



Programmes, plans ou stratégies de santé publique développés de 1995 à 2002

Les 32 actions (plan, programme, schéma et stratégies) de santé publique qui étaient mises en œuvre en 2002

Par déterminant

- Plan d'action de lutte contre le tabagisme 2002-2004
- Stratégie d'action alcool 2002-2004 (13 régions)
- Programme de substitution (1 région)
- Programme national nutrition-santé 2001-2005 (1 région)
- Suivi de programme régional d'accès à la prévention et aux soins : Praps (toutes les régions)

Par pathologie

- Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- Plan santé mentale : l'usager au centre du dispositif à rénover
- Stratégie nationale de prévention du suicide 2001-2005 (9 régions)
- Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 (1 région)
- Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005 (3 régions)
- Programme d'actions insuffisance rénale chronique 2002-2004
- Programme national hépatites virales C et B (2 régions)
- Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 (8 régions)
- Solidarité thérapeutique hospitalière sida
- Programme national de lutte contre le cancer 2000-2005 (9 régions)
- Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 (4 régions)
- Lutte contre l'intoxication au plomb (1 région)
- Programme d'actions maladies rares
- Organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose
- Plan d'examen de santé bucco-dentaire pour les enfants de 6 à 12 ans (inscrit dans la loi de financement de sécurité sociale de 2002)

Par population

- Plan santé des jeunes (7 régions)
- Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles (3 régions)
- Programme national pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues 2002-2005

respiratoire aigu sévère (SRAS). Ils viennent renforcer la nécessaire complémentarité entre politique de santé et politique de surveillance et de veille sanitaire.

Les programmes régionaux de santé [8]

Une montée en puissance progressive du nombre de PRS qui peuvent être imaginatifs et anticipatifs

La quarantaine de priorités nationales a pu être prise en compte parmi les 90 sujets traités lors des CRS pour l'établissement des priorités de santé régionales. Des liens entre PNS et PRS se sont développés. De moins d'une dizaine en 1995, ce nombre est de 106 PRS en janvier 2004 (dont 26 Praps). La méthode de comptage des PRS mis en œuvre par les régions fait apparaître le classement suivant : le Praps est le plus mis en œuvre (toutes les régions), l'alcool (13 régions), le cancer et le suicide (9 régions pour chacun de ces PRS), le sida, la santé des enfants et des adolescents,

la périnatalité (5), le diabète, puis viennent les pathologies cardio-vasculaires, la précarité, la vieillesse et la dépendance (3); les accidents de la route, l'hépatite C et la santé-environnement (2); l'alimentation, l'asthme, le handicap, le saturnisme et la toxicomanie. Si seulement 2/5 des priorités de chaque région ont été mises en œuvre sous forme de PRS, cela ne veut pas dire que les autres ont été forcément abandonnées. En effet, selon les régions, elles ont pu être prises en compte par l'ARH (Sros II, réseaux), l'Urcam et l'Urmel. Certaines priorités nationales se sont aussi infiltrées dans d'autres priorités (exemple des activités physiques et sportives dans le PRS cardio-vasculaire du Nord-Pas-de-Calais); ou en dehors des PRS comme la vaccination, la gérontologie, etc. Certains de ces PRS, en particulier les PRS « suicide », ont bénéficié d'un suivi par l'administration centrale (construction descendante puis ascendante).

Du national au régional

Autres

- Plan national d'éducation pour la santé (schéma régional d'éducation pour la santé : Sreps)
- Propositions pour un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2001-2005
- Programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005
- Fin de vie
- Plan greffe
- Plan périnatalité (santé maternelle et infantile) (5 régions)
- Violence à l'hôpital
- Plan d'action pour les enfants atteint d'un trouble spécifique du langage

Au niveau régional

- Précarité, vieillesse, dépendance (3 régions), accident de la route et santé environnement (2 régions), handicap (1 région)

Les 8 actions (plan, programme, schéma et stratégies) de santé publique émergentes en 2002

Par déterminant

- Programme de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes 2002-2007 [1]
- Plan santé-environnement

Par pathologie

- Programme de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles 2001-2005

Par population

- Orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive
- Santé des femmes (projet)

Autres

- Politique de santé outre-mer (projet)
- Qualité de vie des malades chroniques
- Réduction de l'impact de la violence sur la santé des populations

Des travaux transversaux entre PRS ont pu être réalisés comme dans la région Nord-Pas-de-Calais qui a vu la création d'un « inter-PRS » [8]. Des régions ont mis en œuvre des PRS avant l'élaboration de PNS (accident de la route) qui ont pu ensuite les prendre en compte dans une démarche de construction ascendante.

Vers une participation des usagers/citoyens à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé, principalement régionales

C'est au milieu des années quatre-vingt-dix qu'a été développée par les pouvoirs publics l'idée de promouvoir la participation des usagers dans la définition et la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Ce sont surtout des représentants d'associations d'usagers, et peu de citoyens qui y ont participé lors des CNS et PNS ; CRS, PRS et des Sros II. Ces expériences illustrent une forte propension à l'application du modèle décisionnel sans l'usager au détriment de la consultation et du déci-

sionnel avec l'usager. Pourtant, n'est-il pas considéré que toute action de santé publique devient légitime dès lors qu'il y a consensus des usagers eux-mêmes sur les actions à mettre en œuvre pour modifier les comportements ?

Ces cheminements communs entre usagers et représentants de l'État et de l'assurance maladie ont favorisé des apprentissages organisationnels, ainsi que l'établissement d'une reconnaissance mutuelle et de rapports confiants favorisant l'élaboration et la mise en œuvre d'actions communes. Cette première période de participation des usagers aux politiques de santé peut être considérée comme l'ancrage institutionnel d'un modèle participatif en santé qui favorise aussi un apprentissage collectif d'une culture de santé publique et d'un *continuum* prévention-soins-réadaptation-enseignement-recherche. L'ensemble de ces constats et des bénéfices observés, malgré certaines limites, a