

# Les politiques régionales de santé publique

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

**Anne Tallec**  
**François Baudier**  
**Pierre Czernichow**  
**Claude Michaud**

Membres du Haut Conseil de la santé publique

**Renée Pomarède**  
 Secrétaire générale du HCSP

**La création des agences régionales de santé est une opportunité pour développer une approche globale de la santé, indispensable pour réduire les inégalités de santé. Mais le poids des enjeux dans le champ des soins et du médico-social risque d'occulter ceux, aussi essentiels, qui relèvent de la santé publique.**

**L**e HCSP a souhaité conduire une réflexion sur les politiques régionales de santé publique et élaborer un certain nombre de préconisations, afin de contribuer, d'une part aux débats concernant la future loi hôpital-patients-santé-territoires et les textes qui permettront sa mise en œuvre, et d'autre part à l'élaboration de la prochaine loi de santé publique. Le texte ci-après est une synthèse du rapport<sup>1</sup> réalisé par le groupe de travail mis en place par le HCSP. Structuré comme l'est la démarche de santé publique, il comporte quatre étapes : observation, choix des problèmes prioritaires, élaboration et mise en œuvre des plans ou programmes, évaluation — chacune faisant l'objet de constats puis de préconisations. Il faut toutefois souligner d'emblée que, pour diverses raisons, le constat proposé ne repose pas sur un état des lieux systématique et approfondi mené au sein des régions, mais seulement sur des aspects marquants, partagés par un grand nombre d'acteurs. Les évaluations des plans régionaux de santé publique (PRSP), actuellement menées dans de nombreuses régions, permettront de l'enrichir et de le nuancer.

1. Ce rapport a été élaboré par les auteurs de cet article, avec la collaboration de Brigitte Sandrin-Berthon et d'Alain Trugeon, et a été enrichi des commentaires de Jacques Bury, Laurent Chambaud, Franck Chauvin, Bertrand Garros, Pierre Lombrail et Hugues Riff. Il est disponible sur le site du HCSP à l'adresse suivante : [http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/hcsp20081017\\_PRSP.pdf](http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/hcsp20081017_PRSP.pdf)

### Constats

#### **L'observation de la santé** **Sur le plan national, des progrès importants mais un dispositif fragmenté**

L'observation de la santé s'est fortement développée en France au cours des deux dernières décennies. Elle couvre un champ très vaste incluant les problèmes de santé, leurs multiples déterminants situés dans ou hors le champ de la santé, les ressources sanitaires et leur utilisation. Elle est partagée entre de nombreuses structures. L'institut de veille sanitaire (InVS), qui a notamment pour mission l'observation de l'état de santé de la population, joue pour cette dimension un rôle essentiel. Ce dispositif national d'observation apparaît toutefois fragmenté, en l'absence d'organisation lisible du recueil, de l'exploitation et de la diffusion des informations. En lien avec ce constat, l'exploitation des données collectées et la mise à disposition de l'information restent insuffisantes.

#### **Des besoins en région amplifiés** **par la territorialisation des démarches de santé publique**

En rapport avec la déconcentration progressive des politiques de santé et les demandes des collectivités territoriales, les besoins d'information se sont fortement territorialisés. L'observation locale de la santé est assurée par différents acteurs et en particulier par les services statistiques des Drass, les équipes des Urcam ainsi que par les observatoires régionaux de la

santé (ORS). Ces derniers occupent dans la plupart des régions une place centrale, en raison notamment de leur activité transversale, et bénéficient souvent du soutien financier des conseils régionaux.

La coordination de l'observation de la santé s'améliore progressivement, d'une part entre les régions, notamment à l'initiative de la Fédération nationale des ORS, et d'autre part au sein des régions notamment à l'initiative des Drass (programmes régionaux d'études et de statistiques, plates-formes de coordination de l'observation sociale et sanitaire).

Malgré cela, l'intérêt d'une observation régionale de la santé reste peu reconnu au niveau national et le dispositif des ORS n'a notamment jamais été complètement légitimé. Cela explique, pour partie, la disparité des situations régionales et la faible articulation entre niveau national et niveau régional de l'observation. Cette situation constitue un obstacle au pilotage et à l'évaluation de politiques régionales de santé.

### Choix de priorités sanitaires régionales

#### Au niveau national, des ambiguïtés et une accumulation de plans et programmes...

La loi de santé publique du 9 août 2004 a constitué une avancée, en affichant 100 objectifs à atteindre dans les cinq ans, ainsi que 5 plans stratégiques ayant implicitement valeur de priorités. Mais, de fait, les 100 objectifs, couvrant la plupart des enjeux de santé publique, ont donné lieu à l'élaboration progressive de plusieurs dizaines de plans ou programmes de santé spécifiques, diluant ainsi l'idée de priorité, au sens de problèmes de santé en nombre limité, jugés particulièrement graves, fréquents ou inacceptables, justifiant donc des efforts particuliers pour un temps limité.

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

Les acteurs régionaux se sont peu appropriés les 100 objectifs de la loi de santé publique, et ce d'autant qu'ils ne disposaient pas systématiquement des indicateurs nécessaires pour apprécier le caractère plus ou moins prioritaire de ces objectifs sur leur territoire. Le découplage entre objectifs et plans s'est ainsi amplifié en région, limitant la déclinaison régionale des politiques nationales. Le débat régional autour des priorités de santé s'est affaibli, et peu de priorités spécifiques ont été for-

mulées. Ce contexte a souvent conduit à l'élaboration de plans régionaux de santé publique (PRSP) peu stratégiques et peu lisibles, et ce d'autant que s'y juxtaposent d'autres logiques (schéma régional d'organisation des soins — Sros —, plan régional commun de l'assurance maladie, Pricat pour le domaine médico-social...).

### Élaboration et mise en œuvre des plans régionaux de santé publique

#### Une construction complexe

Les responsables et acteurs régionaux ont eu la lourde tâche d'élaborer un PRSP qui permette d'atteindre les objectifs nationaux en intégrant les multiples programmes nationaux et régionaux en cours. Par ailleurs, il était nécessaire de continuer à répondre à des besoins pérennes et ayant une dimension transversale (éducation pour la santé, dépistage...) ou issus de la recentralisation (vaccination, tuberculose...).

#### Un dispositif d'appel à projets souvent inadapté

Pour mettre en œuvre le PRSP, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ont pour la plupart systématisé un dispositif d'appel à projets. Si ce principe a eu certaines conséquences favorables, il a aussi favorisé un nivellement par le bas des modalités de soutien, faisant souvent abstraction du fonctionnement même des opérateurs. De plus, la logique de « thématisme » a pénalisé les associations développant des approches globales. Enfin, l'annualité de l'appel à projets a renforcé la précarisation de certains promoteurs.

#### De très nombreuses actions financées

L'absence de lignes de force visibles, le niveau insuffisant de ressources et les difficultés de l'évaluation, parfois pour des coûts disproportionnés par rapport aux budgets en cause, constituent des constats largement partagés. Par ailleurs, il n'est pas certain que les actions retenues l'aient toujours été sur la base d'une efficacité bien établie. À l'inverse, il existe encore peu de remontées du terrain vers le national sur « ce qui marche ».

#### Des collectivités territoriales à distance

La collaboration des collectivités territoriales avec le GRSP n'a souvent pas été à la hauteur des attentes. Parmi les éléments d'explication, figure la crainte d'avoir à

contribuer financièrement à une enveloppe commune sans disposer d'une réelle marge de décision. Cette situation tient également au souhait des collectivités de maîtriser les politiques qu'elles mettent en œuvre.

### Évaluation des politiques régionales de santé publique

Si la nécessité de l'évaluation fait consensus, sa mise en œuvre se heurte à un certain nombre de difficultés. L'évaluation finale du PRSP sera difficile du fait de la multiplicité des plans et programmes qui le composent, de l'absence fréquente d'objectifs quantifiés, des contraintes d'un calendrier très resserré, auxquelles s'ajoute la superposition des missions de la conférence régionale de santé (CRS) et du GRSP en matière d'évaluation.

L'évaluation des politiques régionales de santé publique issues de la loi de 2004, et notamment la confrontation des efforts poursuivis en région et de l'évolution de l'état de santé des populations concernées, apparaît donc encore largement illusoire à ce jour.

Enfin, la variabilité des méthodes d'évaluation selon les régions rend très difficile toute évaluation nationale issue des évaluations régionales, mais aussi les comparaisons entre régions.

### Préconisations

#### Trois principes généraux sont proposés

##### Articuler le dispositif général et permanent avec les plans et programmes de santé publique

Les actions de santé publique mises en œuvre dans chaque région associent :

- d'une part, un dispositif général et permanent, qui comprend les réponses curatives et préventives mises en œuvre au quotidien par des acteurs très divers pour répondre aux besoins de santé de la population, ainsi que le système qui permet de les piloter et les évaluer ;
- d'autre part, des plans ou programmes, d'inspiration nationale ou régionale, consacrés à des objectifs prioritaires, en nombre limité.

Il est proposé d'articuler systématiquement ces deux logiques, plutôt que de dissoudre l'un (le dispositif) dans l'autre (les plans et programmes).

Dans tous les cas, un effort particulier doit être fait en termes d'actions innovantes en santé publique, très insuffisamment développées et soutenues par la recherche dans notre pays.

#### **Harmoniser les procédures utilisées des différents domaines de la politique de santé**

Pour la prévention comme pour les soins curatifs, pour le dispositif permanent comme pour les plans et programmes, des garanties concernant la qualité des procédures et des résultats obtenus doivent être apportées, ce qui nécessite d'explicitier les objectifs à atteindre et les actions pour y parvenir.

Ces exigences de l'action publique doivent être définies nationalement et déclinées en région dans le cadre de contrats pluriannuels liant l'instance de pilotage que constituera l'agence régionale de santé (ARS) et les opérateurs concernés.

S'y ajoutent, pour le dispositif général et permanent, une certification, ainsi que l'évaluation des pratiques, et le contrôle de gestion.

#### **Favoriser l'implication des acteurs locaux**

Ces acteurs, et notamment des collectivités territoriales, ont un rôle majeur à jouer, principalement par leur proximité avec les populations les plus fragiles et leur possibilité d'agir sur certains déterminants situés très en amont des problèmes de santé. Les conditions favorisant l'engagement de ces collectivités, comme la reconnaissance de leur marge d'initiative pour l'observation de la santé, le choix de priorités spécifiques ou la mise en œuvre d'actions additionnelles, de façon concertée avec l'ARS, doivent donc être systématiquement créées.

Plus largement, la mobilisation du tissu régional au sein d'une CRS active, dotée de missions et de moyens, apparaît essentielle.

Enfin, l'animation des débats au sein de conférences de territoire constitue l'une des conditions d'une meilleure appropriation des enjeux et d'une évolution des représentations des acteurs concernés.

#### **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 disposer d'indicateurs fiables et comparables d'un territoire à l'autre.

#### **Élaborer au niveau national un cahier des charges de l'observation de la santé**

Celui-ci doit être établi nationalement, pour permettre le suivi du dispositif général et permanent, préventif et curatif, ainsi que de chacun des programmes de santé correspondant aux priorités nationales.

Ces cahiers, à élaborer progressivement et de façon concertée par les acteurs nationaux et régionaux concernés, et sur lesquels le HCSP pourrait formuler un avis, doivent permettre notamment d'explicitier les indicateurs dont il faut disposer obligatoirement aux différents niveaux territoriaux, ainsi que les moyens nécessaires à leur élaboration, à leur partage et à leur maintenance.

#### **Confier aux ARS l'organisation de la mise en œuvre régionale de ces cahiers des charges**

Cette mise en œuvre peut être assurée soit en interne par l'ARS, soit déléguée en totalité ou en partie à une structure régionale. Dans les deux cas, eu égard à la diversité des acteurs concernés, une coordination de l'observation régionale de la santé, par exemple dans le cadre d'une commission spécifique au sein de l'ARS, apparaît nécessaire.

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 formulant alors un avis sur la pertinence et la cohérence de cette observation additionnelle.

#### **En matière de priorités**

##### **Décliner les priorités nationales en région**

Les priorités nationales, déterminées sur proposition du HCSP et après avis de la Conférence nationale de santé, doivent être peu nombreuses, fortement argumentées, et avoir une portée stratégique forte.

La pertinence et les modalités de leur éventuelle déclinaison régionale doivent être analysées par une instance associant des acteurs nationaux et régionaux.

Enfin, sur avis de la CRS, l'ARS devra ajuster ces déclinaisons régionales pour favoriser leur appropriation par les acteurs locaux, financeurs ou opérateurs.

#### **Laisser aux régions l'initiative de priorités régionales additionnelles**

Certaines priorités spécifiques à la région doivent pouvoir être ajoutées aux précédentes, afin de favoriser l'implication des acteurs locaux et d'améliorer la cohérence entre la situation régionale et les réponses apportées. Il revient à la CRS, dotée de moyens de fonctionnement suffisants, d'animer les débats sur la santé en région et d'étayer de tels choix.

#### **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**

Cette harmonisation paraît indispensable tant au niveau national que régional. Pour les programmes nationaux, l'articulation entre national et régional doit être explicitée, en concertation avec les acteurs régionaux. Leur élaboration ne doit plus suivre uniquement une logique descendante mais s'appuyer aussi sur des programmes expérimentaux ou de recherche menés sur le terrain.

#### **Distinguer différents niveaux de programmes**

À côté des activités permanentes de santé publique, les plans stratégiques distingueront les programmes résultant de la déclinaison régionale des plans nationaux et ceux spécifiques à la région. Dans les deux cas, ces programmes doivent soit s'appuyer sur des bases scientifiques et méthodologiques éprouvées (appels nationaux à projets ouverts aux acteurs régionaux), soit être menés dans le cadre de programmes innovants.

#### **Clarifier le rôle des collectivités territoriales dans les politiques régionales de santé publique**

Les futures ARS devront établir de nouveaux modes de relation avec les collectivités territoriales fondés sur le respect et la reconnaissance de ces acteurs. Il faudra pour cela :

- 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),
- les associer pleinement à la définition des futurs territoires de santé, et à l'ani-

mation des éventuelles conférences de territoires,

- signer des contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales qui le souhaitent.

#### Soutenir durablement les opérateurs permanents

Les opérateurs permanents de santé publique contribuant au dispositif général/permanent et impliqués dans la réalisation des programmes ou actions obligatoires devraient bénéficier de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens du même type que celles existant déjà dans le système de soins ou prévues par le projet de loi hôpital-patients-santé-territoires. Le dispositif d'appel à projets thématiques devrait s'appliquer uniquement aux opérateurs mobilisés plus spécifiquement, plus ponctuellement ou plus localement.

#### En matière d'évaluation L'évaluation du dispositif général et permanent de santé publique

Elle relève de la même logique moyens-activités-résultats que celle appliquée au système de soins curatifs, et doit donc adopter progressivement des démarches

identiques : élaboration de référentiels définissant les moyens et l'organisation requis pour les activités de prévention compte tenu des populations concernées pour permettre leur certification, évaluation des pratiques professionnelles et plus généralement de la qualité des activités mises en œuvre.

L'évaluation des résultats est plus difficile car elle nécessite un suivi longitudinal des personnes concernées.

Pour permettre des comparaisons inter-régionales et une évaluation nationale « consolidée », exigence essentielle pour réduire les disparités, les critères de cette évaluation doivent être cohérents au niveau national. Le HCSP pourrait apporter une contribution aux différents travaux méthodologiques nécessaires à ces nouvelles dynamiques évaluatives.

#### L'évaluation des plans et programmes

Elle répond à des méthodes bien codifiées, qu'il s'agisse d'apprécier la pertinence et la cohérence des actions régionales et nationales, l'atteinte des objectifs quantifiés, l'impact, ou encore les aspects économiques, même si ce dernier point reste plus complexe à explorer. Cette évaluation doit notamment vérifier l'extinction du caractère

prioritaire des problèmes visés, pour permettre leur prise en charge par le dispositif général et permanent.

#### Indépendance de l'évaluation et rôle de la conférence régionale de santé

Pour le dispositif général et permanent de santé publique comme pour les plans et programmes, il apparaît indispensable que l'évaluation soit menée en toute indépendance vis-à-vis de l'agence régionale de santé mais aussi des opérateurs régionaux, afin d'éviter tout conflit d'intérêts. Par contre, il serait légitime de confier cette mission à la CRS. ■

# Santé publique

**Santé publique.** Sommaire 2009/1

#### Éditorial

- Évaluation de la loi de santé publique, HCSP

#### Lettre de la Rédaction

- Bilan. Revue année 2008, J. Kivits

#### Études

- Expérience de l'unité Arpeges au CHU de Clermont-Ferrand : évaluation et gestion de la santé au travail du personnel hospitalier, A. Chamoux, K. Rouffiac, G. Boudet et al.
- L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique, J.-P. Dumond

- Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire, S. Florence, L. Gambotti, S. Tezenas du Montcel et al.
- Erreurs d'identification des patients dans un local d'archives vivantes et impact sur le fonctionnement d'un service d'archives médicales centralisées, A. Hautemanière, C. Quantin, Ph. Hartemann
- Couverture vaccinale des enfants de CM2 (10-11 ans) du Finistère, France, en 2004, V. Thébaud, C. Lietard, D. Ktaiche
- Fiabilité et application de la conduite à tenir devant une piqûre de scorpion au Maroc, R. Hmimou, A. Soulaymani, G. Eloufir et al.

#### Lettre du terrain

- Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise, M.-A. Gueye, J.-E. Kopp

#### Pratiques

- La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé

publique. Une expérience à Fribourg (Suisse), B. Graz, F. Plancherel, J.-P. Gervasoni, M.-C. Hofner

#### Politiques

- Quatorze actions nationales pour le déterminant de santé activités physiques et sportives en France de 2001 à 2006, P.-H. Bréchat, T. Vogel, M. Berthel et al.

#### Lectures

Santé publique  
BP 7  
2, avenue du Doyen-J.-Parisot  
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex  
Téléphone : 03 83 44 87 00