

Conférence régionale de santé d'Ile-de-France

**Formation Spécialisée « Suivi et Evaluation »
du plan régional de santé publique**

**Suivi et évaluation de quelques aspects
du PRSP d'Ile-de-France : l'apport
de la Conférence régionale de santé**

Synthèse des travaux et échanges de la FSSE,
sous la direction du Professeur Jean-Claude Henrard,
rapporteur, membre de la CRS et de son bureau

Avril 2008

La Conférence régionale de santé du 18 juin 2008 a validé en séance plénière les travaux de la Formation spécialisée sur le suivi et l'évaluation du PRSP

Les travaux de la FSSE n'auraient pu être réalisés sans le concours de :

Guillaume Blanco, secrétaire général du GRSP,

Catherine Gerhart, de la DGS,

Emmanuelle Hamel, de la DGS,

Christian Laborda, du service Santé publique et prévention de la Drass,

Marie-Claire L'Helgoualc'h, directrice adjointe de la Drass, responsable du Pole santé.

Que tous soient vivement remerciés.

Sommaire

Contexte en Ile-de-France	4
Depuis les années 1970, des politiques locales ont été développées pour réduire les inégalités entre territoires.	5
Avec la loi de santé publique : davantage de concertation et une amélioration de la visibilité et de la transparence	6
Premiers constats, issus du processus d'élaboration du PRSP	7
L'évaluation du plan régional de santé publique	7
Le Programme d'Etudes et de Statistiques (PES)	8
La Formation Spécialisée « Suivi et Evaluation » (FSSE) du plan régional de santé publique, une émanation de la Conférence régionale de santé d'Ile-de-France	8
Objectifs	9
Méthode : une approche ciblée de la démarche évaluative	10
Résultats	11
Analyse du fonctionnement financier	11
1. Des dépenses de prévention difficiles à quantifier	11
2. Vers une mutualisation des budgets de prévention concourant aux actions de santé publique par le GRSP	12
3. Héritage de fonctionnements et financements antérieurs, les fonds fédérés par le GRSP sont répartis selon deux modes d'attribution : les financements « structurels » et l'appel à projets.	14

3.1 Les crédits structurels : des financements fléchés	15
3.2 L'appel à projets : un processus contraignant et peu évalué	15
> Une démarche annuelle, mobilisatrice mais lourde pour le GRSP	15
> Un dossier de financement unique pour les promoteurs, indépendamment du type d'action, de sa durée et de son montant	16
> Un processus d'efficacité méconnue	17
3.3 Certaines structures sont financées par les deux modes d'attribution.	17
Prévention et inégalités de santé	18
La réalité du financement correspond-elle à ce qui est attendu du PRSP ? L'exemple des d'addictions	22
Quelle part relative au grand âge dans l'appel à projets ?	27
Recommandations	28
Observations préliminaires	28
Articulation entre les acteurs de santé publique	29
La politique régionale de santé	29
Le budget du GRSP et l'appel à projets	30
Annexes	
1. Composition des quatre groupes de travail de la FSSE	32
2. Résultats de l'appel à projets 2006 : exemple des addictions	33

Contexte en Ile-de-France

L'Ile-de-France est une région métropolitaine au rayonnement international. Son dynamisme démographique et économique en fait une des régions les plus riches en Europe, qui présente une situation sanitaire globalement favorable en France. Les indicateurs témoignent ainsi d'une mortalité générale toutes causes moins importante qu'en France (avec un taux de mortalité brut de 7 pour 1000 contre 9 pour 1000 en France), ainsi que d'une espérance de vie à la naissance en première position pour les hommes, et en troisième position pour les femmes, par rapport aux autres régions françaises.

Néanmoins cette situation plutôt avantageuse, qui repose sur des moyennes, masque des spécificités préoccupantes, notamment une mortalité prématurée qui reste trop élevée. En outre, la région est fortement touchée par des pathologies liées à la précarité sociale telles que le saturnisme et la tuberculose, et est particulièrement concernée par l'épidémie de VIH ou par les problèmes de toxicomanie. On peut enfin souligner une morbidité psychiatrique importante mais encore mal évaluée.

Par ailleurs, c'est un espace en évolution constante, qui se caractérise par une très grande diversité, tant au niveau de sa population - deux étrangers sur cinq vivent en Ile-de-France - que de son urbanisation ou de ses orientations économiques. Cette diversité se traduit par des conditions sanitaires et sociales inégales. Il existe ainsi de très fortes disparités sur le territoire francilien (entre départements mais également entre communes et même entre quartiers), présentant des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celles que l'on retrouve à l'échelle nationale.

De nombreux indicateurs partagent la région entre une partie Sud-ouest largement favorisée et une partie Nord-est défavorisée : ainsi en 2004, le taux comparatif de mortalité prématurée est chez les hommes de 225 décès pour 100.000 dans les Yvelines contre 295 en Seine-Saint-Denis - 288 en France métropolitaine - et respectivement pour les femmes de 104 et 140 - 126 en France métropolitaine. La mortalité infantile autrefois favorable en Seine-Saint-Denis y est de 5,2 pour 1.000 naissances contre 3,8 dans les Yvelines - l'Ile-de-France, avec un taux de 4,1, se situant plus désavantageusement par rapport à la France métropolitaine (3,8).

Les facteurs socio-économiques pèsent très lourdement sur les inégalités de santé. A Paris intra-muros, on constate également des variations très importantes entre les arrondissements pour certains indicateurs de santé comme la mortalité par cancer des hommes (tous âges) qui varie de 226 décès annuels pour 100.000 dans le 8^{ème} arrondissement à 373 décès, bien que l'on y considère comme homogènes les niveaux de pollution atmosphérique et sonore ainsi que la qualité de l'eau,

Enfin, dans l'ensemble de la région, à l'exclusion des zones rurales les plus périphériques, les nuisances telles que le bruit et la pollution atmosphérique dus à une structure très serrée d'infrastructures de transports terrestres et aériens sont très présentes.

Depuis les années 1970, des politiques locales ont été développées pour réduire les inégalités entre territoires.

En France, la réduction des inégalités entre les territoires et la revalorisation des zones urbaines en difficulté reposent notamment sur *la politique de la ville* depuis les années 1970. Dans ce cadre, une grande diversité d'interventions a été développée en complément des autres politiques publiques (éducation, logement, action sociale...) sur la base de contrats entre l'Etat et les collectivités territoriales. Dispositifs récents de la politique de la ville, les *Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs)* constituent depuis 2007 « le cadre de mise en œuvre du projet de développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires »¹. D'une durée de trois ans reconductibles, ils sont élaborés à l'initiative conjointe du maire et du préfet de département et peuvent associer d'autres collectivités locales et d'autres partenaires (bailleurs sociaux, associations...). La santé (prévention et accès aux soins) constitue un des champs sur lequel peut porter le Cucs, en articulation avec le dispositif d'Atelier santé ville (ASV) - dès lors qu'il en existe un sur le territoire concerné.

En 2007, l'Ile-de-France comporte 113 Cucs répartis sur 172 communes. Parmi ces Cucs, à peine la moitié d'entre eux (57%) comportent un ASV (64). C'est cependant davantage² que le niveau national (28% des 495 Cucs français).

Autres dispositifs, les *Zones de revitalisation rurale (ZRR)* ont été mises en place en 1995³ afin de réduire les inégalités de développement au sein du territoire national et « d'assurer aux habitants de ces zones des conditions de vie équivalentes à celles ayant cours sur les autres parties du territoire ». A la fin du premier semestre 2007, 27 communes franciliennes étaient classées en ZRR, toutes situées sur le département de Seine-et-Marne. Leur engagement en termes de santé publique n'est pas connu.

D'autres leviers d'action existent au niveau local comme les volets santé des politiques d'insertion RMI, les actions santé des contrats locaux de sécurité mais aussi via les compétences légales des communes en termes d'aménagement du territoire, de logement et de transports - autant de domaines où l'action sur certains déterminants de santé est possible, ou encore le réseau villes-santé OMS et le programme « Agenda 21 local »⁴.

La promotion de la santé publique dans le cadre des politiques locales visant à réduire les inégalités entre les territoires semble encore insuffisamment développée et inversement ces politiques locales restent à l'écart des actions connues des services régionaux de l'Etat en matière de santé publique.

¹ Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs).

² Ce constat doit toutefois être nuancé : en effet, 70% des Cucs français ont mis en œuvre un volet santé - relayé ou non par un ASV (donnée régionale correspondante non disponible).

³ Loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

⁴ En 1992, lors du sommet de la Terre de Rio, 173 pays adoptent le programme Action 21 (connu en anglais comme « Agenda 21 »). Il énumère quelque 2 500 recommandations concernant plusieurs problématiques, notamment celles liées à la santé. Dans le cadre de son chapitre 28, les collectivités territoriales sont invitées, en s'appuyant sur les partenaires locaux que sont les entreprises, les habitants et les associations, à mettre en place un Agenda 21 à leur échelle, appelé Agenda 21 local.

Avec la loi de santé publique : davantage de concertation et une amélioration de la visibilité et de la transparence

La loi de santé publique a permis des avancées notables dans l'organisation et la mise en œuvre des programmes de santé publique, en favorisant notamment davantage de concertation entre les acteurs, de visibilité des actions de santé publique sur les territoires et de transparence dans les mécanismes d'attribution des financements

Cette loi est mise en œuvre dans le but de renforcer et de mettre en cohérence, au niveau régional, les politiques de santé publique à travers, notamment, la hiérarchisation des problèmes de santé publique et l'intégration de la santé dans les politiques territoriales.

Elle vise entre autres « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

Elle confie la mise en œuvre d'un plan régional de santé publique (PRSP) au groupement régional de santé publique (GRSP), instance qui regroupe l'ensemble des acteurs et financeurs de la santé publique au niveau régional.

Entre 2004 et 2006, l'élaboration du PRSP d'Ile-de-France a pris appui sur un premier diagnostic de santé des Franciliens publié en 2003 par l'ORS, puis sur un bilan régional des plans et des programmes. Cette élaboration a été l'occasion d'un processus de concertation large : consultations départementales (plus localisées dans certains cas), consultation des usagers, prise en compte des territoires par l'élaboration des projets locaux de santé.

Cette étape de concertation, jusqu'alors inédite par son ampleur, a été indispensable pour mieux comprendre les logiques, les enjeux et les rôles de chacun des acteurs de prévention. L'expression des enjeux sanitaires et de prévention au niveau des territoires, portés essentiellement par les collectivités territoriales et par les usagers, a largement émergé à côté de celle des acteurs régionaux de santé publique traditionnels. Elle a constitué, pour les uns et les autres, un véritable processus de re-connaissance et d'apprentissage.

Cela a permis l'élaboration de ce premier plan régional de santé publique et de ses trente objectifs, soumis pour avis à la conférence régionale de santé et définitivement arrêté en mai 2006.

Les PRSP sont des outils de planification de la santé publique en région, dont le périmètre d'intervention est par définition celui de la santé publique englobant les actions/programmes de promotion de la santé, l'éducation pour la santé, le dépistage, la prévention, la veille, l'observation, portant sur une pathologie au niveau de groupes de population, sur des groupes spécifiques (exemple : le grand âge), sur des déterminants de la santé (dont font partie les dispositifs de « prise en charge » d'où la possibilité d'actions visant à améliorer leurs fonctionnements).

Premiers constats, issus du processus d'élaboration du PRSP

Ce bilan et cette large concertation ont permis, outre l'élaboration du PRSP proprement dite, d'arriver aux résultats et aux constats suivants :

- la réalisation d'un diagnostic régional partagé d'une grande richesse, issu d'un processus de consultations locales rassemblant autour des Ddass et des Cpm, les Conseils généraux ainsi que les acteurs départementaux et locaux impliqués à divers titres dans les programmes et action de santé publiques,
- la multiplicité des acteurs dépendants d'institutions diverses (communes, mutuelles...) contribuant aux actions de santé publique,
- de multiples interprétations du champ de la santé publique,
- une hétérogénéité et un morcellement des programmes de prévention,
- un manque de visibilité de l'ensemble des actions engagées, de leurs financements et de leurs résultats,
- une juxtaposition difficile entre les plans et programmes nationaux « verticaux »⁵ et les logiques régionales, départementales et territoriales « transversales »,
- un potentiel de professionnels libéraux et d'établissements de santé très important mais insuffisamment utilisé, du fait notamment d'une « fracture » entre les pratiques des professionnels de santé et leur action en matière de santé publique,
- le développement de nouvelles sources d'information sanitaires et de consommation (internet) pour lesquelles les institutions et collectivités disposent de peu de possibilités d'action à l'heure actuelle, alors qu'elles sont fortement sollicitées - notamment par les jeunes.

L'évaluation du plan régional de santé publique

Selon les termes de la loi et des textes réglementaires qui en sont issus, « le PRSP ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation ».

⁵ La loi de santé publique a peu ou prou débouché sur :

- cinq plans stratégiques nationaux de santé publique : lutte contre le cancer (2003-2007) ; lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ; lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) ; améliorer la prise en charge des maladies rares (2005-2008) ; lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement (2004-2008)
- trois plans interministériels : lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) ; santé au travail (2005-2009) ; lutte contre l'insécurité routière ;
- 22 plans et programmes relatifs à des déterminants, des pathologies, des populations particulières : nutrition, VIH/Sida et IST, maladie d'Alzheimer, enfants atteints de troubles du langage, lutte contre la douleur, etc.
- 17 plans et programmes de sécurité sanitaire : par exemple les plans Canicule, Biotox ;
- deux plans d'éducation pour la santé.

Celle-ci relève de deux instances distinctes :

Le programme d'études et de statistiques du plan régional de santé publique

La loi prévoit une évaluation du PRSP par la mise en place d'un « programme d'études et de statistiques » (PES), programme à l'instigation du GRSP. Ce PES doit permettre « d'identifier les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région, d'accompagner les actions engagées dans le cadre de PRSP et contribuer à l'évaluation de leurs impacts ». En Ile-de-France, son élaboration et sa mise en œuvre s'appuient depuis 2005, sur une équipe diversifiée et complémentaire, à la fois en termes de compétences et d'appartenance institutionnelle (Cire, Conseil régional, Cram, Drass, ORS, Urcam) - les services déconcentrés de l'Etat assurant la coordination de ce comité technique régional dit « groupe PES ». Cette évaluation - interne - portée par le « groupe PES », travaille selon deux démarches.

- D'une part, l'évaluation de l'atteinte des objectifs du plan régional de santé publique.

La démarche retenue vise à faire un état des lieux initial des informations disponibles relatives aux objectifs du PRSP pour l'année 2006, année de démarrage du PRSP, en faisant apparaître notamment les particularités régionales et départementales (lorsque c'est possible). Cette démarche a permis de repérer les indicateurs les plus pertinents au niveau régional, de les collecter et de les analyser, ainsi que d'engager de nouvelles études ou enquêtes pour obtenir les données manquantes. Cet état des lieux, en cours de finalisation, repose sur les données issues de systèmes d'information pérennes (base de données démographiques de l'Insee, causes de décès pour l'Inserm CépiDC, fichier des admissions en affection de longue durée pour l'Assurance maladie, système de déclarations obligatoires pour l'InVS, certificats de santé pour la Drees, PMSI, registres, réseaux...) et sur les résultats régionaux d'enquêtes répétées en population (Baromètre santé de l'Inpes, enquête Sumer de la Dares, enquête Escapad de l'OFDT, enquête KABP de l'ORS...). Cette première démarche a permis d'identifier les systèmes d'information et bases de données à mobiliser pour un suivi pérenne de ces indicateurs dans le cadre d'une plate-forme d'observation sanitaire et sociale en Ile-de-France.

- D'autre part, le PES a mis au point un questionnaire d'auto-évaluation des actions financées par le GRSP. Il comporte des indicateurs d'activité, de processus et de résultats, pour chacun des porteurs de projets financés. Cette approche ouverte devrait faciliter à terme l'élaboration de recommandations pour l'évaluation des actions définies par le PRSP.

La Formation Spécialisée « Suivi et Evaluation » (FSSE) du plan régional de santé publique, une émanation de la Conférence régionale de santé d'Ile-de-France

Cette « formation spécialisée » est une commission formée de membres de la CRS, chargée d'évaluer de façon plus externe le PRSP. C'est le résultat du travail de cette commission qui est présenté ici.

Objectifs

L'article R. 1411-10 du décret n° 2005-1539 du 10 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé confie à une formation spécialisée de la CRS la mission de « procéder au suivi et à l'évaluation du plan régional de santé publique et des programmes qui le composent au regard des objectifs régionaux de santé publique ».

La commission a fait le choix de réaliser une démarche complémentaire de celle mise en place par le PES, afin d'éviter les travaux redondants en s'intéressant à des aspects d'évaluation, non ou peu pris en compte par le PES. Elle l'a fait dans un esprit constructif afin d'aider le GRSP à orienter au mieux son travail de coordination des politiques de santé publique et de mise en œuvre du plan au plus près de ses objectifs, sans préjuger de l'évolution encore imprécise des dispositifs régionaux dans le cadre de la révision générale des politiques publiques⁶.

Pour répondre à cette mission, la FSSE d'Ile-de-France s'est fixée cinq objectifs :

1. **Repérer et décrire** les différentes sources de financements destinées à la santé publique en région, afin d'assurer une meilleure lisibilité des acteurs impliqués et des actions menées.
2. **Clarifier** le rôle des différents acteurs à travers une meilleure visibilité des actions de santé publique menées par les collectivités locales pour permettre leur prise en compte dans les plans régionaux.
3. **Vérifier** que les actions financées s'inscrivent effectivement dans le PRSP. Il s'agit, à partir de thèmes choisis par la FSSE (grand âge et addictions), de détailler le processus d'appel à projets (contenu des fiches-actions, instruction des dossiers), d'identifier pour chacun la part du financement GRSP et de suivre le processus de sélection des dossiers afin d'améliorer leur cohérence avec les objectifs régionaux de santé publique et d'aider les promoteurs d'actions de santé publique.
4. **Vérifier** l'adéquation globale entre la réalité des financements et la politique régionale de santé publique.
5. **S'assurer** que la réduction des inégalités de santé - priorité transversale du PRSP Ile-de-France - est effectivement prise en compte dans les différents objectifs du PRSP, en s'interrogeant notamment sur l'efficacité des actions mises en place et leur capacité à effectivement réduire les inégalités sociales de santé (et non les accroître).

⁶ La révision générale des politiques publiques (RGPP). Rapport présenté par Eric Woerth, ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, rapporteur général. Conseil de la modernisation des politiques publiques, avril 2008.

Méthode : une approche ciblée de la démarche évaluative

Compte-tenu de ses ressources - limitées - et de la démarche d'évaluation menée en parallèle par un groupe projet du GRSP en charge du Programme d'Etudes et de Statistiques du PRSP, la FSSE a fait le choix de la complémentarité, en privilégiant la réalisation d'une analyse globale centrée sur trois aspects :

1. **analyser le fonctionnement financier** avant et pendant la mise en place du PRSP : identifier les sources de financement des programmes et des actions de santé publique en Ile-de-France, apprécier la part du financement GRSP ainsi que la répartition des financements entre « structurels » et appel à projets ;
2. repérer et identifier dans le PRSP les objectifs relatifs aux **inégalités de santé** ;
3. analyser les dossiers de réponse à l'appel à projets 2007 du GRSP concernant deux thématiques de santé publique, envisagées chacune sous l'angle suivant : la réalité du financement correspond-elle à ce qui est attendu du PRSP en matière d'**addictions** et dans le domaine du **grand âge** ?

Dans ce cadre, la FSSE a mis en place quatre groupes de travail spécifiques (leur composition figure en annexe 1) :

- groupe 1 « évaluation globale », chargé de rechercher les sources de financement des programmes et actions de santé publique en Ile-de-France et d'analyser les données financières régionales par type de financement et par thématique ;
- groupes 2 « inégalités sociales de santé » ;
- groupes 3 et 4, chargés d'analyser les dossiers de réponse à l'appel à projets 2007 du GRSP pour deux thèmes choisis : grand âge (objectif 15) et addictions (objectifs 18, 19 et 20), afin d'apprécier notamment la cohérence des critères de sélection des projets retenus par rapport à ceux qui sont rejetés.

Ces différents groupes se sont notamment appuyés sur les éléments suivants :

- des documents nationaux et régionaux relatifs aux financements de la santé publique,
- des entretiens réalisés auprès des personnes en charge des programmes de santé publique et de leur mise en œuvre à la DGS et à la Drass,
- l'extraction informatique de la base de données des appels à projets 2006 et 2007, des actions financées dans ce cadre.

Au final, ces travaux ont permis l'émergence de recommandations pour assurer une meilleure lisibilité des financements de la prévention, de l'éducation pour la santé, de l'alerte et de la veille sanitaire en Ile-de-France et améliorer le processus d'appel à projets du GRSP.

Résultats

ANALYSE DU FONCTIONNEMENT FINANCIER

1. Des dépenses de prévention difficiles à quantifier

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention rassemblent :

- la « consommation » de médecine préventive : coût des services intervenant pour la médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, missions de prévention assurées par l'État et les collectivités territoriales ;
- la prévention collective et le contrôle sanitaire : coût des dépenses des actions de prévention pour le contrôle des eaux, le contrôle sanitaire aux frontières, les campagnes d'information et d'éducation sanitaire, actions et programmes du ministère de la santé, dépenses des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), dépenses des fonds nationaux de prévention de la sécurité sociale...

Elles représentent 2,4% de la dépense courante de santé, dominée par les dépenses pour les soins et biens médicaux (86,6%). En Ile-de-France, les dépenses de prévention s'élevaient approximativement à 580 millions d'euros en 2003.

Néanmoins, il ne s'agit que des dépenses ou coûts « individualisables » - c'est-à-dire ceux que l'on peut de façon quasi certaine considérer comme dédiés à des actions de prévention. Ainsi, la définition de la dépense de prévention selon la comptabilité nationale « n'inclut pas des pans importants de la politique de prévention [et de santé publique] notamment en raison de l'impossibilité actuelle - sauf exceptions - de repérer les dépenses d'assurance maladie selon leur nature. » Les actions sur l'environnement ne sont pas non plus prises en compte, tout comme les financements privés ou l'action des bénévoles. Pour toutes ces raisons, « [...] le financement de la prévention demeure en France à la fois secondaire et peu lisible. »⁷

Selon le Bilan régional des plans et des programmes de prévention⁸ réalisé lors des travaux préparatoires à l'élaboration du PRSP, 42 millions d'euros étaient consacrés en 2004 aux actions de prévention en Ile-de-France - soit environ 7% des dépenses de prévention si on accepte le montant de 580 millions d'euros comme un ordre de grandeur des financements de la prévention.

Toutefois, le montant de cette enveloppe n'est pas exhaustif et dépend de ce que l'on inclut dans le champ de la prévention. Selon les différentes sources interrogées, la compréhension du champ de la prévention est hétérogène, notamment dans ses articulations sanitaires d'une part (certaines Cnam rapportant leur activité de bilans de santé, d'autres ne la mentionnant pas) et sociales d'autre part.

⁷ Inspection générale des affaires sociales. *Santé, pour une politique de prévention durable - Rapport annuel 2003*. Paris : La documentation française, 2003.

⁸ *Bilan des plans et des programmes de prévention en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, 2005.

2. Vers une mutualisation des budgets de prévention concourant aux actions de santé publique par le GRSP

Contexte du financement de la politique de santé publique en Ile-de-France depuis la loi du 9 août 2004 : du PRSP au GRSP

En mai 2006, la région Ile-de-France s'est doté d'un premier Plan régional de santé publique (PRSP) qui constitue le cadre de planification de la politique régionale de santé publique pour cinq ans (2006-2010). Ce plan comprend trente objectifs régionaux de santé publique et les stratégies d'action à mettre en œuvre pour les atteindre.

La mise en œuvre du PRSP sur le terrain est confiée à un groupement d'intérêt public autonome : le GRSP qui associe et coordonne les structures intervenant en santé publique et souhaitant participer au GRSP. Il comprend obligatoirement l'État et ses services déconcentrés, l'Assurance maladie et l'ARH, ainsi que - si elles le souhaitent - les collectivités territoriales. En Ile-de-France, le Conseil régional, trois Conseils généraux et cinq Communes ont par une démarche volontaire déjà adhéré au GRSP.

Les membres du GRSP mettent en commun une partie de leurs fonds propres, afin notamment de financer les stratégies d'actions développées sur le terrain pour atteindre les objectifs régionaux de santé publique tels que définis dans le PRSP Ile-de-France.

Pour l'État à travers la Drass, il s'agit principalement d'une enveloppe globale, annuelle, non fléchée, en provenance du ministère de la santé (DGS), qui regroupe des enveloppes financières auparavant différenciées et gérées par les Ddass jusqu'en 2003.

La différenciation portait sur les thématiques de santé publique - une enveloppe par thématique étant attribuée par la DGS directement aux Ddass. Le même processus s'appliquait aux quatre Programmes régionaux de santé (addictions, périnatalité, personnes âgées, saturnisme infantile) et au Praps, avec une programmation au niveau régional et une répartition budgétaire au niveau des Ddass (qui disposaient ainsi de crédits fléchés pour des appels à projet départementaux spécifiques).

Avec la mise en œuvre de la Lolf en 2004, ces enveloppes ont été régionalisées au sein d'une enveloppe globale et la Drass est devenue l'ordonnateur des crédits sur un nouveau chapitre : le « 39.01 » géré par le service Santé publique et prévention - chapitre devenu en 2006 le « programme 204 » et en 2007 la majorité de la contribution financière de l'État au budget 2007 du GRSP.

La participation financière de l'État au budget du GRSP comporte aussi une enveloppe spécifique, fléchée cancer (2,3 millions d'€ pour les structures départementales de gestion du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal).

Pour l'Assurance maladie, les fonds du régime général proviennent du FNPEIS qui transite par l'Urcam : leur montant est fixé par la lettre circulaire d'attribution aux régions en provenance de la CnamTS.

En 2007, le budget du GRSP Ile-de-France s'élevait à 27 millions d'euros, soit un peu moins de 5% des dépenses de prévention.

Il est destiné au financement d'actions de santé publique en Ile-de-France, en cohérence avec les objectifs inscrits dans le PRSP.

Par rapport aux promoteurs identifiés dans le bilan régional précité, plusieurs ne sont pas financés par le biais du GRSP en 2007 (des mutuelles, l'Education nationale, la Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports de Paris - Ile-de-France...).

L'État et l'Assurance maladie en sont les principaux financeurs - respectivement à hauteur de 80% et de 16%. Si la participation financière des collectivités territoriales est peu importante dans le budget 2007 du GRSP, leur place au sein de ce groupement est essentielle pour assurer la cohérence des politiques de santé publique.

En 2008, plusieurs autres sources de financement existantes seront intégrées au budget du GRSP. Il s'agit notamment :

- de fonds supplémentaires de l'assurance maladie, en provenance d'autres régimes : MSA et RSI,
- des crédits alloués aux plans ou programmes nationaux de santé déclinés et financés au niveau régional : crédits actuellement gérés par les services compétents de la Drass comme le service personnes âgées pour le programme national « Bien vieillir »,
- du financement d'organismes associés au pilotage de la politique de santé publique comme le Crésif, le Crips et l'ORS,
- des crédits « vaccinations, tuberculose et IST » des Conseils généraux qui n'ont pas souhaité en conserver la gestion (77, 92, 94) suite aux dispositions de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

D'autres sources de financement des programmes de santé publique ne seront pas intégrées au budget du GRSP, par exemple :

- les crédits addictions de la Mildt, qui restent gérés par les Ddass dans le cadre des plans départementaux spécifiques addictions,
- le fond d'action sociale et les fonds spécifiques bucco-dentaire des huit Cpm franciliennes et de la Cram,
- les fonds propres de prévention des nombreuses collectivités territoriales (adhérentes ou non du GRSP), dont certaines peuvent s'inscrire en cofinancements d'actions financés par le GRSP.

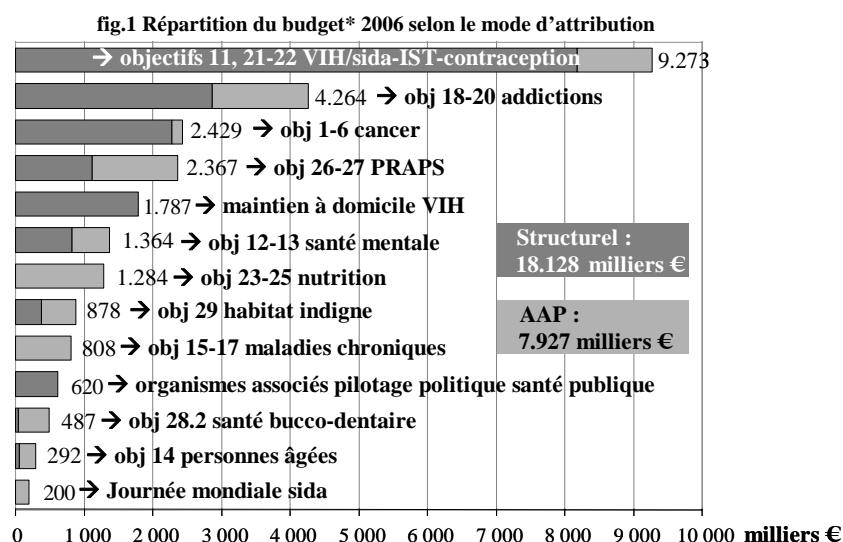
La question reste posée pour les crédits « Ateliers santé-ville » attribués par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) aux Préfets de département (et gérés par les Ddass) ainsi que pour les crédits « politique de la ville » des préfetures (Acsé) finançant les Cucs.

Enfin, l'analyse des financements contribuant aux actions de santé publique en Ile-de-France - notamment ceux issus du secteur de la prévention - s'avère difficile à quantifier. Leur montant varie sensiblement selon la définition retenue pour la prévention qui est comptabilisée de façon hétérogène selon les sources. La santé publique est ainsi difficile à définir dans ses limites : articulation avec le sanitaire, articulation avec le social.

3. Héritage de fonctionnements et financements antérieurs, les fonds fédérés par le GRSP sont répartis selon deux modes d'attribution : les financements « structurels » et l'appel à projets.

Une analyse du budget du GRSP selon ces deux modes d'attribution a mis en évidence les points suivants (fig.1) :

- 18 millions d'euros - soit deux tiers du budget du GRSP - financent le fonctionnement de certains dispositifs médico-sociaux (qui n'entrent pas tous dans le champ du PRSP) et 8 millions d'euros des actions de santé publique à l'issue d'un processus d'appel à projets ;
- l'importance des budgets « structurels » consacrés au VIH/Sida-IST-contraception, aux addictions, aux cancers, au PRAPS et à la santé mentale alors qu'aucune action de prévention n'est financée pour les objectifs 7, 8, 9, 10 et 28.1 du PRSP (périnatalité hors contraception, handicap, troubles du langage, vaccinations et tuberculose), non déclinés dans l'appel à projets.



*Cette répartition qui porte sur l'année 2006 est antérieure à la mise en place du GRSP. Outre le budget alloué aux dispositifs structurels, elle présente celui de l'appel à projets 2006, commun à l'Assurance maladie et à l'État, lequel s'appuyait déjà sur les objectifs du PRSP qui venait d'être arrêté par le Préfet de région - ce qui a permis la réalisation d'une 1^{ère} analyse des dossiers de réponse retenus (en 2006) dans le champ des addictions (cf. figures suivantes). Ainsi, « structurel » et « appel à projets commun » représentaient un montant total de 26,2 millions d'euros en 2006, proche de celui du GRSP dans sa première année de fonctionnement (2007).

Source : Drass Ile-de-France.

La question posée à travers la correspondance entre l'ensemble de ces financements et le champ de la santé publique visé par le PRSP, est principalement celle de l'éligibilité de certains fonds structurels à un financement du GRSP⁹.

⁹ En effet, selon le décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique, le GRSP « décide des projets éligibles à un financement du groupement ».

3.1. Les crédits structurels : des financements fléchés

La part importante du structurel dans le budget du GRSP est une spécificité francilienne directement en lien avec le contexte régional particulier des années 1980 en matière de toxicomanie et de sida, à l'origine de la mise en place de structures et dispositifs médico-sociaux très spécifiques, financés par des lignes budgétaires particulières : les crédits structurels¹⁰, gérés par la Drass Ile-de-France.

Les crédits structurels sont ainsi des financements « fléchés » : le GRSP semble disposer de peu de marge de manœuvre en ce qui concerne leur attribution.

Ils financent le fonctionnement de structures médico-sociales de type associatif, des actions de prévention et aussi de l'hébergement.

La prédominance du financement des dispositifs structurel caractérise ainsi le budget du GRSP, dont la cohérence avec le PRSP doit être approfondie et analysée.

3.2. L'appel à projets : un processus contraignant et peu évalué

L'appel à projets représente, avec plus de 8 millions d'euros en 2007, un tiers du budget du GRSP ainsi réservé au financement annuel d'actions de santé publique correspondant à un cahier des charges précis : le « guide du promoteur », établi à partir des objectifs du PRSP.

L'analyse du processus d'appel à projets financé par le GRSP permet de mettre en évidence les éléments ci-dessous.

> Une démarche annuelle, mobilisatrice mais lourde pour le GRSP

Au niveau du GRSP, il obère le fonctionnement de la Drass pendant plusieurs semaines et mobilise de nombreux acteurs de santé publique au sein de groupes projet départementaux et régionaux rassemblant représentants des Ddass, Cnam, Drass, Cram, Urcam, ORS, collectivités locales adhérentes..., lors de la phase d'élaboration des fiches-actions composant le guide promoteur et lors de l'instruction des dossiers de réponse (1200 réponses environ par an, 50% financées) - l'ensemble devant être réalisé dans des délais très restreints, afin notamment d'assurer la continuité financière des associations porteuses de projets.

L'élaboration du guide promoteur par objectif révèle les difficultés à orienter les réponses sur des populations (migrants, Roms...) et/ou des zones prioritaires en termes de réduction des inégalités. En effet, les niveaux de connaissance et les informations disponibles concernant les outils d'aide à la décision (de type tableau de bord ou SIGR santé¹¹ par exemple) sont hétérogènes.

¹⁰ Dans d'autres régions françaises, qui n'ont pas de dispositifs médico-sociaux spécifiques à pérenniser, 99% du budget des GRSP est passé en appel à projets (source : DGS, 2007).

¹¹ Système d'information géographique régional en santé.

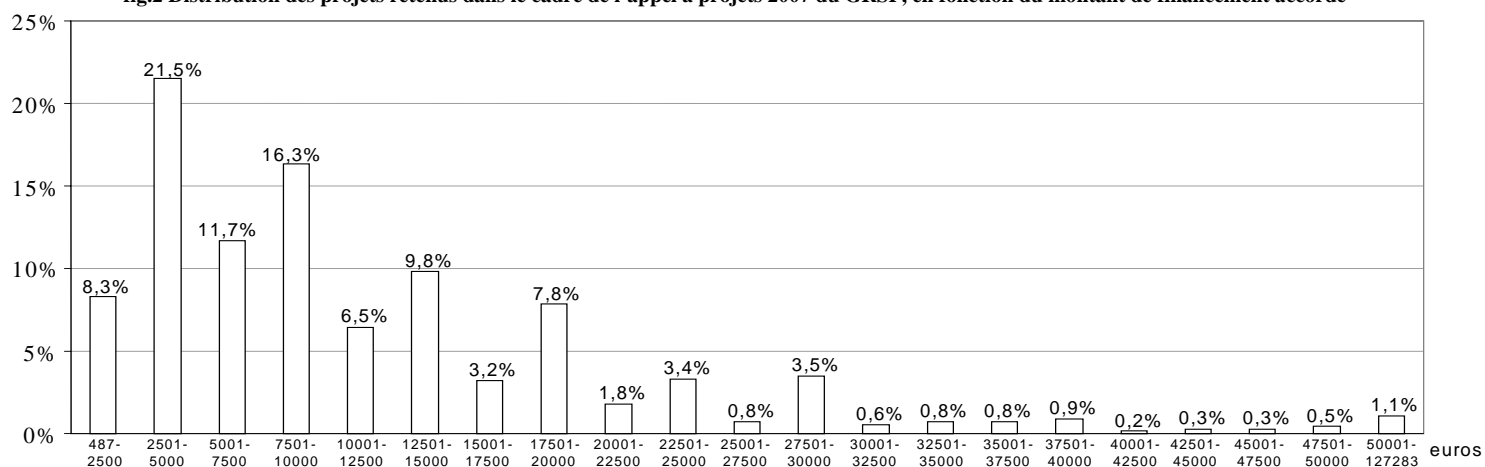
Concernant l'instruction des dossiers de réponse à l'appel à projets, malgré cinq critères pré-établis en 2007 pour homogénéiser la sélection des dossiers (cohérence, justification, capacité du promoteur, évaluation, ressources-partenariat-gestion), c'est également une phase différenciée selon les groupes projet, en lien notamment avec des niveaux de connaissance et d'appréciation des besoins de prévention distincts.

> *Un dossier de financement unique pour les promoteurs, indépendamment du type d'action, de sa durée et de son montant*

Au niveau des candidats au financement (les promoteurs), leur implication dans le processus d'appel à projets concerne le dossier de réponse et le dossier d'évaluation, pour lesquels ils ne sont ni consultés ni informés/formés au préalable.

Concernant le dossier de réponse, il est le même quel que soit le financement demandé (quelques centaines d'euros ou bien plusieurs milliers d'euros), la durée (un mois à plusieurs années) ou le type de l'action. Or en 2007, près de 30% des actions retenues ont reçu un financement dont le montant n'excédait pas 5.000 euros (fig.2).

fig.2 Distribution des projets retenus dans le cadre de l'appel à projets 2007 du GRSP, en fonction du montant de financement accordé¹²



Lecture : En 2007, sur les 651 projets financés directement par le GRSP dans le cadre de l'appel à projets du PRSP, 8,3% ont obtenu un financement compris entre 487 et 2500 €

Source : GRSP 2007. Exploitation ORS Ile-de-France pour la FSSE.

Dans ce contexte, certains promoteurs expriment des difficultés, voire des réticences, par rapport au processus d'appel à projets - tant sur le fond (annualité incompatible avec des actions de longue haleine, calendrier très contraignant avec absence de financement possible dès la clôture de l'appel à projet, effet de mise en concurrence de structures normalement appelées à collaborer, incertitude sur l'organisation concrète des équipes avant le retour des réponses, dossier de réponse jugé trop long pour quel intérêt) que sur la forme (sauvegarde impossible en cours de saisie...).

¹² Les 20 actions financées par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (cf. fiche action n°4-26/27.3) ne sont pas prises en compte.

> *Un processus d'efficacité méconnue*

Concernant le dossier d'évaluation complété par les promoteurs, aucune analyse n'a pour l'instant permis d'apprécier l'efficacité de leurs actions sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Or, selon la loi du 9 août 2004, l'action de l'Etat et de ses partenaires se juge sur cette amélioration.

Les travaux du groupe PES, orientés d'une part vers l'évaluation des résultats à travers le document sur la situation initiale et le suivi du PRSP et, d'autre part, vers l'évaluation interne des actions financées par un questionnaire spécifique que les promoteurs auto-remplissent, devraient permettre d'aboutir à une évaluation de l'efficacité du processus d'appel à projets, au terme de l'échéance du premier PRSP.

Au final, l'appel à projets constitue :

- un processus contraignant, caractérisé par une procédure lourde :
 - > pour les gestionnaires et instructeurs (forte mobilisation humaine) qui pourraient être investis dans d'autres tâches comme l'aide à l'évaluation ou l'aide méthodologique,
 - > mais aussi pour les promoteurs qui y consacrent du temps qui devrait normalement être opérationnel ;
- un processus d'autant plus « fragilisant » pour les promoteurs que l'arrivée des financements des actions menées sur une année T intervient, jusqu'à présent, en fin d'année, occasionnant des problèmes de trésorerie et des frais pour nombre d'entre eux, nécessairement répercutés sur les coûts des projets.

Un effort considérable, qui doit se poursuivre, est actuellement mis en place par le GRSP pour anticiper l'appel à projets sur l'année T-1.

3.3. Certaines structures sont financées par les deux modes d'attribution.

L'analyse des dossiers de réponse retenus suite à l'appel à projets 2006 souligne la nécessité de mieux analyser un processus qui accorde parfois d'importants financements à des promoteurs dont certains bénéficient déjà de financements structurels, ceci afin d'améliorer la lisibilité des cumuls « structurel et appel à projets » au sein du budget du GRSP.

PREVENTION ET INEGALITES DE SANTE

Dans son avis du 29 mars 2006 relatif au PRSP, la Conférence régionale de santé rappelle que « l'ensemble des actions du PRSP doit s'adresser en priorité aux personnes vulnérables, en particulier, celles qui ne sont pas bénéficiaires des programmes de prévention ».

Antérieurement au PRSP, la stratégie d'actions en santé précarité reposait sur :

- sept axes stratégiques pour une amélioration de la santé des populations en situation de précarité (DGS, DHOS, DGAS, DIV, DREES),
- et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Parmi les cinq axes prioritaires du PRSP Ile-de-France 2006-2010, deux expriment déjà dans leur intitulé une préoccupation « inégalités de santé ».

- L'axe 2 « accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisant », à travers trois objectifs :
 - o objectif 7 « repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de **vulnérabilité psychosociale** vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés » ;
 - o objectif 11 « renforcer les actions d'éducation à la sexualité, (intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception), chez les jeunes, notamment **les jeunes en difficulté** » ;
 - o objectif 14 « développer l'évaluation globale des effets du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux **populations vulnérables vieillissantes** ».
- L'axe 3 « promouvoir la santé des personnes **en situation de vulnérabilité sociale** », à travers l'ensemble de ces objectifs :
 - o objectif 26 « garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de **vulnérabilité sociale** » ;
 - o objectif 27 « développer une approche santé adaptée aux personnes en situation de **vulnérabilité sociale** » ;
 - o objectif 28 « contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de **vulnérabilité sociale**, notamment la tuberculose ».

Bien qu'absente de l'intitulé des trois autres axes du PRSP, ceux-ci regroupent également des objectifs exprimant cette préoccupation.

- L'axe1 « lutter contre le cancer », à travers trois objectifs :
 - o objectif 1 « promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage (**défavorisées ou vulnérables**) » ;
 - o objectif 2 « promouvoir le dépistage du cancer colorectal, en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage (**défavorisées ou vulnérables**) » ;
 - o objectif 5 « mettre en place une recherche-action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) **chez les sujets à haut risque** ».

- L'axe 3 « promouvoir les comportements favorables à la santé », à travers l'objectif 21 « diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : **migrants**, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, **détenus, prostitués**, hétérosexuels multipartenaires ».

- L'axe 5 « réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux », à travers l'objectif 29 « protéger la santé des populations **vivant en habitat indigne** ».

Enfin, deux axes parmi les cinq et onze objectifs sur les trente du PRSP traduisent la priorité de la CRS pour l'enjeu que constitue la réduction des inégalités de santé.

Compte-tenu du stade d'avancement du PRSP - dans sa deuxième année de mise en œuvre en 2007 - et du peu d'informations disponibles concernant l'évaluation des projets financés en 2006, il n'est pas possible, pour l'instant, d'apprécier l'efficacité des actions financées par le GRSP pour réduire les inégalités de santé.

Première analyse des projets retenus en 2007

Les projets retenus appartenant aux objectifs à orientation inégalités de santé, cités ci-dessus, représentent près de 40% de l'ensemble du budget de l'appel à projets en 2007, avec une part importante attribuée aux objectifs 26 et 27.

Il est à noter que les objectifs 5 et 7 n'ont pas de projets financés (fig.3). C'est sans surprise pour l'objectif 5, qui ne relève pas du processus d'appel à projets (l'objectif vise l'implication des centres de santé et des centres d'addictologie franciliens dans l'essai randomisé national multicentrique en cours depuis 2006). C'est bien plus notable pour l'objectif 7, probablement en lien avec l'absence de chef de projet régional pour cet objectif (et donc de déclinaison en fiches-actions dans le guide du promoteur).

fig.3 Subventions et nombre de projets attribués aux objectifs « inégalités de santé »

Objectif	Référence à l'objectif PRSP	Budget attribué (en €)	Nombre de projets financés
1 et 2	Dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)	80 890	9
	Dépistage du cancer colorectal, en particulier des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)		
5	Faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) chez les sujets à haut risque	0	0
7	Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi des grossesses adaptées	0	0
11	Education à la sexualité, (intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception), chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté	430 071	47
14	Evaluation globale des effets du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes ;	349 960	29
26	Promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale	845 367	56
27	Approche santé adaptée aux personnes en situation de vulnérabilité sociale	948 733	74
28	Pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose.	311 243	17
29	Habitat indigne	515 549	26
	Total	3 481 813	258

Source : GRSP 2007. Exploitation Inpes pour la FSSE.

Les porteurs de projets devaient également définir leur projet par rapport aux deux questions suivantes :

- Est-ce une action envers un public en situation de vulnérabilité sociale ?
- Est-ce une action réalisée sur le territoire d'un contrat urbain de cohésion sociale ?

Cinq cent trente quatre projets sur les 651 retenus ont été considérés par leurs porteurs comme destinés à un public en situation de vulnérabilité sociale. Le total des subventions destinées à ces projets se monte à 7 116 764 € soit 80,4% du budget total des subventions.

Trois cent quatre vingt projets sur les 651 retenus (58%) doivent être réalisés sur un territoire disposant d'un Cucs. Le total des subventions destiné aux projets Cucs se monte à 4 627 053 € soit 52% de l'enveloppe de subventions en 2007.

Attribution des subventions selon les départements

Des inégalités territoriales existent entre les départements (voir infra, page 4).

La Formation spécialisée s'est interrogée sur la capacité d'un appel à projets à avoir un impact équitable sur les différentes zones géographiques en fonction de leurs réelles difficultés. En effet, les initiatives, repérables par cet appel à projets, proviennent forcément des zones dans laquelle une infrastructure, associative ou institutionnelle, est active.

Avec 230 projets retenus (fig.4) et près de 2 millions d'euros attribués (près d'un quart du total des subventions 2007), la Seine-Saint-Denis apparaît comme la plus active en nombre de projets déposés - soit seule (218), soit en association avec d'autres partenaires (406).

fig.4 Répartition départementale des projets attribués aux objectifs « inégalités de santé » et estimation du montant des subventions correspondant

Départements	Nombre de projets monodépartementaux déposés	Nombre de projets mono ou pluridépartementaux déposés concernant ce département	Nombre de projets retenus concernant ce département	Estimation du total des subventions attribuées (en €) sous l'hypothèse d'équité de répartition des subventions pluridépartementales
75	104	322	148	1 115 372
77	47	203	99	646 360
78	120	301	159	1 051 377
91	65	236	129	924 980
92	60	320	142	925 364
93	218	406	230	1 921 155
94	140	320	177	1 455 631
95	131	231	117	806 648

Source : GRSP 2007. Exploitation Inpes pour la FSSE.

LA REALITE DU FINANCEMENT CORRESPOND-ELLE A CE QUI EST ATTENDU DU PRSP ? L'EXEMPLE DES ADDICTIONS

Les trois objectifs prioritaires « addictions » du PRSP sont :

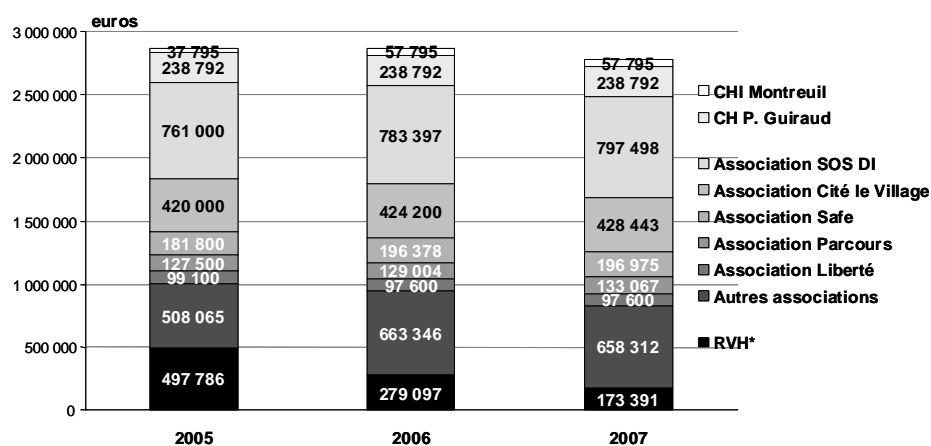
- Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions. Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotrope (objectif 18)
- Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin (objectif 19)
- Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales (objectif 20)

L'analyse des attributions des financements « addictions » du PRSP 2006 montre bien deux modalités : « crédits structurels » et appels à projets.

L'ensemble représente 16% des financements du PRSP en 2006 (4,3 M €) dont 67% de structurel (2,9 M €) se répartissant en 39 financements (83% pour des associations, 11% pour des CH-CHI et 6% pour huit réseaux ville-hôpital) distribués à 34 promoteurs. Cinq associations perçoivent près de 60% des financements : SOS DI (29%), Cité le Village (15%), Safe (7%), Parcours (5%) et Liberté (4%). (fig.5)

Il s'agit d'attributions fléchées (historique francilien de pérennisation des dispositifs toxicomanie), d'où un manque de lisibilité.

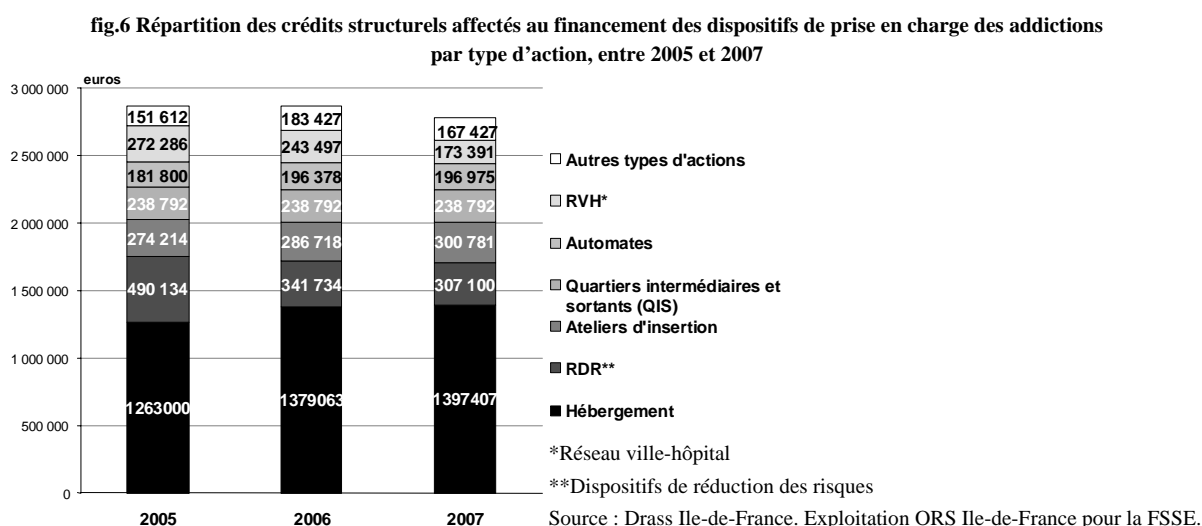
fig.5 Répartition des crédits structurels affectés au financement des dispositifs de prise en charge des addictions par type de promoteur, entre 2005 et 2007



*Réseau ville-hôpital

Source : Drass Ile-de-France. Exploitation ORS Ile-de-France pour la FSSE.

La répartition par type d'action (fig.6) montre que la moitié des fonds structurels addictions abonde de l'hébergement, mais également des dispositifs de réduction des risques et des ateliers d'insertion (11% chacun) ainsi que des réseaux ville-hôpital (7%).



Les fonds destinés au financement de l'hébergement recouvrent une multitude de situations :

- hébergement des sortants de prison ;
- hébergement d'urgence pour les personnes addictives en démarche de soins, hébergements partagés-chambres d'hôtel-accompagnement social pour usagers de drogues ;
- sensibilisation aux conduites à risques et prévention des toxicomanies vers les jeunes en difficulté hébergés.

Une analyse détaillée de l'ensemble de ces catégories, notamment celle relative à l'hébergement, doit être réalisée pour évaluer l'opportunité d'un financement via le GRSP en correspondance avec ses missions.

En l'état, la répartition des crédits structurels par type d'action souffre d'un manque de lisibilité qui ne permet pas d'apprécier l'éventuelle cohérence entre ces financements et les objectifs du PRSP.

Ceci est d'autant plus important à considérer que certains dispositifs de soins semblent être toujours financés par ce biais. En effet, l'analyse par type de promoteur des financements structurels 2005-2007 appliquée aux addictions (fig.5) montre qu'une dizaine de dispositifs de soins reçoivent des crédits structurels (en 2007, deux centres hospitaliers et huit réseaux ville-hôpital pour lesquels, cependant, les financements provenant antérieurement du mode d'attribution « structurel » sont peu à peu remplacés par des financements ad hoc telle la dotation régionale des réseaux).

Il est à noter qu'un important effort d'évaluation et de réorganisation du « structurel » a été entrepris par le GRSP et a déjà abouti à des modifications substantielles.

La répartition par territoire (niveaux régional et départementaux) montre qu'en 2007, Paris reçoit 58% des financements, la proche couronne 32% et la grande couronne seulement 9%.

La région et l'Essonne reçoivent des financements structurels depuis 2006.

L'unité territoriale disponible étant le département, les analyses locales sont limitées.

De même pour l'analyse par population peu explicitée dans le recueil informatique actuel.

L'appel à projets correspond à 33% des financements « addictions ». Il existe une grande disparité entre les différents objectifs concernant le nombre de réponses à l'appel à projets et le nombre de projets financés (fig.7). Ceci tient à la différence entre les objectifs et donc leur traduction au sein des fiches-actions du guide promoteur.

Ainsi l'objectif 18, qui représente 18% du nombre total des projets PRSP retenus, inclut l'ensemble des activités de prévention auprès des jeunes et de repérage précoce.

Les objectifs 19 (tabagisme féminin) et 20 (réduction des risques chez les usagers de drogues) sont relativement nouveaux et émergents. Les réponses des promoteurs sont beaucoup moins nombreuses. Un effort soutenu a d'ailleurs été mis en œuvre pour encourager les projets dans ces deux domaines. En termes de nombre de projets retenus dans le PRSP, ils se situent autour de la médiane.

fig.7 Répartition des projets « addictions » candidats à un financement PRSP en 2006, selon les trois objectifs « addictions »

Objectifs	18	19	20
Montant attribués (en K€)	1200	170	123
Nombre de projets retenus	94	22	13
% retenus	50%	63%	48%

Source : Drass Ile-de-France. Exploitation FSSE - groupe 4.

La CRS souhaite-t-elle que les actions correspondant aux objectifs 19 et 20 reçoivent entre sept et dix fois moins de soutien pour quatre à sept fois moins de projets que celles de l'objectif 18 ?

N'est-ce pas un biais fort dans la mise en œuvre des priorités de santé publique votées par la CRS ?

A contrario, la CRS souhaite-t-elle une réduction drastique des actions de prévention auprès des jeunes ?

Finalement, quels critères d'attribution des budgets pour chaque action et chaque objectif, quelle logique de choix ?

Les actions correspondant à l'objectif 18 peuvent servir d'exemple (cf. annexe 2).

- Les actions « intervention précoce contre les usagers à risque » ont eu neuf projets < à 2.000 € retenus dont huit dans des collèges des Yvelines et un de la ville de Saint-Ouen dont le montant est de 200 € pour les personnes SDF.

De tels choix soulèvent la question du coût/efficacité du traitement des dossiers (coût du temps évaluateur, coût du temps rédacteur pour le promoteur), celle de la crédibilité du projet demandant une très faible somme et de la procédure de son attribution.

Ces questionnements doivent être relativisés au regard de l'évolution temporelle du nombre de « petits » projets soumis et retenus entre les différents appels à projets - les efforts de la Drass, entrepris depuis plusieurs années, portant notamment sur la réduction de leur nombre dans le département des Yvelines, et ce, non sans succès.

- Vingt projets d'une association nationale spécialisée sur cette thématique ont été retenus pour un total de 459.000 € soit 37,5% du budget, ce qui soulève plusieurs questions :

- o *Les grandes structures ont-elles davantage de moyens pour construire des projets qui marchent ?*
- o *Le système de l'appel à projets ne fait-il que renforcer les institutions existantes aux dépens des initiatives nouvelles ou en situation d'exclusion sociale ?*
- o *Est-ce le rôle du GRSP de financer les structures « bien insérées » sur des budgets non-structurels ?*
- o *Sur quels critères déterminer si un répondant à l'appel à projets est susceptible d'être financé ?*
- o *Pour les grandes structures de statut associatif, quelle participation des usagers aux instances de décision, quelle démarche, quelle accréditation ?*

- Parmi les 17 projets retenus provenant de villes pour 109.000 € (8,9% du budget), dix proviennent de Seine-Saint-Denis. Il s'agit en effet, dans la grande majorité des cas, d'actions mises en œuvre par des centres municipaux de santé ou des SCHS, structures particulièrement présentes en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne.

Dès lors, comment promouvoir le développement d'une politique de santé au niveau des communes qui n'en ont pas fait leur priorité ?

- Quatre projets > 50.000 € ont été retenus, pour un montant total supérieur à ce que touchent les 17 villes, ce qui soulève la question de la justification des décalages entre les montants accordés.

- Sans surprise, il y a peu de réponses concernant les nouvelles substances ou modes de mésusage. En effet, les consommations émergentes et « pointues » ne sont pas celles visées en priorité par l'objectif 18 qui s'intéresse à la consommation des produits les plus couramment répandus. Néanmoins une action innovante sur la dépendance à la télévision, à internet et aux jeux vidéo chez les jeunes a été retenue dans le cadre de l'appel à projets GRSP 2007.

La question des disparités territoriales est illustrée par les actions « lutte contre le tabagisme féminin » (objectif 19) et « la santé des usagers de drogues » (objectif 20).

- Concernant « le tabagisme féminin », les projets sont souvent municipaux ou proviennent de comités départementaux, avec des montants compris entre 600 € et 16.000 €, mais la grande couronne a peu de projets (un dans le Val d'Oise) et, en proche couronne, le département de Seine-Saint-Denis a six projets municipaux.

La question de l'amélioration de l'impact de la politique du PRSP est posée : faut-il une politique volontariste (allant vers les territoires défavorisés en actions et/ou les territoires regroupant les populations prioritaires) ? Une politique de financement (ou de sollicitation de réponses) plus interventionniste ?

- Concernant « la santé des usagers de drogues », les projets sont souvent déposés par des associations de personnes concernées (SOS Hépatites, Aides, Asud...) pour des montants variant de 800 € à 17.000 €. Il n'y a aucune réponse de la grande couronne, et très peu de la proche couronne (sauf du département du Val-de-Marne).

Cela soulève des questions : les usagers des drogues habitent-ils strictement Paris et la proche couronne ? Les actions sont-elles concentrées sur le lieu de deal ? L'exclusion sociale des usagers de drogues dans la grande couronne est-elle responsable du manque d'initiative sur ce territoire ?

Dans l'ensemble, les projets du Val-de-Marne sont plus souvent retenus (21 projets financés pour 25% non retenus) que ceux des autres départements franciliens (les Hauts-de-Seine : sept financés pour 63% non retenus ; Paris : treize financés pour 58% non retenus ; l'Essonne : cinq financés pour 56% non retenus). Le département des Yvelines a 51% de projets retenus mais il s'agit de neuf microprojets émanant de collèges et lycées.

Comment expliquer ces différences départementales ?

- *Reflètent-elles les inégalités de santé franciliennes, qui, on le sait, ne sont pas également réparties sur le territoire ?*
- *Les actions financées concernent-elles des zones urbaines ou rurales identifiées comme en difficulté (Cucs, ZRR) ?*

Finalement, quelle visibilité régionale des populations prioritaires et des territoires défavorisés ?

QUELLE PART RELATIVE AU GRAND AGE DANS L'APPEL A PROJETS ?

Dans l'axe : « accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisants », deux objectifs correspondent au thème grand âge. Ils ont été retenus pour l'analyse des réponses à l'appel à projets 2007 du GRSP :

- l'objectif 14 « développer l'évaluation globale des effets du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes » : 7 dossiers ;
- l'objectif 15 « développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polypathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi » : 8 dossiers.

L'étude des 15 dossiers de réponse (appel à projets 2007) et de leurs budgets prévisionnels a montré :

- qu'il n'y a pas toujours adéquation entre les projets et ce qu'est la santé publique, par exemple : demande de soutien à des recherches cliniques ;
- des faiblesses méthodologiques tant dans la construction et le déroulement du dossier que dans la description faite de l'action, par exemples : ciblage de population mal précisé, faisabilité de l'action pas clairement démontrée ; manque de précisions des modalités organisationnelles permettant un travail en commun lorsque plusieurs partenaires sont impliqués dans l'action ;
- en outre, le niveau régional est concerné par la santé et les départements le sont pour le social voire le médico-social (mais dans ce dernier cas le versant médical est mal défini et les limites sont imprécises par rapport au sanitaire, il est alors difficile de savoir qui est responsable et de quoi) : l'articulation Région-Départements est alors cruciale. Etant facultative, elle dépend de la volonté de travail en commun et de la qualité des relations entre partenaires. Il faut souligner que les projets régionaux soumis dans ce cadre ont tous été refusés en 2007 « sans réelle argumentation » selon certains promoteurs.

Recommandations

Observations préliminaires

La CRS souligne:

- que le PRSP a nettement contribué à mieux articuler la politique régionale de santé publique par rapport au niveau national (plans et contraintes nationales) et par rapport aux actions territorialisées et/ou décentralisées, bien qu'il soit aussi possible que cette régionalisation, notamment par la centralisation de l'appel à projets, ait éloigné les décideurs et financeurs des promoteurs des actions ;
- que les différentes instances constituées au sein du GRSP (PES et autres) sont un lieu de partage inter-institutionnel des informations et de début de construction de politique régionale ;
- un gain indéniable en termes d'observation des processus, avec une meilleure visibilité et une meilleure coordination des actions de santé publique dans la région, une meilleure visibilité des opérateurs institutionnels et davantage de transparence des procédures d'attribution, même si elles restent encore inégales dans leur traitement et parfois même opaques.

La CRS rappelle également la forte mobilisation de ses 120 membres à ses débuts.

Mais elle constate l'éroitesse de sa marge de manœuvre qui a contribué au désengagement progressif de ses membres

La CRS ré-affirme qu'il n'y a pas de santé publique sans une large prise en compte de l'ensemble des parties prenantes (démocratie sanitaire) à tous les moments de l'élaboration, du choix des actions, de leur suivi et de tout élément contribuant à l'évaluation du PRSP.

De ce fait, elle trouve le rôle qui lui est réservé décalé dans le temps et relativement marginal par rapport aux échéances du PRSP/GRSP. Le manque de visibilité de son rôle peut expliquer pour partie la désaffection des six collègues représentant la diversité des intervenants et usagers régionaux aux réunions de la CRS.

Elle est également préoccupée par l'absence de remplacement de ses soutiens logistiques gérés par le GRSP comme de celui du secrétaire général du GRSP, et craint que cela ne soit le signe d'une réduction de son rôle dans un futur proche.

Ces observations préliminaires sont d'autant plus importantes à souligner que la perspective de la disparition du GRSP et son remplacement par l'ARS peut ouvrir une période de remise en cause des principes cités ci-dessus.

Fort de ces constats, la CRS formule les recommandations suivantes.

En termes d'**articulation entre les acteurs de santé publique**, la CRS souhaite :

- le renforcement de la convergence entre la CRS et le GRSP (ou son successeur), à travers :
 - o une information plus régulière de la part du GRSP sur l'état d'avancement et les modalités d'application du PRSP ; la CRS souhaite notamment pouvoir siéger au comité des programmes (membres issus du bureau de la CRS) et que les relevés de décisions des différentes instances du GRSP et notamment ceux dudit comité soient rendus publics ;
 - o le remplacement des postes vacants de soutien logistique à la CRS afin que les interactions entre la CRS et les différentes instances du GRSP soient renforcées ;
- le développement de la démocratie sanitaire, via la participation de la population sous toutes ses formes de représentation (cela nécessite le recours à des méthodes favorisant son expression : focus group, sondage...) ; dans ce cadre, la CRS propose :
 - o le renforcement des démarches permettant une meilleure représentation des usagers ;
 - o la prise en compte d'institutions porteuses de politiques de santé publique encore peu représentées au sein des instances constituées (GRSP, groupes projets...) telles que l'Éducation nationale et les collectivités territoriales ;
 - o le renforcement de la transparence envers la CRS et des stratégies de communication envers le grand public, notamment à travers la mise à disposition d'un rapport annuel du résultat des actions et programmes de santé publique mis en œuvre.

En termes de **politique régionale de santé**, la CRS souhaite :

- dans le cadre de la mise en place des Agences régionales de santé, que les contenus du domaine de la santé publique soient clairement identifiés et que les rôles des acteurs de santé publique (institutions, associations, usagers) soient clarifiés entre les différents échelons territoriaux - préalablement à la mise en place de relais territoriaux de concertation et d'accompagnement ;
- un renforcement de la lisibilité de l'ensemble des actions/programmes de santé publique (financées ou non par le GRSP) avec l'avancée dans le temps du PRSP ;
- que le GRSP (ou son successeur) soit davantage un lieu de connaissance et de partage de l'information et des programmes mis en place - qui favorise les stratégies de co-financement - afin d'accroître la visibilité de l'ensemble des acteurs et des actions menées au sein de la région ; à défaut la CRS recommande une mutualisation complète des moyens ;

- que le GRSP (ou son successeur) soit promoteur/coordonateur de l'ensemble de la politique de santé publique dans la région¹³ y compris par la promotion de volets santé dans l'ensemble des dispositifs sociaux/politique de la ville existants (plus particulièrement dans le cadre des Cucs) qui visent à la réduction des inégalités sociales de santé, en garantissant les ressources du volet santé comme le prévoit la circulaire DGS/DHOS du 4 septembre 2006¹⁴ relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville, afin d'aboutir à la généralisation d'un volet santé dans les 172 communes impliquées dans les 113 Cucs de la région ;
- la mise en œuvre par le GRSP (ou son successeur) d'une politique plus volontariste pour identifier les populations et territoires prioritaires afin de leur proposer des programmes et actions de santé publique ;
- le renforcement de l'observation en santé pour mieux suivre les objectifs du PRSP et améliorer la connaissance de l'état de santé au niveau territorial ainsi que le repérage des populations et territoires prioritaires, en particulier sur les objectifs non renseignés et sur les diagnostics territoriaux.

Concernant **le budget du GRSP et l'appel à projets**, la CRS souhaite :

- que l'ensemble des actions et programme ne relevant pas du champ du PRSP soit financé par d'autres lignes budgétaires que celles de l'appel à projets ou les crédits structurels du GRSP ;
- que les financements GRSP abondent l'ensemble du champ du PRSP afin d'assurer la cohérence de la politique de santé publique en Ile-de-France (en particulier concernant les objectifs du PRSP qui n'ont pas fait l'objet d'une déclinaison au sein des appels à projets 2006 et 2007) ;
- une amélioration de la présentation des fiches-actions afin que les promoteurs disposent d'un cadre indicatif mieux défini grâce à la mise en place, par exemple, d'une aide en ligne précisant ou faisant préciser :
 - o le champ couvert par le PRSP,
 - o les termes programme/territoire(s), modalités de travail entre acteurs concernés, hiérarchisation des objectifs stratégiques et opérationnels,
 - o les modalités d'inclusion des personnes des groupes concernés,
 - o la situation de l'action dans un programme (répondant aux priorités) et dans le (ou les) territoires concernés,
 - o les retombées attendues (opportunité de l'action) ;

¹³ Sur ce point, cf. « Le programme santé des Cucs », in *Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) - Fiches thématiques*, novembre 2006, pp10-15.

¹⁴ Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/SD1A/2006/353 du 2 août 2006.

- davantage de flexibilité dans le processus d'appel à projets, afin d'améliorer le ratio coût/efficacité de ce mode d'attribution, en distinguant d'une part, les micro-projets à travers la mise en place d'une procédure « allégée » (étude continue des micro-projets : possibilité de déposer une demande pour un micro-projet sans date limite d'appel à projets, sans procédure lourde d'instruction, etc.), et d'autre part, ceux à vocation pluriannuelle (démarche déjà engagée par le GRSP en 2007, non poursuivie en 2008) ;
- le renforcement des critères d'instruction dans le champ du PRSP, notamment les territoires prioritaires comme les Cucs (appui sur les zones identifiées comme en difficulté...) ;
- la mise en place d'une cellule d'aide méthodologique et de suivi pour les porteurs de projets.

La CRS d'Ile-de-France souhaite vivement que ces recommandations soient portées à la connaissance des différentes instances du GRSP et bénéficient d'une continuité de mise en œuvre entre l'actuel GRSP et la future ARS.

Annexe 1

Composition des quatre groupes de travail de la FSSE

Responsable de la FSSE : Professeur Jean-Claude Henrard (CRS)

Groupe 1 : Évaluation globale du PRSP

Dr Isabelle Grémy (ORS/CRS, animateur),
Dr Pierre Arwidson (Inpes/CRS)
Tim Greacen (CRS)
Pr Jean-Claude Henrard (CRS)
Dr Richard Lopez (CRS)
Florence de Maria (ORS)
Dominique Moulin / Anne-Elise Gans (Drass)
Dr Maxime Pouvelle (Drass)

Groupe 2 : Inégalités sociales de santé

Dr Pierre Arwidson (Inpes/CRS, animateur)
Dr Luc Ginot (CRS)
Tim Greacen (CRS)
Dr Isabelle Grémy (ORS/CRS),
Pr Jean-Claude Henrard (CRS)
Dr Richard Lopez (CRS)
Dominique Moulin / Anne-Elise Gans (Drass)

Groupe 3 : Grand âge

Pr Jean-Claude Henrard (CRS, animateur),
Jocelyne Extra (consultante externe de la Drass)
Tim Greacen (CRS)
Florence de Maria (ORS)
Dominique Moulin / Anne-Elise Gans (Drass)

Groupe 4 : Addictions

Dr Stéphane Tessier (Crésif/CRS, animateur),
Tim Greacen (CRS)
Pr Jean-Claude Henrard (CRS)
Dr Albert Herszkowicz (Drass)
Dominique Moulin / Anne-Elise Gans (Drass)
Delphine Vilain (Drass)

Annexe 2

Résultats de l'appel à projets 2006 : exemple des addictions

	Objectif 18		Objectif 19		Objectif 20		Ensemble des objectifs « addictions »			
	dossiers retenus	non retenus	retenus	non retenus	retenus	non retenus	retenus	non retenus	total des réponses	taux de retenus
75	8	11	2	1	3	6	13	18	31	42%
92	5	11	2			1	7	12	19	37%
93	13	11	8	2	1	1	22	14	36	61%
94	16	5	1	1	4	1	21	7	28	75%
77	8	4		1			8	5	13	62%
78	19	17	2	3			21	20	41	51%
91	4	5					4	5	9	44%
95	9	8	1				10	8	18	56%
IDF	12	22	6	5	5	5	23	32	55	42%
Total (€)	1 224 622		169 858		122 618		1 517 098	0		
Moyenne	12 891		7 721		9 432		11 760	0		
Médiane	10 000		8 844		10 000					

Source : Drass Ile-de-France. Exploitation FSSE - groupe 4.