



L'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009

Le Haut Conseil de la santé publique a rendu son rapport d'évaluation du Plan national Bien vieillir. Après avoir relevé le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres grands plans, il propose de reconduire ce plan en améliorant sa gouvernance, en y incluant la problématique des inégalités de santé et en différenciant les actions à visée collective et celles à visée individuelle.

Chantal Cases

Franck Le Duff

Membres du HCSP

Geneviève Guérin

Chargée de mission SG-HCSP

Remerciements à :

Emmanuelle Sarlon, rapporteure,
Arnaud Fouchard, interne de
santé publique, Pierre Czernichow,
Hélène Grandjean, Yves Lecarpentier,
Bernard Marchand, François Puisieux,
Catherine Sermet, Jean-François
Toussaint, responsables de l'éva-
luation des axes.

Ce rapport est consultable sur
<http://www.hcsp.fr>

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005. Il s'inscrit dans le projet multinational triennal « *Healthy ageing* » lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004. Son pilotage a relevé de trois directions : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des sports et la Direction générale de l'action sociale (devenue Direction générale de la cohésion sociale – DGCS) qui assurait également le secrétariat.

Le PNBV avait pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre, tant au plan de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Ses principaux axes concernaient la prévention des complications des maladies chroniques, la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif, le renforcement du rôle social des seniors par leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, et la consolidation des liens entre générations.

La thématique du « vieillissement réussi » visée par le plan auprès des 55-75 ans est pertinente compte tenu du contexte démographique européen et français. Actuellement relayée par un débat politique sur sa prise en charge, la question d'une action ciblée sur l'avancée en âge et les dépendances qui en résultent montre l'importance de ce type de plan.

Le Plan bien vieillir a succédé à deux programmes éponymes, lancés respectivement en 2003 et 2005, d'abord médico-centré, puis enrichi de volets plus « sociaux ».

En 2006, le ministère délégué aux Personnes âgées a lancé un plan complémentaire consacré à la dépendance : le Plan solidarité grand âge (PSGA). Les moyens alloués sont cependant très différents : 2,3 milliards d'euros sur cinq ans pour le PSGA, 168 millions sur trois ans pour le PNBV.

En juin 2010, le DGS a demandé au HCSP d'évaluer le plan échu et de faire des propositions pour le plan suivant.

Synthèse de l'évaluation globale du plan

Éléments de méthode

Le processus d'évaluation s'est fondé sur le recueil et l'analyse des documents pertinents sur le sujet, l'élaboration d'une grille d'analyse ainsi que l'audition des personnes parties prenantes du plan. Le président du comité de pilotage, les opérateurs (DGS, DGCS et Direction des sports), les agences et le Cnerpa au titre des structures concernées par la mise en œuvre ont ainsi été entendus. Le comité d'évaluation s'est fixé comme objectif d'évaluer la cohérence externe et interne du plan, les actions, le pilotage et l'organisation de la mise en œuvre, afin de dégager des perspectives de travail et de réflexion que le plan suivant pourrait reprendre pour pallier les manques constatés lors de l'évaluation.

Un plan ambitieux, mais perfectible

Le PNBV montre une réelle volonté de communication et de pédagogie, le projet d'ouvrir les esprits à l'accompagnement du vieillissement. Il a été conçu en deux temps. Se fondant sur le programme qui l'avait précédé, le comité de pilotage et la DGS ont d'abord élaboré les

axes, objectifs et grandes lignes des mesures. Puis trois groupes de travail pluridisciplinaires ont enrichi et décliné les mesures envisagées. Il n'a pas été spécifiquement prévu, dans les attributions des groupes de travail, d'anticiper une évaluation.

Malgré cette réflexion préliminaire, le plan ne fait pas réellement apparaître de stratégie globale intégrant les différents objectifs, ni de structuration, ni d'organisation logique des idées et des objectifs.

Le manque de culture évaluative dans l'élaboration du PNBV est également à souligner. Il n'est pas possible d'évaluer l'impact du plan en termes de résultats produits par les actions menées (il n'y a pas d'indicateurs disponibles, certaines mesures sont en cours). On ne peut évaluer que la pertinence et le degré de mise en place des mesures (et plus ou moins leur coût). Aucun tableau de bord n'a été réalisé, aucun indicateur de suivi n'a été constitué. La DGS a récemment élaboré un outil général de suivi des actions réalisées dans le cadre des plans régionaux de santé publique : il permet de retrouver *a posteriori* les actions qui peuvent entrer dans le cadre du PNBV. Mais ce ne sont pas toujours les mesures et actions prévues initialement dans le plan qui font l'objet d'un suivi.

Moyens financiers

S'agissant du fléchage des moyens financiers du plan, l'évaluation fait apparaître que certains financements sont communs à plusieurs plans, et qu'il est nécessaire de les individualiser entre les différentes mesures. S'il y a eu quelques mesures nouvelles, plusieurs mesures étaient déjà incluses dans d'autres plans de santé publique et intégraient les moyens associés à ces derniers.



Gouvernance et pilotage

Pour le comité d'évaluation, la question de la gouvernance du PNBV est centrale. En effet, les auditions montrent que, dès l'annonce début 2007 du lancement du PNBV, une série d'événements a abouti à un déficit à la fois de la gouvernance administrative et du pilotage des actions à mener.

Le rôle du président du comité de pilotage, personnalité incontestable sur cette thématique, n'a pas été clairement défini et a évolué par à-coups au fil du temps. D'après les informations disponibles et les auditions réalisées, aucun référent unique au niveau de l'administration n'a été missionné pour piloter le plan. Les responsabilités ont été éparpillées entre les trois opérateurs, qui les ont assurées au mieux de leurs possibilités. Certaines mesures n'avaient pas de pilote affiché dans le plan. Il n'y a pas eu de soutien clairement défini, d'appui réel au président du PNBV qui a assuré sa mission tout au long du processus.

Les différentes personnes qui ont été successivement en charge des dossiers sont motivées et de qualité, mais les fréquents changements de personnes, les faibles effectifs dédiés au plan ne leur ont pas permis d'assurer le suivi pérenne et efficace des mesures et actions prévues.

À sa création, le comité de pilotage était également chargé du suivi du plan. Cependant, après l'élaboration du plan, un comité de suivi a été installé, pour recenser les mesures mises en place. Une seule réunion (le 23 septembre 2008) a été citée lors des auditions, mais son compte rendu n'a pas été validé.

Il n'y a pas eu de réelle coordination interministérielle autre que des contacts interpersonnels, et parfois des effets de balancier sur les responsabilités au gré d'effets d'annonce ou d'opportunités médiatiques. Le niveau d'engagement sur le plan a varié dans le temps et selon les directions. La discordance entre le pilotage attendu et le suivi effectif a engendré une certaine frustration sur le développement des projets.

Lors des auditions, le suivi du PNBV a été fréquemment comparé à celui du Plan Alzheimer, plus ambitieux en termes de suivi des actions et de budgets alloués. Concernant l'interaction avec d'autres plans de santé publique, l'application du Plan cancer était une des mesures du PNBV. Une autre mesure concernait le Plan national nutrition santé (PNNS) mais son intégration dans le PNBV a essentiellement servi à souligner des actions déjà prévues par le PNNS. Ce sont les seuls plans nationaux de santé publique explicitement en cohérence (et parfois volontairement redondants) avec le PNBV. De manière générale, on a le sentiment que le PNBV a subi les effets de l'insuffisante intégration des concepts du « bien vieillir » dans les autres plans de santé publique. Cela met en exergue le peu d'importance accordée à la prévention gériatrique.

Des liens existent entre le PNBV et les objectifs annexés à la loi de santé publique de 2004. On peut regretter que ni les indicateurs ni leurs valeurs à atteindre inscrites dans la loi n'aient été repris de manière à pouvoir chiffrer les objectifs du plan. Il est plus étonnant encore que des objectifs visant spécifiquement les personnes âgées n'aient pas été pris en compte dans le PNBV, en particulier ceux relatifs aux vaccinations (obj. 39 : Grippe; obj. 42 : Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale).

Se fondant sur l'évaluation réalisée, des recommandations sont faites pour alimenter la réflexion sur le deuxième PNBV, dont la construction semble, d'après les auditions, déjà bien avancée.

Recommandations

Réaliser un plan sur le « bien vieillir » implique un changement des mentalités et la mise en place d'une véritable politique de santé publique, où l'action se situe en amont de la maladie et du curatif. C'est une conduite du changement qu'il faut réussir à mener pour obtenir des résultats.

Pour relever ces défis dans la politique publique, il est important de respecter certains principes.

Pérenniser le concept

Le comité d'évaluation s'est interrogé sur la nécessité de préparer un deuxième plan. Le déficit de gouvernance, le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres plans invitaient à ne pas renouveler l'expérience. Cependant, plusieurs éléments incitent à ne pas préconiser de suspendre le projet de PNBV 2 : le plan peut être un support de communication et de pédagogie sur la prévention dans un domaine crucial pour la population, et il a bien été repéré comme tel par les usagers ; l'existence d'un plan est un argument fort pour la réalisation des mesures en interministériel ; enfin, un plan n'est qu'un mode d'intervention limité dans le temps de la politique de santé publique, mais sa répétition sur une période longue peut en accroître l'efficacité.

Adapter la méthode

Dans le futur plan, il sera nécessaire de distinguer le pilotage, qui relève de la puissance publique, de la mise en œuvre, qui doit être confiée aux opérateurs de façon protocolisée. La nature de la thématique abordée, qui rend le pilotage plus difficile à structurer puisqu'il nécessite une approche transversale, appelle le respect de certains principes, notamment :

- Une gouvernance partagée sous l'autorité d'un comité de pilotage interministériel présidé par une personnalité reconnue de tous, assistée en permanence par un coordonnateur référent des opérateurs interministériels pour la mise en œuvre et le suivi des mesures ;
- L'entretien d'un lien fort avec les ARS afin que la politique du plan soit déclinée sous leur conduite, sous réserve d'un suivi rapproché, coordonné et homogène des actions entre les régions ;
- L'anticipation et la conduite de l'évaluation des axes et des actions dès la constitution du plan dans

le respect des objectifs de santé publique fixés en amont.

Il faut aussi prévoir, dès la conception du plan, un tableau de bord de suivi des objectifs et des actions mises en œuvre, en programmer le pilotage et le financement, prévoir des réunions régulières.

Inclure la problématique des inégalités sociales de santé

Comme l'ont montré divers travaux de recherche et ceux du groupe « inégalités sociales de santé » du HCSP, les inégalités sociales traversent l'ensemble de la population. La santé en est un marqueur et, si les actions de prévention ne tiennent pas compte des différences sociales, elles risquent de creuser encore plus les écarts existants.

Cette problématique, essentielle dans le cadre de la prévention du vieillissement, ne saurait se réduire à la prévention de l'isolement social où à des mesures orientées vers quelques populations précaires. Agir sur l'ensemble des déterminants de la santé est essentiel pour réduire le gradient social et territorial des états de santé ; cela implique des actions différenciées par grandes sous-populations et des actions à des échelons géographiques fins.

Structurer la problématique et intégrer la notion de « bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle

Le PNBV se fonde sur une approche du vieillissement morcelée et peu lisible. Les axes opérationnels du plan se réfèrent à des thématiques hétérogènes : départ en retraite, nutrition, activité physique et sportive, qualité de vie (facteurs de risque/pathologies), médicaments, solidarité entre générations, solidarité locale, recherche/innovation, enfin dimension européenne. En lien avec les travaux européens, deux grands champs d'action se dégagent : d'une part, le « bien vieillir » de l'individu et, d'autre part, la société accompagnant le « bien vieillir ». C'est autour de ces deux axes que pourrait être structuré un deuxième plan. ■