

ELABORATION D'UNE LOI  
DE PROGRAMMATION QUINQUENNALE  
EN SANTÉ PUBLIQUE

**C**ONSULTATION  
**R**ÉGIONALE  
SUR LES **P**RIORITÉS  
**D**E SANTÉ

**C**ONTRIBUTION  
**D**ES **P**AYS DE LA **L**OIRE

20 NOVEMBRE 2002



Le Gouvernement prévoit de soumettre au Parlement un projet de Loi de programmation quinquennale en santé publique dès le premier semestre 2003. Son objet est de construire une politique de santé publique fortement axée sur le développement de la prévention.

Dans ce cadre a été mis en place un groupe de projet national ayant pour mission de définir les objectifs et des programmes de santé qui constitueront le cœur de la Loi.

Afin d'enrichir la réflexion, le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a demandé que soient organisées des « consultations régionales sur les priorités de santé ».

En Pays de la Loire, cette consultation a eu lieu le 20 novembre 2002. Elle a réuni, autour du Préfet de Région, les membres du Comité Régional des Politiques de Santé auxquels sont venus se joindre des experts et des personnalités qualifiées des différents départements de la région.

Ont bien voulu prendre part aux travaux de cette consultation qui a réuni une centaine de participants, Monsieur le Professeur Jean-Luc HAROUSSEAU, Président du Conseil Régional, ainsi que Monsieur le Professeur Alain GRIMFELD, Conseiller Technique auprès de Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Le programme de cette manifestation figure ci-après.

Les communications qui ont été faites au cours de cette journée et les nombreux échanges qu'elles ont suscités permettent de formuler la **contribution régionale** des Pays de la Loire à la construction de ce projet de loi.

Cette contribution est alimentée également par les travaux préparatoires à la consultation proprement dite. Ils ont été organisés autour des dispositifs suivants :

- un comité de pilotage,
- 3 ateliers de préparation regroupant environ 30 personnes,
- des entretiens individualisés avec quelques personnalités,
- l'élaboration et l'exploitation d'un questionnaire adressé à un peu moins de 300 acteurs du champ de la santé dans la région.

La présente contribution régionale est établie en conformité avec le document de cadrage joint à la circulaire ministérielle DGS n° 517 du 8 octobre 2002.

Elle est complétée par deux documents intitulés :

- Annexes à la contribution régionale,
- "Les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire" contribution de l'ORS au choix des priorités régionales.

Consultation Régionale sur les Priorités de Santé  
Mercredi 20 novembre 2002 – Cité des Congrès – Nantes

PROGRAMME

09 h 30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

10 h 00 OUVERTURE

- **Les objectifs de la consultation**  
**M. BOUCAULT, Préfet de Région**
- **Le projet de loi de programmation quinquennale en santé publique**  
**M. le Pr GRIMFELD, Conseiller technique auprès du Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées**
- **L'organisation des travaux de la journée**  
**La validation du projet de contribution régionale élaboré par le groupe technique de préparation**  
**M. PELTIER, Directeur DRASS**

10 h 15 INTRODUCTION : REGARDS SUR LA SANTE PUBLIQUE

- **La prévention : enjeux méthodologiques et politiques**  
**M. le Pr LOMBRAIL – CHU de Nantes**
- **Le point de vue de quelques acteurs de santé de la région : résultat des consultations écrites et des entretiens**  
**Mme MASSINON, Statisticienne régionale – DRASS**  
**Mme le Dr SIMON, Médecin Inspecteur Régional - DRASS**

10 h 50 1<sup>er</sup> THEME : DES DONNEES EXPLOITEES POUR REPERER LES PROBLEMES DE SANTE

**Séquence 1**

- **Le repérage des problèmes de santé, l'identification des facteurs de risques et déterminants de santé dans la région**  
**Les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire**  
**Mme le Dr TALLEC, Directrice de l'ORS**

*Débat avec les participants et propositions pour la contribution régionale (points 1 et 4.1)*

**Séquence 2**

- **L'organisation de l'observation en Pays de la Loire**  
**Mme le Dr SIMON, Médecin Inspecteur Régional – DRASS**

*Débat avec les participants et propositions pour la contribution régionale*

### Séquence 1

- **Les programmes, les objectifs et les actions**  
**M. LEBEAU, Directeur-Adjoint - DRASS**

### Séquence 2

- **Le programme, moteur de l'action partenariale : exemples**
  - **PRAPS – Le partenariat avec les villes**  
Une convention cadre pour les actions de proximité  
**Mme CHOQUET, Adjointe au Maire de Nantes**
  - **PRS Alcool/Addictions – Le partenariat avec l'Education Nationale**  
Le développement des habiletés psychosociales des enfants en milieu scolaire  
**M. le Dr LAMOUR, Directeur du CREDEPS**
  - **PRS Suicide – Le partenariat avec les professionnels**  
La formation à la crise suicidaire  
**M. PILET, Responsable au service de psychologie de l'enseignement privé de Loire-Atlantique**
  - **PRS Lutte contre le VIH – Le partenariat avec les associations**  
Prévention du sida chez les migrants  
**M. LE GALL, Chargé de mission à "AIDES Grand Ouest"**
  - **PRS Cancer – Le partenariat dans l'organisation d'une campagne de dépistage : l'exemple de la Loire-Atlantique**  
Le développement du dépistage du cancer du sein  
**Mme le Dr ALLIOUX, Médecin coordinateur de l'Association "MADAME"**

*Débat avec les participants et propositions pour la contribution régionale (point 2)*

### Séquence 1

- **Les facteurs favorisants ou bloquants l'action : propositions pour une loi de programmation**  
**Les perspectives de programmation**  
**M. LEBEAU, Directeur-Adjoint - DRASS**

*Débat avec les participants et propositions pour la contribution régionale (points 2.3 et 3)*

### Séquence 2

- **L'articulation des compétences et les modalités de détermination des priorités**  
**M. LE NEVE-RICORDEL, Directeur de l'URCAM**

*Débat avec les participants et propositions pour la contribution régionale (points 4 et 5)*

- **Synthèse des travaux et validation de la contribution régionale**

**\* \* \***



**Ministère de la santé,  
de la famille,  
et des personnes handicapées**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ  
**Sous-direction des politiques de santé  
et des stratégies**  
Bureau de la démocratie sanitaire  
Bureau analyse des besoins et objectifs de santé

**Sous-direction de la coordination des  
services et des affaires juridiques**

## **ANNEXE : DOCUMENT DE CADRAGE**

### **Elaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique**

#### **Contributions régionales**

---

Le document qui suit est destiné à vous accompagner dans le déroulement de la consultation dans votre région, à faciliter les remontées des contributions régionales et la synthèse nationale.

**Cinq parties** ont été distinguées dans ce document de cadrage.

**Les trois premières parties** reposent pour l'essentiel sur un état des lieux sur les principaux problèmes de santé, les facteurs de risques, les déterminants et les actions engagées ou à engager dans votre région. Elles s'appuient sur des données socio-démographiques, épidémiologiques et statistiques dont la source sera mentionnée. Les dimensions individuelle et collective dans le rapport au risque<sup>1</sup> seront prises en compte dans la mesure du possible, en complément des données chiffrées. Cet état des lieux devra permettre d'amorcer la démarche de programmation stratégique par objectifs pour les cinq années à venir dans votre région (partie 3).

**Les deux dernières parties** reposent sur un recueil des points de vue des principaux acteurs de votre région

#### **Région : PAYS DE LA LOIRE**

---

**Coordonnées de la personne ayant complété les éléments ci-dessous :**

**M. Jean-Marie LEBEAU, Directeur-Adjoint – DRASS Pays de la Loire**  
**02.40.12.80.22**

---

Modalités de la consultation régionale :

Date de la consultation régionale : **20 novembre 2002**

Nombre de personnes présentes : **101**

Précisez les différents types d'acteurs mobilisés : **voir introduction**

Décrivez les modalités d'organisation de cette consultation (réunions préparatoires, ....) :  
**voir introduction et annexes**

---

<sup>1</sup> HCSP, 1994

# 1 ♦ Repérage des problèmes de santé et identification des facteurs de risque et déterminants de santé dans votre région

1.1 Les membres de la consultation régionale ont tout d'abord pris connaissance des problèmes de santé estimés prioritaires par un certain nombre d'acteurs du champ de la santé publique. Ceux-ci ont été interrogés au moyen d'un questionnaire ou à l'occasion d'entretiens individuels (cf. document annexe à la contribution régionale).

Ils ont ensuite entendu la contribution apportée par l'Observatoire Régional de la Santé. Celle-ci fait l'objet d'une publication in extenso dans un document diffusé séparément et intitulé : "Les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire".

Ils notent la très forte convergence entre ces deux approches ainsi qu'en témoigne le tableau de synthèse présenté ci-après et retiennent, en définitive, pour les Pays de la Loire, les 7 priorités régionales proposées par l'ORS et regroupées de la manière suivante :

- des problèmes de santé à la fois fréquents et graves :
  - les cancers,
  - les accidents et leurs conséquences,
  - les malades cardio-vasculaires et leurs facteurs de risques,
  - les troubles mentaux,
  
- des problèmes de santé fréquents mais qui, en général, ne mettent pas en jeu le pronostic vital :
  - les pathologies rhumatismales,
  - les déficiences et incapacités,
  - les problèmes de santé autour de la grossesse et de l'accouchement.

Les débats ont permis également de mettre l'accent sur :

- l'importance de l'asthme et des malades allergiques,
- l'émergence des problèmes de nutrition,
- l'insuffisante attention portée aux problèmes de maltraitance et de violence notamment à l'égard des femmes,
- l'approche encore trop sommaire de la relation santé-travail,
- la problématique de prise de risques chez les jeunes et plus particulièrement l'association de la vitesse et de la consommation de produits addictifs (alcools mais aussi stupéfiants, médicaments...),
- la nécessité de mettre en place une politique active et structurée en éducation pour la santé.

Enfin, les membres de la Consultation relèvent avec beaucoup de force l'importance du poids des déterminants sociaux dans la fréquence et la prise en charge de la plupart des problèmes de santé.






Ils remarquent en particulier l'importance de la surmortalité masculine constatée pour certains groupes sociaux par rapport à d'autres (agriculteurs, ouvriers, employés par rapport aux cadres et aux professions libérales) et souhaitent une action vigoureuse des pouvoirs publics et de l'ensemble des acteurs concernés pour réduire ces inégalités face à la santé.

# Priorités régionales

## ORS

Cancer   
Accidents   
maladies cardio-vasculaires  
troubles mentaux   
pathologies rhumatologiques  
déficiences et incapacités  
grossesses et accouchements

## Point de vue des acteurs

 troubles addictifs  
 dépressions  
 suicides et tentatives  
 accidents de la voie publique  
obésité  
VIH et autres infections  
 cancer du sein  
maltraitance  
 cancer des V.A.D.S.  
 maladie mentale liée à l'alcool



## 1.2 L'organisation de l'observation en santé

### 1.2.1 – Le constat fait est le suivant :

- Il existe un grand nombre de données dont les plus connues sont :
  - les données collectées en routine :
    - certificats de décès,
    - affections de longue durée,
    - données sur les maladies professionnelles et à caractère professionnel,
    - les registres de cancers,
    - le PMSI,
  - les enquêtes plus ponctuelles ou plus récentes :
    - à l'initiative de l'URCAM,
    - à l'initiative de l'URML,
    - des travaux hospitaliers,
    - des études de l'Education Nationale,
  - les différentes exploitations de l'ORS...

mais une faible partie de l'information est réellement disponible et valorisée. **"On collecte beaucoup de données mais on produit trop peu d'informations."**

Un recul est également nécessaire sur l'origine des données car la mesure de l'état de santé est largement dépendante du modèle de santé auquel les instruments de mesure se réfèrent explicitement ou non :

- mesure de l'état de santé via l'approche des maladies ce qui peut occulter "les états latents" et rendre moins immédiatement perceptibles les démarches de prévention,
  - mesure en référence à une santé considérée non comme "un tout" mais comme un moyen qui permet à un individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible.
- **Il y a multiplicité des sources d'informations répondant à des besoins différents** : utilisation pour des besoins externes, pour des allocations budgétaires (ex : PMSI), pour l'observation seule (ex : les registres).
  - En miroir de la production, **les demandes sont diverses, complexes, répondant à des besoins très différents** :
    - besoins scientifiques,
    - demande spécifique d'un promoteur, d'une action, d'un programme,
    - d'un décideur pour une planification,
    - besoin des usagers,nécessitant des traitements adaptés.
  - L'organisme référent à qui l'on s'adresse pour ces réponses est l'**Observatoire Régional de la Santé**. Mais que ce soit pour l'ORS ou les autres institutions, les participants soulignent le décalage majeur entre les moyens mis pour le recueil de l'information et le peu de ressources consacrées à son exploitation (ex : le PMSI).  
*"La perte en ligne est considérable"*

Or, les demandes sont croissantes, précises et l'information souhaitée est de plus en plus une information "digérée", compréhensible et interprétable, qui fait sens.

Pour y répondre les professionnels de santé publique sont rares.

## 1.2.2 – Les propositions

Au-delà du développement de nouveaux outils d'observation tels que :

pour l'approche de la santé via *l'observation des maladies* :

- le codage des pathologies plus ou moins ciblées,
- le PMSI à exploiter sur un plan épidémiologique,
- le chaînage ambulatoire/hospitalisation,

et le recentrage d'une partie de la réflexion concernant les *déterminants de santé en travaillant sur les facteurs environnementaux*, à savoir :

- les risques majeurs ou mineurs de l'environnement physique (industriel, agricole ou urbain),
- les aspects sociaux,
- les organisations du travail,
- les modes de vie et les comportements.

Les professionnels du groupe technique de préparation à la consultation se sont prononcés pour la valorisation de l'existant qui nécessite selon eux les développements suivants :

### 1 – Organiser la commande et la coordination

*"Il s'agit avant tout de mettre les données au service des malades et pas des institutions."*

- Aucun organisme ne pourra avoir le monopole de l'information et ce n'est pas, par ailleurs, souhaitable. La mise à disposition des données, la complémentarité des acteurs peuvent être organisées sous forme d'une **plate-forme commune régionale** des institutions et organismes régionaux\*. Cette plate-forme permettrait une plus grande cohérence de l'action de ses professionnels après avoir redéfini les responsabilités de chacun. Un rapprochement des professionnels oeuvrant dans les mêmes domaines serait recherché. A titre d'exemple on citera l'ORS et l'observation de la santé au travail.
- Cette coordination permettrait également d'organiser la commande publique, tout en respectant l'indépendance de chacun, **d'exprimer une volonté politique plus forte**, ce qui pourrait être de nature à mobiliser et à motiver davantage les producteurs d'informations de base.

*\* Les organismes sont entendus dans un sens large, ne se limitant pas aux seuls acteurs traditionnels du système de santé (ex : DDE, sécurité routière).*

### 2 – Cibler les objectifs, les niveaux

- Les informations à recueillir étant fonction des réponses attendues, il importe de bien définir **le champ** de l'observation qui peut porter sur les problèmes de santé, sur les pathologies évitables, sur les comportements, sur l'impact sanitaire des problèmes d'environnement.
- **Le renforcement des aspects méthodologiques** en y intégrant, en amont et en aval, des approches pluriprofessionnelles (sociologique, sociale...) qui sont aujourd'hui trop rares. La "dualité des regards sur la santé" et pas exclusivement médicaux a été proposée comme un axe fort à développer. Ce point a été particulièrement souligné par les spécialistes de santé publique. A titre d'exemple, ont été cités le suicide et les addictions qui ont bénéficié de ces approches différentes, ouvertes à d'autres regards.
- **Le niveau d'observation pertinent** est également à préciser en fonction de l'objectif, de la masse critique nécessaire pour l'interprétation des données, des comparaisons utiles entre régions. Selon le cas, l'observation se déclinera donc au niveau local, régional ou national indispensable pour un certain nombre d'études. Ces niveaux ne sont pas antinomiques et des allers-retours entre le système "macro" et les besoins régionaux et locaux sont nécessaires.
- **L'articulation entre l'observation et l'action** est également à promouvoir.
- **L'observation** devrait également permettre de hiérarchiser les risques sur la base d'indicateurs pertinents de santé et de risque sanitaire.

### **3 – Donner des moyens pour la valorisation de l'information**

La valorisation des informations est largement demandée et est jugée indispensable. Elle nécessite :

- du temps et donc de **se donner les moyens de ses ambitions**. Le renforcement des montants financiers est indispensable pour pérenniser et développer l'observation en santé ;
- **la formation de professionnels de santé publique** trop peu nombreux actuellement. Ce manque est susceptible de limiter les possibilités d'analyse médicale des données disponibles pour gérer un système toujours plus complexe ;
- **des relais par des acteurs de terrain** qui, sous condition de formation ad hoc, peuvent contribuer également à la diffusion de l'information.

### **4 – Répondre aux multiples attentes**

Sont demandeurs d'information des publics différents :

- les décideurs,
- les professionnels de santé,
- les usagers qui doivent bénéficier d'une information éclairée.

**Pour tous, la transparence et la lisibilité doivent être recherchées.**

**Les informations doivent impérativement être adaptées au public concerné.**

*"L'insertion du débat et de la participation à la décision, dans un univers où la compétence technique joue un rôle important, n'est pas simple, mais il est possible : les exemples du SIDA et de l'amiante ont montré qu'il était possible pour l'utilisateur d'arriver à une parole informée."*

*"Une politique cohérente de mise à disposition de **banque de données et de conseils clairs** et pédagogiquement adaptés, aidant les citoyens à comprendre et appliquer les mesures de prévention, trouve sa place à un niveau de proximité."*

**Pour sa part, Monsieur le Président du Conseil Régional rappelle que dans le cadre de la mise en œuvre d'une nouvelle étape de la décentralisation, son Assemblée propose d'expérimenter un transfert de compétences dans deux domaines : la formation des personnels paramédicaux et l'observation de la santé. L'indépendance et l'autorité de l'organisme qui serait en charge de l'observation seraient garanties par un conseil scientifique nommé dans des conditions assurant son autonomie.**

## 2 ♦ Objectifs et actions de santé développés dans votre région, à partir de votre expérience

### 2.1 Pour chacun des principaux problèmes de santé, facteurs de risque et déterminants identifiés ci-dessus, précisez si possible LES OBJECTIFS retenus dans le cadre de vos CRS, des PRS, PRAPS...

Sur la base des données fournies par l'ORS sur les spécificités de la région en matière de morbidité et de mortalité et en s'appuyant sur les données d'une enquête d'acteurs du champ de la santé établie pour l'occasion, le jury de la 1<sup>ère</sup> conférence régionale de santé, réunie en décembre 1995, est parvenu aux conclusions ci-après. Celles-ci ont été affinées et développées lors des réunions des conférences ultérieures et ont continué de guider l'action au moyen, notamment, de la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

#### 2.1.1 – 10 CONSTATS ETABLIS DES 1995

- **deux problèmes** représentent des facteurs d'une sur-mortalité prématurée, notamment masculine, qui pourrait, au moins partiellement, être évitée :
  - l'ensemble suicide et dépression
  - les accidents de la voie publique
- **deux groupes de populations** devraient bénéficier en priorité d'actions de santé publique :
  - les enfants, adolescents et jeunes adultes
  - les personnes en situation de précarité
- **deux déterminants** paraissent avoir une importance particulière que justifierait une mobilisation spécifique :
  - les conduites d'alcoolisation
  - les situations de pauvreté et de précarité et les conditions de vie qui illustrent bien le fait que l'action de santé publique est indissociable de l'action politique et sociale
- **deux préoccupations** sont partagées avec l'échelon national :
  - les tumeurs, cause principale de mortalité prématurée
  - les mauvais traitements à enfants
- **deux problèmes** de santé pour lesquels la région est plutôt bien placée mais qui doivent faire l'objet d'une particulière attention :
  - la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (mais une réflexion pour prévenir cette dépendance doit être développée)
  - le lutte contre le SIDA

#### 2.1.2 – 5 PROGRAMMES... ET DES OBJECTIFS

##### **□ PRS "CONDUITES D'ALCOOLISATION ET AUTRES PRATIQUES ADDICTIVES"**

Initialement engagé dès 1995 sur les conduites d'alcoolisation à risque, ce PRS a été actualisé pour la période 2001 – 2005 et élargi à l'ensemble des pratiques addictives dans l'optique d'une approche plus comportementaliste que centrée sur le produit. Il s'articule autour de :

##### **Deux orientations**

- prévenir l'usage nocif des produits addictifs
- réduire les dommages liés à la consommation des produits addictifs

##### **Quatre objectifs généraux**

- organiser la coordination
- dynamiser la communication, l'information, la sensibilisation du public
- développer la formation des acteurs et des relais
- contribuer à la connaissance des actions entreprises et à l'évaluation des pratiques

Indissociable des plans d'action départementaux de la MILDT, le programme régional est conçu comme devant apporter une plus-value dans l'action pour chacun des 4 objectifs susvisés.

## **□ PRS "SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE"**

Engagé sur la période 1998 – 2002, il comporte :

### **Un objectif général**

Réduire dans les 5 ans à venir la mortalité par suicide dans la région des Pays de la Loire (celle-ci dépasse de 25 % la moyenne nationale et constitue la première cause de mortalité prématurée chez les hommes devant les accidents de la route et l'alcoolisme)

### **Deux objectifs spécifiques quantifiés :**

- réduire de 20 % en 5 ans le taux de mortalité par suicide en Pays de la Loire
- réduire de 20 % en 5 ans le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région

## **□ PRS "PREVENTION DE L'INFECTION A VIH"**

Couvrant la période 1998 – 2002, ce PRS a répondu à la volonté des pouvoirs publics de voir établi un programme dans chaque région.

### **Trois objectifs**

- faire diminuer de 60 % en 5 ans, l'incidence annuelle de la séropositivité VIH dans la population en favorisant la prise de conscience des risques et l'accès aux moyens de les réduire.
- empêcher ou retarder l'apparition des symptômes liés à l'infection par le VIH
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes

## **□ PRAPS - PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE**

Etabli, conformément à la loi de lutte contre les exclusions, le PRAPS 1 couvre la période 2000-2002. Il a été précédé par un programme régional "Santé-Précarité" 1998-2002 élaboré suite aux recommandations de la 1<sup>ère</sup> CRS.

Il comporte 5 objectifs prioritaires :

- restaurer et valoriser l'image de soi
- aller au devant des personnes démunies
- faciliter l'accès aux droits
- favoriser l'accès aux soins
- mettre en œuvre une organisation adaptée

## **□ PRS "CANCER ET SOCIETE"**

Etabli pour la période 2001-2006, il fait suite à la diffusion du plan national sur le cancer en février 2000. Il comporte des objectifs regroupés sous 4 thèmes :

### **● PREVENTION**

L'objectif principal est d'agir sur les facteurs de risques identifiés comme favorisant l'apparition ou le développement des cancers, pour lesquels divers travaux ont démontré qu'il était possible d'intervenir.

### **5 facteurs privilégiés**

- ✓ la consommation de tabac
- ✓ la consommation d'alcool
- ✓ l'exposition solaire
- ✓ l'alimentation
- ✓ l'exposition ou les facteurs spécifiques liés à une pratique ou à un environnement professionnel

## ● DEPISTAGE

### Objectifs

- généraliser le dépistage du cancer du sein sur les 5 départements de la région (3 sont opérationnels à ce jour et un 4<sup>ème</sup> vient de commencer l'action)
- mettre en œuvre de nouveaux dépistages (cancer colo-rectal – cancer du col)

## ● QUALITE DES SOINS

### Objectifs

- installer des équipements lourds : TEP et accélérateurs
- mettre en place des réseaux d'oncologie
- développer la chimiothérapie à domicile
- développer les soins palliatifs

## ● QUALITE DE VIE ET DROITS DES MALADES

### Objectifs

- développer les dispositifs de soutien psychologique
- favoriser le retour à domicile
- favoriser la réinsertion professionnelle

## 2.1.3 – AUTRES DISPOSITIFS ... AUTRES OBJECTIFS

**La région Pays de la Loire développe une mise en œuvre régionale du Programme National Nutrition Santé selon 4 objectifs :**

- Faire connaître ce qui existe déjà (mutualisation des informations et échanges d'expériences à l'aide d'un site internet existant)
- Renforcer les actions existantes notamment la formation des professionnels de proximité (aides à domicile, auxiliaires de vie)
- Favoriser les journées de rencontre entre acteurs de la nutrition
- Susciter des actions innovantes locales (cf action Ville de Nantes sur l'obésité)

Par ailleurs, la région Pays de la Loire réfléchit actuellement, via les travaux de la CORERPA, à un programme axé sur le "**bien vieillir**" et la prévention de la dépendance chez les personnes âgées.

En revanche, elle n'a pas pu donner une suite concrète, en terme de programmation adaptée, à la problématique des accidents de la voie publique, si ce n'est par son programme "conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives" qui comporte des actions sur ce thème.

D'autre part, les préoccupations de santé publique ont été intégrées à toutes les étapes d'élaboration du **Programme Régional de la Qualité de l'Air**.

3 finalités ont été retenues :

- réduire l'exposition de la population à la pollution atmosphérique,
- améliorer la connaissance de l'exposition de la population et des impacts,
- informer la population.

Des thématiques spécifiques ont à cette occasion également été prises en compte telles que les expositions de la population à la pollution intérieure, aux pollens et moisissures.

On soulignera enfin que le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**, établi pour la période 1999-2004, a largement pris en compte les préoccupations prioritaires de santé publique et particulièrement celles développées dans les PRS en fixant des objectifs sur les thèmes suivants destinés à répondre aux besoins des patients :

- traiter la douleur aiguë et chronique
- dispenser les soins palliatifs (constitution et coordination des réseaux, formation des personnels, communication entre les intervenants)

- améliorer la prise en charge des personnes âgées et contribuer au développement de la coordination gériatrique
- participer à la prévention de la maltraitance
- réduire les méfaits de l'alcool (structuration de l'offre de soins, développement de l'alcoologie de liaison et des réseaux de prise en charge)
- réduire les méfaits du tabac (développer les consultations et les protocoles de prise en charge, développer les plans de formation des personnels sur le tabagisme)
- diminuer le nombre de décès par suicide (créer des lieux spécifiques d'hospitalisation et instituer des protocoles de prise en charge - mettre en place des équipes référentes...)
- mieux traiter le cancer grâce au développement d'un réseau de cancérologie
- mieux assurer la prise en charge sociale, grâce en particulier, au développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

## 2.2 Décrivez succinctement les ACTIONS en cours mises en œuvre dans votre région pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus, dans le cadre des PRS, PRAPS... et les principaux MOYENS (humains, financiers...) mobilisés ainsi que les sources de financement

Evoquer, même succinctement, les actions développées dans ces programmes est un exercice peu compatible avec le travail de synthèse attendu.

En effet, la montée en charge des crédits mobilisés par l'Etat au titre des programmes de prévention (y compris ceux attribués dans le cadre de la MILDT), conjuguée à l'effort croissant développé par l'Assurance Maladie grâce au FNPEIS et par les autres partenaires, conduit à **un accroissement particulièrement marqué du nombre des actions mises en œuvre au titre de la prévention** (environ 250 conventions et autant d'actions conduites pour l'année 2001).

A cela s'ajoute la poursuite de la dynamique engagée pour le financement par l'Assurance Maladie des structures et des réseaux constitués dans le champ hospitalier et médico-social.

Le document annexe à la présente contribution tentera de préciser, pour chaque PRS, la nature et la portée des principales actions entreprises, ainsi que les modalités de leur financement.

Sur ce dernier point, la pratique de **l'appel à projet conjoint Etat-Assurance Maladie** pour la sélection et le financement des actions de prévention constitue une avancée appréciée :

- ✓ Les principaux partenaires décideurs, réunis au sein d'un comité de gestion des programmes prioritaires de santé, arrêtent ensemble les programmes à promouvoir et les actions à soutenir,
- ✓ Les promoteurs, malgré la complexité persistante des dispositifs, perçoivent les premiers effets bénéfiques d'une organisation fondée sur la constitution d'un dossier unique.

S'agissant enfin des moyens humains nécessaires à la conduite des projets, le constat est fait que ceux-ci ne sont pas à la hauteur des ambitions affichées.

**La conduite d'un PRS sur plusieurs années nécessite la mobilisation d'un chef de projet au moins à mi-temps** et de plusieurs personnes – relais ou ressources - pour assurer la mise en œuvre des différentes thématiques développées dans chaque programme. Elle nécessite également, à la base, une force d'ingénierie pour assurer la construction des projets et la mise en œuvre des actions.

La déclinaison souhaitée des actions de santé sur des territoires pertinents (bassins de vie, pays, agglomération) accroîtra encore le besoin en équipes opérationnelles proches des réalités de terrain.

## 2.3 Pour chacune de ces actions, identifiez LES FACTEURS FAVORISANTS ou LES FACTEURS BLOQUANTS susceptibles d'interférer avec leur mise en œuvre et/ou leur efficacité. Indiquer, le cas échéant, les actions envisagées qui n'ont pas été mises en œuvre en précisant les raisons de ces décisions.

Le groupe technique, constitué pour la préparation de la consultation, a travaillé sur ce sujet à l'aide de la technique dite du "Metaplan".

Selon cette dernière, les participants ont été appelés à produire librement des idées représentatives d'un facteur soit positif, soit négatif du développement de la politique régionale de santé et à se déplacer ensuite pour afficher chacune d'entre elles sur un vaste tableau.

Les nombreuses idées émises ont ensuite été regroupées par thèmes puis classées et hiérarchisées, avec l'appui d'un animateur, selon des critères définis en commun.

L'intérêt de la technique, gage d'une réunion créatrice, a été de permettre l'expression de chacun en évitant l'écueil d'un effet de leader et / ou la passivité de certains participants. La validation en commun des résultats a permis une meilleure adhésion à la production d'ensemble du groupe.

Au terme de l'exercice, les 7 éléments prioritaires suivants, conditionnant l'action, ont été dégagés et retenus par la suite par les membres de la consultation régionale.

### 1 – Les modes de financement

Bien plus que l'interrogation sur le volume des moyens disponibles, dont chacun s'accorde à reconnaître la progression, le groupe souligne la complexité des modes de financement notamment dans le domaine de la prévention où cohabite **une multiplicité de partenaires financeurs des actions**.

Si des efforts ont été récemment accomplis pour mieux coordonner ces derniers et simplifier les demandes de crédits (cf développements ci-dessus point 2.2), les procédures demeurent encore marquées par leur complexité :

- ✓ des circuits d'affectation des moyens encore trop centralisés pour ce qui concerne l'Assurance Maladie
- ✓ des dispositifs partenariaux avec les collectivités locales compliqués à mettre en œuvre car spécifiques dans leur mode d'organisation et leur calendrier de mise en œuvre : Contrat Etat – Région, Contrats – Ville ...
- ✓ des fonds relevant de structures de gestion particulières : MILDT, FAQSV... et difficilement associables et fongibles
- ✓ l'absence de lisibilité sur le réel contenu des enveloppes disponibles et sur la reconduction des moyens (principe de l'annualité budgétaire pour les crédits de l'Etat notamment). Il en résulte une impression de fragilité pour un réseau associatif souvent vulnérable financièrement et qui réclame des garanties sur le financement de ses moyens opérationnels de fonctionnement
- ✓ la difficulté pour les établissements de santé de s'engager autant que nécessaire dans des démarches préventives qui, en tant que telles, ne sont pas financièrement valorisées.

Orientation souhaitable : une loi quinquennale, qui prévoit le développement de l'action sur une durée clairement affichée, doit en parallèle prévoir la globalisation et l'affichage dans la durée des moyens de financement se rapportant à cette action.

### 2 – Le management des projets

Le groupe souligne la forte implication des chefs de projet et des membres des comités de pilotage dans le développement des programmes mais il en souligne également les limites :

- ✓ absence de disponibilité des chefs de projet, dont la plupart sont issus des corps de l'Etat, pour conduire les programmes
- ✓ rupture dans le déroulement de l'action du fait des changements d'affectation des responsables concernés
- ✓ difficulté à assurer la coordination entre partenaires ayant des sensibilités d'approche, des pratiques professionnelles ou des cultures différentes
- ✓ insuffisance parfois de formations à la technique de conduite de projet

Orientation souhaitable : la loi (ou plus exactement ses textes d'application) doit prévoir **un statut du chef de projet en santé publique** facilitant l'ouverture de cette responsabilité à d'autres professionnels que ceux issus des services déconcentrés du ministère chargé de la santé et garantissant les moyens de conduire à bien cette mission (temps de travail nécessaire à la conduite du projet – stabilité dans la fonction – moyens matériels et humains d'accompagnement).

### 3 – Les relais pour conduire l'action

Le groupe estime que l'affichage de programmes demeure une démarche vaine si, en aval, il n'existe pas de relais solidement constitués pour conduire l'action.

A l'heure actuelle, la promotion d'actions reste concentrée autour d'un nombre limité de partenaires associatifs aux compétences souvent très affirmées mais aussi parfois moins clairement perçues.

La volonté des collectivités locales d'assumer la conduite ou la coordination des actions de santé issues des programmes prioritaires est à peine émergente et ne conduit pas – pas encore – à la mobilisation de moyens d'intervention à ces niveaux de responsabilité.

Des efforts restent donc à accomplir pour favoriser la prise de responsabilité aux échelons de terrain, au niveau des territoires pour garantir la bonne mise en œuvre des objectifs, le bon déroulement des actions et leur suivi.

Orientation souhaitable : la loi de programmation doit également être une loi d'action qui favorise **l'implantation de relais opérationnels** en nombre suffisant, bien formés, agissant sur des territoires pertinents au sein desquels les projets doivent être développés.

### 4 – L'empilement des programmes

Le foisonnement des programmes développés aux différents niveaux de l'action publique n'est pas perçue par le groupe comme une richesse mais comme un facteur limitant au regard notamment des moyens disponibles pour les mettre en œuvre – "trop de programmes tuent le programme", c'est-à-dire la convergence des objectifs et des moyens sur une priorité affichée.

La politique régionale de santé s'est, dans un premier temps, fondée sur la mise en œuvre d'un nombre limité de programmes régionaux de santé, traduction concrète des priorités dégagées par la Conférence Régionale de Santé. Elle a due, par la suite, prendre en compte dans son dispositif opérationnel les nombreux plans et programmes développés à l'échelon national, c'est-à-dire :

- ✓ mettre en cohérence les PRS déjà existants avec les programmes nationaux
- ✓ développer des déclinaisons régionales de ces programmes lorsque les PRS ne couvraient pas le champ considéré

Il en est résulté un manque de lisibilité pour les acteurs de terrain confrontés à ce "puzzle" institutionnel et à la difficulté d'une lecture transversale des projets.

Orientation souhaitable : la loi doit définir, sur 5 ans, quelques programmes prioritaires à développer sur l'ensemble du territoire en laissant à l'initiative locale le soin de construire des actions dans le cadre national ainsi défini.

La loi doit permettre, à titre complémentaire, le développement de programmes particuliers pour répondre aux spécificités reconnues sur un plan régional. Ces programmes doivent demeurer en nombre limité. Les moyens de financement, globalisés et affectés au plan régional, doivent permettre de satisfaire ces deux approches.

## 5 – La mobilisation des professionnels et plus particulièrement des professionnels de santé

Elle est essentielle, tant pour le développement des actions individuelles que collectives, mais elle est difficile à réaliser.

Les facteurs bloquants en sont connus :

- ✓ manque de disponibilité des professionnels et d'une manière plus précise manque de praticiens
- ✓ absence de rémunération spécifique des professionnels libéraux pour l'accomplissement des démarches de prévention
- ✓ insuffisance de la formation en santé publique
- ✓ difficultés de partenariat avec les relais institutionnels de ces professions
- ✓ déficit de communication avec les professionnels libéraux

Orientation souhaitable : la loi de programmation doit organiser le partenariat avec les professionnels et plus particulièrement les professionnels de santé sur le terrain de la prévention : formation, compensation financière du temps consacré à ces démarches, représentation mieux identifiée des professions, communication.

A l'occasion de ces échanges, les membres de la consultation régionale tiennent à rappeler aux pouvoirs publics leurs **craintes sur l'évolution de la démographie médicale** en soulignant qu'il sera difficile d'envisager une politique plus volontariste si les praticiens sont en nombre insuffisant.

## 6 – La clarification des objectifs

Des objectifs trop nombreux et insuffisamment ciblés sont en partie la conséquence de l'empilement des programmes précédemment évoqué.

Le groupe demande l'émergence d'objectifs clairs, limités, réalisables et quantifiés.

Il souhaite également que soient mieux définies les modalités d'évaluation qui s'y rapportent (indicateurs de suivi, de résultats...).

Orientation souhaitable : voir ci-après.

## 7 – La qualité méthodologique

Le groupe souligne le volontarisme des équipes conductrices de projets, mais observe que cela n'est pas suffisant pour être efficace. Il demande que la constitution et la mise en œuvre des programmes soient étayées par l'apport d'outils méthodologiques préalablement validés.

D'une manière générale, il convient de professionnaliser l'action en santé publique pour la rendre à la fois plus efficace et plus accessible pour l'utilisateur. En ce sens, les membres de la consultation régionale soulignent également l'intérêt d'une **communication plus active et plus performante sur les programmes de santé**.

Orientation souhaitable (points 6 et 7) : la loi de programmation, loi d'action, doit aussi être une loi de méthode qui prévoit la formation des acteurs en santé publique, la diffusion d'outils adaptés et la validation des démarches engagées localement (par exemple par un comité d'experts). Elle doit également organiser l'évaluation des processus engagés et prévoir des dispositifs de communication plus performants.

2.4 Précisez les INDICATEURS dont vous disposez pour suivre la mise en œuvre et pour évaluer l'impact de ces actions, en précisant les sources et la qualité de ces données.

Les objectifs sont peu quantifiés et les actions conduites souffrent d'un déficit persistant d'indicateurs de suivi et d'impact pensés et construits avant le démarrage de l'action. Les initiatives en ce sens restent encore trop limitées. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de moyens, mais de culture et de méthode à tous les échelons de l'action publique.

### 3 ♦ Perspectives pour une programmation stratégique par objectifs au niveau régional

3.1 A partir du diagnostic fait pour votre région, indiquez les principaux problèmes de santé, facteurs de risques et déterminants pour lesquels il est possible de définir, au cours des prochains mois, des objectifs (si possible quantifiés) à atteindre dans les cinq années à venir  
Précisez ces objectifs dans la mesure du possible

Les membres de la Consultation Régionale considèrent :

- que les programmes engagés en Pays de la Loire sont en cohérence avec les priorités de santé actuellement repérées,
- que ceux-ci ont par ailleurs été ajustés pour les mettre en concordance avec les plans et programmes nationaux récemment diffusés,
- que la mobilisation des acteurs locaux sur ces programmes reste forte et que des financements sont engagés pour les mettre en œuvre.

En conséquence, ils souhaitent que ces dispositifs puissent être maintenus au moins jusqu'à leur échéance annoncée (cf. annexes).

A l'évidence, l'analyse actualisée des principaux problèmes de santé identifiés dans la région et présentée en première partie offre de nouvelles perspectives en terme de programmation.

Ces orientations ne pourront trouver leur concrétisation que lorsque le cadre de l'action, les moyens et les méthodes pour la conduite auront été clarifiés.

## 4 ♦ Articulation entre compétence(s) de niveau national et de niveau régional

### 4.1 Identifier, s'agissant des problèmes de santé, des facteurs de risques et des déterminants que vous avez identifiés, ceux pour lesquels votre région vous semble avoir une SPECIFICITE ou une forte PARTICULARITE

En préalable, les différents acteurs consultés ont souligné la difficulté méthodologique de repérage : quelle masse critique d'informations est-il nécessaire de posséder pour une observation pertinente ? De quels points de comparaison peut-on disposer ?

Certains ont également mentionné le risque de stigmatisation de secteurs (quartiers, établissements, populations) qui seraient repérés de par leur spécificité.

Néanmoins, le bassin de Saint-Nazaire a été cité, à plusieurs reprises, pour le cumul de plusieurs facteurs de risque.

Par ailleurs, le service médical du travail a mentionné le cancer de la vessie en relation avec des produits industriels utilisés localement.

Certains problèmes apparaissent particulièrement émergents comme la désocialisation de sortants d'établissements psychiatriques sans qu'ils puissent être quantifiés.

### 4.2 En vous appuyant sur des exemples, indiquer les éléments qui vous semblent devoir relever d'une COMPETENCE de niveau NATIONAL ou REGIONAL, voire infra ou supra régional pour :

- le choix des programmes à mettre en œuvre
- le choix des stratégies d'action
- les choix des modalités d'action

Les membres du groupe technique de préparation ont mis en garde contre le risque d'une réponse trop hâtive ou trop tranchée sur cette question qui conduirait à reléguer chacun des niveaux d'intervention repérés dans un rôle unique et prédéfini qui pourrait, dans certaines circonstances, se révéler stérile.

Ils relèvent que le PRS "conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives" constitue en Pays de la Loire un bon exemple d'inter-activité entre les différents niveaux de compétences et qu'il y a là une démarche intéressante à expérimenter.

En effet, ce PRS, construit postérieurement à l'élaboration des plans départementaux de la MILDT, ne remet pas en cause les dispositifs d'action préconisés par ces derniers mais cherche à les valoriser en développant des fonctions transversales et fédératrices : coordination régionale des actions, formation et sensibilisation des acteurs, communication, suivi-évaluation des projets...

A partir de cet exemple transparaît une organisation dans laquelle l'échelon régional développe une fonction de "veille technologique" propice à la mise en valeur des dynamismes de proximité.

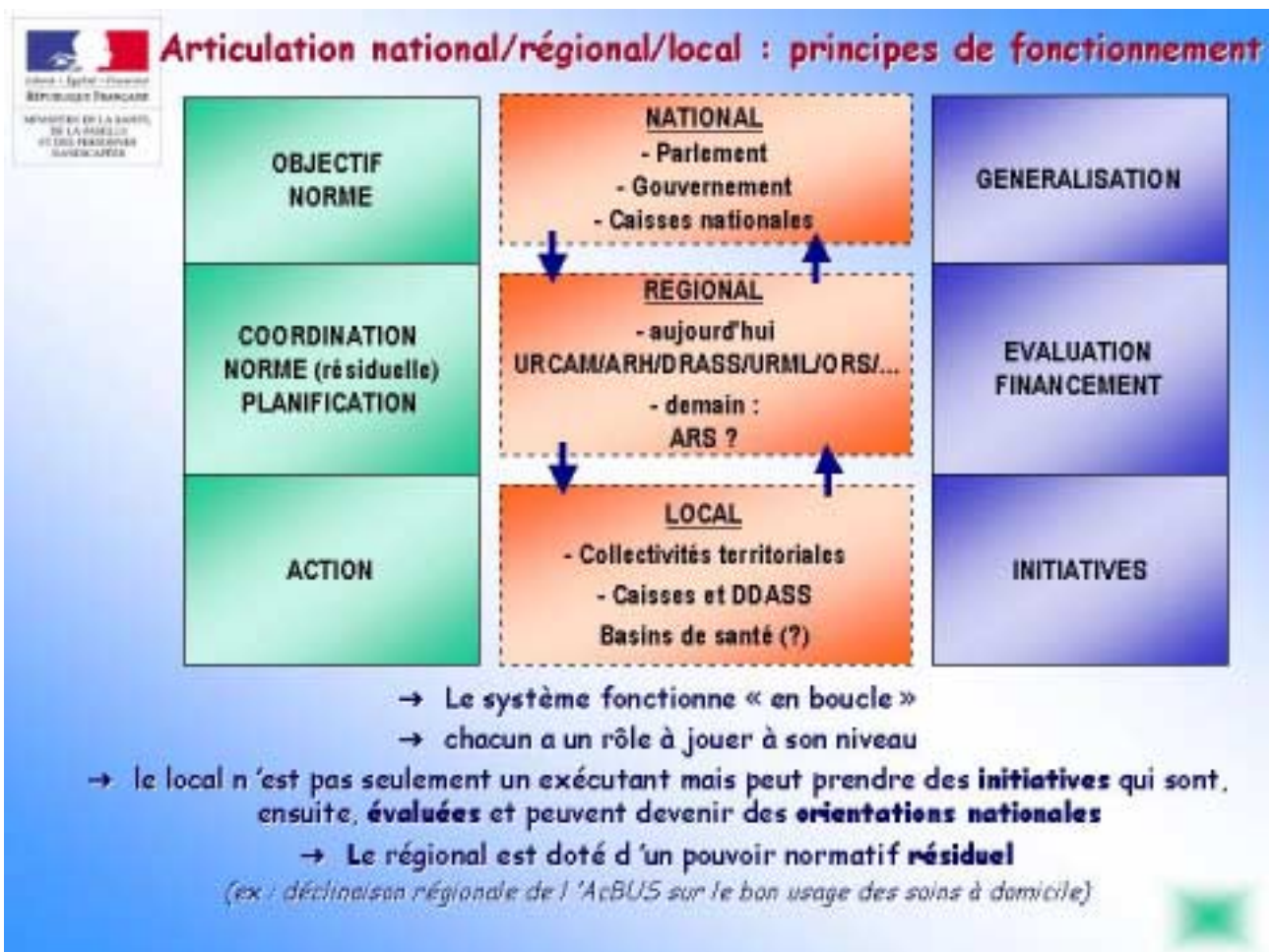
S'il fallait néanmoins répondre à la question posée, on pourrait avancer, sous réserve des observations précédentes, que :

- Le choix des programmes à mettre en œuvre relève :
  - soit de l'initiative nationale à titre principal
  - soit de l'initiative régionale pour développer à titre complémentaire des programmes répondant à des spécificités reconnues dans cet espace géographique.

- Le choix des stratégies d'action relève plus particulièrement de l'échelon régional dans lequel doivent être confortées, développées ou mieux organisées les fonctions suivantes :
  - l'observation (production et collecte des informations mais surtout exploitation et analyse des données),
  - l'ingénierie de projet permettant de dégager des stratégies d'action et des objectifs facilement identifiables, réalistes et compréhensibles pour l'usager,
  - le conseil (voire l'expertise) méthodologique à partir d'expérimentations dûment validées (création d'un pôle ressources régional).
- Le choix des modalités d'action relève de l'initiative locale si possible développée et coordonnée sur des territoires de projets bien identifiés et s'inscrivant dans le cadre d'appels d'offres régionaux.

S'agissant des priorités de santé, les caractéristiques communes à plusieurs régions du grand ouest ont déjà été relevées (problématiques du suicide, de l'alcool, des accidents de la voie publique). Elles militent en faveur d'une approche supra-régionale de ces questions ou pour le moins d'un renforcement des échanges de pratiques les concernant.

Enfin, les membres de la Consultation Régionale ont retenu avec beaucoup d'intérêt la proposition formulée par le Directeur de l'URCAM d'une articulation entre les niveaux national/régional/local. Cette proposition est matérialisée dans le tableau ci-après.



## 5 ♦ Modalités de détermination des "priorités régionales" de santé

5.1 Quelles appréciations portez-vous, ainsi que les acteurs de santé consultés dans votre région, sur le PROCESSUS DE DETERMINATION ET DE HIERARCHISATION DES PRIORITES de votre région, ces dernières années ? Préciser les principaux critères ayant conduit à retenir ou, le cas échéant, à ne pas retenir certaines priorités.

- L'introduction à la réponse au point 2.1 rappelle les modalités de détermination des priorités de santé dans la région, établies à l'occasion de la 1<sup>ère</sup> Conférence Régionale de Santé, à savoir :
  - l'exploitation par l'ORS des données disponibles en matière de morbidité et de mortalité,
  - une enquête auprès d'acteurs régionaux du champ de la santé regroupés par collèges (experts – professionnels – institutionnels – associatifs ...) et par département sur les principaux problèmes de santé rencontrés et sur leurs déterminants.

Il en est résulté les 10 constats figurant au point 2.1.1 de cette synthèse et qui constituent les actes fondateurs de l'action dans la région.

- Le groupe technique de préparation a considéré que cette double approche reposant à la fois sur des données objectives mais aussi sur le vécu des acteurs locaux, exprimé et débattu en conférence publique, puis mis en perspective par un jury judicieusement composé, constitue en définitive une bonne démarche.

Elle favorise en effet l'identification de la problématique par un cercle plus large dans sa composition sociologique que celui constitué par les experts ; elle favorise également l'appropriation du thème par l'ensemble des acteurs potentiels de santé dont il est important de préserver l'identité culturelle et la diversité professionnelle.

- Pour autant, l'ensemble des **priorités** ainsi dégagées n'ont pas toutes été transformées en **programmes** d'action. Ceci renvoie à l'adéquation toujours délicate entre la multiplicité des missions à conduire et la densité des moyens mis en œuvre pour les réaliser.

Cette question renvoie également à la difficulté, toujours récurrente dans le domaine de la santé, de la juste évaluation du risque et par conséquent des priorités d'action qui doivent en résulter.

A titre d'illustration, on indiquera que dans le même temps où se développait une politique de santé publique ambitieuse, se mettait également en place un dispositif tout aussi attendu de contrôle de la sécurité sanitaire, très mobilisateur en moyens d'intervention.

5.2 Quelles sont, pour vous et pour les acteurs de santé consultés dans votre région, les modifications qu'il serait souhaitable d'apporter à ce processus ?

L'amélioration du processus passe par :

### 1°) Une coordination renforcée entre les décideurs

Ceux-ci ont appris à mieux se connaître et à travailler ensemble notamment dans le cadre du Comité Régional des Politiques de Santé et des groupes ou commissions qui l'accompagnent (comité de gestion des programmes, comités de pilotage des PRS...).

Il reste à mieux structurer l'ensemble et à préciser le rôle de chaque intervenant dans un secteur qui apparaît encore aujourd'hui comme trop éclaté.

Toutefois, constatant qu'il n'y a pas a priori de limites à l'intervention dans le domaine de la santé, on peut s'interroger sur la meilleure manière de gérer une telle transversalité et douter de la pertinence d'une organisation trop vaste et trop intégrée qui, pour viser à plus d'efficacité, chercherait une trop grande globalisation des approches en santé.

## **2°) Une mobilisation accrue des acteurs autour de la démarche préventive**

L'implication des professionnels et particulièrement des médecins mais aussi l'implication des élus en leur qualité de représentants de leurs concitoyens est déterminante pour la réussite d'une politique de santé publique axée sur la prévention.

Les élus doivent en particulier être persuadés, par leur participation à toutes les instances de réflexion ou de décision dans lesquelles les politiques de santé sont évoquées, que les démarches de prévention constituent un enjeu majeur pour les populations qu'ils représentent.

## **3°) Une écoute des attentes et des besoins des usagers**

Encore peu sensibles lorsque les premières priorités de santé ont été arrêtées, l'écoute et la place des usagers dans la détermination des priorités de santé doivent être renforcées.

Là aussi des méthodes doivent être proposées tendant au repérage pertinent, à la formation, à la rétribution des usagers appelés à intervenir.

En conclusion, le processus d'identification des priorités de santé doit perdurer dans ses fondements actuels, synthèse d'approche scientifique et de perception sociologique sur des comportements observés.

Le temps est sans doute venu de :

- donner plus de cohérence et de sens à l'action publique en fédérant mieux les partenaires institutionnels,
- de mobiliser tous les acteurs dans le cadre du Conseil Régional de Santé institué par la loi du 4 mars 2002,
- de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif de santé en lui offrant, encore plus que par le passé, des temps de parole, d'échange et de dialogue qui lui permettent d'exprimer et de proposer ses choix en matière de santé.