



Rapport d'évaluation du plan régional de santé publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Coordination : F. Jabot, EHESP

Equipe EHESP

F Jabot, M. Bauchet, J. Turgeon, P. Loncle, I. Moldoveanu

Equipe APES-ULg

C. Vandoorne, G. Absil

– Juin 2008 –

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail qui, malgré leurs multiples tâches et le court délai entre l'annonce de l'évaluation et sa réalisation, ont su se rendre disponibles et nous ont réservé un accueil chaleureux.

I. Le contexte	5
1. La situation en région Provence Alpes Côte d'Azur (Paca)	5
2. L'évaluation du PRSP de la région Paca	6
II. La méthode d'évaluation	7
1. La démarche d'évaluation	7
1.1. Une stratégie en plusieurs étapes	7
1.2. Des observations approfondies dans les territoires	7
2. La collecte des données	7
3. L'analyse des données	8
4. Difficultés et limites de l'évaluation	9
III. Le PRSP comme outil de structuration de la politique régionale de santé	10
1. L'élaboration du PRSP	11
1.1. Les principes fondateurs du PRSP Paca	11
1.2. La méthode d'élaboration	11
1.3. Le PRSP, une architecture fondée sur un ensemble de programmes	13
2. Le PRSP, instrument de construction de la cohérence	14
2.1. Une architecture complexe	14
2.2. Le PRSP, un cadre d'accueil	16
3. Le PRSP, instrument en faveur d'une politique globale	18
IV. Le PRSP comme instrument opérationnel de mise en œuvre de la politique régionale de santé publique	22
1. Du document d'orientation à l'outil de mise en œuvre	22
1.1. Le processus d'animation et de pilotage du PRSP	22
1.2. La mise en œuvre du PRSP vécue par les acteurs	24
2. L'organisation des relations entre les acteurs	26
3. La transversalité dans le plan régional de santé publique	28
4. La capacité de régulation interne	30
V. Le PRSP comme réponse aux besoins de santé dans les territoires	35
1. La territorialisation : du concept à la mise en œuvre	36
1.1. L'approche territoriale dans la construction du PRSP	37
1.2. La territorialisation, une conception évolutive	37
2. Les caractéristiques du territoire comme facteurs d'influence de la mise en œuvre du PRSP	39
2.1. L'influence des relations antérieures dans la configuration des plates-formes	39
2.2. L'éloignement géographique, handicap ou atout des territoires	40
2.3. La disponibilité de l'offre comme condition d'implantation	41
3. L'application du PRSP : déclinaison ou territorialisation ?	41
3.1. Logique de plan et dynamiques des territoires : l'expression des besoins locaux	41
3.2. Les plateformes : « point de passage obligé » et support à l'animation	43
3.3. La plateforme, support à l'animation	44
3.4. La complémentarité des financements et la mise en cohérence des actions	44
3.5. La réappropriation du PRSP dans les territoires	45

VI. Le PRSP comme stratégie de dynamisation des pratiques professionnelles et des dynamiques partenariales entre les acteurs (institutionnels, de proximité)	48
1. Le PRSP favorise-t-il un processus qualité/d'apprentissage auprès des différents acteurs ?	48
1.1. Pratiques professionnelles des opérateurs : porteurs de projet et acteurs de proximité.....	48
1.2. Pratiques professionnelles des acteurs institutionnels.....	50
2. Culture commune : usage et appropriation du PRSP	51
3. Comment le PRSP favorise-t-il des dynamiques partenariales entre institutions et/ou entre acteurs ?	53
3.1. Influence des partenariats dans la construction et les révisions du PRSP.....	53
3.2. Modalités de financement et partenariats.	54
3.3. Richesse et limites des partenariats qui échappent aux questions de financement par le GRSP.....	54
VII. Conclusions et recommandations.....	57
1. Relatives au plan.....	57
2. Relatives à la mise en œuvre.....	58
3. Relatives à la territorialisation	59
4. Relatives à l'animation.....	59
VIII. ANNEXES.....	61

I. Le contexte

En France, le contexte de la mise en œuvre des politiques de santé publique a été soumis, pendant la dernière décennie, à de multiples influences, notamment la reconnaissance progressive de l'échelon régional comme niveau pertinent d'élaboration et de pilotage des politiques de santé. La loi relative à la politique de santé publique¹, promulguée en août 2004, a contribué à consolider ce niveau en instituant la mise en place des plans et des groupements régionaux de santé publique.

Construit sur la base d'un diagnostic régional partagé, le plan régional de santé publique (PRSP) est le cadre de référence de la politique de santé dans la région². À ce titre, il comprend un ensemble de programmes et d'actions issus des niveaux national, régional et local, destinés à atteindre des objectifs définis en concertation avec les acteurs régionaux. Il a vocation à se transformer afin de tenir compte de l'évolution des besoins et des spécificités du territoire.

Le groupement régional de santé publique (GRSP) rassemble l'Etat, les établissements publics de santé, l'assurance maladie, l'Agence régionale de l'hospitalisation et les collectivités territoriales qui le souhaitent. Il est chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

1. La situation en région Provence Alpes Côte d'Azur (Paca)

La situation sanitaire en région Paca est jugée globalement satisfaisante. Cependant, on observe une surmorbidity relative à certaines pathologies et dans certains territoires. Ces constats d'inégalités de santé ont étayé la construction du PRSP.

Le plan régional de santé publique de la région Paca a été arrêté le 22 juin 2006 par le préfet de Région. Prévu pour cinq ans, il poursuit deux finalités : améliorer l'état de santé de la population et lutter contre la mortalité prématurée évitable. Il est composé de vingt trois programmes répartis selon cinq domaines principaux, auxquels s'ajoutent deux programmes transversaux. Il est décliné dans les vingt cinq territoires de la région.

Le groupement régional de santé publique (GRSP) chargé de la mise en œuvre, a été mis en place en 2006. Il comprend, outre les partenaires obligatoires (Etat et assurance maladie), des collectivités territoriales départementales (2 conseils généraux) et locales (communes ou communautés de communes).

¹ Loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004

² Circulaire DGS/SD1 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

2. L'évaluation du PRSP de la région Paca

L'évaluation intermédiaire du PRSP Paca 2005-2009 s'inscrit dans une culture régionale d'évaluation marquée par la réalisation régulière de travaux d'évaluation, de sessions de formation à l'intention des acteurs institutionnels et opérateurs des niveaux régionaux et territoriaux et le développement d'outils d'évaluation. Cette culture régionale est clairement orientée vers une fonction formative de l'évaluation, à savoir, conçue comme démarche de gestion et de régulation des programmes, projets et actions. Les aspects stratégiques et participatifs sont généralement mis en avant par une majorité d'acteurs de la région.

Finalités et champ de la demande d'évaluation actuelle

Le cahier des charges (annexe 2) précise qu'il s'agit d'une évaluation intermédiaire destinée à permettre aux acteurs régionaux de procéder à des réajustements du plan en cours. Des préconisations sont attendues pour la réorganisation du plan et ses modalités de mise en œuvre, applicables pour la prochaine campagne d'instruction.

Les questions évaluatives

Le questionnement évaluatif proposé dans le cahier des charges est décliné en trois axes portant sur :

- la conception et la structuration du plan : notamment, la réalisation du diagnostic, la structure du plan et la logique de l'intervention ;
- les modalités de mise en œuvre en termes de procédure, de processus, d'animation, de suivi et d'évaluation, mais également de communication et de formalisation du partenariat ;
- les impacts de ce nouvel outil sur les acteurs institutionnels (implication dans la mise en œuvre du PRSP et partenariat), les acteurs de terrain (perceptions, attitudes, modifications des pratiques et sur la politique de santé.

Par contre, s'agissant d'une évaluation intermédiaire, les effets sur les bénéficiaires des programmes et la population de la région dans son ensemble ne sont pas abordés.

II. La méthode d'évaluation

1. La démarche d'évaluation

1.1. Une stratégie en plusieurs étapes

La stratégie d'évaluation a été conçue sur un mode itératif et organisée en 4 phases :

- une première phase de recension de tous les documents aux fins d'approfondir, en collaboration avec l'instance d'évaluation, le questionnement évaluatif et d'arrêter les choix méthodologiques à opérer ;
- une deuxième phase centrée sur le recueil des points de vue des acteurs institutionnels et des responsables de programmes ;
- une troisième phase centrée sur des observations territoriales et destinée à recueillir les points de vue des équipes d'instruction et des opérateurs ;
- une dernière phase dévolue à l'interprétation intégrée des résultats afin de dégager des propositions pour améliorer à la fois la conception et la mise en œuvre du PRSP.

Le questionnement évaluatif a été traduit en éléments à explorer sur la base du cahier des charges qui proposait un questionnement en 9 points organisé en 3 axes : la conception et la structuration du PRSP ; la mise en œuvre ; l'impact du PRSP sur les acteurs et le partenariat.

1.2. Des observations approfondies dans les territoires

Des études de cas ont été réalisées dans quatre territoires afin d'explorer de façon approfondie, l'ensemble du questionnement évaluatif, d'apprécier les conditions d'implantation du PRSP au niveau local et la manière dont les programmes s'intègrent dans les dynamiques territoriales.

Les territoires ont été choisis avec l'instance d'évaluation au regard d'une variété de critères afin de réaliser une observation de territoires de profil varié : rural/urbain, dynamisme et engagement variable des différents acteurs, indicateurs socioéconomiques, indicateurs de santé. Sur cette base ce sont les territoires de Digne (04), Draguignan (83), Marseille (13) et Nice (06) qui ont été retenus. Cette collecte d'information intensive et systémique dans des territoires limités est l'occasion de recueillir les avis et discours des opérateurs sur le PRSP en tant que dispositif global.

2. La collecte des données

Les sources d'information

Chacun des trois axes de questionnement évaluatif a été examiné à partir de plusieurs sources d'information (annexes 4 et 5) :

- les documents disponibles relatant les événements propres ou en relation avec le PRSP ;
- les discours des acteurs institutionnels, des responsables de programme et des équipes territoriales ;
- les discours des opérateurs ou porteurs d'actions.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels, d'entretiens de groupe et à partir d'observations de réunions. Les bases de données (outil national, OSCARS) ont été exploitées. Des grilles d'entretiens ont été construites et adaptées aux différentes situations (annexe 8).

Des entretiens régionaux

Au niveau régional, des entretiens individuels ont été conduits avec :

- 15 acteurs institutionnels
- 16 pilotes de programmes
- 5 responsables d'associations ou d'instances régionales

Ces entretiens ont été complétés par un entretien de groupe avec 8 pilotes de programmes.

Des entretiens territoriaux

Dans les territoires de Digne, Draguignan, Marseille et Nice, des entretiens ont été conduits principalement avec des porteurs de projets (financés, financés partiellement et non financés par le GRSP) et les équipes d'instruction.

Des observations de réunions

Ces rencontres ont été complétées par des observations de réunions : réunion d'instruction départementale (Nice), deux réunions de synthèse régionale (programmes 18 et 22), réunion de synthèse relative à l'évaluation des actions.

3. L'analyse des données

Les informations recueillies (documents, entretiens, observations) ont été encodées selon les items d'une grille de lecture construite sur la base des 3 axes du questionnaire évaluatif (annexe 6).

Une première analyse a permis de regrouper les questions évaluatives du cahier des charges en 4 questions majeures (annexe 7) :

- (Q1) Le PRSP est-il un instrument opérationnel pour la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique en région Paca ?
- (Q2) Le PRSP permet-il d'adapter la politique de santé aux spécificités des territoires ?
- (Q3) La mise en œuvre du PRSP a-t-elle contribué à renforcer les dynamiques partenariales entre les acteurs tant institutionnels que professionnels ?
- (Q4) Le PRSP permet-il de structurer une politique régionale de santé ?

Pour chacune des questions, nous avons identifié des axes d'interprétation permettant d'analyser les informations au regard d'un ensemble de critères : fluidité des relations entre les acteurs impliqués dans l'instruction, transversalité dans l'animation du PRSP, capacité de régulation du PRSP (Q1), effectivité de la territorialisation (Q2), impact du PRSP sur la qualité des pratiques et le partenariat (Q3), cohérence du plan (Q4).

Les données recueillies dans les territoires ont été classées selon 4 items : caractéristiques des territoires, préoccupations exprimées lors des consultations locales, fonctionnement des plateformes territoriales, modalités d'organisation des instructions, projets réalisés, apports du plan régional de santé publique, difficultés de mise en œuvre. Ces informations ont été comparées pour les 4 territoires (annexe 8) afin d'apprécier l'influence des caractéristiques territoriales sur l'implantation du PRSP.

4. Difficultés et limites de l'évaluation

Cette évaluation a été programmée à une période où les disponibilités des acteurs étaient contraintes en raison de la charge de travail liée à l'instruction. Ce contexte particulier a pu influencer le discours des acteurs.

Le manque de stabilité des bases de données a constitué parfois une limite à l'exploitation de ces informations.

III. Le PRSP comme outil de structuration de la politique régionale de santé

Dans le champ de la santé publique, la dispersion des compétences institutionnelles, la pluralité des niveaux d'intervention et des acteurs ont produit un foisonnement de programmes, d'actions et de dispositifs, source de recouvrements qui nuisent à la visibilité, à la cohérence et à l'efficacité de l'action. Plus largement, cette diversité des enjeux de société, l'ampleur des demandes tout comme celles des activités de l'État ont incité les gouvernements à se doter de processus formels, rationnels sinon ordonnés d'élaboration des politiques publiques afin d'assurer leur coordination et leur cohérence. C'est dans ce contexte que les PRSP, cadre englobant un ensemble de programmes et d'actions, ont été conçus afin de construire une action publique globale et cohérente.

En conséquence, on assiste aujourd'hui à une évolution vers une nouvelle gouvernance fondée sur une recomposition des relations entre les partenaires et une gestion plus transversale de l'action publique. Le concept de transversalité recouvre ce que Bourgault et Lapierre nomment « horizontalité » et définissent ainsi :

« lorsqu'un ou plusieurs gestionnaires, d'une seule ou de plusieurs organisations, abordent une question non plus exclusivement à partir des préoccupations de leurs responsabilités propres, mais à partir d'une approche plus large qui cherche à inclure les intérêts, ressources et contraintes des autres acteurs qui interviennent dans ce domaine³ ».

Dès lors, les modes de gestion relèvent, selon le contexte et les besoins, de différentes modalités d'intervention, qui vont du simple partage d'informations à un mode d'intervention très intégrée, avec des formes intermédiaires, telles que la consultation, la concertation, la coordination, la mise en commun de ressources, les partenariats de complémentarité et les actions conjointes⁴.

Nous souhaitons ici apprécier dans quelle mesure, la structure et la mise en pratique du PRSP, par le biais de l'un ou l'autre de ces mécanismes, sont de nature à produire la cohérence recherchée. L'analyse de cette cohérence porte d'une part, sur l'agencement des différents programmes et actions pour assurer complémentarité, compatibilité et concordance, et, d'autre part, sur la mise en synergie entre ces derniers et les autres interventions publiques.

³ Bourgault, J. & Lapierre, R. (2000), *Horizontalité et gestion publique : rapport final*. Montréal : Centre canadien de gestion, p. 4.

⁴ Bourgault, J. (2002), *Horizontalité et gestion publique*, Québec: Les presses de l'Université Laval, p. 35.

1. L'élaboration du PRSP

La loi de santé publique du 9 août 2004 a formalisé le cadre des plans régionaux de santé publique en définissant d'une part, la méthode d'élaboration et, d'autre part, le contenu de ces plans, notamment les différents programmes qui le composent. L'élaboration du PRSP en région Paca répond à une double préoccupation : se conformer aux orientations nationales et s'appuyer sur les expériences antérieures conduites dans la région.

1.1. Les principes fondateurs du PRSP Paca

Le défi : respecter le cadre réglementaire et tenir compte du partenariat local

La loi de santé publique demeure un élément de référence majeur dans la construction du plan régional de santé publique ; ce plan est conçu comme l'outil de l'Etat en Région pour mettre en cohérence un ensemble de programmes et d'actions afin de développer la prévention au plus près de la population. Conformément à la loi, il devra intégrer les orientations nationales, qu'il s'agisse de la déclinaison/adaptation des plans nationaux ou des programmes obligatoires, les thématiques de l'assurance maladie (vaccinations, accidents de la vie courante, prévention contre les infections sexuellement transmissibles, tabagisme, risque alcool) financées par le FNPEIS⁵ et les autres interventions des niveaux régional, départemental et local.

Par ailleurs, la région Paca témoigne d'un passé riche des collaborations nouées entre les institutions avec la mise en place des programmes régionaux de santé et des initiatives développées en matière de promotion de la santé et d'évaluation. La concertation lancée dans les territoires traduit la volonté de l'Etat de prolonger le mouvement engagé depuis ces dernières années.

Le PRSP, « document ouvert pour fédérer toutes les forces vives de la santé publique »

Au fil de l'avancée du travail, les acteurs se sont progressivement accordés sur la vision d'un plan, évolutif et intégrant des différents programmes et actions des institutions impliquées dans le champ de la santé publique, en portant une attention particulière à la situation spécifique de la région caractérisée par de fortes disparités territoriales.

1.2. La méthode d'élaboration

Le croisement de l'expertise épidémiologique et du point de vue du terrain

Le processus d'élaboration du PRSP a été réalisé en trois étapes :

⁵ Compte rendu de la journée régionale à Manosque

- un premier diagnostic de la situation sanitaire et sociale, étayé par des données statistiques régionales, les états des lieux réalisés lors de l'élaboration des différents schémas, et le bilan des programmes ;
- une phase de consultation des acteurs conduite à la fin de l'année 2004 dans les 25 territoires de proximité, préparée par la Drass et réalisée par les Ddass, avec l'appui du niveau régional ;
- une rencontre régionale (Manosque, 18 janvier 2005) préfigurant la future conférence régionale de santé et destinée à valider la première ébauche du plan, laquelle sera finalisée au second trimestre 2005 sur la base des observations formulées.

La conduite des consultations a été harmonisée pour l'ensemble des territoires de la région. Le cadre de la réflexion a été standardisé et constitué à partir, d'une part, de la nomenclature budgétaire de l'Etat et, d'autre part, des thématiques du Sros (schéma régional d'organisation sanitaire) dans l'optique de préparer les liaisons entre les deux dispositifs. Les Ddass étaient ensuite chargées de transmettre les analyses et les propositions des territoires au niveau régional.

Un effort de concertation unanimement salué

Les collectivités (Conseil régional, Conseils généraux, villes), les partenaires des autres secteurs (Education nationale, santé et travail) et les professionnels des structures invités à s'associer à la réflexion, ont témoigné par leur présence active, de leur intérêt et de leur engagement dans le champ de la santé. Les réseaux régionaux (Uriopss par exemple) ont veillé à sensibiliser les acteurs des secteurs plus éloignés (social et médicosocial) afin qu'ils soient présents à ces consultations locales. Cette démarche de concertation élargie et conduite au plus près des territoires a été saluée par la conférence régionale de santé ; elle est considérée par une majorité d'acteurs comme un point fort de ce processus, même si certains regrettent que ces journées n'aient pas toujours réussi à mobiliser d'autres professionnels que ceux du réseau habituel.

Quelques défis à l'identification de problèmes prioritaires dans la région

La synthèse des comptes rendus des 25 consultations locales a mis en exergue la présence récurrente de certains problèmes de santé (souffrance psychique, suicide, usage de drogues, interruptions volontaires de grossesse, dépendance des personnes âgées, obésité) et l'importance soulignée de la place des déterminants sociaux (conditions de logement et situation socio-économique) sur la santé de la population. Ces constats ont orienté la conception du plan dans trois domaines, la souffrance psychique, la précarité et la dépendance liée au grand âge, et motivé la création de programmes sur les thèmes les plus fréquemment cités.

Si une majorité d'acteurs a fait sienne les options retenues, d'autres soulèvent les limites de la méthode quant au croisement des perceptions des acteurs et des données épidémiologiques, ainsi que sur l'analyse par la moyenne gommant ainsi les spécificités du territoire.

1.3. Le PRSP, une architecture fondée sur un ensemble de programmes

Le plan régional de santé publique de la région Paca a été adopté par le Préfet en juin 2006 après avis de la conférence régionale de santé⁶. Cette dernière recommandait une attention particulière à la correction des inégalités, à l'éducation pour la santé et au développement de la prévention par tous les acteurs professionnels, et insistait sur l'importance du programme d'études et de statistiques en vue d'améliorer le partage de connaissance sur la situation de la région, les ressources et le suivi des programmes.

Dès lors, le PRSP de la région Paca va adopter deux orientations majeures : l'amélioration de l'état de santé de la population et la lutte contre la mortalité prématurée évitable en agissant sur trois axes (la prévention des maladies, la prévention des incapacités, la réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins. Pour y parvenir, des modalités d'action et de coordination sont proposées : développement des ateliers locaux de santé et plans locaux de santé publique, renforcement de l'hôpital de proximité dans la prévention et de la permanence des soins, reconnaissance du médecin généraliste comme acteur relais, développement des réseaux de santé, professionnalisation des acteurs, communication.

Un classement des programmes en adéquation avec la Lolf

Le plan rassemble 23 programmes répartis en cinq domaines d'intervention portant sur l'environnement, les comportements, les pathologies, les populations et les situations d'urgence, selon un découpage emprunté à la classification de la LOLF⁷ : les déterminants (alcool, tabac, nutrition, environnement, traumatismes, autres) relèvent de l'action 02 de la nomenclature LOLF, les pathologies à forte morbidité de l'action 03, le pilotage et les actions transversales de l'action 01. Ainsi, la majorité des programmes correspond à une action ou une sous-action de la LOLF.

Un contenu conformément à une logique d'intégration des interventions des trois échelons (national, régional, local)

Le plan régional de santé publique de la région Paca est composé de 23 programmes⁸ dont :

- 8 relèvent des programmes à *caractère obligatoire* (P01-P02-P06-P16-P20-P21-P22-P23) ;
- 7 sont dans la filiation des *programmes antérieurs* qu'il s'agisse de programmes régionaux de santé (P03-P04-P09-P14-P15-P19) ou de la *déclinaison de plans nationaux* (P05) ;
- 2 ont émergé des *consultations locales* (P13-P17) ;
- 6 sont issus de *programmes de l'assurance maladie* (P7-P8-P10-P11-P12-P18).

⁶ Avis du 28 mars 2006

⁷ Compte rendu de la réunion du comité des programmes du 17 septembre 2007

⁸ Voir la liste des programmes numérotés en annexe 3

Ainsi, ce plan conjugue, des orientations nationales, qu'elles émanent de l'Etat (8) ou de l'assurance maladie (6) et des priorités de niveau régional (4) et local (3)⁹. Il faut y ajouter un programme régional d'études et statistiques (prescrit par la loi de 2004) et le schéma régional d'éducation pour la santé, présentés comme des outils méthodologiques.

Une lisibilité des priorités brouillée par un nombre élevé de programmes

La nécessité d'intégrer tous les thèmes, le découpage à partir de portes d'entrée multiples (milieux de vie, déterminants de santé, pathologies, populations), la propension à créer des programmes, génère une multiplication de programmes qui se recoupent à plusieurs égards. Les problématiques du programme « Santé des jeunes » sont dispersées dans 5 programmes : « sécurité routière » (P03), « addictions » (P04), « contraception » (P09), « souffrance psychique » (P13) et « parentalité » (P17). Les programmes relatifs aux addictions, à la santé scolaire et à l'éducation à la santé, ainsi que le Praps se répartissent les publics dans le domaine des conduites de consommation ; il en est de même pour les programmes (P08) et (P19) envers les personnes en situation de précarité ; enfin deux programmes (P05 et P18) ciblent les personnes âgées, selon leur statut (actives, inactives, autonomes, dépendantes) dans le champ de la nutrition.

Une majorité d'acteurs regrette le nombre élevé de programmes tout en reconnaissant que, « 23 programmes, c'est beaucoup ; en sacrifier, c'est difficile ». Faute de hiérarchisation, les uns relèvent une absence, les autres, un excès de priorités, préjudiciable à une bonne visibilité. « Tout est couvert, les plans nationaux, les programmes régionaux obligatoires, tellement couvert, qu'on ne voit plus où sont les vraies priorités. »

2. Le PRSP, instrument de construction de la cohérence

Le PRSP, dans l'esprit de la loi, est l'instrument qui encadre la politique de santé d'une région à partir des priorités et des objectifs définis régionalement et englobe un ensemble de programmes et d'actions. C'est le socle sur lequel s'appuyer pour structurer une politique en opérant des agencements entre les différentes interventions du PRSP et avec les interventions conduites en dehors de ce cadre.

2.1. Une architecture complexe

De nombreux recouvrements entre les programmes

La structure du plan produit de multiples recouvrements en raison du croisement d'objectifs visant les mêmes populations ou cibles de changement, ce qui conduit les opérateurs à un découpage du projet en plusieurs actions à répartir dans plusieurs programmes, les « actions multiprogrammes ».

⁹ Le programme sur le vieillissement (P18) répond aux préoccupations exprimées lors des consultations locales.

Le tableau des demandes de financements à jour 2007 du GRSP comptabilise 177 actions multiprogrammes pour 1212 actions soit presque 15% du total des actions. L'analyse des actions multiprogrammes 2007 met en évidence les 6 programmes particulièrement concernés : Sida (14), Praps (19), addictions (04), Education à la santé en milieu scolaire (16), souffrance psychique (13), nutrition (05).

Le tableau ci-dessous met en évidence les occurrences de croisement entre les programmes. Les programmes les plus concernés sont dans la colonne de gauche. Les programmes « croisés » figurent dans la ligne 1. Le programme Sida (14) a des actions associées : 5 fois avec P4 ; 1 fois avec P05 ; 1 fois avec P07 ; 3 fois P9 ; 1 fois avec P13 ; 9 fois avec P15 ; 4 fois P16 ; 3 fois avec P19.

Pg	04	05	06	07	08	09	10	12	13	14	15	16	17	18	19	Σ
14	5	1		1		3			1		9	4			3	27
19				1	1	2		2	3	3		2	3			17
04		1								5	1	4			1	12
16	4								3	1					2	10
13		1		1		1				1		3			3	10
05						1	1		1					1		4

Source GRSP : tableau de demandes à jour 2007

Ces recoupements liés à la segmentation des projets induisent une surcharge de travail en raison d'un temps d'instruction supplémentaire pour chacun des programmes concernés et d'un effort de coordination pour les pilotes. Par ailleurs, la dispersion des actions dans plusieurs programmes rend peu lisible la logique propre à chaque programme et déroutent les opérateurs qui se sont efforcés de construire leur projet selon une approche globale en lien avec les problématiques de la population de leur territoire.

La pluralité des voies d'entrée dans le plan se heurte aux changements observés ces dernières années, invitant à une lecture plus transversale et territoriale des problèmes.

« On croit pouvoir s'inscrire car il y a 23 programmes mais on ne rentre plus dans les objectifs opérationnels [...] les politiques territoriales ne rentrent pas [...] il est difficile de faire entrer les publics de façon globale. » (Collectivité)

Une combinaison de programmes non équivalents

Nous avons procédé à l'analyse des 23 programmes sur un ensemble de critères : origine (création avant ou avec le PRSP) ; rattachement éventuel à un plan national ; existence d'un référentiel fort ; volume des actions et des financements ; lieu du pilotage ; liens instaurés avec d'autres dispositifs (politiques, schémas, programmes).

On observe une grande disparité entre les programmes qui figurent dans le plan, particulièrement en termes de réalisations (de quelques unités à une centaine d’actions) et de coût.

Le tableau ci-dessous montre, à partir du volume d’actions et des enveloppes budgétaires, les écarts entre les programmes.

Budget (€)	Nb actions >100	Nb actions 50 - 100	Nb actions 15 - 50	Nb actions <15
> 500.000	14 – 16 - 19	04	06	
200 à 500.000		05 – 13 - 15		
100 à 200.000			09 - 17	(01) – 07- 18
< 100.000				08-10-11-12-20- 21-23
Non financé	02			

Au regard de ces deux critères, on retient 4 catégories de programme :

- Les cinq programmes, Sida (P16), Praps (P19), Education en milieu scolaire (P16), addictions (P04), cancer (P06), sont les plus importants en termes de nombre d’actions et/ou budget.
- Les programmes Nutrition (P05), souffrance psychique (P13) et hépatites (P15) sont de moindre envergure (entre 50 et 100 actions et budget entre 200.000 et 500.000€).
- Les programmes Parentalité (P17) et Contraception (P09) totalisent entre 15 et 50 actions avec un budget entre 100.000 et 200.000€.
- Les autres programmes présentent peu de réalisations et représentent un coût moindre ; à noter que le budget du programme 1 (Agir sur l’environnement) n’est pas versé au GRSP.

Il faut toutefois signaler que certains programmes assument des contraintes budgétaires fortes en lien avec des actions coûteuses : actions d’accompagnement des personnes infectées par le VIH (P14) et les « actions structurantes » du programme Addictions (P04).

2.2. Le PRSP, un cadre d’accueil

Un cadre d’intégration plus que de priorisation

L’usage du mot « priorité » recouvre aujourd’hui dans le champ de la santé publique au moins deux acceptions ; il est autant employé pour évoquer la détermination de ce qui doit passer en premier que pour désigner des problèmes ou besoins de santé. De ce fait, la représentation des « priorités » du plan n’est pas univoque : pour les uns, il s’agit des thématiques de santé abordées dans les programmes du PRSP ; pour d’autres, des choix à opérer parmi ces programmes. Dans ce dernier cas, compte tenu de l’éventail des problèmes traités dans les programmes, on ne perçoit pas de consensus sur l’importance attribuée aux

différents problèmes. Les acteurs des collectivités énoncent les besoins les plus en lien avec leurs missions ou propres à leur territoire (santé liée à la précarité, difficultés des parents à assumer leur rôle, violences faites aux femmes etc.); les acteurs de l'Etat rappellent les thèmes reliés aux priorités nationales (cancer par exemple) ; la santé des jeunes est régulièrement citée comme préoccupation spécifiquement régionale. La mise en avant de certains thèmes ne signifie pas pour autant de la part des personnes interrogées, le retrait ou la mise à l'écart des autres sujets.

Ainsi la ligne de conduite ne semble pas clairement tracée pour les institutions, y compris parmi celles qui ont intégré le GRSP.

«Il n'y a pas de détermination ante de la philosophie du contenu de la prévention que l'on veut faire... on est devant des projets à valider sans les relier entre eux.» (collectivité)

La présentation du plan – qui situe les programmes au même rang- ou l'absence apparente de consensus sur la sélection de quelques priorités n'empêche pas bon nombre d'acteurs (représentants institutionnels, pilotes, instructeurs, opérateurs) d'affirmer qu'il existe pourtant une forme de priorisation, appréciable par le montant des budgets accordés aux programmes. De ce fait, l'infection à VIH/sida (P14), la précarité (P19), les addictions (P04) et le cancer (P06) seraient les priorités du PRSP.

Cependant, il ne faut pas négliger les contributions de l'ensemble des partenaires, membres ou non du groupement dont les actions concourent à l'atteinte des objectifs du PRSP. La contribution des membres du groupement (hors budget GRSP) était évaluée à 6,5 millions d'euros en 2006.

La technique de l'appel à projets : un instrument contraignant

La technique de l'appel à projets est l'outil de mise en œuvre du PRSP pour solliciter et financer, à un rythme annuel, les actions des programmes. Cette méthode s'est généralisée en France depuis quelques années, notamment avec le déploiement des programmes régionaux de santé publique. Elle repose sur la sollicitation des acteurs aux fins de développer des actions répondant aux objectifs des programmes, conformément aux directives du cahier des charges (ciblage des populations et/ou des territoires).

Les actions des programmes soumises à proposition de financements sont majoritairement des actions à reconduire, antérieures à la mise en place du PRSP, qu'il s'agisse des actions de dépistage des cancers (P06), des actions structurantes¹⁰ du programme Addictions (P04), d'actions de prévention des programmes de lutte contre les infections transmissibles (Sida, hépatites) etc. Les actions reconduites¹¹ représentent entre la moitié et les deux tiers de l'ensemble de ces actions. Pour le programme Addictions (P04), les actions structurantes mobilisent 80% du budget total du programme. De fait, la marge de manœuvre reste limitée pour promouvoir des actions nouvelles. Il est tout autant difficile

¹⁰ Par exemple : actions de réduction des risques infectieux, ateliers de réinsertion pour sortants de prison etc.

¹¹ Estimées à partir des actions financées par territoire (base de données des actions 2007)

d'envisager des rééquilibrages financiers entre les programmes car, à l'heure actuelle, peu de projets ont fait l'objet d'évaluations faisant la preuve ou non de leur efficacité. Les actions de prévention ou d'accompagnement sont, compte tenu des enjeux de santé publique, poursuivies et renouvelées.

L'enveloppe budgétaire affectée à chaque programme est un élément déterminant des choix des projets. Les ajustements nécessaires pour les programmes bénéficiant de budgets insuffisants peuvent invalider tout le travail d'instruction et de classement antérieur et créer des distorsions entre les orientations souhaitées et les possibilités offertes dans le cadre de cette enveloppe.

Cette technique de l'appel d'offres annuel ne favorise pas la continuité des actions, les porteurs de projets étant contraints d'adapter régulièrement leur projet aux règles des programmes, en raison des nouveautés (changement d'objectifs, émergence de nouveaux programmes, etc.).

La difficulté à définir des priorités consensuelles, à écarter certains thèmes, le manque d'indicateurs et d'évaluations, un cadre budgétaire contraint, fragilisent un processus de gestion qui s'efforce d'être rigoureux et créent une mise en tension entre une approche qui se voudrait sélective, basée sur des évaluations rigoureuses et une logique d'ajustement à l'existant et aux spécificités des territoires. A cette dualité, se superpose une bascule entre « *saupoudrage* » - pour reprendre l'expression consacrée par les acteurs - dans une logique de survie et « *recentrage* », selon une logique résolument rationnelle.

3. Le PRSP, instrument en faveur d'une politique globale

Le PRSP rassemble et organise des programmes qui ne sont pas équivalents au regard de la fonction qu'ils remplissent au sein du PRSP. Selon certaines caractéristiques (rattachement à un plan national, nature des actions, approche plus ou moins transversale..), ils vont, à des degrés divers, interagir avec d'autres dispositifs ou politiques publiques.

Des programmes qui tissent des liens

....entre l'avant-PRSP et le présent

Les six principaux programmes (P14 - P15 -P19 - P13 - P17 - P04) assurent la continuité avec priorités régionales de santé de la dernière décennie.

... entre les autres secteurs de la politique publique

Les dernières années ont vu l'émergence de la problématique de la santé au travail et des rapprochements entre deux secteurs jusqu'alors cloisonnés. Les récents plans nationaux comportent un volet relatif à ce champ. L'inscription d'un programme spécifique (P2) est une opportunité pour donner une visibilité sur le monde du travail, faire reconnaître la problématique spécifique du risque pour la santé lié au travail, créer des ponts avec le

monde de la santé publique, restituer la globalité de la prise en compte de la santé des travailleurs exposés à des risques liés au contexte professionnel mais aussi à d'autres causes (tabagisme, vieillissement) abordés dans d'autres programmes du PRSP.

Le programme Education pour la santé en milieu scolaire (P16) piloté par les représentants de l'Education nationale est un programme construit à partir du projet académique à l'intersection des préoccupations du PRSP (éducation à la sexualité, souffrance psychique, conduites addictives, nutrition). L'Education nationale a la responsabilité du pilotage de ce programme, situation qui constitue un atout en faveur du décroisement des deux secteurs et légitime l'institution comme véritable partenaire de santé publique.

Le programme Santé environnement (P01) est une déclinaison du plan national. Il est relié avec des secteurs éloignés du champ de la santé (Industrie, Agriculture, Equipement), imbriqué dans le programme régional santé travail (PRST) et inscrit pour partie dans le PRSP bien que financé hors GRSP. Même si actuellement, son appartenance au PRSP semble surtout formelle - il n'est pas soumis à appel d'offre et présente peu de relais au sein même de l'institution santé – elle est une opportunité pour développer une thématique dans un champ encore trop cloisonné.

Le programme Lutte contre les addictions (P04) est une des composantes de la politique de prise en charge et de la prévention des addictions, traduite dans différents dispositifs (plans départementaux MILDT, volet Addictologie du Sros, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, réseaux spécialisés). Là encore, la position d'interface est favorable à l'instauration de ponts avec un ensemble de secteurs.

...les échelons national et local

Les programmes Cancer et Nutrition sont eux aussi la déclinaison de plans nationaux. Le programme Cancer du PRSP concerne les actions de dépistage, les autres aspects (soins, recherche, formation...) étant pris en compte dans d'autres cadres. Il en est de même pour le programme Nutrition du PRSP qui est recentré sur des actions de prévention auprès de certaines populations cibles.

Antérieurement au PRSP, les programmes Nutrition et le PRAPS avaient développé un ancrage territorial avec les villes, villes PNNS et Ateliers Santé Ville. Ces partenariats sont des appuis et des relais pour relier et rapprocher les dispositifs.

... entre santé publique et soins

La loi de santé préconise des articulations fortes entre PRSP et Sros. Le PRSP a adopté les territoires de proximité du Sros pour la mise en œuvre des programmes. Les objectifs prioritaires du PRSP figurent dans les orientations du Sros. La négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est l'occasion de traduire cette intention dans la réalité des établissements. L'analyse de ces contrats signés par les établissements de santé permettrait de repérer les axes de développement des actions de santé publique et de prévention dans les établissements mais ce travail n'existe pas encore à ce jour. Les dossiers soumis à l'appel d'offre du GRSP par les hospitaliers ne sont pas connus de l'ARH ; une

étude commune de ces dossiers serait envisagée pour la prochaine campagne de subventions. A ce jour, il semble que les deux dispositifs semblent recentrés sur les préoccupations propres à chaque secteur (santé publique et sécurité sanitaire). Le double pilotage (programme du PRSP et volet du SROS) est un atout pour favoriser ces liens.

Des contraintes liées à la structure du Plan et au mode de mise en oeuvre

L'architecture du PRSP repose sur un classement de programmes par types d'approches (milieux, comportements, populations), sous deux objectifs généraux assignés à ce plan. Les trois axes de travail (prévention des maladies, des incapacités et réduction des inégalités) ou encore les six modalités d'intervention (ateliers locaux de santé, hôpital de proximité...) détaillées dans le document de présentation du Plan n'ont pas véritablement été reprises comme stratégies de travail structurantes. La structure du Plan, principalement classificatoire, ne fait pas apparaître une ligne de conduite permettant aux différents acteurs de positionner leur action.

Si le plan ouvre sur un large champ de thématiques repérables à travers les programmes, le nombre élevé de programmes produit de nombreux recoupements entre les programmes avec pour conséquences, un déficit de lisibilité, une segmentation des projets des opérateurs et une surcharge de travail liée à un volume conséquent de projets soumis à l'analyse.

Le mode de sollicitation par appel à projets, destiné à susciter des initiatives nouvelles, se heurte à une double contrainte : reconduire des actions existantes, selon des modalités de renouvellement annuel tout en favorisant des projets nouveaux qui répondraient aux objectifs actualisés des programmes.

Des atouts pour la poursuite du Plan

L'effort de concertation de l'ensemble des acteurs pour l'élaboration du Plan a été apprécié. La démarche adoptée a fait la preuve de sa capacité à mobiliser les acteurs, à faire remonter les besoins, ainsi que de l'engagement des acteurs dans le champ de la santé.

Le PRSP est un cadre de référence assez peu contesté. Les thèmes qu'il comporte ne sont pas remis en question, même s'il n'apparaît pas clairement de consensus sur les priorités de la région. La permanence des problématiques liées à la santé des jeunes, qu'elles soient clairement énoncées ou reprises dans d'autres programmes témoigne de la continuité des choix.

Certains programmes du Plan remplissent une fonction de liaison essentielle pour le développement d'une politique globale dans la région.

IV. Le PRSP comme instrument opérationnel de mise en œuvre de la politique régionale de santé publique

Le PRSP est mis en œuvre par le groupement régional de santé publique (GRSP), groupement d'intérêt public doté d'une autonomie administrative et financière. Le GRSP a été installé le 2 juin 2006. Il constitue en Paca une entité bien identifiée, disposant de locaux distincts, d'une équipe et d'un budget associant des crédits de l'Etat (85% du budget total) provenant du budget opérationnel du programme (BOP) « Santé publique et prévention » (SPP) et de crédits de l'assurance maladie (2/3 du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS).

L'équipe centrale du GRSP ou « équipe rapprochée » est animée par le directeur adjoint. Elle est chargée de l'animation générale des activités liées au plan et de la gestion des dossiers. Elle comprend des chargés de mission prévention, des personnels chargés de la gestion des dossiers et des financements, une assistante de direction et un cadre administratif. Le GRSP compte également sur un réseau de partenaires incluant les pilotes et les équipes locales de référents territoriaux pour l'animation de la politique de santé publique dans les territoires¹².

Le GRSP comprend un conseil d'administration présidé par le Préfet, composé des représentants prévus par la loi (Etat, organismes d'assurance maladie, ARH), des conseils généraux des départements des Hautes Alpes (05) et des Alpes Maritimes (06) et d'une quarantaine de communes et communauté de communes. Le comité des programmes est l'instance chargée de préparer les décisions du conseil d'administration, notamment « ... de préparer le programme annuel d'activités [...] organiser les travaux liés à la mise en œuvre et notamment l'instruction des dossiers de financements ; définir les procédures de suivi et d'évaluation des actions [...] mettre en place un suivi coordonné des actions de santé publique dans la région¹³ ».

Le déploiement du PRSP se traduit par la mise en œuvre des programmes et requiert des formes d'organisation incarnées par des procédures, des mécanismes de coordination et de régulation.

1. Du document d'orientation à l'outil de mise en oeuvre

1.1. Le processus d'animation et de pilotage du PRSP

Nous entendons par animation, l'ensemble des activités destinées à impulser, susciter des actions, mobiliser, dynamiser des acteurs ; le pilotage ayant pour objectif de s'assurer de la l'effectivité de la mise en œuvre, de veiller au respect des orientations et d'assurer la coordination de l'ensemble des interventions.

¹² Compte rendu du conseil d'administration du 20 septembre 2006

¹³ Convention constitutive du groupement

Le GRSP a consacré sa première année d'existence (2006-2007) à structurer son organisation¹⁴ pour la mise en œuvre des programmes (lancement des nouveaux programmes et préparation de l'appel à projets), organiser la concertation entre les pilotes, les partenaires et les porteurs de projets, et jeter les premières bases de la territorialisation.

La désignation des référents thématiques

Dès juin 2006, des pilotes, référents thématiques, étaient désignés pour chacun des programmes avec une lettre de mission précisant les attentes à leur égard. Un copilotage associant des représentants de deux institutions différentes a été privilégié. Des documents ont été produits définissant les rôles des référents (thématiques et territoriaux). Ensuite, pour renforcer la méthode d'intervention, des groupes de travail ont été mis en place.

La production d'outils et de procédures de travail

En juillet 2006, un groupe de travail « Méthodologie » recevait un mandat pour l'élaboration d'outils et de procédures communs à tous les programmes. Ce groupe associant les services techniques du groupement (Etat et assurance maladie) a produit plusieurs documents : cahiers des charges des programmes, grille d'instruction des projets, guide du promoteur etc.. Il s'est régulièrement réuni, pour préparer les campagnes de subventions, définir et réviser la procédure d'instruction, régler des questions propres à l'instruction (actions multiprogrammes, actions reconduites, labellisation, etc.).

Un comité d'évaluation a été chargé de travailler sur l'accompagnement à l'autoévaluation, de définir une procédure de suivi, d'évaluation et de contrôle, et de proposer un programme d'évaluation¹⁵. Ainsi, l'évaluation de quarante actions a été conduite courant 2007.

Les formes d'accompagnement des acteurs (pilotes, instructeurs, porteurs de projets)

Les travaux des groupes Méthodologie et Evaluation ont permis de formuler des consignes aux pilotes pour la réalisation ou la révision du cahier des charges, l'élaboration d'indicateurs et l'organisation de l'instruction.

Trois séminaires d'intégration ont été organisés en 2006, à l'intention de l'équipe GRSP, des acteurs de la Drass, des correspondants Urcam et des référents thématiques et territoriaux, afin de mettre à plat les difficultés, les réponses et les attentes de chacun. Enfin, des journées ont, chaque année, réuni les pilotes et les instructeurs territoriaux.

Divers outils ont été mis à disposition des opérateurs. Citons le site Internet « Briques Paca », portail à destination de tous les acteurs, l'outil OSCARS de cartographie des actions régionales de santé, l'application de la base de données de la Direction générale de la santé.

¹⁴ Réunion annuelle du GRSP du 7 mars 2007

¹⁵ Compte rendu de réunion du comité des programmes du 10 juillet 2006

La lettre *Priorités Santé* du comité régional d'éducation pour la santé (Cres) est devenue la revue du PRSP.

Enfin, les structures d'éducation pour la santé de Paca ont été mandatées pour assurer l'accompagnement des pilotes (Cres) et des opérateurs (Codes) dans ce dispositif.

1.2. La mise en œuvre du PRSP vécue par les acteurs

Un pilotage centré sur l'instruction avec une surproduction de procédures

Pour le GRSP, un accent devait être mis pour créer de la cohérence, harmoniser des pratiques entre les départements en instillant davantage de méthode. Un travail conséquent a été produit afin de formaliser des procédures communes, avec pour effets, une multiplication de réunions, de documents et d'outils.

Ces aspects procéduraux sont mal vécus par les différents acteurs. Pour les équipes d'instruction, les procédures sont lourdes, « *pas respectueuses des pilotes, des porteurs de projets* » en raison d'un calendrier trop serré pour l'instruction et d'un manque de considération pour les autres missions des acteurs (déplacements à des dates imposées à Marseille) et ce, d'autant que le GRSP n'aurait pas été toujours en mesure de respecter ses propres délais, envoyant, au-delà des dates annoncées, des dossiers dans les services départementaux, avec en conséquence une inégalité de traitement des projets, certains n'ayant pu être étudiés collégialement au sein des comités de lecture. Enfin, les instructeurs disent avoir consacré un temps considérable à aider les porteurs de projets, sur les aspects de gestion au détriment des aspects plus qualitatifs de leur projet.

« C'est vrai avec toute cette mise en place du GRSP on s'est éloigné. On nous a mis un peu plus loin des associations. Il y a quand même un gros travail administratif. Il faut avancer, pas tenir la main aux associations.... » (Instructeur)

Selon un service instructeur, il ne semble pas exister de critères ou d'ensemble de critères fixes, repris dans chaque plateforme, qui permettrait d'évaluer les projets. Celui-ci considère que les fiches d'avis rigidifient l'instruction, au sein de la plateforme ou des comités de lecture. Les instructeurs font valoir leur « savoir pratique » lié à leur connaissance des structures et du contexte qui permet un traitement plus efficace des dossiers, ce que les pilotes n'auraient pas. Les dossiers seraient préférentiellement appréciés en fonction d'éléments liés à leur histoire ou à leur qualité propre et non pas sur leur dossier de réponse à l'appel d'offre. Il est dénoncé un manque d'affichage des critères discutés dans les groupes techniques régionaux, ces critères et indicateurs existants mais étant jugés variables selon les programmes.

Les pilotes soulignent également la lourdeur de ce mode de gestion qui s'avère très consommateur de temps et s'applique indifféremment de l'ampleur du programme. Certains d'entre eux insistent sur le manque de reconnaissance du temps dévolu à ces activités. Les différentes instances créent autant d'occasions de sollicitation (groupes de travail, réunions d'instruction, de synthèse régionale par programmes, du comité des programmes etc.),

lesquelles multiplient les déplacements, majorent le temps passé et rendent complexe la gestion de leur calendrier, avec des rencontres parfois superposées dans le temps. Par ailleurs, certaines personnes ont exprimé l'inconfort à siéger dans le comité des programmes à titre de promoteur d'actions, mais aussi de pilote et de « décideur ».

Pour les porteurs de projets, la procédure d'instruction est obscure ; peu d'entre eux sont en mesure d'en expliquer les rouages, compte tenu de la multiplicité des étapes de l'instruction des dossiers. Ils disent ne pas avoir connaissance des critères de sélection des projets, voire doutent de leur existence. La procédure serait, selon eux, une suite de jugements plus ou moins arbitraires.

La surcharge de travail est liée : au mode de mise en œuvre (renouvellement annuel de l'appel à projets), au nombre élevé de programmes (démultiplication de l'instruction en plusieurs étapes et pour 23 programmes, démultiplication des actions du fait du morcellement d'un projet en plusieurs actions, démultiplication des avis pour une action difficile à classer, quelle que soit l'ampleur ou la portée de l'action. A noter que le bilan du premier appel à projets fait état d'une remontée de plus de mille dossiers de demandes de financements, parmi lesquels plus de 600 étaient retenus.

Un cadre contraignant mais structurant

En dépit des pesanteurs et des contraintes de procédures, les acteurs reconnaissent que le PRSP offre un cadre structurant qui favorise l'harmonisation de certaines pratiques de gestion des programmes de santé publique, renforce et valorise des pratiques déjà éprouvées avec la dynamique des programmes régionaux de santé.

« Le PRSP permet un meilleur suivi, on ne renouvelle plus les yeux fermés » (Pilote)

« La Drass nous avait amené à travailler avec les caisses, à être en copilotage pour élaboration des Sros, depuis 90 on ne sait plus travailler autrement [...] de formaliser tout ça, ça a été une lourdeur mais au moins on a officialisé [...] une méthode commune pour chaque programme, définir des objectifs, des territoires... avoir une méthodologie. » (Pilote)

... qui permet de réinterroger les pratiques

« On a revisité nos actions, en reposant de façon un peu plus formelle des objectifs, des activités et des indicateurs d'évaluation [...] ça a permis, de se poser la question à chaque fois, qu'est ce que je fais tous les jours qui favorise l'accès aux soins. » (Porteur de projet)

2. L'organisation des relations entre les acteurs

La chaîne des relations dans la gestion de l'appel à projets

La gestion de l'appel à projets est une activité centrale dans la mise en oeuvre du PRSP, impliquant l'ensemble des acteurs. Le processus relie, dans un continuum, l'équipe centrale du GRSP, les pilotes et les équipes d'instruction territoriale et les porteurs de projets. Le parcours est constitué d'une série d'étapes et d'interventions de différents acteurs, nécessaires au fonctionnement du dispositif. L'équipe rapprochée du GRSP lance l'appel à projets, prescrit le calendrier, réceptionne les avis. Le conseil d'administration décide de l'attribution des financements ; une notification est adressée aux porteurs de projets. Le pilote fournit des orientations, rédige le cahier de charges, étudie les dossiers régionaux, accompagne les équipes, fait la synthèse régionale, harmonise, fait des propositions de priorisation des dossiers en fonction de l'enveloppe budgétaire. Les équipes d'instruction étudient les dossiers (aux niveaux départemental et/ou territorial), communiquent si besoin avec les opérateurs qu'ils assistent dans leur projet, priorisent les dossiers selon les consignes reçues. Les porteurs de projets (opérateurs) soumettent leurs projets en s'efforçant de se conformer aux directives.

Un parcours à la fois fluide et comportant des ruptures

Ce parcours est fait de fluidité ou de ruptures, en fonction de la clarification des rôles de chacun et du respect des règles (analyse des dossiers conformément aux documents de référence, priorisation selon les critères adoptés, respect du calendrier pour la transmission des documents) et du principe de subsidiarité entre les niveaux.

Les points de rencontre à chaque étape de ce parcours peuvent donner lieu à des « ruptures ».

Entre les pilotes et les équipes d'instruction, un point d'achoppement est repérable. Les pilotes fournissent, avec le cahier des charges, une « *feuille de route* » aux instructeurs locaux ; la délégation de l'instruction est une marque de confiance et de reconnaissance de leur capacité d'analyse du projet, de leur expérience et de leur connaissance du terrain. Le contrôle ou la révision de leur avis par le pilote qui « *a le dernier mot* », délégitime les équipes départementales de leur mission. On note parfois des divergences de points de vue sur l'opportunité, la qualité, la pertinence des projets, ou sur la priorisation des dossiers, qui signent l'affrontement de deux logiques : une logique de sélection de la part des pilotes versus une logique de défense du porteur de projets (ou du territoire) ; des choix étayés plutôt sur des critères techniques versus la primauté de la connaissance et de l'expérience du terrain ; une vision plutôt thématique en lien avec le programme (délimité et défini par les objectifs et les cibles) versus une vision globale de territoire ou de catégories populationnelles. En différence avec les pratiques des dernières années, certains partenaires extérieurs (collectivités) constatent une prise de distance des pilotes vis-à-vis des acteurs et

des structures de terrain ; le travail de proximité des équipes locales étant a contrario valorisé. Les distorsions ont pu, dans certains cas, susciter des prises de position de tiers.

Certains instructeurs locaux ont souligné le manque de rétro information sur les suites données aux porteurs de projets par le GRSP ; ils disent ne pas recevoir de copie des courriers adressés aux opérateurs non retenus, ce qui, non seulement, les décrédibilise, mais ne leur permet pas de jouer par la suite un rôle pédagogique qui permettrait de bonifier ces projets refusés pour une nouvelle soumission. Les opérateurs non retenus se représentent l'année suivante avec le même projet qui sera fort probablement à nouveau refusé.

Les retours d'information aux porteurs de projets sont jugés par ces derniers insatisfaisants : ils leur parviennent trop tard et ne sont pas assortis d'avis suffisamment motivés justifiant la décision. En revanche, ils reçoivent des informations en cours d'instruction de la part des acteurs des plateformes au décours des procédures. Ces retours d'information leur permettent de s'ajuster, d'anticiper les décisions concernant l'octroi des budgets, de progresser mais ils regrettent que les représentants des institutions ne viennent pas les visiter.

Les pilotes semblent constituer le maillon fort dans la chaîne ; s'ils ont majoritairement accepté de se conformer aux exigences de la gestion des dossiers, il leur est parfois reproché d'opposer des résistances à certaines demandes, notamment de transmission de certaines informations.

La gestion de l'appel à projets est globalement vécue comme un renforcement du pouvoir régional, « *une régionalisation à tout prix* ». Les perceptions les plus négatives et la lassitude des équipes semblent fondées sur un sentiment de non reconnaissance du travail accompli.

Les pilotes, maillons forts de la chaîne, ne constituent pas une catégorie homogène

Les pilotes ne constituent pas une catégorie homogène au regard d'un ensemble de caractéristiques : appartenance institutionnelle (services de l'Etat, assurance maladie, autres secteurs) ; expérience antérieure en matière de pilotage de programmes, stabilité dans la fonction (permanence dans le pilotage, glissement entre programmes...) ; position géographique (régionale ou départementale, proche ou éloigné de Marseille) ; étendue du champ de pilotage (programme seul ou ensemble de la thématique). Autant de facteurs qui conditionnent leurs pratiques : concentration sur l'instruction pour les uns, animation de réseaux, coordination, recherche d'expertise, évaluation, pour les autres, qui délèguent plus facilement l'instruction au niveau départemental.

Les programmes du PRSP regroupent des programmes bien identifiés, souvent issus de la génération pré-PRSP matérialisés par un document de référence et des programmes repérables uniquement par leur cahier des charges. Les acteurs rencontrés ont souligné à plusieurs reprises ces différences de programmes, non seulement en termes de visibilité mais aussi de mode de pilotage (de la seule instruction à l'animation d'un réseau d'acteurs), déplorant parfois un éloignement perceptible avec le terrain au profit de l'instruction.

3. La transversalité dans le plan régional de santé publique

En matière de santé et de santé publique, il n'est plus à prouver qu'une certaine transversalité doit caractériser les programmes qui se veulent efficaces afin qu'ils couvrent une variété de déterminants et qu'ils s'adressent aux personnes considérées dans leur globalité.

Dans les pages qui suivent, nous avons volontairement utilisé le terme transversalité dans une acception large afin de se donner l'occasion de refléter, tout en les commentant, une diversité de pratiques qui ont pour but ou pour effet d'assurer des liens entre les programmes du PRSP dont l'architecture est foncièrement verticale. On trouvera donc ci-dessous un ensemble de pratiques ou de souhaits formulés par les acteurs interrogés, allant du niveau le plus administratif et le plus formel de la circulation de dossiers au niveau le plus riche en sens que sont les actions intégrées.

Des collaborations, support à la transversalité

Bien que la première perception, y compris parmi certains responsables du PRSP, soit l'image d'une série de programmes fonctionnant de manière isolée les uns par rapport aux autres, des collaborations existent entre certains programmes du PRSP, qui servent de support à la transversalité. Ces collaborations sont généralement présentées comme relevant de l'initiative des pilotes de programmes.

Les principaux cas de relations inter-programmes sont relatés en rapport avec un ciblage populationnel (public précaires et collaboration avec le PRAPS, enfants et jeunes scolarisés et collaborations avec le programme 16). Les programmes ciblant des facteurs de protection et/ou des comportements à risque sont particulièrement impliqués dans ces collaborations (notamment le programme 4 de réduction des conduites addictives et le programme 5 de promotion de l'alimentation saine). On trouve également des relations entre le programme 5 et le programme 18 risques liés au vieillissement.

Selon les cas, ces liens entre les programmes peuvent être fort superficiels, il s'agit de définir les limites des cahiers des charges respectifs afin de décider ensemble où orienter certains projets en fonction, par exemple, des spécificités de la population (seniors actifs ou non, jeunes scolarisés ou non dans l'enseignement public). Dans d'autres cas il peut y avoir une réelle réflexion sur les caractéristiques des actions à promouvoir (une entrée par l'alimentation pour toucher les populations précaires). Dans d'autres cas, comme pour le pilote du 16, c'est la participation du pilote aux groupes de travail de plusieurs programmes qui assure les liens (souffrance psychique, accès à la contraception, hygiène bucco-dentaire, accidents de la vie courante...).

Des collaborations plus ponctuelles entre programmes sont mentionnées, par exemple entre le Programme 1 « agir sur l'environnement » et le programme 2 « agir sur l'environnement au travail ». De manière plus large, le pilote du programme 2 apprécie l'ouverture que lui apporte le PRSP sur d'autres acteurs et problématiques et trouverait, si le temps était

disponible, un grand intérêt à collaborer avec d'autres programmes qui abordent des thématiques intéressant les personnes aussi bien sur leur lieu de travail que dans leur vie privée.

Ces collaborations inter-programmes semblent surtout être riches quant à l'établissement des objectifs ou la formulation des cahiers des charges des appels à projets. D'autres traces de collaboration sont plus administratives (transfert de dossiers de demande de financement d'un pilote à l'autre).

Certains pilotes regrettent de n'avoir pas (encore) eu l'occasion de définir ces délimitations/recouvrements avec d'autres programmes. D'autres remarquent que les réunions entre pilotes portent souvent sur des éléments administratifs et créent peu l'occasion de réels échanges sur les contenus, objectifs et stratégies des programmes. Le rôle du comité des programmes dans ce domaine n'est pas évoqué.

Une autre modalité (utilisée pour assurer la transversalité est l'affectation d'un même pilote sur deux programmes dont les thématiques présentent un chevauchement (par exemple nutrition, cancer, maladies chroniques). Cette convergence est recherchée pour les pilotes originaires de la Drass, elle est effective pour la chargée de prévention de l'Urcam et pour certains pilotes originaires des départements, qui ont en charge une série de thématiques dans le cadre de leurs missions territoriales.

Les transversalités peuvent aussi être recherchées en dehors du PRSP, elles s'organisent alors par thématiques en intégrant l'éducation pour la santé, la prévention aux domaines de l'accompagnement et du soin. C'est une fois encore les pilotes qui se trouvent au centre de ces liens. Plusieurs agents de la Drass pilotent une thématique dans sa totalité : la prévention, le dépistage et les soins, les réseaux (ARH, DRDR) cela leur donne une vision globale, par exemple sur les différentes facettes de la thématique cancer. Dans le domaine des addictions notamment, il semble que l'on retrouve cette synergie au sein des Ddass, où les personnes en charge des cellules addictions instruisent souvent aussi les dossiers des appels à projet de la MILDT.

L'illusion de croire le local en capacité d'organiser la transversalité

Une tentation fréquente, face à une organisation verticale, thématique, des plans et programmes est de compter sur le niveau local pour organiser la transversalité, partant du principe que les acteurs de proximité sont de facto confrontés aux individus dans leur globalité et conçoivent « naturellement » des modalités d'actions intégrées ; moins nombreux sur un territoire donné, ils noueraient plus facilement les collaborations et tisseraient les réseaux propices à rencontrer la globalité et l'intégralité des besoins de la population : certains évoquent ainsi la possibilité pour les porteurs de projet d'affecter leur demande à plusieurs programmes, l'utilité des plates-formes (ou des instructions) départementales non thématiques pour avoir une vision de la globalité des actions de santé publique sur un territoire.

La réalité est tout autre. Face à un niveau national, relayé par le régional, on a le choix de décliner et non d'élaborer les interventions possibles au niveau local. Le local peine à rétablir de la transversalité et des actions intégrées. Et pourtant les attentes du local par rapport au plan régional de santé publique portaient sur l'existence d'une politique globale et transversale. D'aucuns disent que ces attentes plus globales, plus complexes aussi ont été correctement relayées par les consultations territoriales, mais se sont perdues en chemin lors de la construction du plan.

Vu du côté des pilotes, des instructeurs, des décideurs territoriaux, les plates-formes locales permettent d'avoir une vision plus globale des actions, des projets et des acteurs sur le territoire. Ils peuvent alors éventuellement activer des mécanismes de choix, de complémentarité ou de compensation grâce aux différentes lignes de financement. Plus que la plupart des pilotes de programmes, les instructeurs et décideurs territoriaux sont en position d'avoir une vision globale du PRSP. Mais on est en général encore bien loin de la notion d'action intégrée, transversale à plusieurs programmes.

Vu du côté des porteurs de projets, ces possibilités de rétablir de la transversalité ne sont pas toujours claires. En particulier, les liens ou délimitations inter-programmes ainsi que la possibilité d'émarger à plusieurs programmes ne le sont pas.

Les porteurs de projets peinent à relier les objectifs trop précis, voire pointillistes des cahiers des charges à la réalité des personnes accueillies. Certains porteurs renoncent à présenter leur projet, car ils devraient le ventiler entre plusieurs programmes. D'autres, plus rôdés, n'hésitent pas à se lancer dans l'exercice. Certains enfin inscrivent erronément leur projet dans une multitude de programmes par crainte de rater leur cible. Crainte justifiée, car on relate un certain nombre de cas où des projets intéressants se sont vus refuser le financement à cause d'une indécision sur le programme dont ils relevaient.

In fine, dans de nombreux cas, les actions intégrées ne peuvent être financées qu'en dehors du PRSP sous l'égide des collectivités locales (plan local de santé, atelier santé ville). Là où n'existent pas de tels dispositifs, on risque de perdre progressivement l'apport en santé publique de petites associations qui tissent du lien social, créent un climat socialement pacifiant.

4. La capacité de régulation interne

A l'heure actuelle, il paraît évident pour la plupart des acteurs que le plan fournit un cadre susceptible de modifications pendant sa période quinquennale. Cette conviction est apparue rapidement pour les acteurs institutionnels qui ont participé à la conception du plan. Elle est sans doute actuellement largement partagée. Il importe cependant de questionner le fait que cet aspect évolutif ne présente pas que des avantages ; en effet il provoque aussi un manque de stabilité du plan et des cahiers des charges qui, on le verra ci-dessous, peut compliquer la tâche des acteurs institutionnels proches du terrain et des opérateurs.

La capacité d'évolution du plan : objectifs, programmes, cahiers des charges

Cependant le circuit de validation de nouveaux objectifs, voire de nouveaux programmes, est lourd et long : préparation par le comité de suivi et le GRSP, examen par la CRS et validation par le préfet. Si bien que les régulations internes à un programme sont de préférence et le plus fréquemment réalisées à l'occasion de la formulation des cahiers des charges pour l'appel à projet, pour éviter de devoir modifier les intitulés repris dans le plan. Dans ces cahiers, on peut accentuer ou « geler » certains objectifs, prioriser certaines stratégies, certains publics-cibles ou certains territoires. Les évolutions internes à un programme peuvent être rendues nécessaires par des modifications du cadre légal (loi rendant obsolète certains objectifs).

A l'intérieur des programmes, des évolutions peuvent être souhaitées à la suite des bilan des réponse des appels à projet et des instructions ou à la suite d'évaluation de programmes (PRAPS, Addictions) ou des actions (comme réalisé en fin 2007)

Il semble que ces nécessaires évolutions (du plan ou des cahier des charges) soient prises en compte au cas par cas, selon les nécessités, mais nous n'avons pas trouvé mention de texte de cadrage qui balisent les conditions et les modalités de régulation. A partir de quand est-il opportun de modifier le plan, de « geler » un objectif ou de modifier le cahier des charges ? Quelles sont les balises et les procédures pour ce faire ?

Des initiatives d'évaluation appréciées

Les initiatives d'évaluation développées dans le cadre du plan sont assez largement appréciées, comme démarches susceptibles d'apporter de la cohérence en interne ou avec l'externe, de dynamiser les échanges dans les groupes techniques ou entre pilotes, ou encore entre pilotes et instructeurs. Ainsi, l'évaluation du PRAPS II s'est révélée fondatrice pour le PRAPS III ; l'évaluation débutée dans le champ des addictions soulève beaucoup d'attentes, la procédure d'évaluation des actions lancée durant le deuxième 2007 est assez unanimement jugée pertinente. Le groupe « méthodologie et évaluation » mis en place par le GRSP tout comme les travaux et avis de la « formation évaluation » de la CRS fournissent un support jugé utile en cette matière. D'aucuns regrettent cependant que certains outils aient été appliqués dans une version différente de celle proposée ou validée par ces instances.

De manière plus générale, la culture d'évaluation développée depuis quelques années en région Paca par les acteurs de santé publique ainsi que l'expérience de certains dans la gestion des programmes régionaux les incitent à faire remonter spontanément des informations ou avis sur des éléments de procédure qui posent difficulté dans l'application du plan. Cependant, l'impression prédomine au travers des entretiens que ces réflexions ont jusqu'à présent été peu prises en compte.

Des indicateurs d'évaluation en décalage

Par ailleurs, il faut évoquer les travaux réalisés autour des indicateurs d'évaluation des programmes et leur utilité potentielle pour l'évaluation de ceux-ci. Ces travaux, qui ont pourtant déjà fait l'objet d'un travail important par le groupe « Observation et statistiques », piloté par le service études et statistique de la Drass, sont rarement évoqués spontanément par les personnes interviewées. Quand cet aspect est abordé, à notre demande dans les entretiens, c'est pour constater que l'état actuel des indicateurs ne satisfait pas les pilotes, que ces derniers sont en décalage par rapport aux objectifs et critères de qualité des programmes. Certains programmes ont déjà pu réaliser dans le cadre d'un groupe technique régional, des réflexions et des travaux pour formuler des indicateurs plus adaptés ; d'autres pilotes estiment ce travail prématuré par rapport aux exigences actuellement à l'animation.

OSCARS, un outil méconnu

Enfin, reste à évoquer la place de l'outil OSCARS, l'instrument mis en place par le Cres et plébiscité par la CRS puis par le GRSP comme cartographie et base de données des actions. Cet instrument, en plein état de révision et d'enrichissement au moment de cette évaluation, n'est pas encore très largement connu. Il n'était jusqu'à présent appliqué qu'à certains programmes, antérieurs au PRSP (Accidents de la vie courante, PRAPS, nutrition et activité physique, mélanome, etc.). Ceux qui le connaissent, le voient plus comme un outil de sensibilisation, d'échanges et de diversification des pratiques professionnelles que comme un outil d'évaluation. Cependant, à l'avenir, il devrait être possible d'utiliser la nouvelle version d'OSCARS aux fins de bilan des actions par territoires, par programmes, par public ou pour des requêtes croisées faisant intervenir ces différents critères.

Des contraintes liées à la procédure d'instruction

Le pilotage du PRSP est principalement centré sur la procédure d'instruction. Les efforts entrepris pour introduire davantage de méthode et harmoniser des pratiques hétérogènes entre les départements ont complexifié la procédure avec des répercussions sur la charge de travail des équipes impliquées dans l'étude des dossiers et sur la lisibilité du processus pour les porteurs de projets.

Le surcroît de travail, un déficit de communication entre les différents acteurs, une animation trop administrative et pas assez interactive entre les différents maillons de la chaîne d'instruction ont généré des perceptions négatives de la gestion du PRSP, faisant régulièrement écran à des appréciations plus positives, par exemple, sur le caractère structurant du processus.

Des atouts pour la poursuite du plan

Face à un PRSP structuré verticalement, il est important de repérer les procédures, les lieux, les personnes qui sont des vecteurs, des points d'appui pour mettre en œuvre de la transversalité.

Les deux leviers qui semblent se dégager lors de ce bilan intermédiaire sont d'une part, les pilotes de programme, d'autre part, les plateformes territoriales. A ces deux niveaux, se dessinent des pratiques qui favorisent la transversalité et qui pourraient être soutenues voire amplifiées dans la suite de ce PRSP 2005-2009.

Actuellement les liens entre programmes se réalisent de manière bilatérale ou encore ils reposent sur la présence d'un pilote qui intervient dans plusieurs programmes. Les liens entre programmes se font surtout à l'occasion de la rédaction du cahier des charges afin de définir les délimitations. Les **pilotes** sont demandeurs d'avoir entre eux plus d'échanges termes de contenu des programmes afin de mieux faire émerger les éléments de transversalité. Les pilotes qui sont en même temps instructeurs territoriaux apportent dans les équipes d'animation de programmes une vision transversale qu'ils acquièrent plus facilement en participant aux plateformes locales.

Par ailleurs, les groupes de travail mis en place par les divers programmes sont des occasions de créer des réflexions transversales avec des professionnels, acteurs institutionnels travaillant sur les thématiques ou populations visées par le programme au sein d'autres dispositifs. C'est au pilote à mobiliser ce réseau de réflexion plus large.

Les **plateformes locales** sont des lieux importants pour que les acteurs institutionnels acquièrent une appréhension transversale : parce qu'on y est confronté à plusieurs programmes du PRSP, parce qu'on y est confronté à la réalité des projets et des populations, qui est plus globale. Le passage d'une vision transversale à une mise en œuvre transversale pose cependant problème. Tout comme pose problème, la perception de la transversalité par les porteurs de projet et l'emboîtement de leurs approches intégrées dans la structure verticale du plan.

Les **adaptations des cahiers des charges** à l'occasion des appels à projet annuels fournissent des opportunités intéressantes aux groupes de travail et aux pilotes de programme de mener une réflexion sur le contenu des programmes et permettent d'introduire de la flexibilité dans le plan. Ces adaptations récurrentes sont toutefois sources d'instabilité dans les appels à projet et posent des difficultés aux porteurs de projet, elles devraient donc être manipulées avec précaution. Elles devraient aussi être discutées, non seulement en interne aux programmes mais entre les programmes afin de favoriser la transversalité.

Les **initiatives d'évaluation** sont unanimement appréciées par acteurs institutionnels comme des occasions d'apporter de la cohérence et de dynamiser les échanges soit au sein des groupes de travail des programmes soit entre les pilotes et les instructeurs territoriaux. Les méthodes et l'évaluation sont l'objet de plusieurs groupes de travail et d'initiatives

spontanées de certaines structures ou acteurs. Des outils fournissant un support à l'évaluation sont promus au sein du Plan.

Pour valoriser l'ensemble de cette mobilisation, il serait intéressant de dresser un cadre d'évaluation global qui situe l'objet et l'apport de chacune de ces démarches et outils pour la mise en oeuvre et/ou pour l'évaluation des contenus du Plan. Il importe aussi de renforcer la transparence sur le processus de construction et de révision des outils et démarches d'évaluation, afin de maintenir l'accent sur l'aspect participatif de leur construction et la communication sur certains d'entre eux tels qu'OSCARS.

V. Le PRSP comme réponse aux besoins de santé dans les territoires

Les processus de territorialisation de l'action publique ont été introduits en France au début des années 1980, suite à la production de trois rapports préconisant le recours à une approche territoriale et globale des populations (les rapports Dubedout, Schwartz et Bonnemaïson) dans les domaines des politiques de la ville, de l'insertion professionnelle des jeunes et de la lutte contre la délinquance. Ces rapports avaient été commandés par le gouvernement Mauroy du fait de la prise de conscience de dysfonctionnements dans la conception et la mise en œuvre d'une partie des politiques publiques du domaine social (notamment, une certaine inaptitude de ces dernières à atteindre les usagers les plus éloignés du système et une nette tendance à traiter les individus de manière cloisonnée en fonction des domaines de prises en charge).

Ces rapports « fondateurs » préconisaient donc, pour les domaines les concernant, la systématisation de l'approche territoriale et transversale des usagers, permettant à la fois de renforcer la cohérence des modalités de prise en charge et de correspondre aux attentes et besoins des professionnels et des populations cibles au niveau local¹⁶. Ce faisant, ces textes ont entraîné le développement de ce qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler l'action publique contractuelle¹⁷ amorçant des procédures de concertation et de portage conjoint des dossiers entre représentants de l'Etat, des organismes de Sécurité sociale et élus locaux. Ces mécanismes engagent autour d'une même politique publique, avec plus ou moins de bonheur, des ressources de l'Etat, des organismes de Sécurité sociale et des collectivités territoriales. Assez rapidement, les caractéristiques de ces politiques sont devenues l'une des méthodes privilégiées pour conduire l'action publique en France dans les domaines qui ne relèvent pas des fonctions régaliennes de l'Etat¹⁸.

Néanmoins, ces évolutions n'ont touché le domaine de la santé que de manière récente. Celui-ci est, en effet, resté longtemps marqué par ses aspects techniques et descendants. Il faut attendre le début des années 1990 pour voir émerger les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les ordonnances Juppé de 1996 pour parler vraiment de régionalisation des politiques de santé. Pourtant, si le mouvement est assez récent, il marque une rupture importante avec les modes de faire précédents dans la mesure où les spécificités régionales de santé sont ainsi reconnues¹⁹, de même que la pertinence d'un traitement de proximité impliquant les acteurs locaux et régionaux des territoires concernés. Il introduit également une forme d'alignement avec les évolutions en cours dans les autres pays occidentaux²⁰.

¹⁶ Estèbe, Philippe (2004), *L'usage des quartiers, action publique et géographie dans la politique de la ville*, Paris, L'Harmattan.

¹⁷ Gaudin, Jean-Pierre (1999), *Gouverner par contrat, l'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 31 et p. 41.

¹⁸ Faure, Alain et Douillet, Anne-Cécile (dir) (2005), *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

¹⁹ Polton, D. (1998), « Allocation de ressources et régionalisation », *L'hospitalisation privée*, n°343, pp. 47-50.

²⁰ Beau, Pascal et Lansalut Gaétane (1999), « Régionalisation de la santé, un débat français inévitable », *Espace social européen*, n° 456, pp. 15-19 ; Schweyer, François-Xavier (1998), « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? », *Politiques et management public*, n°3, pp. 43-68.

Ces transformations ont aussi conduit à des bouleversements dans la culture de santé publique française et dans les manières d'élaborer et de mener des projets comme le souligne cet éditorial de la revue *Santé publique* en 1997 : « Il reste pourtant qu'une véritable culture de santé publique est en train de naître. Des groupes venus d'horizons très différents réussissent à s'approprier une démarche très difficile. L'engagement de leurs membres est très fort, ainsi que celui des coordinateurs régionaux, pour la plupart des médecins inspecteurs de santé publique ou inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. Une rupture du cloisonnement stigmatisé par le Haut comité de la santé publique se fait jour, des initiatives originales se dessinent. Tout cela est nouveau et encourageant. Ainsi amorcés, les programmes régionaux de santé ne peuvent échouer : ce serait pour longtemps une remise en question d'une véritable politique régionale et locale de santé publique en France²¹ »

A partir du début des années 2000, des expériences de territorialisation infra-régionale sont élaborées dans le champ de la santé publique, notamment dans la Région Nord Pas-de-Calais qui fait figure de pionnière dans ce domaine ainsi qu'en matière de participation des collectivités locales²². Depuis, de nouvelles expérimentations ont vu le jour, notamment en Bretagne avec la mise en œuvre d'un dispositif régional d'animation en santé. S'agissant de ce dispositif, les études menées montrent que le processus de territorialisation soulève des questions sur la nature du leadership politique et administratif qui s'organise dans les territoires ; sur la capacité d'adaptation des politiques régionales aux réalités locales ; sur les fonctions et la légitimité des animateurs mandatés pour implanter ces initiatives²³.

1. La territorialisation : du concept à la mise en œuvre

Dans ce chapitre nous nous intéressons à la territorialisation telle qu'elle a pu être mise en œuvre dès la phase d'élaboration du PRSP et notamment un regard est porté sur la concertation et les consultations locales. Ce processus est ensuite observé au travers des évolutions qu'il a pu connaître, c'est-à-dire le passage de la notion de référent territorial à une adaptation par la création de plateforme territoriale. La notion de priorisation est également abordée et mise en relief au niveau des territoires et des programmes.

²¹ Deschamps, Jean-Pierre, Demeulemeester, René et Avargues, Marie-Christine (1997), « Les programmes régionaux de santé sont condamnés... à réussir », éditorial de la revue *Santé publique*, n°3, p. 266.

²² Loncle, Patricia, Jabot, Françoise et al. (2003), Rapport d'évaluation du Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes » en Nord Pas-de-Calais ; Jabot, Françoise, Loncle, Patricia et al. (2003), Rapport d'évaluation du Programme régional d'accès aux soins des plus démunis en Nord Pas-de-Calais ; Loncle, Patricia et Schaëtzel, Françoise (2001), « La régionalisation des politiques de santé : le cas du Nord Pas-de-Calais », *Pouvoirs locaux*, n° 50, pp. 136-141 ; Borraz, Olivier et Loncle, Patricia (2000), « Permanences et recompositions du secteur sanitaire, les politiques locales de lutte contre le sida », *Revue française de sociologie*, 41-1, pp. 37-60.

²³ Loncle Patricia (2005), Bilan d'étape du Dispositif régional d'animation territorial en Bretagne (d.i.r.a.t), novembre ; Jabot Françoise et Loncle Patricia (2007) « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé publique*, supplément n°1, pp. 21-36. ; Loncle Patricia « Entre déconcentration et décentralisation, la mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local, l'exemple de l'animation territoriale en santé en Bretagne », article soumis à la revue *Sciences sociales et santé*, en cours d'évaluation.

1.1. L'approche territoriale dans la construction du PRSP

En région Paca, c'est au travers des consultations organisées au niveau des territoires que la démarche de territorialisation a pris jour, pour suivre une démarche ascendante des territoires vers la région, permettant ainsi la définition du plan.

La démarche a largement fait appel à la mobilisation et à la concertation avec de nombreux acteurs présents à différents niveaux : local, départemental ou régional. Les collectivités (conseil régional, conseils généraux, villes), les partenaires des autres secteurs (Education nationale, santé et travail), les organismes d'assurance maladie, les ordres professionnels et les professionnels (établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, professionnels de santé médicaux et non médicaux, partenaires associatifs), les organisations d'usagers invités, y étaient présents pour exprimer leurs perceptions des besoins du territoire.

L'analyse des consultations locales pour chacun des territoires montre que 25 problèmes différents ont été cités avec une fréquence variable selon les thèmes. Parmi les thèmes les plus cités, on relève par ordre décroissant : addictions (17 fois citées), les problèmes de santé liés au vieillissement (16 fois), la souffrance psychique (11 fois), les accidents de la vie courante (11 fois), les interruptions volontaires de grossesse (10 fois), la précarité (9 fois), les troubles de comportement et d'apprentissage chez l'enfant (9 fois). Certains thèmes, tel que la parentalité, n'apparaissent pas toujours nettement car ils seraient (selon les acteurs) fréquemment englobés dans d'autres thèmes.

Le choix des problèmes évoqués par les acteurs locaux s'expliquerait par plusieurs raisons : la nature et la spécialisation des acteurs en présence ; l'option des acteurs de ne citer que les problèmes ne faisant pas l'objet de programmes (ce qui expliquerait que le cancer, l'infection à VIH n'aient pas été cités, ou que, la précarité et le vieillissement, aient été positionnés plus loin en raison de programmes existants, tel que le plan « *Bien vieillir* ») ; le souci de poursuivre les actions développées dans le programme Santé des jeunes récemment arrivé à terme. C'est ainsi que la souffrance psychique (thème associant problèmes de santé mentale et phénomène suicidaire) et l'aide à la parentalité ont été retenues.

Pour documenter notre propos, nous consacrerons un temps d'analyse à cet aspect à partir des quatre territoires d'observation.

1.2. La territorialisation, une conception évolutive

La question de la territorialisation est énoncée très tôt par le GRSP comme une priorité du plan. Une réflexion est engagée dès les premières réunions des instances du GRSP (conseil d'administration et comité des programmes) pour concevoir et traduire dans les faits cette politique à base territoriale. L'organisation de la territorialisation suppose la constitution d'un réseau de référents territoriaux, chargés de la mise en place de plates-formes d'animation²⁴.

²⁴ Programme annuel d'activités proposé au conseil d'administration du GRSP du 20 septembre 2006

Le référent territorial, considéré comme l'acteur clé de l'animation locale

Le référent territorial est la personne mandatée par le GRSP pour animer la mise en œuvre de l'ensemble des programmes du PRSP dans un territoire, à savoir, assurer la coordination des actions, faciliter l'implantation d'opérateurs, nouer le contact avec eux, les accompagner, formuler des avis techniques²⁵. A l'instar du référent thématique pilote de programme, il peut s'appuyer sur un groupe de travail.

En 2006, l'organisation de l'animation territoriale était conçue selon différentes modalités dans les six départements de la région²⁶. En effet, tandis que certains départements (04, 84) n'envisagent qu'un seul référent pour le département, d'autres souhaitent en implanter plusieurs (2 en 05) voire un par territoire (06) ou encore s'appuyer sur le dispositif des ateliers santé ville (83, 13). Deux référents territoriaux ont été officiellement désignés fin 2007, lettres de mission à l'appui, avec l'appui de la Mutualité sociale agricole (MSA) dans les territoires de Menton et Salon. Mais, la désignation de référents territoriaux s'est heurtée à un déficit de candidats, les raisons avancées étant l'insuffisance de ressources humaines de la part des institutions (Ddass, Cpm, conseil général) et/ou de compétences pour remplir l'ensemble des missions (instruction, évaluation, connaissance du territoire etc.).

La mise en place de plateformes territoriales d'animation

En 2007, le GRSP décide de généraliser la mise en place de plates-formes d'animation avec la Ddass et les organismes d'assurance maladie, cette mesure étant supposée faciliter l'émergence de référents territoriaux en santé publique²⁷. Des consignes étaient formulées aux fins d'y intégrer les collectivités.

Ces plateformes qui reposent sur un noyau dur constitué de la Ddass et de la Cpm, se mettent en place au niveau des départements. Leur composition est à géométrie variable en fonction des activités qui y sont conduites : comités de lecture, instructions, priorisation des projets. Le niveau d'implication des collectivités n'est pas toujours en relation avec leur adhésion au GRSP. L'implication des conseils généraux du Var et des Alpes Maritimes est aussi conséquente, bien que le premier ne soit pas adhérent au GRSP. Par ailleurs, la place réservée aux collectivités (Conseils généraux et villes) peut être variable : entre invitation à discuter des dossiers concernant leur territoire et travail collégial d'instruction des dossiers.

Les plateformes tendent, comme prévu, à faire le lien avec les autres dispositifs de ces collectivités (ASV, missions des conseils généraux) et à mieux articuler les attributions de subventions entre plusieurs financeurs. Elles sont concentrées sur le travail relatif à l'instruction des dossiers qui a pu se confondre à celui d'animation territoriale et/ou départementale selon les contextes. Ce point est développé ultérieurement.

²⁵ Compte rendu de la réunion du comité des programmes du 4 juillet 2006

²⁶ Compte rendu de la réunion du comité des programmes du 19 septembre 2006

²⁷ Lettre de mission à la plateforme d'animation des territoires du GRSP (document GRSP)

La notion de priorisation au sein des territoires

Une des missions confiée à la plate-forme était de « valider après instruction technique des projets, les priorités, par territoire de proximité et par programme ».

Questionnés sur la procédure d'instruction, les équipes rencontrées évoquent la notion de priorisation, laquelle renvoie à des interprétations diverses ; la notion de priorisation est rattachée à des objectifs de programmes, des populations cibles, des territoires, des actions, un classement des projets. Cette notion renvoie à un ensemble de choix : analyse des besoins conformément aux cahiers des charges énonçant des territoires et des cibles prioritaires, en fonction d'objectifs perçus comme prioritaires ; activité de sélection des projets confondue parfois avec celle de classement.

La priorisation des projets s'effectue sur la base de différents critères : connaissance approfondie des opérateurs par les membres de l'équipe d'instruction, disponibilité de l'enveloppe budgétaire, effectivité de l'action, répartition équitable de l'attribution des projets sur le territoire.

La notion de priorisation au sein des programmes

De la même façon, les pilotes sont conduits à hiérarchiser les projets sur une base départementale ou territoriale. Il nous apparaît cependant que la ligne de conduite ne soit pas encore bien stabilisée, la prise en compte du classement prioritaire des projets par territoires effectuée pour un programme ayant été remise en question lors d'une dernière réunion du comité des programmes²⁸.

2. Les caractéristiques du territoire comme facteurs d'influence de la mise en œuvre du PRSP

Nous avons essayé de rechercher, à partir des observations réalisées dans quatre territoires, des caractéristiques inhérentes au territoire ayant une influence sur la mise en œuvre du PRSP. Les territoires ont été choisis en accord avec l'instance d'évaluation en fonction de profils contrastés.

2.1. L'influence des relations antérieures dans la configuration des plates-formes

La configuration de la plateforme a été largement dépendante de la mobilisation des acteurs en présence sur les territoires, de l'antériorité et de la qualité des relations entre les membres institutionnels. En effet, la place prise par les conseils généraux semble largement être liée aux collaborations antérieures. L'Education nationale a toujours été présente. Les villes se sont mobilisées de manière plus ou moins variable selon les territoires : davantage dans les

²⁸ Compte rendu du comité des programmes du 30 mars 2008

territoires (Marseille) où il existe des ateliers santé ville, moins là où ce dispositif n'existe pas (Nice, Draguignan). A Draguignan, l'arrivée récente de certains instructeurs dans l'institution n'a pas facilité la mobilisation des acteurs au sein de la plateforme, ce qui n'est pas sans conséquence pour le développement de la dynamique. A Nice et Digne, les habitudes de travail communes depuis plusieurs années sont un atout pour l'animation.

2.2. L'éloignement géographique, handicap ou atout des territoires

L'éloignement géographique des pôles départemental et/ou régional exerce une influence tantôt favorable tantôt défavorable. Si l'éloignement du territoire de Nice du pôle régional, peut être considéré comme un atout en faveur d'une certaine autonomie, l'éloignement du territoire de Digne vis-à-vis du GRSP et de Draguignan par rapport à la plateforme départementale est plutôt un handicap.

Dans le territoire de Digne, la géographie physique et les réseaux de transports rendent les déplacements difficiles, qu'il s'agisse de la question de l'accès aux services ou des déplacements des professionnels. Les personnes interviewées regrettent que ces spécificités ne soient pas prises en compte : les difficultés de déplacement représentent un coût supplémentaire pour toutes les actions. L'isolement vécu par les opérateurs à Draguignan et pour l'ensemble des acteurs à Digne, est antérieur au PRSP, mais semble s'exacerber en raison de l'accroissement des procédures, des compétences exigées en santé publique (lecture du plan, définition de critères, d'indicateurs...), des délais de réalisation des travaux et de la disponibilité moindre des institutionnels.

La situation géographique des plates-formes tient certainement une place importante dans ce constat. Pour des raisons d'ordre pratique, il arrive, que dans le cadre de l'instruction des dossiers concernant les territoires, les plateformes se réunissent dans des locaux implantés au niveau du département et non au niveau des territoires concernés. Cet élément est significatif de la difficulté pour les uns et les autres de se rencontrer. Les « *membres du GRSP* » (équipe rapprochée, pilotes, plate-forme départementale) se déplacent peu dans ces territoires. Pour les instructeurs, se déplacer pour se réunir, « *descendre à Marseille* » sont autant d'occasions de perdre du temps qui pourrait être ailleurs, investi, ce « *d'autant qu'il n'y a pas que le PRSP* ». Pour les opérateurs, le territoire signifie la connaissance directe « *proche de l'expérience* » face à une connaissance indirecte, « *éloignée de l'expérience* »²⁹ apportée par les documents émanant de ce territoire ; « *on ne vient jamais nous voir* ». Ce manque de connaissance se révèle, selon eux, lorsque, par exemple, plusieurs territoires sont désignés « *territoire alpin* » ou lorsqu'une agglomération d'un département est citée dans un autre département.

²⁹ en référence à Heinz Kohut

2.3. La disponibilité de l'offre comme condition d'implantation

La disponibilité de l'offre est également un point capital dans la mise en œuvre du PRSP. Autant dans les territoires urbains cette question ne se pose pas, autant dans les territoires éloignés des pôles (Digne, Draguignan) elle constitue une difficulté majeure.

Le territoire de Draguignan ne dispose pas d'une offre suffisante de services et l'offre est drainée du littoral vers ce territoire : en 2007, pour 44 actions, seulement une dizaine était portée par les opérateurs territoriaux. Par ailleurs, on note pour ce territoire, un resserrement de l'offre territoriale entre 2006 et 2007 ; on passe de 5 opérateurs en 2006 à 3 opérateurs en 2007. A Digne, les personnes interviewées disent constater une diminution importante de l'offre alors qu'on comptabilise 18 opérateurs financés en 2007 et 14 opérateurs en 2006. Il semblerait qu'un certain nombre d'opérateurs ne proposent plus de projet au PRSP. Les raisons évoquées par les personnes interrogées tiennent à la lourdeur et la difficulté des procédures couplées à des exigences méthodologiques en santé publique que certains ne se sentent pas en mesure de satisfaire. L'accompagnement proposé par les Codes, apprécié par ceux qui en ont bénéficié, ne semble pas réduire les craintes de ces opérateurs qui concluent : « *Tout ça pour 3000 euros... non !* »

L'assise financière des opérateurs est un paramètre non négligeable. En effet, dans les territoires ruraux, la mise en œuvre des actions repose davantage sur des opérateurs éloignés géographiquement et/ou ayant du fait de leur dimension (« *petits porteurs* » opposés à de « *gros porteurs* » tels que La Croix Rouge ou Médecins du Monde...), une fragilité financière plus importante, car ils ne peuvent pas bénéficier d'autres appuis. Les procédures, les modalités de financement, les exigences dans les délais, les financements partiels sont des éléments énoncés, autant par les porteurs que par les instructeurs, comme étant à l'origine des difficultés de gestion pour les structures.

Les territoires peuvent d'autant mieux rendre compte de leurs problématiques, étayer les besoins et dynamiser les partenaires qu'ils disposent d'un partenariat actif et d'une offre conséquente.

3. L'application du PRSP : déclinaison ou territorialisation ?

Ce point est consacré à la territorialisation, volonté affichée et souhaitée, et tente d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : la territorialisation a-t-elle pris corps en tout ou en partie ? Quelle forme a-t-elle prise dans les territoires observés ?

3.1. Logique de plan et dynamiques des territoires : l'expression des besoins locaux

Nous tentons ici d'apprécier la cohérence entre les besoins identifiés et consignés dans le PRSP, les actions réalisées et la réalité du territoire telle que nous l'avons observée. Il convient toutefois de garder à l'esprit que les préoccupations exprimées lors des consultations locales sont influencées par les perceptions des offreurs.

L'analyse des quatre territoires d'observation (Digne, Draguignan, Marseille, Nice) montre une concordance relative entre les problèmes repérés et les programmes et les objectifs du PRSP. On peut cependant décrire trois situations différentes, au regard du type de territoire et de la disponibilité de l'offre.

Pour les territoires dits urbains (Marseille, Nice)

La liste des problèmes cités lors des consultations locales était très vaste ; pour autant, certains besoins prégnants ont été peu (ou pas) évoqués. En témoigne, l'absence de certaines problématiques liées au vieillissement (douleurs, soins palliatifs, hébergement temporaire, aide aux aidants) pour le territoire de Nice. La dynamique autour du plan « *Bien vieillir* » peut expliquer cette mise entre parenthèses.

A Marseille, ce serait l'insuffisance de travail en réseau qui n'aurait pas été prise en compte. A contrario, des thématiques non citées lors des consultations locales ont fait l'objet d'actions financées dans ces territoires (souffrance psychique, dépistage, vaccination et prise en charge des hépatites B et C).

Concernant le territoire de Digne

La concordance entre les thèmes repérés et les objectifs du plan apparaît plus faible. L'approche populationnelle choisie pour poser les constats ne facilite pas le croisement avec la structure du plan. De plus, les constats font état d'une complexification des problématiques en raison de l'accumulation de difficultés pour les mêmes publics. Si on limite les besoins à la santé au sens le plus strict, il apparaît des adéquations entre les actions financées et les besoins du territoire. En revanche, la plupart des besoins reconnus en matière de santé – au sens le plus large – par les acteurs de terrain ne figurent pas dans le PRSP. De plus, les spécificités géographiques du territoire sont une contrainte pour les réalisations du Plan : les actions sont jugées insuffisamment financées au regard des difficultés liées aux déplacements et à la dispersion des populations.

Concernant le territoire de Draguignan

Certains problèmes ne trouvent pas de réponses : soit parce que le plan n'a pas inscrit d'objectifs dans ce sens - c'est le cas des problématiques spécifiques liées au vieillissement (structures et ressources pour le maintien ou le retour à domicile) - soit parce que le territoire ne dispose pas, semble-t-il, d'une offre susceptible de répondre à ces besoins. C'est le cas de la souffrance psychique, ceci étant amplifié par une précarité grandissante et une offre particulièrement déficitaire (pédopsychiatrie...).

Les besoins de ces territoires sont fortement corrélés à certaines caractéristiques propres à ces territoires et ont pu être perçus comme des spécificités difficilement représentables à un niveau régional.

Au regard de ces observations, il apparaît que le poids des territoires, en termes de densité de population, de répartition des habitants, de réseaux de communication, et d'ampleur de l'offre de services, a une influence sur la prise en compte des thématiques du PRSP. Pour certains d'entre eux, les besoins sont fortement corrélés à des caractéristiques (géographie, offre de services) très spécifiques qui ont pu être gommées dans une lecture régionale. De plus, figure au rang des besoins ressentis, un déficit de structures de prise en charge qui dépasse le cadre du PRSP.

3.2. Les plateformes : « point de passage obligé » et support à l'animation

« Point de passage obligé », entre département et territoire

Dans les quatre territoires, la plateforme apparaît comme un point d'appui potentiel pour l'animation des territoires. Cet espace, dont les modalités d'organisation sont variables, serait à la fois un lieu d'échanges, de concertation et de représentation. La présence des villes est un élément important de cette animation.

« L'animation au niveau des territoires se fait dans le cadre des réunions territoriales, de tous ces échanges... les villes participent ça augmente encore les possibilités de réflexion par territoire. »

La perception de la dimension territoriale au travers du discours des acteurs est complexe et oscille entre département et territoire. La plate-forme peut être assimilée à un « *point de passage obligé* », c'est-à-dire un lieu (physique, géographique ou institutionnel) incontournable, à dimension territoriale ou départementale selon les besoins, les activités ou les potentialités.

Les institutions telles que la Ddass, la Cpm ou le Conseil Général ont des missions à vocation départementale, ce qui, du point de vue des personnes interviewées, peut être un frein à l'émergence de référent territorial.

« Je rends des comptes à ma directrice, ce sont des comptes qui intéressent le préfet... Nommer un responsable, ça aide le GRSP, mais nous, ça nous retire des données ».

Comme le souligne un instructeur :

« La réflexion se fait par territoire ; nous avons une plateforme territoriale dans la mesure où des personnels affectés sont les mêmes qu'il s'agisse d'un territoire ou d'un autre pour ce qui nous concerne. Nous envisageons l'ensemble du département. »

Les plateformes se sont organisées en fonction des potentialités locales. C'est ainsi que dans le territoire de Nice, l'animation s'y fait collectivement au niveau départemental, alors que, dans les territoires d'Antibes (directeur d'hôpital), de Cannes-Grasse (Ddass) et de Menton (MSA), des référents territoriaux ont été « nommés ».

A Draguignan, la territorialisation n'a pas vraiment de réalité tant pour l'instruction que pour l'animation qui peine à se concrétiser. Les institutionnels, tout en reconnaissant la pertinence d'une démarche territoriale, lui opposent le caractère départemental de leurs missions. S'agissant de l'instruction, les dossiers examinés au niveau du territoire sont ensuite revus dans une optique départementale.

3.3. La plateforme, support à l'animation

Une forme d'animation a pu voir le jour dès le lancement du PRSP dans certains territoires mais n'a pas toujours pu être prolongée. L'approche territoriale a porté sur la sensibilisation des opérateurs, l'ajustement des pratiques et le repérage de besoins³⁰. Progressivement la notion d'animation s'est réduite au travail d'instruction pour les 4 territoires observés. En effet, c'est à partir des réunions d'instruction que les acteurs sont d'abord amenés à échanger : c'est l'occasion de croiser leurs éléments de connaissance des opérateurs et ainsi, de mieux approcher les besoins et les réalisations menées dans les territoires. Les réunions de bilan sur les projets permettent d'apprécier l'effectivité de la mise en œuvre des actions et de réfléchir sur des ajustements ; les opérateurs peuvent être sollicités sur tel ou tel programme.

Les instructeurs regrettent de ne pouvoir consacrer davantage de temps aux opérateurs : apporter un appui méthodologique de manière globale aux opérateurs (traduire le cahier des charges, expliciter les objectifs). Ils souhaiteraient également pouvoir réaliser des états des lieux plus approfondis et solliciter les opérateurs sur des actions à développer. Même si les interlocuteurs départementaux ainsi que le Codes sont bien repérés comme ressource sur lesquelles s'appuyer, un accompagnement soutenu est souhaité par certains opérateurs.

3.4. La complémentarité des financements et la mise en cohérence des actions

D'une meilleure cohérence dans les financements à une meilleure lisibilité de l'offre

Pour les institutionnels, la mise en œuvre du plan apporte une meilleure connaissance des opérateurs et des actions menées sur le terrain et plus de cohérence dans les décisions de financement. Elle permet, à l'occasion des échanges qu'elle génère, de s'assurer de l'effectivité des actions, d'en ajuster certaines et de mobiliser de nouveaux acteurs (Nice).

Si la plateforme est un espace public d'élaboration de la décision, la construction de cet espace et sa légitimation sont le fruit d'un processus assez long entre les institutions s'y investissent. La plate-forme est parfois le lieu où des modes de fonctionnement différents se rencontrent, où des enjeux stratégiques se confrontent : surtout s'il est question d'attribution de budget. La lettre de mission ne saurait à elle seule constituer « la charte » des plateformes ; aux acteurs de chaque territoire de définir les modalités de fonctionnement des plateformes.

³⁰ Exemple : voir en annexe 2 la Monographie du territoire de Nice .

Mise en cohérence des actions : appel à de nouveaux opérateurs, nouvelles pratiques

L'analyse des bases de données des demandes de subventions entre 2006 et 2007 fait apparaître exceptionnellement de nouveaux opérateurs, de façon variable selon les territoires. A Nice, selon les instructeurs, de plus en plus d'opérateurs viendraient du secteur hospitalier et d'autres, du secteur social non investi traditionnellement dans le champ de la santé publique. A titre d'illustration, le rapprochement des services de cohésion sociale et des services d'actions de santé de la Ddass a donné lieu à une enquête santé précarité auprès des différentes associations en charge par ces services, démontrant que *« beaucoup de gens faisaient de la santé sans s'en rendre compte »*. Le service « actions de santé » s'est alors organisé en groupe de travail réunissant les personnes concernées par cette problématique. Les besoins et les ajustements en terme d'actions ont pu alors être discutés, donnant lieu à une proposition d'action financée dans le cadre du PRSP.

Pour les opérateurs, le PRSP a été l'occasion de réfléchir sur le sens de leur action en terme de santé publique. La démarche d'évaluation est soulignée comme un vecteur d'évolution important dans la réflexion sur leurs pratiques professionnelles. Le PRSP est un cadre de référence qui permet aux acteurs de se repositionner ou de repositionner leur projet en terme de santé publique.

«... le changement de méthode en 2007, c'est très intéressant pour revisiter, tout repenser.... ça a permis, de se repenser la question à chaque fois, qu'on pose comme objectif général, favoriser l'accès aux soins et à la couverture maladie de plus précaire : qu'est ce que je fais tous les jours qui favorisent l'accès aux soins ... »

Pour les opérateurs nouvellement arrivés dans le champ de la santé publique, cette réflexion leur a ouvert des perspectives vers d'autres possibilités de financement et un référentiel accessible.

3.5. La réappropriation du PRSP dans les territoires

L'usage du PRSP par les acteurs est un élément constitutif de la dynamique de territorialisation. Les acteurs apprécient ce nouveau dispositif qui leur apporte une vision plus claire et plus précise des objectifs, fournit un cadre structurant avec une méthodologie commune et s'inscrit dans la continuité de la période des programmes régionaux de santé. *« On a le même langage, on a la même grille de lecture pour analyser ces dossiers »*.

Identité d'action et logique de plan

Le PRSP est perçu néanmoins comme trop segmenté. S'il a le mérite d'identifier une politique de santé publique pour l'ensemble de la région, sa structure découpée en thématiques multiples qui s'enchevêtrent, rend sa lecture difficile pour les opérateurs engagés dans des actions transversales. En effet, les opérateurs sont alors contraints de segmenter leur projet pensé comme une globalité, en une somme de morceaux de projet,

chaque morceau donnant lieu à la rédaction d'un dossier. La transversalité qui manque au Plan doit alors être recrée. Cette segmentation a eu deux effets majeurs : une perte de cohérence ressentie par les acteurs et une surcharge de travail ressentie comme exponentielle dans le traitement des dossiers déposés. Tous ces éléments concourent à une vision du plan principalement sous l'angle d'un dispositif très consommateur d'énergie. Certaines Ddass ont été conduites à engager du personnel supplémentaire pour supporter les porteurs de projet lors de la procédure d'appel d'offre, notamment dans l'utilisation de Subvenet, l'aide mise en place par le GRSP n'ayant pas été suffisante pour résoudre les difficultés rencontrées. Le temps accordé l'a été au détriment des autres missions, en particulier, un accompagnement plus qualitatif des opérateurs.

La complexité de la procédure d'appel à projet : quelle équité face aux procédures ?

La procédure d'appel à projet génère particulièrement chez les « petits opérateurs » une charge supplémentaire de travail. Certains ont d'ailleurs abandonné la procédure en cours de route, d'autres ne souhaitent plus déposer de projet dans le cadre du PRSP, le financement du projet étant jugé insuffisant pour couvrir l'investissement en ressources humaines, nécessaire à la constitution du dossier. La mise en ligne des dossiers, la question des délais, le changement de procédures pas toujours comprises « *on avait un dossier unique et on m'a demandé de tout réécrire par programme...* » le retard dans les financements, même si la plupart trouvent des solutions, constituent des obstacles et des motifs d'abandon pour les opérateurs.

Les acteurs de terrain constatent une disparition des petits opérateurs surtout s'ils sont portés par des non professionnels (collectif d'habitants), ce qui peut s'avérer préjudiciable dans les territoires déjà déficitaires.

Le PRSP : un début de réponse aux besoins des territoires

Le processus de territorialisation a été engagé dès la phase de conception du PRSP avec les consultations locales. Celles-ci avaient pour but de donner une impulsion à l'adhésion des acteurs des territoires au PRSP ; elles ont permis l'identification de problèmes dont certains ont été pris en compte dans le document final. La précision des objectifs opérationnels ne rencontre pas toujours la réalité des territoires. En effet, il existe une disparité entre la couverture des besoins dans les territoires « *ruraux* » et les territoires « *urbains* ». La taille du territoire, la densité et la typologie de l'offre, l'antériorité des collaborations entre les membres des plateformes, la proximité géographique du territoire avec la plateforme et/ou le pôle régional, la répartition des communautés d'habitants, les réseaux de communication sont autant de facteurs qui influent sur la prise en compte des besoins et la mise en œuvre du PRSP. Ainsi les territoires « *ruraux* » ne trouvent qu'une partie des réponses à leurs besoins.

La priorisation, exercice éminemment difficile, au sein des territoires et des programmes n'a pas permis de réguler cet aspect, faute de critères suffisamment explicites.

Les plateformes territoriales sont actuellement la pièce maîtresse de la territorialisation. A géométrie variable, elles sont toujours configurées autour d'un noyau dur auquel s'associent d'autres partenaires, la présence des collectivités étant plus ou moins assidue et active. Ces plateformes adaptent leur fonctionnement aux contraintes locales, organisées sur une échelle tantôt territoriale tantôt départementale. Absorbées par la procédure d'appel à projet et par la mise en place de Subvenet, elles peinent à développer leur mission d'animation.

L'acceptation du PRSP est nuancée : ce nouveau dispositif est apprécié en raison de son caractère structurant et de la continuité avec les années précédentes et discuté en raison de son caractère segmenté. La lourdeur des procédures, le retard dans les financements, les exigences méthodologiques constituent des contraintes pour les opérateurs, particulièrement pour les plus fragiles d'entre eux. Pour les acteurs institutionnels, le plan apporte une meilleure cohérence dans l'attribution des financements, une meilleure lisibilité de l'offre et ouvre des perspectives vers de nouveaux opérateurs et de nouvelles pratiques inscrites dans une démarche de santé publique.

Des atouts pour la poursuite du Plan

Le PRSP est un dispositif non contesté, même si des améliorations sont attendues.

Le PRSP dispose de points d'appui :

- une appropriation en cours, par les différents acteurs ;
- une organisation flexible des plateformes laissant aux institutionnels des marges de manœuvre dans l'adaptation des fonctionnements en fonction des contextes ;
- une dynamique partenariale autour de ces espaces qui s'affirme et qui s'étend à de nouveaux acteurs (villes) ;
- des procédures posant un cadre.

VI. Le PRSP comme stratégie de dynamisation des pratiques professionnelles et des dynamiques partenariales entre les acteurs (institutionnels, de proximité)

1. Le PRSP favorise-t-il un processus qualité/d'apprentissage auprès des différents acteurs ?

Le PRSP paraît trop jeune, le dispositif trop peu stable et les systèmes d'informations trop incomplets à ce stade pour se positionner sur la qualité des pratiques professionnelles tout comme sur la qualité des actions, au départ d'une analyse ou d'une observation directe de celles-ci. Nous nous intéresserons plutôt à ce que disent les témoins que nous avons interrogés sur quelques éléments reconnus importants dans une évolution collective de pratiques professionnelles. Parmi ces éléments, nous avons retenu d'un côté, les avis sur la capacité du PRSP à produire de l'innovation et un travail sur la qualité des pratiques professionnelles et de l'autre, les avis sur la création/l'existence d'une culture commune. En tension avec ces critères, il nous semble important de laisser aussi une place à l'identification d'effets non attendus, notamment en terme de mise à l'écart/ exclusion de certains acteurs.

Nous évoquerons ces éléments en nous plaçant, d'une part, du côté des opérateurs (porteurs de projet, acteurs de proximité) et, d'autre part, du côté des acteurs institutionnels du PRSP : (partenaires, pilotes et instructeurs, partenaires des plateformes locales ou des groupes techniques régionaux).

1.1. Pratiques professionnelles des opérateurs : porteurs de projet et acteurs de proximité

De l'avis convergent de plusieurs élus des collectivités locales, d'un représentant des associations, mais aussi de certains acteurs institutionnels, on n'a vu apparaître qu'exceptionnellement de nouveaux opérateurs dans le cadre des financements par le GRSP. Au contraire, on aurait vu disparaître certains acteurs du paysage de la santé publique. Il se pourrait que ce tarissement touche certains territoires plutôt que d'autres, car certaines collectivités locales disent que sur leur territoire, l'opération est neutre (*« le même nombre d'actions mais beaucoup de contraintes en plus et de mécontentement »*).

Les raisons invoquées sont respectivement :

- un défaut de communication sur le PRSP auprès d'acteurs peu habituels du champ de la santé publique : certains mentionnent que des opérateurs connus sur les territoires pour réaliser des actions en lien avec la santé publique n'ont pas été informés de cette possibilité de financement ; d'autres remarquent que dès les consultations territoriales, le nombre d'opérateurs présents était fort limité, et que n'étaient pas représentés les *« nouveaux métiers ou les professionnels émergeant dans le champ de la santé publique »*.

- le découragement, un manque de savoir-faire ou d'équipement de porteurs de projet de petites structures pour faire rentrer leur projet dans le cadre imposé par le financement GRSP (adapter le projet au ciblage des cahiers des charges, le répartir entre plusieurs programmes, utiliser les supports officiels pour rentrer les demandes (COSA et ses annexes, subvenet...)

Ces phénomènes croisés, joints à la relative étroitesse des budgets sur de nombreux programmes, entravent le renouvellement des acteurs et favorisent les grosses associations bien implantées sur la place. Quand, par exception, un nouveau porteur de projet est financé, il s'agit effectivement d'un organisme qui, s'il ne ressortissait pas du champ de la santé publique, disposait déjà d'une expertise en matière de dépôt de projets.

Par ailleurs, les quelques ressources humaines disponibles dans les territoires pour le soutien méthodologique, ont été mobilisées de façon préférentielle et massive pour une aide aux démarches administratives liées à l'appel à projet plutôt que pour le soutien de la réflexion des porteurs de projet quant à leurs objectifs, leurs stratégies et leurs actions. Les instructeurs ont dû intervenir en urgence pour aider les porteurs de projet. Les formats de formulaires pour rentrer les projets ont eu pour conséquence que les porteurs ont donné moins d'explications, les projets pouvant alors paraître creux à la lecture. Les conditions n'étaient donc pas remplies pour demander aux acteurs de s'investir dans la professionnalisation des actions et l'amélioration de la qualité de celles-ci. Certains acteurs parlent de « *déperdition qualitative* ».

Deux autres raisons freinent les recours à l'innovation et la prise de recul exigées pour faire évoluer la qualité des pratiques professionnelles.

Le PRSP exerce une influence descendante : c'est aux structures, aux porteurs de projets à adapter leurs objectifs et leurs pratiques aux cahiers des charges des programmes ; cette adaptation est pour beaucoup une condition de survie. Le message envoyé aux porteurs de projet tient essentiellement de la conformité plutôt que de l'innovation ou de la pratique réflexive. Enfin, les porteurs de projet vivent un éclatement du temps qui ne les incitent pas à prendre du recul par rapport à leurs pratiques. Sont évoqués en ce sens, la durée du parcours entre l'appel à projet et la notification du financement (décision qui en 2007 a parfois été reportée de plusieurs mois) ainsi que les modifications annuelles des cahiers des charges. Les demandes de financements doivent parfois être réalisées alors que sont à peine commencées les actions de l'année antérieure. Le manque de stabilité globale du système (« *les programmes changent, les pilotes changent, les procédures sont différentes selon les instances* ») entraîne pour les porteurs de projet une incertitude sur ce que seront les exigences et les possibilités d'être financés les années ultérieures. A cette incertitude est quelquefois couplée la perception d'un manque de référent : certains déplorent l'éloignement des pilotes par rapport aux porteurs de projets et/ou aux plateformes territoriales, car dans quelques programmes, la discussion du projet avec le pilote semble un incontournable. Comment exiger dans ces conditions de réaliser des évaluations qui régulent les actions ?

Deux éclaircies sont récemment apparues dans ce paysage :

- l'évaluation des actions lancées fin 2007 par le GRSP fournit une occasion de dialogue entre pilotes, instructeurs et promoteurs ; ces échanges soulèvent des interrogations qui pourraient être utilisées par les porteurs de projets pour prendre du recul sur les actions et par les pilotes/instructeurs pour formuler des recommandations quant à la manière de concevoir, mener les projets et /ou pour adapter les cahiers de charges.
- l'accroissement depuis 2008 du temps disponible pour le conseil en méthodologie et en évaluation dans les Codes (convention cadre GRSP-INPES) devrait permettre de renforcer le soutien aux porteurs de projets.

1.2. Pratiques professionnelles des acteurs institutionnels

Pour plusieurs de ceux-ci, la force d'innovation du PRSP tient d'un côté dans l'affichage d'une cohérence entre actions, qui jusqu'alors étaient dispersées, et de l'autre, dans la structuration, l'harmonisation des outils et des procédures entre les divers programmes.

« On visibilise là où on fait des efforts avec la prévention, pour faire la démonstration qu'on est complémentaires »

D'autres éléments liés aux partenariats entre institutions différentes, entre différentes administrations, pourraient aussi figurer dans ce paragraphe consacré à l'innovation et à l'amélioration des pratiques professionnelles. *« On se connaît, on élabore des programmes ensemble, on travaille avec des publics nouveaux pour nous, par exemple, mise en place d'une dynamique entre médecin du travail et médecin traitant »*. Ces éléments, centraux dans les enjeux de la mise en place du PRSP, feront l'objet d'un traitement particulier ci-dessous.

Par ailleurs, la dimension d'innovation liée au contenu du plan lui-même a été largement abordée dans le chapitre 1. De manière générale, les nouveautés introduites dans le plan par rapport à ce qui existaient en région Paca antérieurement proviennent de trois sources :

- les plans nationaux dépendant de l'administration de l'action sanitaire et sociale ;
- les plans dépendant d'autres administrations et rendus obligatoires par la loi de santé publique ;
- les consultations territoriales pour l'un ou l'autre thème.

L'animation des programmes et des plateformes territoriales peut aussi être abordée dans le cadre de l'innovation, de la professionnalisation et de l'assurance de qualité des pratiques. *« La logique de l'animation de programmes requiert du temps, des compétences, de la continuité »*, il y a parmi les pilotes, des professionnels très expérimentés en santé publique qui ont une culture de conduite de projets. Mais le groupe des pilotes présente beaucoup de variétés en termes de formation, de vision de leur rôle et de la santé publique, d'expériences et de missions habituelles. Le Cres a réalisé un important travail de soutien méthodologique en participant au groupe « méthodologie et évaluation » ainsi qu'aux groupes techniques régionaux des programmes qui sont en relation avec son activité (13 programmes). Certains pilotes apprécient de bénéficier de l'expérience et du savoir-faire des autres et profitent en ce sens des quelques occasions qui leur sont offertes dans les instances du GRSP. Par exemple, *« le comité des programmes permet les échanges, la communication, l'action commune »*. Rappelons toutefois que plusieurs pilotes ont déploré que les réunions des pilotes soient souvent

envahies par des questions administratives au détriment d'une réflexion sur le contenu des programmes. Quant à d'éventuels échanges collectifs entre programmes à propos du rôle de pilote et des méthodes d'animation des programmes, nous n'en avons pas entendu parler. Seules les lettres de missions cadrent les obligations des pilotes en ce domaine.

Ces derniers constats sont cohérents avec les orientations de la direction du Grsp qui privilégie la promotion de la santé publique à l'extérieur, la culture commune en santé publique étant supposée acquise en interne au GRSP.

2. Culture commune : usage et appropriation du PRSP

Pour le directeur du GRSP : *« Le PRSP est conçu comme un document général porté à connaissance. Aux pilotes, aux institutions de se l'approprier, de s'en servir comme un document de référence, au local de butiner, de prendre ce qui lui est nécessaire. »*

Cette définition laisse ouverte la question de la manière dont les professionnels et les institutions s'approprient ce cadre et à quelles fins elles l'utilisent. C'est ici qu'intervient la notion de culture commune, terme fréquemment cité par les témoins interviewés. Un document cadre est insuffisant à créer une culture commune. La culture commune est constituée des références, valeurs, procédures que les différents acteurs mobilisent pour s'approprier ou rejeter ce cadre, c'est la représentation symbolique collectivement construite qu'ils se font de l'utilisation de ce cadre. Nous considérons que les réflexions sur la qualité de pratiques professionnelles et sur les capacités d'innovation sont aussi constitutives de cette culture commune.

Les liens entre l'existence d'un cadre et la création d'une culture commune en favorisant l'appropriation peuvent être explorés à partir des constats suivants.

Vu du côté des acteurs territoriaux et des associations

Il n'y aurait pas assez de communication qui permette de s'emparer du PRSP pour monter des projets.

Vu du côté des décideurs institutionnels du GRSP

Pour l'Etat, l'important est de diffuser la culture et les préoccupations de santé publique auprès de certains de leurs partenaires obligés ou théoriques (l'ARH, les médecins libéraux, etc.) C'est dans cette optique que se sont inscrites les journées organisées par le GRSP (*Hôpital et santé publique, médecins libéraux et santé publique*).

Pour l'assurance maladie, l'important est de diffuser une culture du résultat, du caractère vulnérable de certains comportements ou de certaines affections ; ils souhaitent clairement influencer les porteurs de projet en ce sens.

Vu du côté des acteurs institutionnels déjà actifs dans le PRSP

Les propos sont contrastés en fonction des programmes et des institutions concernées.

Certains pilotes regrettent le manque de sensibilisation des acteurs du PRSP à leur problématique propre (par exemple : les liens entre environnement et santé, le bon usage des médicaments). Inversement, ils mentionnent des difficultés à sensibiliser les interlocuteurs des autres secteurs aux enjeux du PRSP (DRIRE, Agriculture, Equipement pour le PRSE par exemple). Cette absence de communauté dans les visions est antérieure à la mise en place du PRSP.

D'autres pilotes perçoivent leur collaboration au PRSP comme une occasion de découvrir des modalités d'intervention différentes de celles pratiquées dans leur champ : une approche plus globale de l'individu, une approche attentive des inégalités sociales, territoriales, la découverte de modèles tels que l'outil de catégorisation des résultats, etc.

Ainsi, si certains acteurs institutionnels ont importé dans le PRSP la culture commune construite à l'occasion de leurs participations antérieures aux PRS et PRAPS ; si ceux qui ont contribué à l'élaboration du PRSP partagent aussi des éléments de culture commune, de même que les acteurs de certains groupes techniques régionaux, plusieurs acteurs institutionnels restent en demande d'échanges propices à accentuer cette culture commune. Celle-ci ne semble pas encore un acquis du PRSP à l'heure actuelle. *« Il faudrait faire autre chose ensemble que valider les projets : définir la philosophie globale d'un programme et la liaison des projets entre eux ».*

La question reste cependant ouverte de voir à partir de quels éléments construire cette culture commune car, on l'a vu ci-dessus, les enjeux et intérêts des uns et des autres ne se superposent pas nécessairement. Ainsi, les responsables de l'Etat sont surtout préoccupés de développer la culture de santé publique auprès d'acteurs peu familiers de celle-ci et ceux de l'assurance maladie d'impulser une culture d'efficience auprès des porteurs de projets.

Les supports de communication développés par le Cres pour le GRSP pourraient constituer des outils en ce sens, de même que la diffusion de la formation à l'outil de catégorisation des résultats. Ils ne suffiront cependant pas, si ne sont pas organisés régulièrement des espaces d'échanges et de construction collective, dont les productions sont effectivement exploitées au sein du PRSP et de la gestion de celui-ci. Une certaine récurrence et une certaine continuité des échanges sont essentielles pour créer une culture commune. Certains programmes tels que le PRAPS et le programme Nutrition et Activité physique ont connu cette expérience et s'en félicitent. D'autres acteurs expérimentent à l'extérieur du PRSP des modèles de planification fondés sur plus de concertation ; sur une approche plus pédagogique en matière de fonctionnement. Il y a donc au sein du PRSP lui-même, de ses acteurs et partenaires des initiatives à diffuser, à adapter pour accroître la culture commune.

Par ailleurs, il faut aussi être attentif à ce que ce souhait de culture commune fondée sur le sens et les méthodes de l'action en santé publique, ne soit parasité par une autre facette qui pour le moment colonise les représentations autour du PRSP : celle de l'invasion des

procédures. « *Attention à l'essoufflement des collaborations quand on demande trop de procédures, de tâches inutiles* ». Par contre, les concepts de territorialisation et l'appropriation d'outils et démarches d'évaluation pourraient fournir des catalyseurs intéressants pour ces réflexions collectives.

3. Comment le PRSP favorise-t-il des dynamiques partenariales entre institutions et/ou entre acteurs ?

Plutôt que de réaliser ici un bilan de l'adhésion des différentes institutions, de leur degré d'implication, nous avons mis l'accent sur les différentes formes de coopération, sur les processus par lesquels passent les partenariats, les avantages et inconvénients de ceux-ci.

3.1. Influence des partenariats dans la construction et les révisions du PRSP

Un élément non contestable est un engagement sans ambiguïté de l'Etat dans l'activation et le support de partenariats, les lignes suivantes en fourniront de nombreux exemples.

Cette logique, ou cette option, entre parfois en contradiction avec l'exigence de priorisation qui semble un élément central dans la construction et les révisions d'un plan : certains reprochent ainsi à l'Etat de trop prendre en compte les lobbies, les enjeux de certaines associations au regard des priorités de santé publique dûment établies.

Très clairement, lors de la conception du PRSP, l'Etat a souhaité jouer la continuité, en veillant à maintenir ou rétablir peu à peu des partenariats antérieurs qui avaient été rendus difficiles par les blocages institutionnels provoqués par le cadre légal du PRSP.

Ces partenariats sont activés dans le conseil d'administration, dans la commission des programmes, dans les groupes techniques régionaux de certains programmes et pour certains d'entre eux dans les plateformes territoriales ; voire parfois les instructions territoriales. L'investissement des partenaires, leur rôle dans la conception et l'évolution du plan tout comme dans son application dépend du nombre et du type de groupes et de commissions dans lesquels ils sont actifs.

Le fonctionnement harmonieux des partenariats antérieurs était fondé sur des éléments non formalisés. Le GRSP a repris certains de ceux-ci, par exemple le pilotage régional et l'instruction départementale, en formalisant une série de procédures et en les harmonisant pour l'ensemble des programmes. Cette formalisation, reconnue comme étant dans l'absolu une avancée, n'a pas encore trouvé sa juste mesure et tend parfois à freiner les partenariats que ce soit au niveau régional ou territorial.

3.2. Modalités de financement et partenariats.

Au terme de cette évaluation, il semble évident que les processus de financements ne sont pas les déterminants majeurs des partenariats qui se nouent dans et autour du PRSP. Si les financements et les divers mécanismes de ceux-ci restent pour les services de l'Etat une préoccupation, ils ne soutiennent le partenariat que grâce à l'expérience et l'habileté des responsables de l'Etat qui « jouent de leurs lignes budgétaires » pour en faire les supports formels de collaborations avec des partenaires, dont certains ne souhaitent pas s'inscrire dans le co-financement au sein du GRSP. L'Etat reste le pourvoyeur majeur des fonds du GRSP.

La contribution de l'Assurance maladie au GRSP est finalement proportionnellement plus importante en terme de ressources humaines qu'en terme de financement ; par contre ce co-financement a été lourdement négocié par l'introduction de certaines priorités, par le poids sur les décisions au conseil d'administration du GRSP, etc. L'assurance maladie garde en outre une large liberté de manoeuvre en dehors du PRSP en finançant ou co-finançant les programmes qu'elle juge correspondre à ses options (cf. ci-dessus culture commune), et en tenant compte que les priorités de l'assurance maladie ont changé depuis la conception du PRSP.

Etant co-financeur et revendiquant à ce titre l'influence sur les décisions, les décideurs de l'assurance maladie s'interrogent sur la place à donner aux membres du conseil d'administration du GRSP qui n'abondent pas celui-ci. Cette position fondamentale est en décalage avec plusieurs des réalités opérationnelles de la mise en œuvre du plan :

- décalage avec les stratégies des services de l'Etat qui tentent d'activer les partenariats au-delà de la contribution financière directe au GRSP. Ainsi un contrat d'objectifs a été passé avec le Conseil régional pour financer les centres de ressources (ORS, CRIPS, Cres) dans le cadre des crédits du contrat de plan Etat Région.
- décalage avec les conditions de réalisation de certains objectifs opérationnels formulés dans le plan qui ne sont pas trop coûteux car on utilise les moyens des autres institutions (par exemple la PMI et la santé scolaire pour le programme 9). Le programme 02 fournit un autre exemple de ce type, ainsi que la position de certains conseils généraux qui co-financent des actions retenues ou labellisés par le GRSP.

3.3. Richesse et limites des partenariats qui échappent aux questions de financement par le GRSP

Les mécanismes de cofinancements ou de répartition des responsabilités de financement, qui ne sont pas intégrés dans le GRSP, sont peut-être effectifs et appréciés car ils échappent à la contrainte des procédures et des engagements institutionnels sur le long terme. Ils sont aussi très dépendants des personnalités en place et de leur volonté de concertation collective. Ils concernent souvent des instances déjà sensibilisées aux matières et aux thèmes développés dans le PRSP par le passé.

Ce type de phénomène est particulièrement bien illustré par les positionnements des collectivités territoriales : certaines d'entre elles choisissent de co-financer des projets sur certaines des priorités du PRSP qui sont aussi les leurs, d'autres choisissent de stimuler les promoteurs à répondre aux appels d'offre du PRSP et financent elles-mêmes, par exemple dans le cadre des ateliers santé ville, ce qui ne rentre pas dans ceux-ci. Il y a donc information réciproque sur les décisions de financement, évitant ainsi les doublons.

Cette liberté et cette absence de formalisation ont un coût ; cela peut freiner l'innovation car les discussions au sein du GRSP et de ses instances ne sont pas ouvertes aux actions totalement financées à l'extérieur, privant ainsi l'instance partenaire d'une occasion de régulation, d'évaluation de ses programmes et le GRSP d'une occasion de soutenir formellement des actions qui chevaucheraient un de ses programmes et une thématique extérieure (défaut de transversalité). C'est notamment le cas avec la Direction du travail et aussi avec la MILDT. Avec la MILDT, le PRSP évite les doublons mais ne monte pas de programme commun, sauf par l'intermédiaire de l'Education nationale sur une action très précise.

Face à ce phénomène, la plupart des acteurs institutionnels qui sont en position de co-financer en dehors du GRSP, sont demandeurs de réflexion commune sur les priorités et sur la philosophie du PRSP et de ses programmes. Il faut reconnaître cependant que certains ne sont pas demandeurs de telles concertations, craignant sans doute d'y perdre une part de l'autonomie à laquelle ils sont farouchement attachés.

Le PRSP fournit un cadre que les acteurs à différents niveaux doivent investir et s'approprier. Cette appropriation passe par la notion de culture commune en tant que « représentation symbolique, collectivement construite que se font les différents protagonistes de l'utilisation de ce cadre » : culture du partenariat institutionnel, de la planification en santé publique, de l'efficacité en santé publique, d'une approche intégrée des problèmes des populations...

Dans sa conception et sa mise en œuvre, le PRSP de la région Paca a voulu favoriser les occasions de partenariat. Contrairement à une première appréhension, ce n'est pas la mise en commun des financements au sein du GRSP qui semble stimuler le plus les partenariats mais l'association des institutions et des dispositifs au pilotage des certains programmes et la concertation qui s'organise dans les plateformes territoriales. Il est noté que la logique d'animation nécessaire à dynamiser les partenariats et la réflexion collective requièrent temps, compétence et continuité : or, les pilotes et les instructeurs possèdent des profils très variés et disposent parfois de peu de temps, vu la multitude des tâches à réaliser dans le cadre des missions que leur confie le GRSP.

Ainsi, le premier bilan réalisé à l'occasion de ce rapport à mi-parcours semble montrer un déficit d'investissement dans la création d'une culture commune parmi les acteurs institutionnels et opérateurs du PRSP, à l'exception d'un gain reconnu par beaucoup dans l'harmonisation des procédures.

Mais cette harmonisation des procédures, tout comme d'autres éléments de contexte liés à la gestion du plan en tant que cadre de financement, semble entraver le renouvellement des acteurs, l'innovation dans les pratiques et l'investissement nécessaire à une amélioration continue de celles-ci. Le risque est aussi formulé d'une diminution à terme des « petits opérateurs », qui pourrait appauvrir les actions de proximité.

Des atouts pour favoriser la culture commune et le partenariat

Certaines initiatives prises dans le cadre du PRSP sont assez unanimement appréciées :

- Les différentes démarches et outils d'évaluation fournissent aux pilotes et instructeurs (et parfois opérateurs) des occasions de réfléchir ensemble sur le sens des objectifs, des interventions, de certaines actions parfois.
- Plusieurs des partenaires extérieurs trouvent enrichissante leur participation au PRSP au travers de certaines des instances de celui-ci ou des plateformes territoriales, car cette participation ouvre à d'autres approches et leur apporte une réflexion commune sur des critères de qualité des pratiques, sur la couverture des besoins territoriaux.

Le GRSP et/ou les plateformes territoriales rassemblent de nombreux acteurs institutionnels plus nouvellement arrivés dans le champ de la santé publique ou plus isolés ; leur motivation est forte pour bénéficier de l'expérience des acteurs plus chevronnés dans le domaine, pour utiliser les outils et espaces d'échanges créés par le GRSP pour mettre à l'épreuve leurs propres pratiques mais aussi inversement, pour faire profiter les acteurs de santé publique de leurs expériences spécifiques.

Des initiatives, dont certaines fort récentes, semblent ouvrir des pistes pour amplifier cette culture commune :

- des journées de réflexion et des colloques adressés aux acteurs du champ du soin et de l'accompagnement ;
- un accroissement du temps disponible dans les Codes pour le soutien méthodologique aux porteurs de projets ;
- la diffusion (notamment par des formations systématiques) d'un cadre logique commun pour la planification et l'évaluation des programmes et des projets (outil de catégorisation des résultats).

VII. Conclusions et recommandations

Les recommandations ont été classées en quatre catégories, en fonction du niveau considéré : structuration, mise en œuvre, territorialisation et animation du PRSP. Bien que ne portant pas sur le même objet, elles peuvent parfois se recouper.

1. Relatives au plan

Pour améliorer la cohérence

R1	Expliciter les stratégies du Plan en vue de faire converger les différentes interventions pour atteindre les objectifs (développement de la promotion de la santé, renforcement de la coordination locale, professionnalisation des acteurs etc.)
R2	Engager une réflexion sur la fonction du Plan Le PRSP a été conçu comme instrument de mise en oeuvre des interventions conduites dans une région. Il a vocation à restaurer de la cohérence, compte tenu de la multiplicité des institutions et des acteurs impliqués dans le champ de la santé publique. Le PRSP de la région Paca englobe un large éventail d'actions et de programmes dont une partie d'entre eux se prolongent dans d'autres dispositifs pilotés par d'autres institutions. Il pourrait être intéressant de réfléchir aux représentations que véhicule le PRSP de par sa conception et sa mise en œuvre : s'agit-il d'un cadre dans lequel les partenaires viennent proposer des objectifs et/ou les moyens cohérents avec une approche de santé publique, favorisant ainsi une meilleure lisibilité de la santé publique et/ou une planification cohérente des ressources spécifiques à celle-ci. Ou s'agit-il d'un réseau d'acteurs et d'institutions, qui, au-delà de ressources spécifiques et de procédures harmonisées, vise à animer ou dynamiser le développement de la santé publique sur la région, en acceptant de laisser une large marge de liberté et de manoeuvre aux acteurs qui s'inscriront dans ce réseau et surtout en n'exigeant pas qu'ils fondent leur identité dans celle du GRSP ?
R3	Envisager des modes de financement adaptés au type d'action : une contractualisation pour les actions reconduites, une commande ciblée par appel à projets pour susciter des actions répondant à des objectifs précis ou destinées à des populations ou des territoires particuliers...
R4	Revoir la structure du Plan : recentrer le plan sur un nombre limité de programmes, avec des voies d'entrée plus transversales. (à plus long terme)

2. Relatives à la mise en œuvre

Pour améliorer la transversalité

R5	Axer les réflexions inter programmes sur les points communs et convergences entre ceux-ci, portes d'entrées privilégiées par rapport à certaines populations plutôt que sur les délimitations entre les programmes.
R6	Utiliser les groupes techniques régionaux pour diversifier les partenariats entre les programmes et avec d'autres secteurs et élargir les points de vue sur les thématiques centrales des programmes.
R7	Réviser et/ou adapter les appels à projets : envisager des appels à projets communs à plusieurs programmes et/ou ajustés à la taille de l'action, en fonction d'un seuil de financement et en deçà duquel la procédure serait allégée, et/ou en lien avec d'autres dispositifs, tout au moins en terme de calendrier.
R8	Etendre le soutien aux opérateurs R8-1 - Préciser dans les cahiers des charges les liens entre programmes et pas seulement les délimitations, ainsi que les co-financements possibles. R8-2 - Apporter un soutien technique à la rédaction du dossier particulièrement pour les actions intégrées à inscrire dans plusieurs programmes.

Pour améliorer la régulation

R9	Rendre visibles les décisions prises à la suite des évaluations.
R10	Former l'ensemble des acteurs à l'utilisation des outils et démarches d'évaluation commune.

Pour fluidifier les relations

R11	Stabiliser les outils et procédures.
R12	Améliorer la transparence de la décision.
R13	Veiller à renvoyer l'information vers les différents acteurs concernés particulièrement aux temps clés : décisions du CA, notification... et donner un cadre commun aux différentes initiatives d'évaluation
R14	Clarifier le partage des responsabilités entre pilotes et équipes d'instruction en considérant les situations.

R15	Favoriser la mobilité du centre vers les territoires - limiter les déplacements des acteurs des territoires vers le GRSP - favoriser les réunions et les rencontres dans les territoires

3. Relatives à la territorialisation

Pour une mise en œuvre adaptée aux territoires

R16	Inscrire la territorialisation dans un agenda opérationnel.
R17	Affiner l'analyse des territoires à partir des diagnostics territoriaux existants.
R18	Mettre en œuvre une approche spécifique dans les territoires « déficitaires » - approcher l'offre et les besoins à partir d'études spécifiques - favoriser l'installation de professionnels qualifiés dans les territoires - envisager des modalités spécifiques : enveloppes budgétaires consacrées à ces territoires, appel à projet territorialisé
R19	S'entendre sur des options de priorisation (territoire et programme).
R20	Conserver la diversité des modalités d'organisation des plates-formes et mutualiser les expériences - préciser leurs missions (décision, consultation, représentation) - renforcer les démarches d'intégration des villes et des regroupements de communes

4. Relatives à l'animation

Pour améliorer la qualité des pratiques

R21	Développer des formations adaptées aux besoins des acteurs : méthode de programmation, analyse des besoins, méthodologie de projet, suivi et évaluation, construction des indicateurs, outil de catégorisation des résultats ...
R22	Renforcer le soutien méthodologique aux porteurs de projets
R23	Diffuser des outils centrés, sur l'identification des pratiques, l'auto évaluation et l'outil de catégorisation des résultats auprès des différents acteurs (institutionnels, opérateurs)

Pour le développement d'une culture commune

R24	Favoriser les échanges pour le transfert de savoir-faire et la capitalisation des expériences : échanges entre pilotes, entre pilotes et instructeurs, entre plates-formes territoriales... ouverts aux partenaires.
R25	Organiser des temps collectifs de réflexion entre pilotes, membres des plates-formes : mettre en place une fois/deux fois par an des espaces d'échange d'expériences entre « plates-formes » (Ddass, Cpam).
R26	Favoriser les échanges entre pilotes expérimentés et moins expérimentés notamment sur les modes d'animation.
R27	Poursuivre les travaux d'évaluation.
R28	Renforcer la communication : sur les travaux produits par les différents groupes de travail ; sur les partenariats ; vers les nouveaux opérateurs.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : monographies

Annexe 2 : cahier des charges

Annexe 3 : liste des programmes numérotés

Annexe 4 : liste des entretiens réalisés

Annexe 5 : liste des documents consultés

Annexe 6 : grille de lecture et d'encodage des données

Annexe 7 : tableau de concordance

Annexe 8 : grille d'entretiens

Annexe 9 : tableau des territoires