peu de remontées du terrain sur « ce qui marche », peu de capitalisation des expériences. Ce constat, s'il pouvait être lié à l'insuffisant niveau d'expertise des opérateurs il y a quelques années, est aujourd'hui plutôt à rapprocher du manque de disponibilité des équipes.

Des collectivités territoriales restées à distance

Annoncée comme étant une avancée majeure de la loi de 2004 via la mise en place des GRSP, la collaboration de l'État et de l'assurance maladie avec les collectivités territoriales, sur les questions de santé publique, n'est pas à la hauteur des attentes.

En effet, si dans la majorité des cas la coopération entre les deux principaux financeurs (État et assurance maladie) à travers le GRSP a renforcé un dispositif déjà existant d'appel à projets unique, il faut constater une mobilisation irrégulière des collectivités territoriales au sein des GRSP : par exemple, 54 collectivités impliquées en région Provence – Alpes – Côte d'Azur contre seulement 8 en Île-de-France.

Parmi les éléments d'explication, figure au premier plan la crainte des collectivités territoriales, du moins dans un premier temps, d'avoir à contribuer financièrement à une enveloppe

commune sans avoir une réelle marge de décision, le président du GRSP concentrant à lui seul la majorité des voix. Cette situation tient également au souhait de ces collectivités de maîtriser les politiques de prévention qu'elles mettent en œuvre.

Évaluation des politiques régionales de santé publique

L'évaluation, un processus important dont la mise en œuvre apparaît actuellement difficile

L'évaluation est un processus continu aux dimensions multiples, qui intervient en principe à toutes les étapes de la démarche de santé publique¹, dès la mise en forme d'un programme, pour juger de la pertinence et de la cohérence des actions qu'il contient, au cours de la mise en œuvre des actions, pour aider les acteurs impliqués à réorienter leurs actions, si nécessaire, et au terme du programme pour juger des résultats obtenus.

Concernant les politiques régionales de santé et plus précisément les PRSP, leur évaluation finale se heurte à plusieurs obstacles :

- le premier tient au caractère exceptionnel, de la formulation d'objectifs quantifiés ;
- un autre obstacle est lié au calendrier : les PRSP ayant été, pour l'essentiel, finalisés en 2007 et mis en œuvre en 2007-2008, l'observation dès 2009 de résultats éventuels concernant l'état de santé est le plus souvent impossible et ces résultats peuvent en outre avoir été influencés par d'autres facteurs ;
- si les principaux surcoûts des programmes sont souvent identifiés, l'évaluation du rendement (ratio activité/ressources mobilisées) et de l'efficacité (ratio résultats/ressources mobilisées) des programmes n'est pas réalisée, contrairement aux principes issus de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 ;
- la logique d'évaluation se trouve fragmentée selon la multitude de plans et programmes constitutifs des PRSP.

Par ailleurs, à côté de ces obstacles d'ordre plutôt méthodologique :

- des exigences d'évaluation intermédiaire disproportionnées sont parfois opposées aux acteurs de terrain, à des coûts dépassant parfois le financement de l'action elle-même ;
- une difficulté supplémentaire réside dans la superposition des compétences, les textes réglementaires ayant confié la mission de « contribuer à l'évaluation des PRSP » à la fois aux conférences régionales de santé (CRS) et aux GRSP.

Enfin, la grande variabilité des méthodes d'évaluation des PRSP rend très aléatoire la construction d'une évaluation nationale sur la base des évaluations régionales : on retrouve ici encore l'articulation insuffisante entre les niveaux nationaux et régionaux.

À ce jour, l'évaluation des PRSP et plus largement des politiques régionales de santé publique issues de la loi de 2004 apparaît donc illusoire. Il est notamment impossible de mener une évaluation populationnelle, permettant de mettre en regard les efforts poursuivis en région et la situation globale de santé des grands groupes d'âges de la population (mère et enfant, jeunes, population d'âge actif, personnes âgées).

En conclusion

Les difficultés observées aux différentes étapes de la démarche de santé publique résultent pour l'essentiel d'un changement de logique introduit dès 1996 par les ordonnances Juppé, puis largement renforcé avec la loi de santé publique de 2004 :

- Jusqu'en 1996, les politiques régionales sont supposées mises en œuvre, selon un principe de subsidiarité, par un dispositif général et permanent de santé publique, princi-

1 Cf. DGS Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs. 46 pages et annexes. Janvier 2008

pablement décliné par grands groupes d'âge et prenant appui sur de multiples institutions permanentes : les conseils généraux (Protection maternelle et infantile), l'éducation nationale (santé scolaire), les entreprises (médecine du travail), etc. À cette date, la notion de priorités de santé apparaît. Mais ces dernières sont en nombre restreint, choisies régionalement et débattues en région et mises en œuvre sous forme de quelques programmes régionaux qui recherchent la synergie entre les multiples acteurs.

- Depuis 2004, les objectifs tendent à couvrir de façon exhaustive l'ensemble des problèmes de santé, ce qui se traduit par d'innombrables plans nationaux à décliner en région, sans que l'articulation de ces déclinaisons avec le dispositif général et permanent de santé publique soit explicitée (voir plus loin). À côté de la logique thématique, ce dispositif général peine à trouver une place (et, qui plus est, des moyens) alors que cette place devrait être centrale.

Préconisations

Ces propositions s'inscrivent dans le contexte de la création des agences régionales de santé, qui en intégrant au sein d'une même instance le pilotage de la prévention, des soins et du secteur médico-social, constitue une réelle opportunité pour développer une véritable approche globale et transversale de la santé.

Elles doivent permettre de mieux répondre aux grands enjeux du système régional de santé et de protection sociale, et en particulier :

- de déplacer le système de santé d'activités de soins essentiellement curatifs, vers des activités de prévention et de promotion de la santé, et d'une organisation centrée sur les établissements, vers une structuration des soins de premiers recours ;
- et, pour partie en lien avec ce qui précède, de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la prévention et aux soins.

Des propositions qui s'appuient sur trois principes généraux

Combiner au sein de la politique de santé deux composantes

Le dispositif général et permanent constitue l'ossature principale sur laquelle prend appui la politique de santé. Il comprend les réponses curatives (soins hospitaliers et ambulatoires) mais aussi l'ensemble des réponses préventives, individuelles et collectives, mises en œuvre en permanence pour répondre aux besoins de santé de la population.

Ces dernières, souvent réunies sous le terme de « santé publique » comportent de multiples aspects notamment :

- les actions générales de promotion et d'éducation pour la santé,
- les actions développées auprès de groupes de population (autour de la naissance, milieu scolaire et universitaire, milieu du travail, personnes âgées), ou pour des facteurs de risque particulier (sécurité routière, environnement...),
- les vaccinations, les dépistages,
- les actions de réadaptation, pour limiter les conséquences des déficiences.

Ce dispositif de santé publique repose sur de multiples acteurs, aux statuts très divers : services de PMI relevant des conseils généraux, services de santé scolaire dépendant de l'État, services de médecine du travail, comités d'éducation pour la santé et structures de gestion des dépistages des cancers de statut le plus souvent associatif...

Une observation générale et permanente de la santé, s'appuyant sur des indicateurs communs, est une condition indispensable au pilotage et à l'évaluation de l'ensemble de ce dispositif.

Enfin, eu égard aux enjeux mentionnés ci-dessus, la question du dimensionnement du dispositif général et permanent de santé publique, et donc des moyens financiers qui lui sont alloués apparaît essentielle.

Les plans ou programmes de santé publique spécifiques consacrés à un objectif particulier et prioritaire.

Les priorités, qu'elles soient d'inspiration nationale ou régionale, donnent lieu à l'élaboration de plans ou programmes, auxquels sont assignés des objectifs quantifiés et pour lesquels des moyens propres sont dégagés.

Ces plans ou programmes, qui viennent compléter les actions mises en œuvre dans le cadre du dispositif général et permanent de santé publique, sont limités dans le temps et en nombre réduit, pour permettre une réelle mise en œuvre et une évaluation.

Dans tous les cas, un effort particulier doit être mené en termes d'actions innovantes. En effet, qu'il s'agisse de recherches-actions ou de projets expérimentaux, ces initiatives sont indispensables pour favoriser l'émergence de pratiques innovantes à partir d'actions de terrain. Leur méthodologie doit être exemplaire et leur évaluation rigoureuse afin de permettre, dans le cadre d'une démarche ascendante et partagée avec les autres régions, une éventuelle extension. Cette démarche est actuellement très insuffisante dans notre pays.

Harmoniser le cadre d'action des différents domaines de la politique de santé

Dans le champ préventif comme dans le champ curatif, la production de résultats et la garantie de qualité sont des exigences de l'action publique. Pour cela, les objectifs à atteindre doivent être définis, tout comme les actions pour y parvenir.

La mise en œuvre de ce principe s'appuiera sur un cahier des charges et une planification préétablis nationalement. Les deux parties concernées (ARS au titre du pilotage, et opérateurs au titre de la mise en œuvre) s'engageront dans un contrat pluriannuel qui définira les objectifs à atteindre, sur la base du cahier des charges, le calendrier à tenir et l'allocation de ressources mise en regard (dotation financière et en personnels, déclinée en effectifs, qualifications, et statuts).

Cette procédure vaut tant pour le dispositif général et permanent de santé publique que pour les programmes spécifiques liés aux priorités d'inspiration nationale ou régionale.

Par ailleurs, pour les activités mises en œuvre dans le cadre du dispositif général et permanent de santé publique, la qualité doit être garantie par une démarche de certification des structures et des professionnels, et faire l'objet d'une évaluation des processus et des résultats, et d'un contrôle de la gestion.

Favoriser l'implication des acteurs régionaux et notamment des collectivités territoriales

Les collectivités régionales, départementales ou locales ont à différents titres, un rôle majeur à jouer dans les politiques de santé publique, et ce pour deux raisons principales :

- elles sont au plus près des populations et sont ainsi en capacité de répondre très spécifiquement aux besoins de celles-ci : enfants, jeunes, publics précarisés, personnes âgées...
- elles permettent une approche intersectorielle indispensable en matière de santé ; en effet, elles ont des prérogatives variables selon leur territoire de compétence mais dans tous les cas, elles ont la possibilité d'agir sur de nombreux déterminants de santé, souvent en amont des problèmes de santé.

Les conditions favorisant l'engagement de ces collectivités doivent donc être systématiquement recherchées.

Mais de façon plus large, de nombreux acteurs doivent être associés aux politiques de santé régionales, qu'il s'agisse des associations d'usagers, des mutuelles, des professionnels de la santé libéraux ou hospitaliers, des établissements de santé, mais aussi du secteur socio-économique trop souvent méconnu (producteurs et distributeurs en matière d'alimen-

tation, bars et autres espaces de loisirs en matière de consommation d'alcool, industriels en matière d'environnement par exemple).

La représentation de ces différents acteurs au sein d'une CRS active, dotée de missions et de moyens apparaît donc nécessaire. Leur mobilisation passe aussi par une dynamique territoriale de proximité, et à ce titre, les conférences de territoire apparaissent comme des lieux essentiels de débat, d'appropriation des enjeux et d'évolution des représentations.

Concernant les collectivités locales, la possibilité de se voir reconnaître des marges d'initiative tant en matière d'observation de la santé, que de choix de priorités spécifiques à la région ou de mise en œuvre d'actions, de façon réellement concertée avec l'ARS, apparaît à ce titre essentielle.

En matière d'observation de la santé

Une meilleure coordination de l'observation de la santé, tant au niveau national que régional et surtout une meilleure articulation entre ces deux niveaux apparaissent indispensables, notamment pour exploiter au mieux les données disponibles et pour disposer d'indicateurs fiables et comparables d'un territoire à l'autre.

Élaborer au niveau national des cahiers des charges de l'observation de la santé

Des cahiers des charges de l'observation de la santé doivent être établis nationalement, pour permettre le suivi :

- du dispositif général et permanent, préventif et curatif,
- de chacun des programmes de santé correspondant aux priorités nationales.

Il paraît nécessaire que ces cahiers des charges détaillent :

- les indicateurs dont il faut disposer obligatoirement aux différents niveaux territoriaux (national, régional, infrarégional et notamment « territoires de santé »),
- les sources de données nécessaires (sources permanentes, enquêtes),
- les modalités d'analyse et de mise à disposition des informations,
- ainsi que les procédures qualité pertinentes pour ce processus.

Il est également indispensable qu'ils explicitent également les moyens requis pour leur mise en œuvre dans une population donnée (effectifs, qualification).

Leur réalisation doit être menée progressivement et de façon concertée par les acteurs nationaux concernés — et notamment l'InVS et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) — et des acteurs régionaux en charge de l'observation locale de la santé. Le HCSP pourrait formuler un avis sur ces cahiers des charges.

Confier aux ARS la responsabilité d'organiser la mise en œuvre régionale de ces cahiers des charges

La mise en œuvre des cahiers des charges de l'observation de la santé au niveau de chaque région peut être assurée soit en interne à l'ARS, dans le cadre d'un pôle ou d'un service, ou bien être déléguée en totalité ou en partie à une structure régionale spécifique, externe à l'ARS mais avec un suivi et un contrôle a posteriori.

L'observation de la santé au sein de l'ARS favoriserait l'atteinte d'une masse critique d'experts, la cohérence et la complémentarité des travaux, et résoudrait les problèmes complexes de statut et de financement de structures extérieures.

La constitution d'un pôle régional externe à l'ARS présenterait un intérêt politique, car il pourrait être perçu comme plus ouvert par les différents acteurs du système de santé (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, usagers, collectivités territoriales, État, assurance maladie). Il permettrait de réels diagnostics partagés, condition dans un contexte de difficultés croissantes (démographie médicale, équilibre financier) d'une mobilisation et de changements.

Dans tous les cas, cette mise en œuvre des cahiers des charges nécessite des modalités d'accès clarifiées aux différentes bases de données, et doit faire l'objet d'une certification des opérateurs concernés, qu'ils soient internes ou externes aux ARS.

Elle nécessite également une coordination de l'observation régionale de la santé, dans la poursuite des démarches de plate-forme déjà engagées dans les régions, par exemple dans le cadre d'une commission spécifique au sein de l'ARS.

Les acteurs régionaux peuvent choisir d'aller au-delà de ce cahier des charges, en développant une activité d'observation sur des thèmes ou des niveaux territoriaux complémentaires. La CRS donnera alors un avis sur la pertinence et la cohérence de cette activité d'observation additionnelle.

En matière de priorités

Décliner en région selon un cadre préétabli les priorités définies au niveau national

Les priorités nationales, qui sont à l'origine de plans, seront déterminées en se fondant sur les indicateurs de santé, notamment sur proposition du HCSP, mais aussi sur de nombreux autres paramètres tant quantitatifs que qualitatifs, ainsi que sur l'avis de la Conférence nationale de santé.

Leur mise en œuvre sera d'autant plus aisée que ces priorités seront fortement argumentées, peu nombreuses et auront une portée stratégique forte.

Les propositions découlant de ces priorités devront faire l'objet d'une analyse de la pertinence et des modalités de leur éventuelle déclinaison au niveau régional, par une instance associant des acteurs nationaux et des acteurs régionaux. Le HCSP et son réseau de correspondants régionaux mis en place récemment pourraient également y contribuer.

L'ARS, sur avis de la CRS, établira le dimensionnement de ces déclinaisons régionales, compte tenu de la situation de la région, et notamment du niveau des indicateurs. Ce temps d'adaptation des priorités nationales aux spécificités régionales est essentiel à leur appropriation par les acteurs, qu'ils soient financeurs ou opérateurs.

Laisser aux régions une marge d'initiative pour des priorités régionales additionnelles

Le choix de quelques priorités additionnelles, spécifiques de la région, favorisera les initiatives émanant des collectivités territoriales. La CRS devrait avoir un rôle d'animation des débats sur les problèmes de santé de la région, pour apprécier ceux qui feront l'objet de mesures au sein des plans ou programmes nationaux, et ceux qui pourraient justifier des efforts régionaux spécifiques additionnels. Elle s'assurera notamment de la pertinence, et de la cohérence des réponses proposées à ces priorités additionnelles au sein de la politique régionale de santé. Pour cela il est nécessaire que la CRS soit dotée en propre de moyens de fonctionnement suffisants.

Soutenir des priorités régionales dans des situations spécifiques

Dans certains cas, le niveau national pourra imposer et financer la mise en œuvre de priorités spécifiques si la région ne l'a pas fait ou n'a pas les moyens de le faire. De telles situations concernent par exemple la lutte antivectorielle dans les départements d'Outre-mer, mais elles peuvent également toucher des régions métropolitaines (lutte contre la tuberculose en Île-de-France).

En matière d'élaboration et de mise en œuvre des plans et programmes

Harmoniser les modalités d'élaboration, de pilotage, de mise en œuvre et d'évaluation des plans et programmes

Au niveau national comme au niveau régional, un important travail d'harmonisation concernant les modalités d'élaboration, de pilotage, de mise en œuvre et d'évaluation des plans et programmes paraît indispensable. Chaque plan ou programme doit notamment être systématiquement coordonné par un chef de projet, éventuellement extérieur aux institutions qui le mandatent, dont la fonction est maintenue pendant toute la durée du plan ou programme. Son suivi par l'ARS doit être codifié. Dans tous les cas, des moyens spécifiques et suffisants doivent être dégagés, pour permettre une réelle conduite de projet.

Par ailleurs, l'approche globale du problème de santé concerné qui constitue l'une des finalités de la création des agences, doit se retrouver dans chaque plan ou programme.

Enfin, pour les plans et programmes nationaux, l'articulation entre le niveau national et régional doit notamment être bien explicitée, en concertation avec les acteurs régionaux. Par ailleurs, leur élaboration ne doit plus répondre uniquement à une logique descendante mais s'appuyer aussi sur des programmes expérimentaux ou de recherches-actions dont l'évaluation aura été concluante (logique ascendante).

Distinguer, dans les futurs plans stratégiques régionaux, différents niveaux de programmes

À côté des activités de prévention et de promotion de la santé menées dans le cadre du dispositif général et permanent de santé publique, les futurs plans stratégiques régionaux distingueront :

- les programmes ou actions résultant de la déclinaison régionale des plans nationaux. Ces programmes peuvent avoir ou non un caractère impératif, et ce pour la totalité des régions ou seulement pour certaines d'entre elles,
- les programmes ou actions spécifiques à la région, qui traduisent ses propres priorités, formulées par les acteurs locaux.

Dans les deux cas, les programmes et actions mis en place doivent :

- soit s'appuyer sur des bases scientifiques et méthodologiques éprouvées,
- soit être menés dans le cadre de programmes ou actions innovants, de type recherche-action ou de type expérimental. Les premiers nécessitent le développement d'appels nationaux à projets explicitement ouverts aux acteurs régionaux. Les seconds concernent les initiatives d'acteurs de terrain sur de nouveaux thèmes ou de nouveaux publics, et doivent s'accompagner de moyens suffisants et conditionnés par la mise en place d'un dispositif d'évaluation adapté.

Définir entre les collectivités territoriales et les ARS un mode de coopération s'appuyant sur une approche territoriale et des rôles clarifiés

Les futures ARS devront établir de nouveaux modes de relation avec les collectivités territoriales fondés sur le respect et la reconnaissance de ces acteurs. La nouvelle politique d'offre de premier recours au niveau des territoires (lien avec les États généraux de l'offre de soins) devrait favoriser cette évolution.

Cette orientation nécessitera :

- d'accorder une place significative aux collectivités territoriales dans les instances prévues par le projet de loi (conseil de surveillance, CRS, commissions de coordination des politiques),
- de les associer pleinement à la définition des futurs territoires de santé,
- de les associer à l'animation des éventuelles conférences de territoires,
- de signer (pour une durée de 3 à 5 ans) des contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales qui le souhaitent.

Elle passera aussi par un positionnement plus spécifique du médecin généraliste/traitant (mentionné dans le projet de loi) dans ses missions de santé publique et de prévention au sein des territoires ainsi que la définition de nouveaux cadres d'interventions, comme les maisons ou pôles de santé, favorisant des coopérations interprofessionnelles et la participation de la population.

**Soutenir
durablement
les opérateurs
de la politique
régionale de santé
publique par la
contractualisation**

La grande hétérogénéité des opérateurs et des acteurs concernés par la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique, et l'impératif de leur coordination ne disparaîtront pas avec le regroupement des compétences régionales en matière de prévention et de soins curatifs au sein des futures ARS.

Il apparaît donc nécessaire de distinguer à l'avenir :

- d'une part, les opérateurs de santé publique contribuant au dispositif général et permanent, et impliqués dans la réalisation des programmes ou actions obligatoires liés à des plans ou cahiers des charges nationaux. Il s'agit notamment d'organismes tels que les ORS et les CRES/Codes mais aussi les associations fédérées par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), les centres de planning familial, les intervenants en toxicomanie... Le financement de ces opérateurs s'inscrirait dans des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens avec l'ARS sur une durée égale à celle des plans nationaux, du même type que celles existant déjà dans le système de soins ou prévues par le projet de loi HPST (art. L1453-3) ;
- d'autre part, les opérateurs pouvant être mobilisés plus spécifiquement, ou plus localement, notamment pour des programmes répondant à des priorités régionales et/ou des programmes innovants, le dispositif d'appel à projets thématique s'appliquant dans ce cas.

En matière d'évaluation des politiques régionales de santé publique

Le dispositif général et permanent, ainsi que les programmes de santé publique, d'inspiration nationale ou régionale, consacrés de façon temporaire à un objectif particulier prioritaire sont deux composantes distinctes de la politique de santé publique qui appellent des procédures différentes pour leur évaluation.

**L'évaluation du
dispositif général
et permanent de
santé publique doit
s'inscrire dans la
même logique que
celle du système de
soins curatifs**

L'évaluation de ce dispositif procède d'une logique « moyens – activité – résultats », et doit adopter progressivement les mêmes méthodes que celles mises en place pour le système de soins curatifs, auquel il est d'ailleurs en bonne partie intégré (soins primaires en particulier).

Cette évaluation implique l'élaboration de référentiels permettant de caractériser les moyens et l'organisation requis pour les activités de prévention (quantité, qualité, répartition, organisation, modalités d'accès...) en prenant en compte la taille, les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des populations concernées, ainsi que les situations de disparités. Ces ressources devraient être explicitées en quantité, mais également en qualité (niveau de formation requis), sous forme d'un cahier des charges. Le HCSP pourrait contribuer à l'élaboration de ce cahier des charges.

Dans un deuxième temps ces moyens et cette organisation devraient faire l'objet d'une certification à l'instar des établissements de santé. La Haute Autorité de santé pourrait donc être l'institution pertinente pour assurer cette démarche de façon indépendante au niveau national.

Ce dispositif nécessite également une évaluation des pratiques professionnelles concernées, comme pour les soins curatifs : en particulier éducation à la santé et dépistage (cette exigence intervient déjà pour le dépistage des cancers depuis la généralisation des dépistages organisés pour les cancers du sein et du côlon-rectum).

Plus généralement, la qualité des activités de prévention mises en œuvre au sein du dispositif pourrait être évaluée (comme pour les soins curatifs) : accessibilité, conformité au référentiel, satisfaction des usagers, événements indésirables, etc. Le HCSP pourrait soutenir ces travaux au plan méthodologique.

L'évaluation des résultats requiert un suivi longitudinal à moyen-long terme des personnes qui sont concernées par le dispositif, ce qui est difficile en routine. La prise en compte des

nombreux facteurs de confusion dans cette évaluation est délicate. Le recours à des indicateurs dits « intermédiaires » prédictifs du résultat ultérieur sur la santé est donc fréquent. Cette évaluation devrait faire l'objet d'une réflexion méthodologique appropriée. Toutefois parallèlement à cette évaluation du dispositif général (de santé publique), une surveillance permanente et générale de l'état de santé, au-delà des choix de priorités, comme celle qu'assure l'InVS au niveau national, est indispensable au sein des régions. Cette surveillance peut permettre d'attirer l'attention, à tout moment, sur un problème de santé émergent ou bien dont la prévention ou la prise en charge devient insatisfaisante, et qui requiert de ce fait des actions spécifiques, voire un programme.

Les critères de cette évaluation doivent être codifiés et cohérents au niveau national, de façon à permettre des comparaisons interrégionales, exigence essentielle pour corriger les disparités constatées sur ce plan. Ici encore, le HCSP pourrait apporter une contribution méthodologique, en lien avec ses correspondants régionaux.

L'évaluation de ce dispositif implique en outre une indépendance vis-à-vis de l'agence régionale de santé qui assurera la gouvernance du dispositif, de façon à éviter tout conflit d'intérêt. Cette indépendance est d'autant plus essentielle que l'ARS sera directement impliquée dans l'allocation de ressources, comme c'est le cas pour l'agence régionale de l'hospitalisation aujourd'hui vis-à-vis du dispositif de soins curatifs. La CRS pourrait être missionnée dans ce rôle important, afin de donner à son rôle consultatif vis-à-vis de l'ARS un fondement significatif.

Enfin, les destinataires de cette évaluation sont doubles :

- l'un a une légitimité politique, juridique et financière : c'est l'agence régionale de santé, qui a besoin des résultats de cette évaluation pour assurer au quotidien le pilotage du dispositif ;
- l'autre a une légitimité démocratique : c'est la CRS qui devrait représenter, dans le nouveau dispositif, les principales composantes de la population, des professionnels et des institutions concernés par ces politiques (dont les collectivités territoriales).

Une attention particulière devrait être portée à la diffusion des résultats de cette évaluation en direction des acteurs constitués, mais aussi plus largement vers les usagers qui sont en définitive la cible de ces efforts. Cette communication externe, bien que délicate compte tenu de son contenu souvent technique, est une condition du développement de la culture de santé publique sans laquelle aucune politique régionale de santé n'est possible.

L'évaluation des plans et programmes de santé publique liés à des priorités doit être également systématique

Cette évaluation est déjà bien codifiée sur le plan méthodologique :

- la pertinence et la cohérence de programmes établis pour des priorités régionales doivent être appréciées au niveau régional, alors que ces mêmes critères doivent pouvoir être évalués au niveau national quand il s'agit de priorités nationales ;
- l'évaluation porte chaque fois que possible sur l'atteinte des objectifs quantifiés définis avant la mise en œuvre du programme (efficacité), même si certaines actions plus qualitatives ne se prêtent pas à une quantification ; la formulation d'objectifs intermédiaires validés est indiquée à chaque fois que les résultats attendus sur la santé sont éloignés ou soumis à d'autres influences fortes ;
- on tend de plus en plus à rechercher des effets plus généraux de ces programmes, au-delà des objectifs qui leur ont été fixés (impact) ;
- si les coûts de mise en œuvre de ces actions sont parfois estimés, souvent de manière fragmentaire, une véritable évaluation économique des PRSP reste à mettre en œuvre ; cette évaluation implique une comparaison du coût et de l'efficacité du PRSP relativement aux actions de référence (programmes alternatifs, prise en charge habituelle par le dispositif général et permanent) ; à partir des ébauches méthodologiques conduites par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (coût de la prévention en France), cette évaluation nécessite un support méthodologique que peut apporter le HCSP et un effort de recherche particulier.

Par ailleurs, l'évaluation doit vérifier l'extinction du caractère prioritaire du problème de santé qui est à l'origine d'un programme, permettant d'y mettre un terme. Le but poursuivi par un programme de santé publique est d'améliorer la prise en compte du problème de santé

concerné par le dispositif général et permanent de santé publique ; l'arrêt du programme ne signifie pas l'arrêt des actions, mais leur inscription dans un cadre permanent et général.

L'évaluation de ces programmes nécessite comme celle du dispositif général et permanent une indépendance vis-à-vis de l'ARS, mais aussi elle ne doit pas être menée par des opérateurs directement impliqués dans la région pour éviter tout conflit d'intérêt. Comme pour le dispositif général et permanent, la CRS pourrait assurer cette mission transversale d'importance.

Enfin, les destinataires de cette évaluation sont les mêmes que ceux de l'évaluation du dispositif permanent.

En conclusion

La mise en œuvre de ces préconisations nécessite un accompagnement sur deux plans distincts :

- Le champ de la santé publique est encore peu investi par la recherche en France ; il est même mal identifié par les instances de la recherche consacrée à la santé : cette recherche est toutefois indispensable pour résoudre les obstacles observés aux différentes étapes de la démarche analysée dans les constats ci-dessus ; des travaux conduits avec des exigences scientifiques similaires à celles en vigueur dans le domaine de la recherche clinique sont nécessaires, notamment en ce qui concerne les actions de prévention (éducation pour la santé, dépistage) et le recours au système de soins dont le dispositif général et permanent est une composante (recherche sur les services de santé). Le développement d'appels d'offres spécifiques de ce champ, comme ceux déjà organisés (Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé, Institut de recherche en santé publique, Haute autorité de santé, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), pourrait donner une visibilité des enjeux correspondants, et encourager les acteurs régionaux et nationaux à investir dans cette direction.
- Enfin, si les principaux acteurs opérationnels concernés par la démarche de santé publique disposent des compétences requises, les nombreux acteurs de terrain concernés par l'utilisation des données d'observation de la santé, la formulation de priorités de santé, compte tenu des divers critères pertinents, l'élaboration et le suivi d'actions inscrites au sein de programmes de santé publique, ainsi que l'utilisation des résultats des diverses évaluations constituent des enjeux de formation de proximité sans laquelle l'adhésion de ces acteurs est aléatoire.

