



## Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique de Franche-Comté

**Cynthia Morgny**  
Directrice de l'ORS  
Franche-Comté

**Alain Trugeon**  
Directeur de l'ORS  
Picardie

**Jean-Marc  
Tourancheau**  
Directeur de la  
Drass et du GRSP de  
Franche-Comté

**Claude Michaud**  
Directeur adjoint du  
GRSP de Franche-  
Comté et co-chef de  
projet évaluation du  
PRSP

**Agnès Jeannot**  
Médecin inspecteur  
de santé publique,  
Drass de Franche-  
Comté, co-chef de  
projet évaluation du  
PRSP

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de Franche-Comté a été arrêté en avril 2006 à la suite d'une phase d'élaboration de 17 mois qui a suivi la loi de santé publique d'août 2004. Menée en concertation avec les institutions œuvrant dans le domaine de la santé publique, durant cette étape plusieurs consultations ont été organisées visant à définir des priorités régionales de santé. Celles-ci devaient répondre à plusieurs objectifs : permettre la poursuite de programmes d'action régionaux antérieurs afin de garantir la continuité de l'action ; prendre en compte, au sein du PRSP, les priorités des différents partenaires ; intégrer et décliner en région les objectifs de la loi de santé publique et de plans nationaux.

Le PRSP couvre une période triennale de 2006 à 2008. Cette périodicité a été retenue afin de correspondre aux échéances de la loi de santé publique dont les objectifs sont réexaminés tous les cinq ans.

Conformément à la loi<sup>1</sup>, dans chaque région le plan régional de santé publique est mis en œuvre par un groupement régional de santé publique (GRSP). Celui-ci initie, suit et évalue les programmes et actions définis dans le PRSP. Il coordonne les financements et les contributions et rend compte, annuellement de son activité. En Franche-Comté, le GRSP est assisté d'une instance technique qui prépare le programme annuel d'activité. Celle-ci organise l'appel à projets permettant le financement des actions proposées par les promoteurs ; définit les procédures de suivi et d'évaluation des actions financées ; dresse un tableau exhaustif de l'ensemble des actions de santé publique menées dans la région (par le GRSP et hors GRSP).

Conformément aux dispositions de la loi, et en particulier du Code de la santé publique<sup>2</sup>, la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), en concertation avec les membres de la conférence régionale de santé (CRS) et du groupement régional de santé publique, a souhaité que soit réalisée une évaluation intermédiaire du programme. Elle en a défini le champ et formulé les questions évaluatives. Au total, une quinzaine de questions ont été précisées, qui ont ensuite été regroupées en groupes thématiques.

Le premier groupe est axé sur l'étude des procédures. Il s'intéresse aux modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'implantation du PRSP, et au fonctionnement interne, et notamment à l'activité du groupement régional de santé publique, principal organe de regroupement des

partenaires et financeurs en région (en Franche-Comté, essentiellement Assurance maladie et État), de pilotage des actions, et à l'articulation du développement du PRSP avec les partenaires externes au GRSP.

Un second groupe de questions porte sur la mise en œuvre et l'implantation du PRSP. Il s'agit d'appréhender à la fois les modalités de fonctionnement internes – comment le pilotage régional et les actions soutenues sont sélectionnées, en cohérence avec les priorités régionales et les plans nationaux par exemple, mais aussi en cohérence avec les politiques interinstitutionnelles.

Afin d'observer ces fonctionnements au plus près de la réalité et d'apprécier l'implantation, au niveau local, du PRSP trois thèmes sont privilégiés : deux thèmes transversaux – « précarité » et « personnes âgées » –, un thème spécifique : « risques environnementaux liés au travail et à l'habitat ». Ils ont fait l'objet de questionnements auprès d'acteurs spécialisés, dans des zones géographiques retenues par le comité d'évaluation : les zones d'emploi de Belfort, Champagnole et Lure-Luxeuil. Plus que de procéder à un recueil exhaustif des actions et des avis sur chaque territoire, il s'est agi surtout, au travers d'expériences de terrain, de renseigner l'articulation entre les programmes, de comprendre les dynamiques partenariales, et d'apprécier l'implantation du PRSP au niveau local.

L'impact du PRSP et du GRSP sur les partenariats, sur les actions, sur les promoteurs a également été recherché.

### Premier axe d'évaluation : Conception et articulation interne-externe du programme, des objectifs entre eux, des objectifs et des réalités, de ce programme et des autres plans de santé de la région

L'élaboration de la loi de santé publique de 2004 d'abord et l'élaboration du PRSP ensuite ont été l'occasion de produire différents bilans thématiques et diagnostic plus généraux sur l'état de santé dans la région. Conformément à la circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique, le diagnostic régional partagé devait s'articuler autour de trois axes majeurs : le diagnostic régional sur l'état de santé, le bilan des programmes et plans existants, le diagnostic régional sur les ressources.

Comme dans l'ensemble des régions, et pour respecter les directives, la Franche Comté a conduit un travail de diagnostic préalable à la définition de la politique de santé publique. Ce travail, réalisé à la demande de la Drass, a été alimenté par différents documents dont certains ont été élaborés pour le PRSP d'autres de façon

1. N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique prévoit l'évaluation du PRSP

## Méthode

**P**lusieurs recueils complémentaires ont été conduits pour répondre aux questions posées. Ces différentes collectes ne sont pas propres à chacune des interrogations, mais apportent des réponses à plusieurs axes à la fois.

### Exploitation de la base de données nationale « Briques »

Afin d'appréhender la répartition des actions financièrement soutenues par le GRSP – selon les priorités régionales, selon les zones géographiques de la région –, et de connaître la liste des promoteurs, les actions déposées à l'appel d'offres, celles retenues, les actions présentant des cofinancements, la base de données nationales des actions de santé publique a été étudiée. Elle a été complétée par des informations colligées au niveau du GRSP.

Outil de gestion des actions de santé publique, la banque de données Briques proposée par la Direction générale de la santé permet un suivi annuel des PRSP des régions. Les données saisies dans « Briques » caractérisent l'action : informations générales et promoteur, thèmes et localisation, typologies de territoire et partenaires opérationnels, populations cibles, modalités d'intervention, données budgétaires.

Compte tenu du calendrier de l'évaluation, commandée en mai 2008, dont les résultats étaient attendus en décembre 2008, l'ORS a exploité les bilans disponibles sur le système d'information des PRSP, pour la région Franche-Comté, en 2007.

### Étude des documents témoins de l'activité du GRSP

Différentes questions de l'évaluation portent sur le fonctionnement du GRSP (pilotage de la mise en œuvre du PRSP, gouvernance du GRSP, coordination avec les partenaires œuvrant pour le PRSP). Pour saisir la dynamique de l'activité du GRSP, des documents (comptes-rendus de réunion, documents de synthèse, listes d'émergence, convention...) ont été collectés.

### Recueil d'indicateurs

La demande du Comité d'évaluation de focaliser sur différents territoires présentant des particularités sur des aspects précis a nécessité le recueil d'un certain nombre d'indicateurs de santé portant sur des thématiques ciblées : personnes âgées, précarité, offre de soins et risques liés à l'habitat et au travail. Les données sont issues de nombreuses sources : plate-forme sociale, bases de données Score-Santé, Écosanté, Insee,

Drass... Ces données ont permis de classer les zones d'emploi selon leur position, favorable et moins favorable, et de choisir trois zones d'emploi.

Parallèlement, un état des lieux des acteurs impliqués sur les 3 thématiques a été réalisé, pour les 3 zones d'emploi choisies, afin d'identifier les actions financées hors GRSP. Il repose en partie sur les entretiens menés auprès des membres du GRSP, des institutions contribuant au PRSP, et sur des sollicitations plus locales.

### Une enquête par voie postale auprès des porteurs d'actions

Cette enquête porte sur l'articulation entre GRSP et autres financeurs dans la mise en œuvre des actions du PRSP, les zones géographiques d'intervention des porteurs d'action au titre du GRSP, l'impact du PRSP et du GRSP sur les porteurs d'actions et leurs structures.

Elle s'adresse aux porteurs d'action ayant déposé une demande de financement au GRSP en 2007. Le questionnaire a été testé puis adressé, par mail et par voie postale, accompagné d'une lettre de mission de la Drass. Compte tenu du calendrier, l'enquête est intervenue au moment où les promoteurs attendaient les décisions de financement 2008 du GRSP.

Parmi les 124 promoteurs sollicités, 10 n'étaient concernés que par l'appel à projets 2008 et ont été exclus. 69 questionnaires ont été retournés sur les 114 attendus, soit une participation de 60 %. Ce taux est plus élevé pour les porteurs d'actions ayant obtenu un financement du GRSP (67 %) que pour les autres (30 %).

### Enquête auprès des « référents thématiques », experts régionaux sur des thématiques précises, et « instructeurs départementaux », c'est-à-dire professionnels membres des institutions partenaires du GRSP, évaluateurs au niveau de chaque département des projets déposés pour demande de financement au GRSP.

Cette partie porte sur les modalités de choix des actions, d'articulation et de coordination entre les référents thématiques et les instructeurs. Il s'agit de recenser des actions instruites refusées et d'autres financées par le GRSP en 2007, d'objectiver les procédures d'instruction des projets proposés au financement du GRSP par les porteurs d'actions, les modalités de sélection des projets, les outils utilisés, d'apprécier l'articulation entre les thématiques, entre le PRSP et les autres politiques de santé, la cohérence entre

les actions du PRSP financées par le GRSP et hors GRSP. Parmi ces procédures, les outils de suivi et d'évaluation des actions sont également pris en compte. L'évaluation intermédiaire doit aussi préciser la notion de zones « déficitaires » (zones peu ou non couvertes en termes d'actions) selon que l'on se situe au niveau des actions soutenues par le GRSP, ou plus largement des partenaires concourant aux objectifs du PRSP. Enfin, l'impact du GRSP sur les promoteurs et le partenariat institutionnel est recherché au cours de cette enquête.

Des questionnaires ont été envoyés par voie postale en juin 2008 aux 14 référents thématiques (moins les référents des 3 thématiques d'intérêt sollicités par entretien, et de la thématique « Veille sanitaire » non concernée par l'appel à projets), et aux 9 structures départementales (CPAM, Ddass, MSA...), auxquelles appartiennent les 12 instructeurs départementaux. 12 questionnaires « référents » ont été retournés sur les 14 attendus, et 6 questionnaires « instructeurs départementaux » sur les 9 attendus.

### Entretiens

#### 24 entretiens auprès des membres du GRSP portant principalement sur trois grandes thématiques :

- La conception et l'élaboration du programme : il s'agit du niveau de participation de l'institution dans l'élaboration du plan, d'un recueil des points de vue sur la pertinence d'une approche territoriale en termes d'actions mises en œuvre ;
- Le pilotage et la mise en œuvre du PRSP : il s'agit de l'implication dans la mise en œuvre du PRSP (poids dans le pilotage, ressources investies...), les modalités de collaboration, l'articulation entre le GRSP et les autres institutions, les faiblesses et les points forts du pilotage ;
- L'impact du PRSP : les points de vue sur le PRSP (en termes d'outil fédérateur et d'élément structurant de la politique de santé publique).

Les perspectives, et notamment les attentes et les améliorations à apporter à la politique régionale de santé publique, sont également prises en compte.

#### 50 entretiens auprès d'institutions concourant à la mise en œuvre du programme régional de santé publique

Ils concernent l'articulation entre politique de l'institution et PRSP, la cohérence des ressources investies entre le GRSP et la structure, l'impact du PRSP sur la structuration de la politique de santé et celui du GRSP sur le partenariat institutionnel. **F**



parallèle. Malgré ces nombreuses sources de données, le sentiment dominant face à cette étape diagnostic est celui d'informations fragmentées non partagées dans les territoires, indiquant leur manque d'appropriation.

Le PRSP a réuni les priorités des partenaires, mais n'est pas parvenu à offrir aux acteurs une vision claire et précise des priorités régionales de santé publique. Il est par conséquent jugé trop vaste au vu de la diversité des thèmes abordés et à l'origine d'une dispersion des actions conduisant à une dilution des moyens.

L'architecture du PRSP favorise les liens entre thématiques, mais l'articulation des actions est jugée complexe. Du côté des porteurs d'action qui n'ont pas été associés et précisément informés des changements de procédures et de leur impact sur les financements, une confusion règne dans les circuits de dépôt des dossiers. De leur côté, les référents et les instructeurs témoignent du manque d'outils pour un traitement coordonné et transversal des actions. Il leur semble actuellement difficile d'intégrer des niveaux d'information successifs (plan national, priorités régionales, besoins et financements locaux par des partenaires non représentés dans le GRSP, bilan d'évaluation des actions, et caractère transversal de certaines actions ciblant à la fois des populations et des thématiques). Certaines thématiques, « personnes âgées », « nutrition » par exemple, s'inscrivent plus facilement dans une collaboration inter-programmes que d'autres.

En dépit de l'intérêt de ces différentes informations tant dans l'instruction d'un dossier de demande de financement d'action que dans le suivi objectif des différentes priorités régionales, leur collecte nécessite des moyens à développer en région.

Le PRSP rassemble des programmes<sup>3</sup> et les intègre à des degrés divers de la prévention et des soins, qui pourtant restent cloisonnés. On relève une articulation insuffisante entre le PRSP et les collectivités territoriales : pas de cohérence entre les schémas médico-sociaux départementaux et le PRSP, peu de recoupements entre la prévention sanitaire et les compétences du conseil régional. Ponctuellement, à travers des actions et des thématiques précises, des financements et des collaborations ont lieu.

En Franche-Comté, pas de territoire de proximité, d'espaces de concertation communs, d'équipe en charge de l'animation du plan dans les départements n'ont été définis par le GRSP. L'approche infrarégionale de la mise en œuvre du PRSP existe dans les procédures d'instruction des dossiers de demande de financement. Elle se concrétise à travers la position des instructeurs départementaux, choisis pour garantir une connaissance des partenaires institutionnels et des porteurs d'action dans les départements. Des dynamiques locales préexistaient au PRSP et elles se

**3.** Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA), Éléments du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), Programme régional commun de l'Assurance maladie (PRCAM), Programme national nutrition santé (PNNS).

sont poursuivies. L'articulation entre les collectivités territoriales locales et la mise en œuvre du PRSP reste insuffisante et complexe, car certains objectifs du PRSP rejoignent directement l'action des conseils généraux (par exemple, la qualité de vie des personnes âgées) et les actions qui en découlent sont très soutenues par ces collectivités alors qu'elles sont peu valorisées et connues par les partenaires du GRSP.

Au sein de cet axe, les inégalités territoriales ont une place particulière. En effet, les objectifs du PRSP n'ont pas intégré la réduction de inégalités géographiques dans les sous-thèmes privilégiés, et la question du pilotage territoriale de l'action n'a pas fait l'objet d'une réflexion ou d'un maillage institutionnel. Les inégalités territoriales se sont révélées au fur et à mesure du développement du PRSP et lors de l'appel à projets du GRSP constatant le manque d'opérateurs dans certaines zones présentant des besoins d'actions spécifiques.

Comme il a été évoqué précédemment, la difficulté d'accès aux diagnostics sur les besoins de santé et aux indicateurs dans certaines zones et/ou pour certaines thématiques rend difficile la connaissance des inégalités de santé, l'estimation des besoins réels et, par conséquent, la réduction de ces inégalités. D'après les institutionnels, les promoteurs ne fondent pas toujours leurs actions sur un diagnostic local ; les disparités locales de santé ne sont pas toujours connues.

Les membres du GRSP ont été confrontés à un manque d'informations sur, notamment, des publics précis tels que le nombre des personnes précaires exclues de certains schémas ou qui n'entrent pas dans une catégorie, comme les travailleurs pauvres. En écho à cette absence de données, l'évaluation des besoins a semblé difficile voire impossible. Cette situation a conduit à privilégier le soutien d'actions pour lesquelles un état des lieux avait été réalisé. De cette situation est né le constat du renouvellement d'actions souvent tournées vers le même public, connu des acteurs de terrain. Ainsi, dans les zones étudiées, les actions sont généralement menées auprès des populations précaires des quartiers urbains, en lien avec les centres communaux d'action sociale. Dans le Jura, la thématique « précarité » est essentiellement abordée à travers les thématiques santé mentale et addictions, mais ne porte pas sur des publics précaires en tant que tels.

Parmi les inégalités de santé et de territoire, les populations non mobiles dans les zones désertées par les professionnels de santé et les problèmes de répartition de l'offre de prévention et de soins sont particulièrement citées par les professionnels à la fois comme nécessitant des actions et comme étant difficiles à cerner du fait d'un manque d'informations.

### Axe 2 : Mise en œuvre et implantation du PRSP

Le PRSP est considéré comme une mécanique administrative « lourde ». Le GRSP est centré sur la gestion de l'appel à projets, qui a nécessité le déploiement d'outils complexes, peu adaptés aux réalités de terrain.

Le dossier de demande de financement de Subvenet® , rempli par les promoteurs, ne permet pas au GRSP d'avoir une vision globale des actions.

Parmi ces outils, un support utile lors de l'instruction des demandes des porteurs d'actions est la grille de lecture des dossiers. Toutefois, celle-ci n'est pas appliquée de façon homogène entre les instructeurs et référents... ce qui est source d'inégalités de traitement des projets.

La fiche d'évaluation des actions n'informe pas sur la réalité des actions mises en œuvre. Elle ne permet pas un retour sur la qualité et l'efficacité de l'action. La multiplicité des financements rend complexe la lisibilité des actions.

La phase d'instruction mobilise de nombreux acteurs intervenant à différentes étapes. L'atout majeur est l'investissement de ces acteurs. Les référents thématiques régionaux et les instructeurs départementaux constituent les principaux relais et les points forts de la procédure ; les référents assurent la cohérence des actions inscrites dans leur thématique et les instructeurs apportent leur connaissance du terrain. Le déficit de communication (entre GRSP et promoteurs) est à l'origine d'incompréhension et de mécontentement des porteurs de projets, qui reprochent l'absence de motivation des refus et regrettent la disparition du travail de proximité avec les instructeurs.

Au sein des 3 sites, l'implantation du PRSP est très hétérogène. Au sein du Territoire de Belfort, le volet santé du contrat urbain de cohésion sociale, inspiré d'un des axes du PRSP, contribue à une appropriation du PRSP par les opérateurs. Pourtant ces derniers le jugent peu lisible, en raison du foisonnement de programmes (nationaux et régionaux) à prendre en compte et du nombre d'objectifs qu'il comporte.

Les actions de santé publique bénéficient fréquemment de cofinancements de partenaires soutenant les dynamiques de prévention, ce qui ne favorise pas la lisibilité des actions. L'existence de cofinancements est loin de garantir la coordination entre l'action de l'État et des collectivités territoriales. Or des liens et des volontés sont signalés dans ce sens. Le conseil général du Jura estime pouvoir réaliser des liens avec le GRSP à travers le programme départemental d'insertion (PDI) concernant la précarité.

Les 3 thématiques étudiées ont montré une implication importante des villes. Sur la zone de Champagnole, la municipalité, en lien avec le CCAS, le centre local d'information et de coordination (CLIC), développe des actions de prévention à un niveau collectif auprès des personnes âgées. Les schémas départementaux en faveur des personnes âgées guident l'action de santé publique au sein des 3 territoires. Le conseil général est le principal financeur des actions en direction des personnes âgées, mais ces actions ne sont pas nécessairement inscrites dans le PRSP et ne sont pas systématiquement portées à la connaissance des partenaires du GRSP. Toutefois, des cofinancements existent avec le

GRSP lorsque les actions s'inscrivent dans les objectifs prioritaires du PRSP.

En dépit de besoins mentionnés, l'étude indique une faible implication du PRSP sur les thématiques « personnes âgées » et « précarité » en Haute-Saône (excepté les ateliers santé jeunes du comité départemental d'éducation à la santé – Codes). L'offre de prévention est axée sur la thématique des addictions et du sida sur ce territoire.

La disparité des acteurs et la diversité des prestations proposées sur le thème « risques liés à l'habitat et au travail » rendent l'offre de prévention opaque et peu lisible de l'extérieur. Les opérateurs intervenant dans le champ de l'habitat et de la santé au travail méconnaissent le GRSP.

L'ambiguïté ressentie à propos de l'entité responsable du suivi et de l'évaluation du plan (CRS ou GRSP), ainsi que le manque de personnel ont limité le suivi du plan à un bilan intermédiaire de mise en œuvre du PRSP sur chacune des thématiques du PRSP réalisé en novembre 2007 par le GRSP, sans l'appui d'un groupe Programme études et statistiques<sup>4</sup>.

### Axe 3 : Impact du PRSP

Le plan est considéré comme un programme en devenir, avec des actions, plutôt que comme une politique de santé publique sur laquelle s'appuyer. Il ne transcende pas les autres programmes régionaux et locaux existants. Le manque de communication, le défaut d'approche territoriale, le déficit de pilotage et d'animation n'ont pas facilité son appropriation par les acteurs en tant qu'outil collectif.

Les institutionnels l'expliquent par la multitude des thématiques soutenues, la dispersion des acteurs, la faiblesse des financements au regard des objectifs affichés, tous ces constats conduisant à un morcellement des actions. Ce plan est principalement utilisé, par les promoteurs et les référents/instructeurs qui s'y réfèrent, lors de l'appel à projets. Pour les partenaires extérieurs, et notamment les collectivités territoriales, le plan est considéré comme une « déclaration de bonnes intentions ».

En dépit d'une volonté du GRSP de fédérer l'ensemble des acteurs en santé publique de la région, il n'a pas prouvé sa capacité à créer de nouveaux partenariats ou à rassembler de nouveaux partenaires autour des objectifs du PRSP. Les partenariats actuels préexistaient au GRSP. La plus-value du GRSP s'exprime par la volonté d'une approche transversale et la coordination entre l'action des promoteurs.

Les collectivités territoriales ne se retrouvent pas dans les modalités de mise en œuvre du plan et les processus de prise de décision du GRSP. Les points de divergence concernent : les modalités d'attribution des financements, les exigences des calendriers, l'approche territoriale.

4. Prévu dans la circulaire PRSP de septembre 2004.



Sur le terrain, le partenariat institutionnel est variable. Le Territoire de Belfort présente un dynamisme des acteurs des champs de la santé publique et du social. La coordination des professionnels autour du CCAS/SMS contribue à une cohérence des actions menées. La collaboration entre les partenaires est favorisée par la taille du département, et par l'inscription des acteurs sur des actions spécifiques, coordonnées (ex : Ateliers santé ville).

Au sein de la zone d'emploi de Lure-Luxeuil, en raison du manque de moyens financiers, certains constatent le repli des acteurs sur eux-mêmes et le risque d'une plus forte concurrence et/ou de la disparition des associations.

Au sein de la zone d'emploi de Champagnole, les acteurs locaux du champ sanitaire et du social se coordonnent pour mettre en place les actions auprès des personnes âgées et de la population précaire, mais on note un manque de diversification des actions.

### Évolution des pratiques professionnelles et des partenariats dans le domaine associatif

Au sein des porteurs d'actions, l'émergence de nouvelles formes de collaboration a été constatée : mutualisation de moyens et d'actions ou partage des champs d'intervention. Le contenu des projets proposés reste majoritairement inchangé. Ainsi, au sein de la zone d'emploi de Champagnole, on remarque un certain manque de diversification des actions destinées aux personnes âgées et à la population précaire sur le territoire (ateliers), alors que des besoins d'outils pour rompre l'isolement sont mentionnés. Sur les 3 territoires, un déficit d'offre de prévention est signalé dans les zones éloignées des pôles urbains, sans que des réponses soient proposées.

Les promoteurs ont le sentiment de ne pas pouvoir se positionner sur de nouveaux projets, craignant que cela n'affecte le financement de leur structure. Le cadre imposé du PRSP, la politique du GRSP, peu dirigée vers l'impulsion d'actions, l'incertitude des financements, le calendrier serré, l'insuffisance de discussion avec les instructeurs, freinent la proposition de nouveaux projets sortant du canevas habituel.

### Points marquants

La région Franche-Comté est vieillissante et présente des densités de population qui varient fortement d'une zone à l'autre. Elle est confrontée sur certains de ses territoires à un manque d'opérateurs qui participent directement aux difficultés à diversifier les actions.

La réunion de partenaires institutionnels et de financeurs au sein du GRSP constitue une avancée en matière de coordination de l'action de ces partenaires, mais elle a provoqué, du côté des porteurs d'actions, des bouleversements dans les filières de financement, dans le suivi de leur action qui représente pour certains une charge administrative difficile à prendre en compte. En outre, le GRSP de Franche-Comté, principalement composé des représentants de l'État et de l'Assurance

maladie, se heurte à la difficulté de consolider une vision plus vaste de l'action de santé publique dans la région du fait du manque d'informations relatives, notamment, aux actions de santé publique soutenues par les collectivités territoriales.

La Franche-Comté, faute de moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une animation territoriale du PRSP est confrontée à un manque d'informations ressenti par les acteurs, au niveau des territoires. Enfin, on note, parmi les attentes et les besoins soulignés par les institutionnels, des attentes autour de la professionnalisation des promoteurs d'action et en matière d'évaluation des actions.

## Conclusion

### Des propositions à débattre

#### *Sur les modalités d'intervention du GRSP et de suivi des actions*

En vue de répondre aux constats et aux besoins mentionnés, la création d'outils de suivi des objectifs du PRSP et des actions correspondantes a été demandée. La question de l'information apparaît centrale, tant dans l'amélioration de la connaissance que dans l'appropriation des données, par les acteurs, en vue de réaliser notamment, des bilans thématiques sur une zone géographique donnée.

D'après les personnes interrogées, les modalités de financement du GRSP gagneraient à être organisées différemment en vue de sécuriser les acteurs, d'orienter les projets sur des objectifs et des territoires, et afin de mobiliser les porteurs de projets d'action sur des cibles très précises. Ainsi, trois enveloppes pourraient être envisagées : la mise en place de conventions d'objectifs et de moyens avec des opérateurs contribuant à la mise en œuvre d'un socle permanent d'actions de santé publique, un appel à projets, et la réponse à des commandes précises émanant des institutions.

#### *Sur l'action des partenaires du PRSP et la transversalité*

Si la transversalité a bien été pensée lors de l'organisation du GRSP et à l'occasion de l'examen des dossiers, sur le terrain, elle se heurte à des fonctionnements opposés. Dans cette idée, il conviendrait de clarifier et coordonner les attributions et les financements des actions des conseils généraux et des Ddass afin de favoriser les collaborations. De même, le renforcement des liens entre politique de prévention et de soins, entre sanitaire et social apparaît indispensable. Au niveau infrarégional, des relais territoriaux du GRSP et du PRSP doivent être définis afin de développer une coordination de l'action de santé publique, de son financement, en recherchant la complémentarité des institutions dans la politique de santé publique locale.

Parallèlement, afin de soutenir le rôle des experts donnant un avis sur l'intérêt du financement d'une action, il convient de leur donner les outils d'information sur l'actualité de leur thème et de leur zone, sur les

différents plans nationaux et les actions localement en cours sur leur sujet d'expertise.

#### *Sur les questions de territoires*

La question des territoires demande à penser une politique régionale permettant aux territoires de définir leurs priorités d'action, dans le respect d'objectifs régionaux plus généraux. Cette modalité permettrait à chacun de donner du sens à son action, et de renforcer la cohérence entre le territoire, la politique et les moyens. Il s'agit de renforcer le rôle du GRSP en tant qu'animateur de la mise en œuvre du PRSP. Pour cela, des réunions de concertation régulières entre les partenaires départementaux, rendant leurs conclusions au niveau régional,

pourraient être prévues. Elles pourraient être complétées par des rencontres de territoire biannuelles afin d'assurer le suivi des besoins, des financements et des actions, et en vue de planifier les actions à mettre en œuvre, sur des périodes pluriannuelles si besoin.

Plus généralement, il s'agit de développer une culture de santé publique et d'évaluation parmi les acteurs de santé publique, de former les partenaires médicaux à leur rôle en santé publique et à l'accès à l'information épidémiologique, et de garantir, au sein du programme régional de santé, une adéquation de l'offre de prévention à la population avec le même souci que l'attention portée à l'offre en matière de soins. **F**

### Les observatoires régionaux de la santé impliqués dans le diagnostic préalable à l'élaboration des PRSP et dans la mise à disposition d'indicateurs de suivi

**E**n complément du travail présenté par l'observatoire régional de la santé de Franche-Comté, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé a souhaité mener une enquête auprès de l'ensemble des ORS pour identifier leur participation à l'évaluation ou au suivi du plan régional de santé publique (PRSP) dans leur région.

Cette enquête a montré que près des trois quarts des ORS répondants (17/23) ont été partie prenante du diagnostic réalisé en vue de l'élaboration du PRSP. En outre, dix ORS ont participé à l'élaboration du PRSP : ceux-ci avaient tous été impliqués au niveau du diagnostic préalable au PRSP.

Les observatoires de la santé ont été sollicités au niveau de l'élaboration des indicateurs de suivi du PRSP dans onze régions. Tous les observatoires qui ont élaboré ces indicateurs les renseignent à une exception près. De plus, sept autres

observatoires ont également produit des indicateurs de suivi sans avoir toutefois participé à leur élaboration.

Douze ORS ont déclaré participer ou avoir participé à l'évaluation du PRSP dans leur région. Parmi eux, quatre observatoires ont été impliqués dans l'évaluation finale du PRSP alors que les huit autres ne sont intervenus qu'au niveau d'une évaluation intermédiaire. Seul un des ORS participant à l'évaluation finale a indiqué qu'il était également intervenu dans un processus plus large, ayant également été impliqué dans une évaluation intermédiaire.

L'enquête a permis de relever que huit observatoires ont été intégrés dans l'instance de pilotage de l'évaluation du PRSP quand celle-ci était effectuée par un autre organisme ou collectivement. Cette implication collective a en effet été retrouvée dans une région, avec un comité de pilotage qui a réalisé lui-même l'évaluation. Dans quatre de ces régions,

l'ORS a alors contribué à l'évaluation intermédiaire. Lorsque l'ORS participe à l'instance de pilotage de l'évaluation, cette dernière est menée par un bureau d'études privé dans cinq régions, par le groupement régional de santé publique dans deux régions et par l'instance de pilotage elle-même comme évoqué précédemment.

Au-delà de la partie concernant l'évaluation du PRSP, des questions de même type concernaient la participation des ORS à l'évaluation d'autres programmes. Sept observatoires ont apporté des réponses dans ce domaine traduisant leur implication dans l'évaluation de dix-sept plans ou programmes différents au niveau régional : plan régional santé-environnement, plan régional d'accès à la prévention et aux soins, Plan cancer, plan régional de la qualité de l'air, plan régional d'élimination des déchets ménagers et assimilés, plan régional suicide, plan régional santé travail. **F**