



Analyse des Programmes Régionaux de Santé à partir des projets retenus en 2002

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES PRS	142
- Deux aspects majeurs	143
- Une lacune : l'absence de données sur les populations-cibles	143
- Trois arrondissements-témoins	143
- La localisation des types d'action	145
- La localisation des porteurs d'action	146
- La localisation des financements par type de financeur	147
LES CARACTÉRISTIQUES DES PRS	149
- Analyse statistique des PRS selon leur profil	149
- Résultats de l'analyse	149
- Le poids financier des projets par PRS	154
- Les types de porteur par PRS	154
- La position des types de porteur	155
- La position des financeurs	156
ANALYSE DE LA MÉTHODE DE L'APPEL À PROJET	159
- L'improbable régulation territoriale des PRS	159
- Faible directivité et rôle imposé pour les participants aux PRS	160
- Questionnement de la faisabilité de l'évaluation	161
PROPOSITIONS	163

Cartes [01](#), [02](#), [03](#), [04](#), [05](#), [06](#), [07](#), [08](#), [09](#), [10](#)

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Le présent travail d'analyse de projet s'attache à examiner la pertinence générale, les caractéristiques et surtout la méthode de mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé, à partir des données disponibles. Ce travail ne prétend pas réaliser une évaluation de la mise en œuvre ni des résultats des actions, même si ces points sont questionnés. L'un des objectifs de cette approche est aussi de formuler des propositions lorsque des problématiques ont pu être identifiées.

Les données utilisées proviennent du système d'information du Comité Régional des Politiques de Santé, alimenté par les déclarations des porteurs dans la fiche-projet remplie lors du dépôt de candidature. La base de données a été utilisée telle qu'elle était disponible au 28 août 2002.

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES PRS

La répartition territoriale des actions est très variable selon le PRS. L'analyse présentée ici n'a été menée qu'au travers des inégalités entre arrondissements, mais d'autres approches spatiales auraient pu être réalisées.

Les projets déposés dans le cadre du programme **Challenge** (Cancers), représentent 2,9 % des actions de l'arrondissement d'Avesnes, mais sont absentes de celui de Montreuil. Elles en représentent 20 % à Cambrai et 26 % à Douai. Ce PRS n'est pas une exception. Des écarts similaires se retrouvent dans d'autres PRS. La fréquence des actions rapportées à la population peut varier du simple au double.

La couverture territoriale des Programmes Régionaux de Santé n'est donc pas égalitaire. Il conviendrait de disposer de plus d'informations afin de juger de son éventuelle équité vis-à-vis des populations.

7-1 Répartition des PRS par arrondissement

Arrondissement	CCAR*	K*	PRAPS*	PRASE*	SCV*	SEJ*	Total
Avesnes	41,2%	2,9%	17,6%	2,9%	5,9%	29,4%	100,0%
Cambrai	30,0%	20,0%	20,0%	0,0%	5,0%	25,0%	100,0%
Douai	17,4%	26,1%	26,1%	0,0%	0,0%	30,4%	100,0%
Dunkerque	25,0%	13,6%	18,2%	2,3%	9,1%	31,8%	100,0%
Lille	17,6%	5,4%	23,6%	6,1%	10,8%	36,5%	100,0%
Valenciennes	37,5%	12,5%	21,9%	0,0%	9,4%	18,8%	100,0%
Arras	31,8%	13,6%	20,5%	2,3%	4,5%	27,3%	100,0%
Béthune	44,4%	7,4%	11,1%	3,7%	22,2%	11,1%	100,0%
Boulogne	32,3%	9,7%	12,9%	0,0%	16,1%	29,0%	100,0%
Montreuil	50,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	30,0%	100,0%
Saint-Omer	11,8%	5,9%	23,5%	0,0%	5,9%	52,9%	100,0%
Calais	21,4%	17,9%	28,6%	0,0%	7,1%	25,0%	100,0%
Lens	31,1%	8,9%	13,3%	8,9%	11,1%	26,7%	100,0%
Aucun **	38,5%	28,4%	5,5%	4,6%	9,2%	13,8%	100,0%
Répartition totale des actions	29,1%	13,2%	17,6%	3,6%	9,3%	27,1%	100,0%
Répartition totale des financements	22,5%	10,6%	19,9%	11,9%	11,0%	24,2%	100,0%

*CCAR : Conduites de Consommation À Risque, K : Cancers, PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, PRASE : Programme Régional d'Action en Santé Environnement, SVCV : Santé CardioVasculaire, SEJ : Santé des Enfants et des Jeunes

** Certains projets ne sont pas dédiés à un ou plusieurs arrondissements en particulier.

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-2 Nombre d'actions par million d'habitants par arrondissement

Arrondissement	Nombre d'actions par million d'habitants
Avesnes	142,5
Cambrai	126,0
Douai	93,2
Dunkerque	115,9
Lille	125,2
Valenciennes	91,7
Arras	146,3
Béthune	96,5
Boulogne	190,0
Montreuil	100,8
Saint-Omer	110,7
Calais	236,7
Lens	137,7

Source : Comité Régional des Politiques de Santé.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Deux aspects majeurs

Le premier aspect concerne les besoins de la population. Les éléments du diagnostic initial (issus de l'état des lieux des PRS), constitueraient une référence pour vérifier si les actions sont bien réparties en fonction des besoins de la population. Ces éléments de répartition géographique des besoins de santé auxquels ont vocation à répondre les actions, n'ont malheureusement pas été systématiquement disponibles ni parfois même utilisés lors de la phase de conception des PRS. On comprend donc pourquoi, pour quelques PRS, certains objectifs font appel à des projets d'étude épidémiologique ou d'observation sociologique ou organisationnelle.

Le second groupe de facteurs est celui qui concourt à décrire plus précisément la couverture régionale, quantitative et qualitative des Programmes Régionaux de Santé. Ceci sera abordé dans les pages suivantes qui concernent tous les éléments que l'on peut aujourd'hui rassembler sur les actions : la typologie des actions, les types de PRS, le poids des actions en terme de coûts, les porteurs de projets, les financeurs.

Une lacune : l'absence de données sur les populations-cibles

Il convient de signaler qu'un indicateur fondamental est indisponible à ce jour : la population-cible de chacune des actions. Rien n'est aujourd'hui exploitable en terme de quantité, de caractéristiques socio-économiques ou sanitaires. Ainsi, le premier niveau d'impact des PRS (à savoir la part de la population touchée), ne peut-il être apprécié ou décrit.

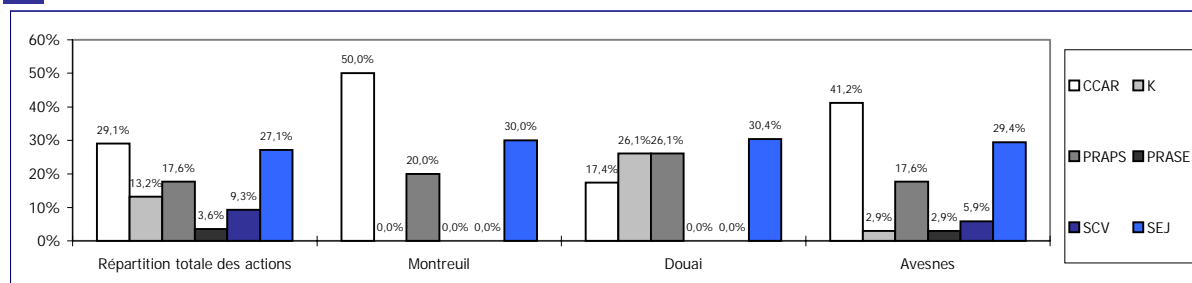
L'analyse de la couverture des PRS ne peut donc s'effectuer principalement que sur ce qu'ils sont, et non sur ce qu'ils réalisent. L'impact des PRS sur les problématiques de santé n'est par conséquent pas toujours lisible.

Trois arrondissements-témoins¹

L'objectif recherché ici est bien d'examiner la pertinence plutôt que d'établir un état des lieux de l'ensemble des PRS pour la totalité des territoires.

Le profil des 3 arrondissements-témoins comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet de constater de très nettes disparités.

7-3 Profil des PRS des 3 arrondissements-témoins



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

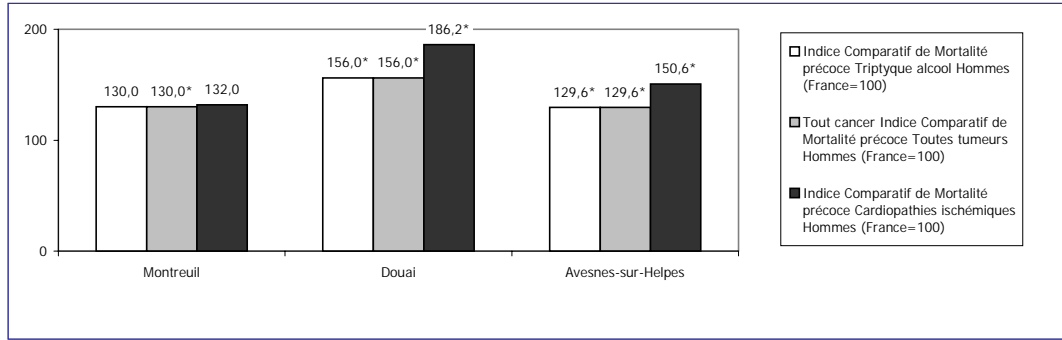
Type I Montreuil

L'arrondissement de Montreuil présente un profil très particulier puisque les programmes portant sur les cancers, sur la santé-environnement ainsi que sur la santé cardiovasculaire sont absents. Or, les Indices Comparatifs de Mortalité des tumeurs précoces et des cardiopathies ischémiques précoces de cet arrondissement, laissent supposer que les besoins de santé censés être touchés par ces programmes y sont présents, et de manière importante (chez les femmes en particulier). À l'inverse, le PRS portant sur les conduites de consommation à risque et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins y sont massivement représentés, et trouvent leur écho dans les indicateurs suivants : l'ICM précoce du triptyque alcool et le nombre d'allocataires CAF en situation difficile.

¹ Il est important d'intégrer dans ces remarques les limites faites sur les données de mortalité aux pages 49 et 61 du Moniteur.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

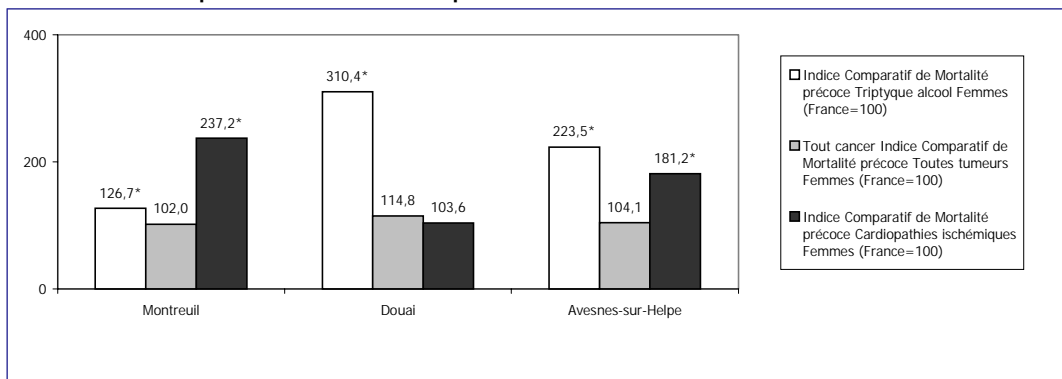
7-4 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les hommes



*Données significatives.

Source : INSEE, INSERM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-5 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les femmes



*Données significatives.

Source : INSEE, INSERM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type II Douai

Le profil de l'arrondissement de Douai semble plus équilibré que celui de Montreuil. Mais ceci n'est que relatif puisque le taux d'actions par million d'habitants est l'un des plus faibles de la région.

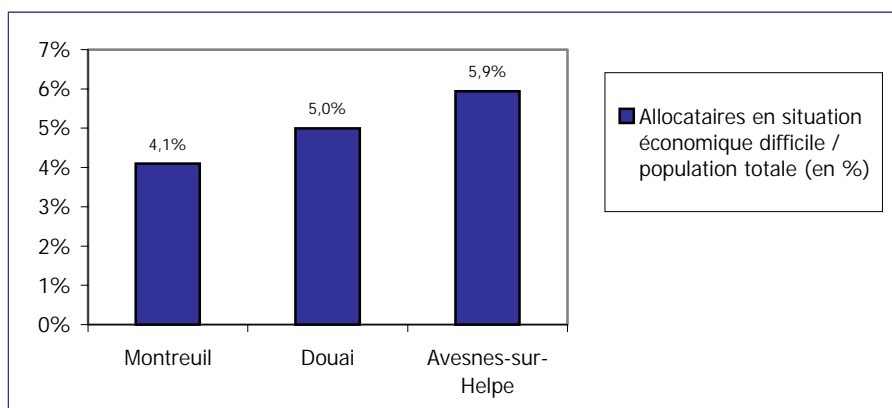
Comme pour Montreuil, le PRS Cardiovasculaire est absent à Douai, alors que l'Indice Comparatif de Mortalité précoce par cardiopathie ischémique pour les hommes est nettement supérieur aux autres arrondissements-témoins. La réponse aux conduites de consommation à risques peut elle-aussi sembler faible compte tenu de l'Indice Comparatif de Mortalité précoce chez les femmes pour le triptyque alcool. En revanche, la part du PRS Cancer est plus importante que celle de l'ensemble des actions. Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer le niveau de satisfaction des besoins, la présence d'actions du PRS Challenge est en phase avec les besoins perçus par l'indice de mortalité précoce des tumeurs.

Type III Avesnes-sur-Helpe

En dépit d'un taux plus important d'actions par million d'habitants, et bien que les PRS soient présents sur les 5 priorités régionales de santé, la dynamique des PRS dans l'arrondissement d'Avesnes s'est moins investie sur les actions en Cancérologie. La part des projets concernant la santé des enfants et des jeunes, est quant à elle très proche de la moyenne globale. À Avesnes-sur-Helpe, les Programmes Régionaux de Santé semblent se positionner entre autre sur le PRAPS ; ce qui correspond dans une bonne mesure aux indicateurs élevés d'allocataires en situation difficile. Par ailleurs, la forte présence des actions relevant du PRS Conduites de consommation à risque, correspond aux besoins locaux, et plus particulièrement à ceux des femmes de ce territoire.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-6 Part des allocataires en situation difficile



Source : INSEE, ARCAF-EPICAF 1998. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Ainsi, des PRS sont parfois absents de certains territoires alors que la lecture des indicateurs rend visible la présence de besoins. Ce constat pose effectivement la question de la couverture et de la pertinence territoriale des PRS. Il pose également la question de la régulation territoriale des Programmes Régionaux de Santé. Cependant, le même phénomène se reproduit-il pour les autres éléments des PRS que sont les types actions, les porteurs de projet, et les financeurs ?

La localisation des types d'action

Les profils des 3 arrondissements-témoins comparés au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet à nouveau de constater de très nettes disparités.

7-7 Répartition des types d'action par zone géographique

Arrondissement	Information	Dépistage/ diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/ observation /évaluation	Prise en charge sociale	Formation profession nelle	Autre	Total
Avesnes	11,8%	17,6%	0,0%	35,3%	5,9%	17,6%	8,8%	2,9%	100,0%
Cambrai	25,0%	5,0%	5,0%	40,0%	0,0%	10,0%	10,0%	5,0%	100,0%
Douai	21,7%	17,4%	4,3%	17,4%	4,3%	8,7%	13,0%	13,0%	100,0%
Dunkerque	18,2%	4,5%	2,3%	34,1%	4,5%	18,2%	11,4%	6,8%	100,0%
Lille	8,1%	3,4%	4,7%	32,4%	11,5%	13,5%	13,5%	12,8%	100,0%
Valenciennes	25,0%	0,0%	3,1%	37,5%	12,5%	3,1%	3,1%	15,6%	100,0%
Arras	11,4%	4,5%	4,5%	27,3%	2,3%	20,5%	18,2%	11,4%	100,0%
Béthune	18,5%	11,1%	3,7%	29,6%	3,7%	11,1%	14,8%	7,4%	100,0%
Boulogne	25,8%	3,2%	0,0%	38,7%	0,0%	9,7%	16,1%	6,5%	100,0%
Montreuil	40,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	100,0%
Saint-Omer	11,8%	5,9%	0,0%	58,8%	0,0%	11,8%	5,9%	5,9%	100,0%
Calais	3,6%	3,6%	10,7%	32,1%	0,0%	17,9%	14,3%	17,9%	100,0%
Lens	15,6%	6,7%	6,7%	35,6%	8,9%	11,1%	13,3%	2,2%	100,0%
Aucun	18,2%	3,6%	2,7%	14,5%	28,2%	10,9%	15,5%	6,4%	100,0%
Répartition totale des actions	15,3%	5,4%	3,8%	30,2%	10,3%	12,7%	13,4%	9,0%	100,0%
Répartition totale des financements	12,0%	11,3%	6,6%	23,2%	14,0%	12,5%	11,9%	8,5%	100,0%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type I Montreuil

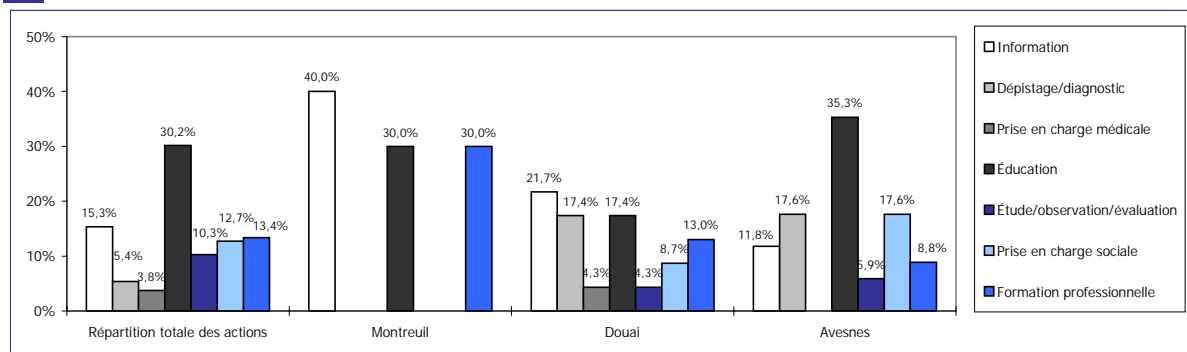
Le profil de Montreuil laisse une part importante aux actions d'information, de formation et d'éducation. Ces pics sont au détriment des actions de dépistage/diagnostic, de prise en charge médicale, d'étude/observation/évaluation et de prise en charge sociale, totalement absentes. Ainsi, le profil tranché de cet arrondissement se caractérise-t-il par une faible variété d'actions et la prédominance d'actions ayant un faible coût moyen. Ce profil est-il la résultante d'un ciblage des types d'action ou d'un engagement plus timide des acteurs locaux ?

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Type II Douai

Ce profil semble le plus varié des 3, car on y retrouve l'ensemble des types d'action (les actions d'éducation sont cependant moins importantes). Ainsi, cet arrondissement présente un profil qui semble équilibré. Toutefois, le nombre total d'actions par million d'habitants étant l'un des plus faibles, se pose la question du risque de saupoudrage des actions. Lorsqu'il y a globalement peu d'actions, un ciblage peut être plus efficace.

7-8 Profil des actions des 3 arrondissements-témoins



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type III Avesnes-sur-Helpe

Avesnes qui compte un nombre important d'actions, présente un profil où l'éducation constitue la part majeure des types d'action. Viennent ensuite le dépistage/diagnostic et la prise en charge sociale. Cet arrondissement se distingue par l'absence des actions de prise en charge médicale, et une part moins importante laissée à la formation, l'information.

Ainsi, les types d'action sont eux-aussi répartis différemment dans le territoire. Il resterait cependant à questionner la pertinence de ces types d'action en fonction des besoins spécifiques des populations.

La localisation des porteurs d'action

Le profil des 3 arrondissements-témoins comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions), permet une fois encore de constater de très nettes disparités.

7-9 Répartition des types de porteur par zone géographique

Arrondissement	Association	Collectivité territoriale	Education nationale	Etablissement de santé	Organisation professionnelle	Protection sociale	Usagers	Autre	Total
Avesnes	44,1%	32,4%	2,9%	5,9%	2,9%	2,9%	0,0%	8,8%	100,0%
Cambrai	65,0%	10,0%	5,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	10,0%	100,0%
Douai	52,2%	8,7%	8,7%	8,7%	4,3%	4,3%	0,0%	13,0%	100,0%
Dunkerque	47,7%	6,8%	25,0%	4,5%	0,0%	2,3%	0,0%	13,6%	100,0%
Lille	54,1%	10,8%	12,2%	8,1%	0,0%	3,4%	0,7%	10,8%	100,0%
Valenciennes	62,5%	6,3%	15,6%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	12,5%	100,0%
Arras	63,6%	4,5%	13,6%	2,3%	2,3%	6,8%	2,3%	4,5%	100,0%
Béthune	40,7%	22,2%	18,5%	7,4%	3,7%	3,7%	0,0%	3,7%	100,0%
Boulogne	12,9%	22,6%	19,4%	3,2%	6,5%	19,4%	0,0%	16,1%	100,0%
Montreuil	20,0%	10,0%	30,0%	10,0%	0,0%	10,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Saint-Omer	52,9%	0,0%	29,4%	11,8%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Calais	39,3%	10,7%	25,0%	10,7%	3,6%	10,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Lens	42,2%	8,9%	17,8%	17,8%	4,4%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%
Aucun	48,2%	0,0%	5,5%	11,8%	4,5%	10,0%	0,9%	19,1%	100,0%
Répartition totale des actions	48,6%	9,6%	13,7%	8,0%	2,4%	5,7%	0,7%	11,3%	100,0%
Répartition totale des financements	55,2%	6,0%	5,1%	11,2%	1,5%	8,7%	0,5%	11,7%	100,0%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

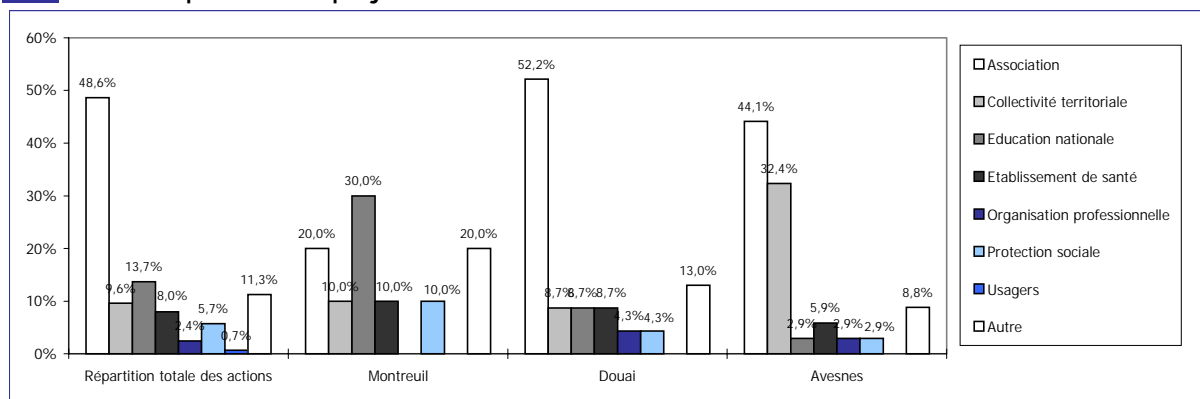
Type I Montreuil

Le profil de l'arrondissement montre une part plus faible d'associations, ce qui peut peut-être expliquer en partie le manque de variété en terme de type d'action et de type de PRS. La caractéristique majeure de ce profil est l'investissement de l'Éducation nationale qui représente la part la plus importante des porteurs de projet.

Type II Douai

Les associations représentent la part majeure des types de porteur d'action de cet arrondissement (ce qui correspond à la tendance générale des arrondissements), pour le reste des types de porteur, le profil est proche de celui de l'ensemble des actions à quelques nuances près. Ainsi, si l'on analyse la répartition totale des actions, la bonne représentation des associations semblerait apporter une certaine variété au type d'action et au type de PRS.

7-10 Profil des porteurs de projet des arrondissements-témoins



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type III Avesnes-sur-Helpe

Ce profil présente une caractéristique unique : la part la plus élevée de porteurs étant des collectivités territoriales. Ceux-ci sont fortement investis dans les PRS. Ce niveau élevé semble écraser un peu les autres porteurs malgré tout quasiment tous représentés.

Ainsi, même s'ils sont souvent tous présents, les types de porteur sont différemment représentés dans les territoires. Il reste à observer les types de financeur avant de questionner plus avant les liens entre ces éléments.

La localisation des financements par type de financeur

Le profil des 3 arrondissements-témoins est lui-aussi comparé au profil de référence (profil de la répartition moyenne des actions).

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-11 Répartition des financeurs par zone géographique

Arrondissement	ETAT	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Total
Avesnes	56,3%	6,3%	28,1%	0,0%	3,1%	6,3%	100,0%
Cambrai	61,1%	5,6%	27,8%	0,0%	5,6%	0,0%	100,0%
Douai	55,6%	11,1%	16,7%	0,0%	5,6%	11,1%	100,0%
Dunkerque	48,8%	17,1%	34,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Lille	68,1%	9,9%	8,5%	0,0%	3,5%	9,9%	100,0%
Valenciennes	61,3%	0,0%	25,8%	0,0%	9,7%	3,2%	100,0%
Arras	54,1%	5,4%	0,0%	32,4%	2,7%	5,4%	100,0%
Béthune	32,0%	24,0%	0,0%	28,0%	8,0%	8,0%	100,0%
Boulogne	39,3%	7,1%	0,0%	32,1%	21,4%	0,0%	100,0%
Montreuil	50,0%	10,0%	0,0%	20,0%	20,0%	0,0%	100,0%
Saint-Omer	35,3%	5,9%	0,0%	41,2%	5,9%	11,8%	100,0%
Calais	34,6%	11,5%	0,0%	30,8%	15,4%	7,7%	100,0%
Lens	31,3%	8,3%	0,0%	43,8%	6,3%	10,4%	100,0%
Aucun	36,5%	36,5%	2,1%	7,3%	10,4%	7,3%	100,0%
Répartition totale des actions	49,8%	14,1%	9,3%	12,9%	7,0%	6,9%	100,0%
Répartition totale des financements	48,1%	16,4%	4,6%	8,2%	9,2%	12,4%	98,9%

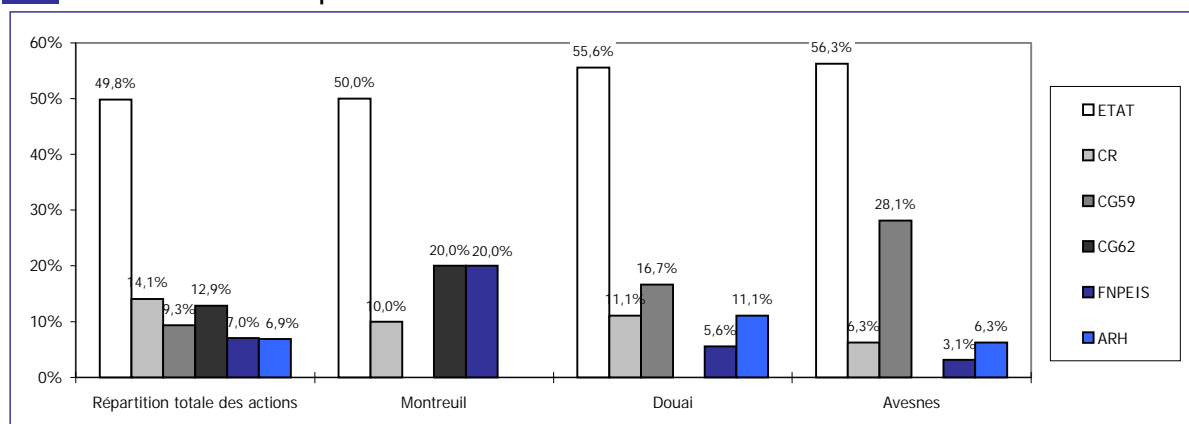
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type I Montreuil

L'absence de financement de l'ARH peut-être rapproché de l'absence d'action de prise en charge médicale. Dans cet arrondissement, l'ensemble des types de financeur est représenté.

Environ 2 fois plus d'actions sont financées par le Conseil général du Pas-de-Calais que par le Conseil régional. Cette remarque est nuancée par le fait que le poids financier moyen des actions du Conseil régional est bien supérieur à celui des actions du Conseil général du Pas-de-Calais.

7-12 Profil des financeurs pour les 3 arrondissements-témoins



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Type II Douai

Une fois encore, les conseils généraux présentent une part importante d'actions, même si leur poids financier, on le verra plus tard, est plus faible.

La part des financements de l'État est légèrement supérieure à la moyenne, de même que celle des financements de l'ARH.

Type III Avesnes-sur-Helpe

Avesnes affirme une caractéristique déjà présente dans les 2 autres arrondissements par un pic d'action du Conseil général. Existe-t-il un lien entre la forte présence de collectivités territoriales et l'investissement du Conseil général ? Cela reste à vérifier.

Ainsi, le profil des financeurs dans chaque arrondissement présente des nuances. Ces différences peuvent-elles influencer les types d'actions, les types de porteurs, et ainsi les types de PRS ? Ce point reste à approfondir. On constate tout de même que les profils de Douai et d'Avesnes sont très proches, alors que le premier dispose de

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

nettement moins de projets par million d'habitants. Ainsi, qu'il y ait beaucoup ou peu de projets, le profil des financeurs peut être identique. Les financeurs semblent être une condition nécessaire mais non suffisante à l'existence de projets en nombre.

LES CARACTÉRISTIQUES DES PRS

Analyse statistique des PRS selon leur profil

Il s'agit d'une description des PRS suivant le type d'action, le financeur, le porteur et le budget rattachés aux différents projets qui s'inscrivent dans chaque Programme Régional de Santé.

Note méthodologique

L'analyse statistique appelée "Analyse Factorielle des Correspondances" est une méthode d'analyse descriptive des associations entre une ou plusieurs variables qualitatives. Le principal intérêt de ce type d'analyse est la représentation graphique des associations entre d'une part les modalités d'une même variable, et d'autre part entre une modalité de variable et les modalités des autres variables.

Initialement, l'Analyse Factorielle des Correspondances a été conçue pour étudier le lien entre 2 variables qualitatives à partir de leur tableau de contingence (tableau croisé) ; néanmoins, elle peut être utilisée sur différents types de tableaux, en l'occurrence sur des tableaux qui sont en fait la juxtaposition de plusieurs tableaux de contingence. Les règles d'interprétation demeurent inchangées¹. Dans notre cas, nous cherchons à distinguer les différents PRS à travers les caractéristiques des actions qui les concernent (type d'action, porteur, financeur, budget). Afin de ne pas émettre d'hypothèse quant au(x) critère(s) discriminant(s) entre les PRS, l'analyse portera sur un tableau obtenu à partir de la juxtaposition de tableaux de contingence entre les 5 types de PRS en ligne, et les critères décrivant les actions de chaque PRS en colonne. La marge de chaque sous-tableau, définie par l'ensemble des modalités d'une même variable, est proportionnelle à celle du tableau entier. Cette analyse va engendrer une certaine "concurrence" entre les différentes caractéristiques d'action afin de tenter de distinguer chaque PRS. Elle fait jouer un rôle symétrique aux 2 groupes des variables en ligne et en colonne (les différents PRS en ligne et le groupe des variables décrivant les actions en colonnes). À partir du tableau de données initiales, dont la somme de tous les termes k_{ij} est n , un premier tableau intermédiaire fait apparaître les données sous la forme de loi de probabilité : $f_{ij} = k_{ij} / n$ remplace chaque terme, les probabilités marginales étant en ligne f_i et en colonne f_j . Ensuite, Pour étudier les lignes (PRS) on les transforme en profils ligne en remplaçant les termes par f_{ij} / f_i ; pour étudier les colonnes (caractéristiques des projets), on les transforme en profils colonnes en remplaçant les termes par f_{ij} / f_j ; il est important de noter que chaque sous-population (en ligne et en colonne) est pondérée par son poids. On dispose donc de 2 tableaux : l'un exprime le profil de chaque PRS suivant les différentes variables décrivant les actions par rapport à un profil "moyen des marges" ; l'autre exprime le profil de chaque modalité de variable décrivant les actions suivant les PRS par rapport à un profil "moyen des marges". L'Analyse Factorielle des Correspondances consiste en la recherche d'axes factoriels orthogonaux entre eux et qui représentent les différences entre les profils. Le plan représenté par les 2 premiers axes factoriels exprime les ressemblances ou les dissemblances entre les profils des points. L'origine des axes représente le profil moyen. L'interprétation des proximités sur le graphique s'effectue par rapport à la qualité de représentation et la contribution à l'extraction des axes des points. Enfin, les limites de ce type d'analyse sont la mise en évidence des points communs entre les 2 groupes de variables en ligne et colonne : par exemple les associations entre caractéristiques d'action non liées à un profil PRS ne sont pas appréciables dans cette analyse.

Résultats de l'analyse

- Le premier axe oppose le PRS Challenge au PRS Santé des enfants et des jeunes par des actions de type "éducation" (qui semblent caractériser le PRS Santé des enfants et des jeunes) et le fait que les actions inscrites dans le cadre du PRS Challenge soient rarement locales. D'autres points, contribuant nettement moins à cette opposition, décrivent néanmoins ces 2 PRS de part leur bonne qualité de représentation. Ainsi, les actions du PRS Santé des enfants et des jeunes sont plus souvent locales, portées par des collectivités territoriales, financées par le Conseil général du Nord ; le budget de ces dernières semble plus souvent inférieur à 3 700 euros. Les actions du PRS Challenge apparaissent plutôt portées par les établissements de santé, les organisations professionnelles

¹ Escofier B, Pagès J. *Analyses factorielles simples et multiples*. Dunod ; 1998, 284 p.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

et la protection sociale, plus souvent financées par le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires) ou par des financements hors PRS.

- Le deuxième axe distingue les PRS PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) et PRASE (Programme Régional d'Action en Santé Environnement) par le fait que leurs actions sont plus fréquemment de type "action sociale" et dans une moindre mesure de type "dépistage", rarement portées par l'Éducation nationale et dont le budget est souvent relativement important (13 200-118 000 euros). Les associations et l'État en tant que financeurs semblent s'investir plus souvent dans le cadre de ces 2 PRS. Le deuxième axe permet également de décrire le PRS Conduites de consommation à risque dont les actions sont plutôt de type "formation professionnelle" et "information", plus souvent financées par le Conseil régional et le Conseil général du Pas-de-Calais et portée fréquemment par l'Éducation nationale. Cette analyse ne permet pas de caractériser le PRS Santé cardiovasculaire.

7-13 Résultats de l'Analyse Factorielle des Correspondances : contributions et qualité de représentation des variables¹

Variables	Catégories	Contribution Dimension1	Contribution Dimension2	Qualité de représentation Dimension1	Qualité de représentation Dimension2
PRS	CCAR	5%	12%	26%	36%
	Cancer "Challenge"	53%	0%	90%	0%
	PRAPS	7%	48%	13%	60%
	PRASE	4%	29%	8%	35%
	Santé Cardio-Vasculaire	1%	1%	5%	3%
	Santé des Jeunes	30%	10%	70%	15%
Type d'Action	Autre	1%	0%	16%	1%
	Dépistage	0%	8%	3%	36%
	Education	13%	3%	67%	10%
	Etudes	9%	2%	47%	6%
	Formation professionnelle	1%	3%	29%	49%
	Information	1%	5%	9%	49%
	Médecine	1%	1%	24%	9%
Social	1%	10%	4%	40%	
Type de Porteur	Association	0%	1%	0%	88%
	Autre	1%	5%	19%	50%
	Collectivité Territoriale	4%	4%	41%	26%
	Education nationale	5%	19%	23%	54%
	Etablissement de santé	3%	1%	75%	14%
	Organisation professionnelle	6%	1%	86%	5%
Echelle du projet	Acteurs sociaux	2%	0%	35%	4%
	Projet local	4%	1%	90%	9%
Budget	Projet non local	15%	3%	90%	9%
	0-3300 euros	4%	5%	51%	42%
	13200-118000 euros	0%	9%	1%	45%
	3300-3700 euros	1%	0%	36%	3%
	6700-13200 euros	0%	0%	14%	0%
Finaceur	Labellisé PRS	9%	2%	76%	11%
	ARH	0%	0%	1%	14%
	Conseil général 59	5%	0%	87%	0%
	Conseil général 62	0%	6%	2%	95%
	Conseil régional	1%	5%	18%	52%
	ETAT	2%	7%	24%	61%
	FNPEIS	1%	0%	38%	1%
	Financement hors PRS ou multiple	8%	1%	74%	5%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

¹ Les modalités ayant une mauvaise qualité de représentation (<35%) n'ont pas été représentées sur le graphique ; leur position étant difficilement interprétable.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-14 Les types d'action par PRS

	Information	Dépistage diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/ observation/ évaluation	Prise en charge sociale	Formation professionnelle	Autre
CCAR	39 (23,1%)	0 (0%)	8 (4,7%)	43 (25,4%)	22 (13%)	17 (10,1%)	26 (15,4%)	14 (8,3%)
INTER PRS	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)	0 (NaN%)
K	10 (13,2%)	7 (9,2%)	5 (6,6%)	4 (5,3%)	13 (17,1%)	16 (21,1%)	15 (19,7%)	6 (7,9%)
PRAPS	8 (7,5%)	6 (5,6%)	7 (6,5%)	29 (27,1%)	3 (2,8%)	31 (29%)	9 (8,4%)	14 (13,1%)
PRASE	1 (5%)	6 (30%)	0 (0%)	2 (10%)	10 (50%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
SCV	10 (17,9%)	2 (3,6%)	0 (0%)	33 (58,9%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	5 (8,9%)	0 (0%)
SEJ	19 (11,9%)	10 (6,3%)	2 (1,3%)	73 (45,9%)	7 (4,4%)	10 (6,3%)	20 (12,6%)	18 (11,3%)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans chaque Programme Régional de Santé prédominent 1 ou 2 types d'action. La pertinence du type d'action par rapport au type de PRS peut être approchée au regard des objectifs de chacun des PRS.

Trois aspects préalables

Trois aspects majeurs sont à prendre en compte. D'une part les objectifs des PRS sont hétérogènes entre eux et sur 2 points :

- en premier lieu, le nombre d'objectifs est très différent d'un PRS à l'autre (11 objectifs spécifiques pour le cardiovasculaire, 27 pour la santé des enfants et des jeunes) ;
- en second lieu, les niveaux de déclinaison des objectifs diffèrent. Certains ont des objectifs secondaires très précis "Développer des actions pour la prise en charge de la douleur chronique" par exemple, d'autres restent plus généraux "Sensibiliser et prévenir en milieu de travail", certains enfin ont des objectifs s'apparentant quasiment à des actions "Créer des outils de communication". On comprendra donc que le rattachement des types d'action s'avère parfois être un exercice malaisé.

De plus, les groupes de suivi des PRS ont pu accorder des priorités à certains objectifs. Ceci a pu conduire à un filtrage de certains types d'action.

Enfin, il est certain que la conception et la nature des projets sont dues à des éléments qui ne sont pas toujours maîtrisés par les décideurs. De ce fait, il est logique que la réponse aux objectifs soit en partie laissée aux porteurs de projet.

Conduites de consommation à risque

Ainsi, le PRS Conduites de consommation à risque comprend des actions relevant majoritairement de l'information (ce qu'illustre l'analyse factorielle), et de l'éducation. Cela pourrait correspondre aux objectifs opérationnels des deux objectifs généraux de ce PRS qui visent à *réduire les consommations de substances psychoactives et à réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux*. Toutefois, on peut remarquer l'absence de projet de diagnostic et de dépistage. Ces derniers sont parfois traités dans le chapitre "Formation", mais dans ce cas il s'agit bien de formation au dépistage et au diagnostic, et non de campagne de dépistage par exemple. Les résultats des projets et leur évaluation sont tout à fait différents.

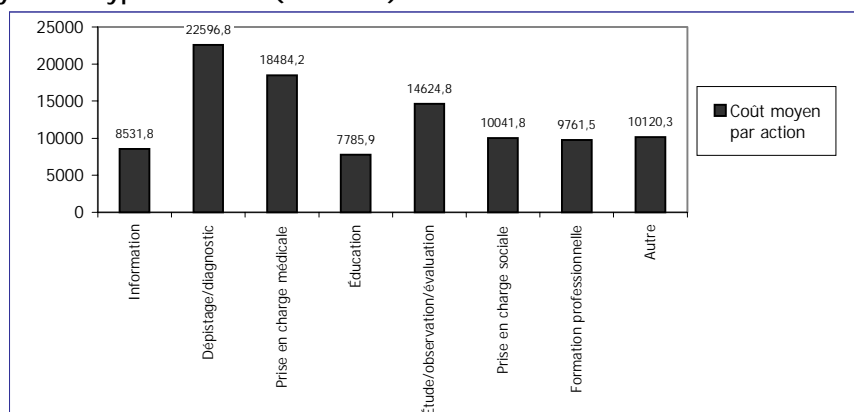
Cancers

Dans les 4 derniers objectifs du PRS Challenge, prédominent des actions de type *prise en charge sociale*, et *formation*.

L'analyse factorielle montre un lien avec le type *étude/observation/évaluation* qui représente la troisième part de ce PRS. Le poids (moins important) du nombre d'actions d'information, de dépistage et d'éducation pose quelques questions quant à la cohérence des projets et des objectifs de *prévention des cancers, de repérage et de dépistage précoce*. Pour apporter un éclairage plus juste sur ce point, il reste cependant à mesurer le poids financier de ces projets. Il semble que les actions de dépistage aient en moyenne un coût élevé ; ce qui peut équilibrer cette situation si ce coût est dû à une couverture géographique importante.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-15 Coût moyen des types d'action (en euros)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé précarité

L'analyse factorielle montre que dans le PRAPS, la part majeure des actions de prise en charge sociale et d'éducation apparaît cohérente avec les objectifs qui visent à *faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner et soient acteurs de leur santé*. En revanche, la rareté relative des actions de diagnostic, et d'étude/observation/évaluation paraît reporter aux années futures, l'atteinte de l'objectif concernant *une meilleure identification de la souffrance psychique en dehors des lieux traditionnels*.

Santé environnement

Le PRASE s'est fortement orienté vers la réponse à ses objectifs *d'étude et de diagnostic* (la moitié de l'ensemble de ses objectifs). Cependant, l'analyse factorielle met l'accent sur le dépistage qui constitue le deuxième type d'action le plus présent dans ce PRS. Un certain nombre d'objectifs de *formation et d'information* ne sont quasiment pas présents dans ce PRS en 2002.

Santé cardiovasculaire

La part majoritaire des actions du PRS Cardiovasculaire est dédiée à *l'éducation*. Les troisième et quatrième objectifs qui comprennent entre autre *le dépistage des risques et la promotion de la connaissance précoce des facteurs de risques*, sont faiblement représentés par un taux peu important de dépistage et de diagnostic d'une part et d'étude/observation/évaluation d'autre part.

Santé des enfants et des jeunes

Comme pour le Programme Régional de Santé précédent, le PRS Santé des enfants et des jeunes comprend principalement des actions *d'éducation* ; ce qui correspond clairement à la description de l'analyse factorielle. Les actions de *prise en charge médicale* et *d'étude/observation/évaluation* sont moins représentées, bien qu'un certain nombre d'objectifs requière ce type d'action. C'est le cas de la mise en place de *suivi à domicile pour les soins de suite de couches, d'un soutien à l'allaitement et du suivi du nouveau-né, de la continuité des soins anténatals, naissance et post-natals* pour le premier et pour le second type d'action, *la surveillance du développement du petit enfant, l'amélioration de la surveillance médicale des accidents de sport et de loisir* ou encore *favoriser une réflexion sur l'accès aux soins des enfants et des jeunes*.

En conclusion

Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer catégoriquement que les actions mises en oeuvre correspondent bien à ce qu'avaient prévu chaque PRS pour atteindre ses objectifs. Le point de vue, la perception des groupes de suivi des PRS restent, aujourd'hui, incontournables pour porter un jugement plus complet sur la représentativité des actions par PRS.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Le poids financier des projets par PRS

Conduites de consommation à risque

Malgré une répartition équilibrée entre les 3 premiers quartiles, le troisième constitue un poids financier plus élevé.

Cancers

La taille des projets semble plutôt dans la fourchette haute, avec un nombre élevé de projets labellisés non financés. Ce point est confirmé par l'analyse statistique qui montre un rapprochement entre les actions non financées et le PRS Challenge.

Santé précarité

Les projets sont particulièrement bien répartis entre les 3 intervalles les plus importants, même si le plus faible d'entre eux prédomine en nombre de projets. L'analyse statistique met en avant le lien avec des projets financièrement plus lourds.

7-16 Répartition des quartiles de financement par type de PRS

	Nbre d'actions labellisées non financées	Nbre d'actions entre 0 et 3300 €	Nbre d'actions entre 3300 et 6700 €	Nbre d'actions entre 6700 et 13200 €	Nbre d'actions entre 13200 et 118000 €
CCAR	20 (11,8%)	36 (21,3%)	34 (20,1%)	51 (30,2%)	28 (16,6%)
K	19 (25%)	10 (13,2%)	14 (18,4%)	18 (23,7%)	15 (19,7%)
PRAPS	5 (4,7%)	17 (15,9%)	32 (29,9%)	27 (25,2%)	26 (24,3%)
PRASE	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	15 (75%)
SCV	5 (8,9%)	16 (28,6%)	11 (19,6%)	7 (12,5%)	17 (30,4%)
SEJ	7 (4,4%)	54 (34%)	37 (23,3%)	29 (18,2%)	32 (20,1%)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé environnement

La majorité des projets sont de taille importante d'un point de vue financier ; c'est aussi ce que souligne l'analyse factorielle.

Santé cardiovasculaire

2 groupes de projets se distinguent : un premier groupe de petite taille, et un second composé de projets de la fourchette la plus importante.

Santé des enfants et des jeunes

Les actions sont majoritairement de petite taille ; ce qui correspond bien à un nombre important de petits projets et confirme l'approche de l'analyse factorielle.

Les types de porteur par PRS

Conduites de consommation à risque

La présence des associations est majoritaire par rapport à l'Éducation nationale. C'est bien ce lien entre le PRS Conduites de consommation à risque et la présence du porteur Éducation nationale qui est mis en évidence par l'analyse factorielle.

Cancers

D'après l'analyse factorielle, les établissements de santé se rapprochent fortement des actions de Cancérologie. Dans ce PRS, le porteur institutionnel semble très présent.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-17 Répartition des types de porteur par PRS en 2002

PRS	Association	Collectivité territoriale	Education nationale	Etablissement de santé	Organisation professionnelle	Protection sociale	Autre
CCAR	79 (46,7%)	12 (7,1%)	29 (17,2%)	15 (8,9%)	6 (3,6%)	8 (4,7%)	20 (11,8%)
K	36 (47,4%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	12 (15,8%)	6 (7,9%)	9 (11,8%)	9 (11,8%)
PRAPS	59 (55,1%)	24 (22,4%)	0 (0%)	5 (4,7%)	1 (0,9%)	4 (3,7%)	14 (13,1%)
PRASE	12 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (35%)
SCV	29 (51,8%)	7 (12,5%)	4 (7,1%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)	7 (12,5%)	4 (7,1%)
SEJ	72 (45,3%)	15 (9,4%)	47 (29,6%)	10 (6,3%)	0 (0%)	4 (2,5%)	11 (6,9%)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé précarité

Les associations se retrouvent majoritairement dans ce PRS (ce que confirme l'analyse statistique), même si la participation des collectivités territoriales est également présente.

Santé environnement

Les porteurs d'action sont essentiellement des organismes associatifs ; ce qui est confirmé par l'analyse factorielle.

Santé cardiovasculaire

Dans ce PRS, les organismes de protection sociale se distinguent, même si les associations sont encore très présentes.

Santé des enfants et des jeunes

L'Éducation nationale supporte nombre d'actions de ce PRS. Cependant, l'analyse statistique montre que les collectivités territoriales sont plus présentes dans ce PRS que dans les autres. La part des associations reste aussi importante.

La position des types de porteur

Associations

Fortement représentées dans l'ensemble des PRS, elles focalisent leur énergie sur les actions d'éducation. Les actions de prise en charge sociale et d'information sont aussi portées par ces acteurs. Le poids financier de ces actions se répartit de manière très régulière sur les trois derniers intervalles de coûts. L'analyse statistique positionne ce porteur de projet proche des projets à coût élevé.

Collectivités territoriales

Portant des actions d'éducation, de prise en charge sociale et d'information, elles sont proches du profil des associations. Le poids financier de ces actions est souvent celui du plus petit intervalle de coûts.

7-18 Répartition des types d'action par type de porteur en 2002

	Information	Dépistage diagnostic	Prise en charge médicale	Éducation	Étude/observation/évaluation	Prise en charge sociale	Formation professionnelle	Autre
Association	38 (13,2%)	12 (4,2%)	7 (2,4%)	89 (31%)	28 (9,8%)	52 (18,1%)	33 (11,5%)	28 (9,8%)
Collectivité territoriale	11 (18,6%)	3 (5,1%)	1 (1,7%)	23 (39%)	3 (5,1%)	12 (20,3%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)
Education nationale	20 (24,1%)	1 (1,2%)	0 (0%)	44 (53%)	1 (1,2%)	3 (3,6%)	11 (13,3%)	3 (3,6%)
Etablissement de santé	3 (6,4%)	4 (8,5%)	9 (19,1%)	8 (17%)	8 (17%)	1 (2,1%)	11 (23,4%)	3 (6,4%)
Organisation professionnelle	1 (7,1%)	1 (7,1%)	0 (0%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	0 (0%)
Protection sociale	8 (25%)	5 (15,6%)	1 (3,1%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)	5 (15,6%)	6 (18,8%)
Autre	6 (9,2%)	5 (7,7%)	4 (6,2%)	12 (18,5%)	14 (21,5%)	6 (9,2%)	8 (12,3%)	10 (15,4%)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Éducation nationale

Elle porte essentiellement des actions d'éducation ou des actions d'information de petite taille. On remarque quelques similitudes avec les projets présents dans le PRS Santé des jeunes.

Établissements de santé

Ce n'est pas une surprise si les actions principales portées par les établissements de santé sont des actions de prise en charge médicale et de formation. Les projets sont souvent financièrement importants.

Organisations professionnelles

Avec une majorité de projets labellisés, ce type de porteur réalise surtout des projets d'éducation et de formation.

7-19 Répartition des quartiles de financement par type de porteur

	Nbre d'actions labellisées non financées	Nbre d'actions entre 0 et 3300 €	Nbre d'actions entre 3300 et 6700 €	Nbre d'actions entre 6700 et 13200 €	Nbre d'actions entre 13200 et 118000 €
Association	21 (7,3%)	49 (17,1%)	70 (24,4%)	68 (23,7%)	79 (27,5%)
Collectivité territoriale	4 (6,8%)	25 (42,4%)	12 (20,3%)	12 (20,3%)	6 (10,2%)
Éducation nationale	4 (4,8%)	44 (53%)	23 (27,7%)	8 (9,6%)	4 (4,8%)
Établissement de santé	6 (12,8%)	7 (14,9%)	5 (10,6%)	12 (25,5%)	17 (36,2%)
Organisation professionnelle	6 (42,9%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)
Protection sociale	4 (12,5%)	2 (6,2%)	4 (12,5%)	15 (46,9%)	7 (21,9%)
Autre	11 (16,9%)	6 (9,2%)	12 (18,5%)	18 (27,7%)	18 (27,7%)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Protection sociale

La protection sociale porte principalement des actions d'information. Le type d'action "autres", important chez ce porteur, reste à décrire plus précisément. Les projets sont de taille moyenne supérieure.

La position des financeurs

État

Avec 49,8 % des financements, le poids financier de l'État est le plus important. Il constitue le financeur majoritaire des associations (ce point est illustré par l'analyse factorielle), qui proposent souvent des actions d'éducation (on les retrouve aussi comme étant les premiers types d'action financés par l'État). Les actions d'étude et d'information font aussi l'objet d'un soutien majeur de la part de l'État.

La stratégie de soutien de l'État est particulièrement portée sur le PRASE (dont il constitue le principal financeur) et le PRAPS ; information également portée par l'analyse factorielle.

Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais

Deuxième financeur des PRS avec 16,4 % de l'enveloppe globale, le Conseil régional se positionne fortement sur les actions du PRS Cardiovasculaire (dont il est le principal financeur), le PRS Conduites de consommation à risque (dont la part est la plus importante de ses enveloppes), et le PRS Santé des enfants et des jeunes. Il est aussi le deuxième financeur des actions du PRS Challenge. Ce financeur s'est fortement rapproché de l'Éducation nationale et de "autres" qui restent à préciser. Il n'est ainsi par surprenant que les actions majoritairement supportées par le Conseil régional concernent l'information (ce qu'illustre l'analyse factorielle), et l'éducation, avec un positionnement encore important sur les études.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-20 Répartition des porteurs par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Association	71,8%	41,0%	71,1%	77,9%	24,7%	8,1%	100,0%	55,2%
Collectivité territoriale	7,0%	0,0%	13,3%	4,1%	0,0%	13,3%	0,0%	6,0%
Education nationale	2,5%	17,6%	9,8%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%
Etablissement de santé	2,1%	4,2%	1,3%	0,3%	5,9%	71,7%	0,0%	11,2%
Organisation professionnelle	1,8%	2,6%	0,0%	0,4%	1,8%	0,0%	0,0%	1,5%
Protection sociale	1,9%	12,7%	0,0%	4,5%	55,3%	1,5%	0,0%	8,7%
Usagers	1,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Autre	11,8%	21,9%	3,4%	5,8%	12,4%	5,4%	0,0%	11,7%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-21 Répartition des financeurs par type de porteur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Association	62,4%	12,2%	5,9%	11,6%	4,1%	1,8%	1,9%	100,0%
Collectivité territoriale	56,6%	0,0%	10,2%	5,6%	0,0%	27,5%	0,0%	100,0%
Education nationale	23,4%	56,5%	8,8%	11,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Etablissement de santé	9,1%	6,1%	0,5%	0,2%	4,9%	79,1%	0,0%	100,0%
Organisation professionnelle	58,7%	28,3%	0,0%	2,1%	10,8%	0,0%	0,0%	100,0%
Protection sociale	10,5%	24,2%	0,0%	4,3%	58,9%	2,1%	0,0%	100,0%
Usagers	90,3%	0,0%	9,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Autre	48,5%	30,7%	1,3%	4,1%	9,8%	5,7%	0,0%	100,0%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conseil général du Nord

Ce financeur représente 9,3 % du nombre total d'actions et 4,6 % de l'enveloppe globale. C'est ainsi le financeur qui a le coût moyen par action le plus bas, même si cela reste un indicateur partiel. Le Conseil général finance essentiellement de petites actions d'éducation. Ses porteurs principaux sont les collectivités territoriales ; ce qui constitue un positionnement différent de celui de son homologue du Pas-de-Calais (comme le montre l'analyse statistique pour le PRS Santé des enfants et des jeunes). Même si les associations restent une part importante, le poids financier des associations soutenues par le Conseil général du Nord équivaut à presque la moitié de celui du conseil général du Pas de Calais.

La stratégie du Conseil général du Nord est principalement portée sur le PRAPS et le PRS Santé des enfant et des jeunes.

Conseil général du Pas-de-Calais

Avec 12,9 % du total des actions et 8,2 % du total des financements, le Conseil général du Pas-de-Calais développe une stratégie différente de son homologue du Nord. Il est le troisième financeur des associations (son porteur principal) et le troisième de l'Éducation nationale (ce que montre l'analyse factorielle). Les actions de prise en charge sociale se distinguent fortement des autres. Les actions d'éducation représentent la 2^{ème} orientation stratégique du Conseil général du Pas-de-Calais. La stratégie du Conseil général du Pas-de-Calais est franchement orientée en direction du PRS Conduites de consommation à risque qui est son enveloppe financière principale (ce qu'illustre une fois encore l'analyse statistique) ; le PRS Santé des enfants et des jeunes vient en seconde position.

7-22 Répartition des actions par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Information	9,1%	17,0%	20,0%	12,9%	29,3%	1,2%	0,0%	12,0%
Dépistage/diagnostic	10,2%	11,9%	6,1%	10,0%	25,0%	8,8%	0,0%	11,3%
Prise en charge médicale	5,9%	0,0%	0,0%	2,3%	7,2%	23,5%	0,0%	6,6%
Éducation	23,8%	19,7%	53,5%	25,6%	17,4%	12,9%	72,1%	23,2%
Étude/observation/évaluation	19,7%	14,4%	1,2%	5,0%	3,2%	11,1%	0,0%	14,0%
Prise en charge sociale	13,0%	7,8%	11,8%	35,4%	0,0%	12,3%	0,0%	12,5%
Formation professionnelle	9,8%	10,2%	7,3%	5,9%	7,4%	29,8%	27,9%	11,9%
Autre	8,6%	19,1%	0,0%	2,8%	10,5%	0,4%	0,0%	8,5%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-23 Répartition des financeurs par type d'action

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
Information	36,5%	23,2%	7,7%	8,8%	22,5%	1,2%	0,0%	100,0%
Dépistage/diagnostic	43,1%	17,2%	2,5%	7,2%	20,4%	9,6%	0,0%	100,0%
Prise en charge médicale	42,8%	0,0%	0,0%	2,9%	10,1%	44,2%	0,0%	100,0%
Éducation	49,2%	13,9%	10,6%	9,1%	6,9%	6,9%	3,3%	100,0%
Étude/observation/évaluation	67,7%	17,0%	0,4%	2,9%	2,1%	9,9%	0,0%	100,0%
Prise en charge sociale	50,0%	10,2%	4,4%	23,2%	0,0%	12,2%	0,0%	100,0%
Formation professionnelle	39,6%	14,1%	2,8%	4,1%	5,8%	31,1%	2,5%	100,0%
Autre	48,4%	36,9%	0,0%	2,7%	11,4%	0,6%	0,0%	100,0%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire

La stratégie du Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire est clairement portée sur ses propres structures de protection sociale. Ses actions, d'information et de dépistage principalement, sont souvent de taille importante. Cette dernière caractéristique semble identique pour le PRS Cardiovasculaire qui est la cible principale de ce financeur. Sa seconde cible est le PRS Challenge pour lequel il constitue le troisième support financier (ce point figure dans l'analyse factorielle).

Agence Régionale de l'Hospitalisation

Avec le coût moyen par action le plus élevé des financeurs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation se distingue par la clarté de sa stratégie au sein des PRS. Les principaux porteurs d'actions sont les établissements de santé (pour des actions en premier lieu de prise en charge médicale, et de formation). Le PRS-cible est principalement le PRAPS pour lequel il constitue le deuxième financeur après l'État ; vient ensuite le PRS Santé des enfants et des jeunes. Enfin, une ouverture importante vers les collectivités territoriales est à préciser car l'ARH constitue leur deuxième financeur après l'État.

7-24 Répartition des PRS par type de financeur

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
CCAR	20,8%	29,6%	10,9%	45,4%	16,6%	15,2%	0,0%	22,5%
K	8,1%	16,5%	8,0%	7,6%	18,6%	3,9%	72,1%	10,6%
PRAPS	23,4%	1,4%	41,4%	8,1%	10,1%	36,9%	27,9%	19,9%
PRASE	21,8%	3,3%	0,0%	3,0%	6,6%	0,0%	0,0%	11,9%
SCV	4,6%	20,1%	7,3%	7,8%	33,4%	11,5%	0,0%	11,0%
SEJ	21,2%	29,2%	32,4%	28,2%	14,8%	32,4%	0,0%	24,2%

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-25 Répartition des financeurs par type de PRS

	Etat	Conseil régional	Conseil général 59	Conseil général 62	FNPEIS	ARH	Fonds européens	Total
CCAR	44,4%	21,6%	2,2%	16,6%	6,8%	8,4%	0,0%	100,0%
K	37,0%	25,6%	3,5%	5,9%	16,2%	4,5%	7,2%	100,0%
PRAPS	56,7%	1,1%	9,6%	3,3%	4,7%	23,1%	1,5%	100,0%
PRASE	88,3%	4,5%	0,0%	2,1%	5,1%	0,0%	0,0%	100,0%
SCV	20,2%	30,0%	3,0%	5,8%	28,0%	13,0%	0,0%	100,0%
SEJ	42,1%	19,8%	6,2%	9,6%	5,6%	16,6%	0,0%	100,0%

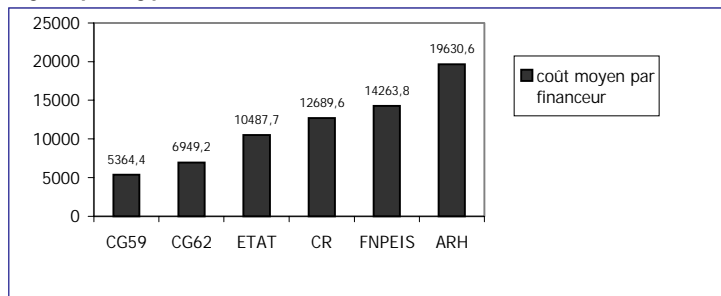
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Fonds européens

Les Fonds européens constituent une faible part du total, même s'ils sont très ciblés. Les porteurs sont uniquement des associations, les actions, de type "Éducation", et l'unique PRS touché est le PRS Challenge.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

7-26 Financement moyen par type de financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE DE LA MÉTHODE DE L'APPEL À PROJET

Le cœur de la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé s'appuie sur la méthode de l'appel à projets.

Alors que les PRS utilisent une démarche connue de conduite de projet, il semble qu'un élément important de cette démarche soit difficilement maîtrisée ; il s'agit de leur couverture territoriale quantitative et qualitative.

L'improbable régulation territoriale des PRS

Le besoin de régulation pour des territoires isolés

77,2 % des actions des Programmes Régionaux de Santé sont mises en œuvres localement. Or, comme celui qui porte le projet le réalise, on peut supposer qu'une part importante des porteurs sont également locaux. Ainsi, si un territoire comprend un faible nombre d'acteurs, ou si les porteurs de projet s'investissent peu, il risque alors d'y avoir peu d'actions s'adressant à la population de ce même territoire. Chaque territoire apparaît alors isolé car il doit compter sur ses propres acteurs pour concevoir les PRS. Certains PRS semblent avoir pris en compte cet écueil ; c'est le cas du PRS Challenge qui dispose d'un nombre important de projets non locaux, ce qui peut laisser supposer qu'un nombre plus important de porteurs conçoivent des projets pour des territoires autres que celui où ils se trouvent. C'est une condition nécessaire mais non suffisante à la régulation des projets.

C'est pourquoi, la répartition hétérogène des types de PRS, des types d'actions constatée au début de ce chapitre est une conséquence du mode de conception des actions des PRS. La méthode de l'appel à projet peut être directement mise en cause sur ce point.

La diminution des marges de manœuvre, avec l'augmentation du nombre d'actions pérennes

Les actions pérennes par définition se retrouvent chaque année. Ainsi, elles se cumulent et augmentent au fur et à mesure que les PRS avance. Cette somme d'actions pérennes diminue chaque année la part de budget disponible pour les actions non pérennes et les nouvelles actions pérennes. Ainsi, les marges de manœuvre, et par la même les possibilités de régulation, diminuent. L'arrêt des PRS risque de provoquer l'arrêt des actions pérennes devenues en réalité de nouvelles activités. Il convient dès à présent d'anticiper sur la manière de financer ces nouvelles activités.

Un système partiel de régulation

Le schéma simple du processus de l'appel à projet montre bien que la phase de conception des actions par les porteurs se situe avant la sélection des actions par les groupes de suivi. Or, c'est dans cette phase que se joue l'influence du nombre et du type de porteurs sur le nombre et le type d'actions.

Pour réguler les actions, le groupe de suivi dispose alors de 2 types de sélection :

- le premier concerne la réduction du nombre d'actions pour un territoire qui en aurait beaucoup, que ce soit du point de vue quantitatif et/ou qualitatif ;
- le second est un rééquilibrage territorial avec les projets transversaux, ou qui couvrent plusieurs territoires pour apporter plus de projets à ceux qui en ont peu.

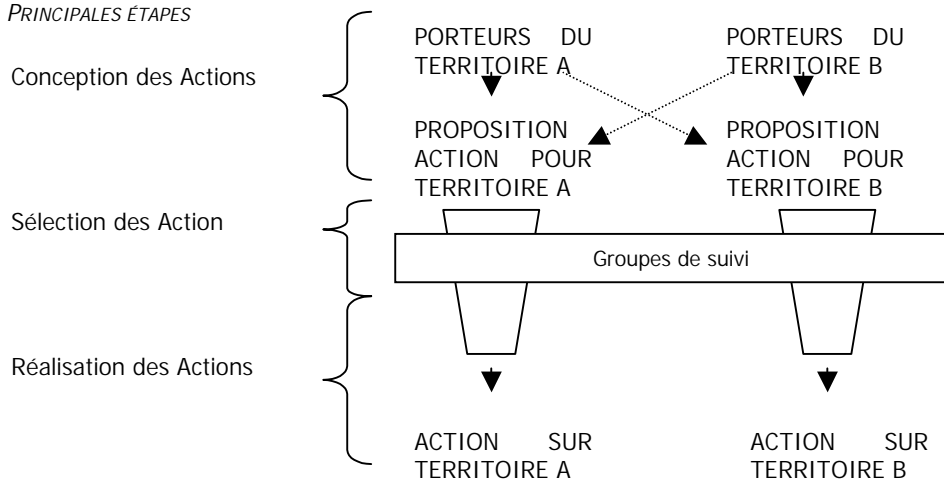
Or, c'est ce second mode de régulation qui fait parfois défaut car le nombre de projets transversaux est particulièrement faible.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Ainsi, les groupes de suivi semblent pouvoir agir sur les territoires qui ont un nombre d'actions important, et plus difficilement sur ceux qui sont lésés par un manque de porteurs d'action.

SCHEMA SIMPLE DU PROCESSUS DE L'APPEL À PROJET

PRINCIPALES ÉTAPES



- Sens des étapes
- ▭ Sélection des actions
- ⋯→ Cas rare d'actions conçues par des acteurs d'un territoire pour un autre territoire

La régulation d'une situation semble alors effectivement improbable. Il semble falloir agir au niveau des phases de conception et de réalisation des actions, et en premier lieu au niveau du rôle de chacun des acteurs des PRS ; ce que la méthode de l'appel à projet ne semble pas permettre.

Faible directivité et rôle imposé pour les participants aux PRS

La méthode de l'appel à projet semble avoir été légitimée de fait par la possibilité de développer des *approches citoyennes, de repositionner l'utilisateur au cœur du système de santé, de lui redonner des droits*.

Or, l'appel à projet n'offre à l'utilisateur que le rôle de concevoir et de réaliser les actions de la politique de Santé Publique de la région Nord – Pas-de-Calais.

D'une part, cela spécialise de fait les usagers qui sont principalement des associations. Effectivement, ce type de travail nécessite de s'y consacrer à temps plein. Par ailleurs ce type d'organisation est souvent disséminé aléatoirement dans le territoire, on retrouve là la question de l'équité territoriale.

D'autre part, une forte responsabilité pèse sur ces porteurs d'actions car ils sont aussi auteurs de ces actions qui s'adressent à la population. Même si le fait d'être auteur est une des conditions d'une bonne réalisation du projet¹, ils n'en ont pas nécessairement les compétences. Ils n'ont peut-être pas non plus une mission de service public alors qu'ils s'inscrivent dans une démarche de Santé Publique.

Enfin, certains de ces porteurs ou d'autres qui n'ont pu participer, souhaitent peut-être avoir un autre rôle "citoyen", plus consultatif et moins participatif, concernant la politique de Santé Publique.

En résumé, la méthode de l'appel à projet est non-directive sur le choix des porteurs d'actions et leur impose un rôle unique. Cela rend variable et varié le contenu des actions et laisse peser sur les porteurs des responsabilités importantes. D'autres rôles pourraient être proposés pour permettre la consultation des usagers, et plus de directivité pourrait être appliquée lors du choix des porteurs d'action pour une partie des PRS. Ce dernier point nécessite d'enrichir la méthode de l'appel à projet.

¹ Boutinet JP. *L'anthropologie du projet*. Paris : PUF, 1996.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

Questionnement de la faisabilité de l'évaluation

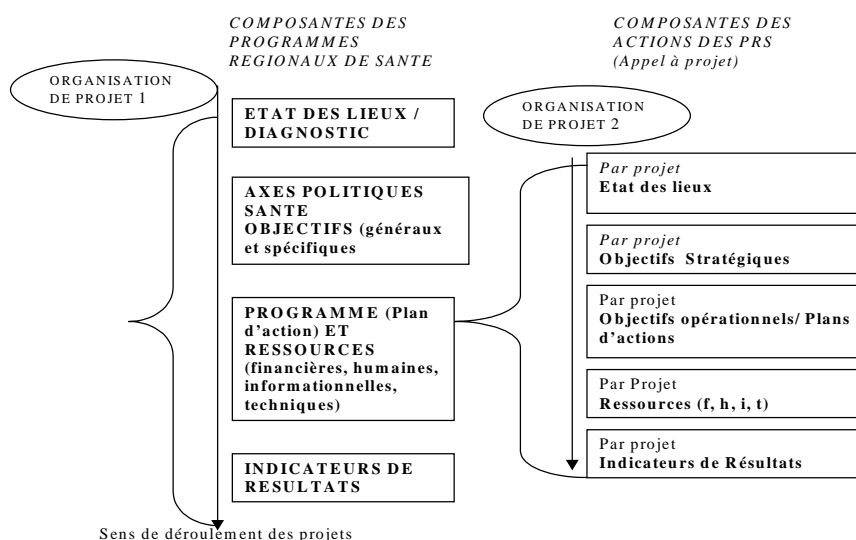
L'objectif de ce questionnement n'est pas de couvrir l'ensemble des éléments nécessaires à une évaluation exhaustive des PRS. Le but est plus pragmatique, quelques éléments semblent rendre difficile l'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des PRS et de la qualité du processus.

Des programmes conditionnés par l'évaluation des actions

Actions et programmes sont intimement liés : les PRS présentent les composantes classiques d'un projet, et son plan d'action représente ce qu'on appelle les "actions" des PRS. Or, ces dernières présentent aussi toutes les composantes classiques des projets, un état des lieux auquel répondent des objectifs et enfin, à nouveau, des actions pour les réaliser. On remarque aussi que l'état des lieux des actions des PRS et l'état des lieux des PRS ne sont pas forcément les mêmes. Autrement dit, les actions peuvent *in fine* répondre à un tout autre problème que celui posé par les PRS.

Ainsi, l'évaluation des actions conditionne l'évaluation des programmes et inversement, si tant est que l'un et l'autre disposent des éléments nécessaires à leur évaluation.

Schéma simple des composantes des projets de type Programmes Régionaux de Santé



La prolifération des actions locales et le manque de lisibilité sur la qualité des actions et la population touchée

Tout d'abord (comme cela a été mentionné préalablement), le premier indicateur de résultat des actions (la population touchée estimée et la population touchée réelle) est manquant. Cet indicateur sommable pourrait apporter une lisibilité de la couverture réelle de chacun des programmes.

Ensuite, le nombre important de petites actions locales augmente la variété de la nature des actions ; même si la dénomination semble identique, le contenu change (éducation, prévention, groupe de parole...). Ainsi, il est important d'identifier les processus mis en place pour réaliser l'action.

Enfin, les 2 éléments précédents confèrent au projet d'évaluation une charge importante en temps et un coût qui risquerait d'être déraisonnable par rapport au coût des PRS.

Quels indicateurs pour les objectifs des programmes ?

Les objectifs des Programmes Régionaux de Santé n'ont quasiment pas d'indicateurs quantitatifs de résultats¹. D'une part, il apparaît effectivement difficile de corréler les indicateurs sanitaires comme la mortalité à un objectif des PRS, même si l'objectif de ce dernier est précisément de faire baisser cet indicateur. Il est aussi difficile de

¹ Quelques objectifs dans les PRS sont précis comme par exemple dans le PRS Santé des enfants et des jeunes : "permettre à 80 % des parents "primipares" d'accéder à la préparation à la naissance et à l'accueil du nouveau-né.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

corréler un groupe d'actions à un indicateur relativement général. De plus, démarrer la réalisation d'un projet et chercher ensuite des indicateurs de résultats revient à choisir sa destination en cours de route, cela comporte une part d'aventure. Aussi, le choix des indicateurs se fait au moment de la conception du projet, il permet d'ailleurs de rendre réaliste l'objectif choisi¹.

D'autre part, les objectifs des PRS ne disposent, à quelques exceptions près², pas d'indicateur d'avancement propre à tout projet ; à savoir les indicateurs de couverture territoriale par type d'action ou les indicateurs tels que l'importance de la population touchée. Par exemple, pour le PRS Conduites de consommation à risque, l'indicateur de couverture territoriale peut être de valider la méthode la plus efficace de prévention en addictologie dans tous les établissements scolaires et de la diffuser dans les établissements des 5 territoires les plus touchés. Les indicateurs simples sont alors la méthode validée et le nombre de territoires touchés avec le nombre de personnes touchées par territoire. Pour les objectifs de dépistage, quel que soit le PRS, on pourra notamment dissocier les indicateurs de formation des professionnels au dépistage du nombre de personnes dépistées.

Ces indicateurs de résultats contournent les difficultés des indicateurs sanitaires, et permettent de connaître l'état d'avancement de la situation, de savoir à quel moment les objectifs seront atteints et à quel niveau.

Cependant, l'approche épidémiologique reste nécessaire pour mesurer l'efficacité d'une action auprès de la population. Là encore, la méthode doit être conçue en amont du projet et utilisée avec parcimonie compte tenu de ses risques de lourdeur. Son utilisation peut être ciblée sur des actions-clés des PRS (taille, caractère reproductible, pérennité...).

La difficulté de faire correspondre les résultats d'une action locale avec les objectifs des programmes

Si l'on prend par exemple, pour le PRS Challenge, comme objectif fictif de réaliser des dépistages des cancers du sein auprès de 50 % de la population féminine sur les 5 arrondissements les plus touchés par cette pathologie, la question se pose de savoir qui va réaliser cet objectif de dépistage qui comprend déjà 2 contraintes : celle du territoire et celle des compétences, alors que l'appel à projet n'impose ni le porteur (donc ni les compétences), ni le territoire. Le fait que les établissements hospitaliers soient très présents sur le PRS Challenge peut apporter un début de réponse à l'une des contraintes (celle de la compétence).

L'appel à projet ne permet donc pas toujours aux actions et aux objectifs de se retrouver. Il conviendrait alors de rechercher une zone commune entre ces 2 éléments, des problématiques et des objectifs plus précis et des porteurs d'actions spécifiques par exemple.

Ainsi, la méthode de l'appel à projet crée une situation qui semble demander une régulation aux niveaux quantitatif et qualitatif. Cette régulation apparaît improbable avec cette méthode tout comme l'évaluation des PRS. Les porteurs de projet semblent également jouer un rôle imposé et important au sein des PRS ; ils constituent l'un des leviers d'une régulation possible.

Le recodage des types d'action PRS

Le poids important de certains types d'actions (prévention), l'absence de représentation d'autres types (information, éducation, évaluation), les difficultés de définitions d'items comme "l'accompagnement" ou la difficulté de leur expression pour l'ensemble des PRS comme "les soins palliatifs", l'amalgame d'actions de dépistage et de formation, sont autant d'éléments qui ont fait que les actions ont été recodées dans ce Moniteur 2002.

Ce recodage à pour vocation de permettre de porter un regard différents sur les PRS, il ne se substitue pas au précédent même si il en questionne son évolution comme peut-être régulièrement questionné la pertinence de tout indicateur.

Nouveau "Type d'action"	Descriptif des actions
1 Information	Apport d'outil, de support, d'un message, échange, débat, pièce de théâtre, sans évaluation
2 Dépistage, Diagnostic	Action réelle de dépister, exclus des formations sans campagne de dépistage
3 Prise en charge Médicale	Nouvelle ou renforcement de prise en charge médicale (avec du personnel qualifié), pouvant comprendre une dimension sociale, une continuité avec le social
4 Education	Echanges organisés en groupe avec une évaluation, plutôt limité dans le temps
5 Etude, observation, évaluation	Etude épidémiologique, recherche de document, de méthode, ou de projet entièrement dédié à l'évaluation d'un autre projet
6 Prise en charge Sociale	Nouvelle prise en charge pérenne (différence avec l'éducation) avec un objectif social clair jusqu'à l'interface avec la prise en charge médicale, réinsertion, atelier multimédia
7 Autre	Classement par défaut
8 Formation professionnelle	Toute action de formation, y compris les actions de formation au dépistage

¹ Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions Nouvelles, 1995.

² Une expérience de suivi de la réalisation des projets par le PRS Challenge a été réalisée.

PROPOSITIONS

Exploiter le vivier de projets que sont les PRS : mettre en place une évaluation d'un groupe de projets représentatifs des types rencontrés dans les PRS

Les PRS apparaissent comme un vivier riche de types de projets. La complexité et l'étendue de ces projets ne semblent pas permettre une évaluation globale. Cependant, une démarche intermédiaire, qui viserait à réaliser une évaluation d'un sous-groupe de projets représentatifs des typologies rencontrées serait réalisable. Cette évaluation pourrait coupler 2 méthodes : celle des audits de projet et celle des évaluations épidémiologiques des actions de santé. L'objectif est de montrer tout d'abord que l'évaluation est possible, ensuite de prévoir l'évolution des projets par type : ceux qui ont vocation à s'arrêter une fois l'objectif atteint, ceux qui ont un rôle pilote et qui ont vocation à être étendus sur un territoire plus important, et ceux qui laissent place à une activité pérenne.

Intégrer les critères de lisibilité des projets dans la sélection : nombre, type et territoire de la population touchée¹

L'évaluation se construit en amont du projet, dès sa sélection. Il est important de déterminer avant leur démarrage les projets que l'on pourra évaluer et ceux qui ne pourront que partiellement l'être. La part de chacun de ces types de projet donnera le taux de lisibilité des PRS.

Ceci dit il convient aussi de préciser la nature de cette évaluation : elle est une construction entre les données disponibles, l'information qu'elles comportent, et la demande des commanditaires. De plus, à chaque type de commanditaire correspond un type d'évaluation. Les financeurs qui ont une position de maîtrise d'ouvrage, peuvent souhaiter une lisibilité plus globale des projets, avec une approche de son efficacité. Les porteurs de projet souhaitent peut-être des moyens de régulation de leur projet et notamment la possibilité de démontrer aux financeurs leur réussite, entre autre dans le cas d'une demande de renouvellement des financements. La population enfin, peut souhaiter une information plus générale sur la pertinence de l'utilisation des fonds publiques par les financeurs. Autant de niveau qu'il convient de préciser dans leur contenu, leur priorité, et dans le temps².

Proposer une méthode de conduite de projet complémentaire (porteur propose projet pertinent) à celle de l'appel à projet (projet cherche porteurs compétents et bien situés)

On l'a vu, les projets ont des typologies et des devenir variés et variables. La même méthode ne peut traiter ni surtout réguler ces projets.

Tout d'abord, il convient d'identifier et de définir les priorités concernant les dérives des projets PRS. Ces choix comportent aussi une dimension politique. Ce peut être par exemple la question de la couverture territoriale, ou/et de compétences inappropriées pour certains types d'action.

Il s'agirait dans ce cas de sélectionner les problématiques de santé qui, par nature, se doivent d'avoir une couverture géographique étendue et identifiée (région, département...), et d'assurer la faisabilité des actions en étant directif sur le profil des porteurs de projets. Ensuite, la démarche est différente de celle de l'appel à projet, il s'agit d'étudier la faisabilité de ces projets auprès des porteurs, le premier critère sera la bonne répartition territoriale.

Cette seconde méthode s'appuie toujours sur l'un des moteurs principaux des PRS : les porteurs de projet.

Ainsi, 2 groupes de projets se côtoieront au sein des PRS : ceux qui conserveront leur caractère non directif du choix du sujet au choix du porteur et du territoire, et ceux pour lesquels la démarche sera inversée : des projets finalisés chercheront des porteurs. Ceci pour assurer une régulation des PRS ; régulation territoriale par exemple.

Les projets qui ont démontré leur efficacité, ne pourront être étendus sur le territoire (dans la mesure des besoins identifiés) que par l'intermédiaire d'une maîtrise d'œuvre compétente et qui peut couvrir le territoire aussi. Ces phases de déploiement de projet (dont le choix de la maîtrise d'œuvre) sont ici directives, la question principale est l'acceptation de la mise en place par le porteur de projet le plus pertinent.

Aussi, la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage doivent-elles être distinctes et avoir leur organisation et leur responsable unique propre.

Il apparaît que ce mode de fonctionnement implique une forte collaboration entre les différents services publics en fonction de leurs positionnements possibles. Cela implique également une assurance de la qualité des associations qui seront des maîtres d'œuvre dans ce type de projet.

¹ par exemple : 50 femmes à Avesnes dépistées en Cancérologie du sein, 20 médecins formés en Addictologie à Boulogne...

² Il est à noter que dans le cas d'une méthode de projet plus directive, des critères de qualité des porteurs de projet pourront être requis.

Analyse des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais

L'objectif de cette proposition est aussi de permettre aux décideurs de développer et de réguler les stratégies de Santé Publique.

Permettre à l'utilisateur d'avoir un positionnement de personne informée et consultée lors de la conception de projets de Santé Publique, la validation restant aux décideurs

L'appel à projet ayant imposé à l'Usager un rôle unique, il convient de lui permettre d'endosser l'autre rôle possible qu'est celui de participant à la conception des orientations et des projets des PRS. Cette participation peut se limiter à une information et à une consultation auprès des usagers avant que les orientations ne soient fixées. Ce mode de consultation (qui est plus une demande d'avis sur les orientations de Santé Publique et sur les projets), n'est pas une charge supplémentaire de gestion et limite le temps des Usagers. Cependant, il reste l'une des questions principales à traiter : qui seront ces usagers ? Doit-on considérer, comme dans le système judiciaire, qu'il peut s'agir de personnes tirées au sort qui apportent un jugement de non-connaisseurs sur les dossiers ? Ou, comme on le constate dans les réseaux de santé, doit-on considérer que les associations de patients sont les mieux à même de porter un jugement, compte-tenu de leur connaissance du système de santé ? L'avantage du premier est le regard extérieur "neuf", mais le désavantage est la méconnaissance du système. L'avantage du second est l'apport d'un regard orienté vers l'extérieur et très complémentaire au système de santé, son désavantage est d'être spécialisé sur certains segments.

Ainsi, les 2 sont peut-être nécessaires ; le premier pour un avis global et systématique après la phase de la conception du projet pour poser ce que l'on peut appeler "les questions de l'utilisateur", et le second pour apporter un regard extérieur plus avisé sur les projets qui les concernent directement ; cette seconde consultation ayant lieu en fonction des types de projets produits.

Ainsi, cette proposition repositionne la démocratie sanitaire comme un moyen de concevoir et de réaliser des projets de Santé Publique et non comme une fin en soi.

Table des figures

Santé des enfants et des jeunes

- 1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1980 à 2000
- 1-2 Évolution de l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF), pour 100 femmes, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1994 à 2001
- 1-3 Évolution de la mortalité périnatale et infantile, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1978 à 1999
- 1-4 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2001
- 1-5 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 2001
- 1-6 Évolution du pourcentage de femmes de moins de 18 ans parmi les femmes ayant subi une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, entre 1992 et 1996
- 1-7 Taux de scolarisation (en %) chez les 2 ans, 3-5 ans, 16-19 ans et 20-24 ans, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine
- 1-8 Résultats en pourcentage de réussite des évaluations en classe de 6^{ème} en mathématiques et français (collèges publics et privés)
- 1-9 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 1-10 Part des demandeurs d'emploi (en %) dans la population active, selon l'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 1-11 Évolution de la mortalité par accident de la circulation des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine¹ de 1980 à 1999
- 1-12 Évolution de la mortalité par suicide des jeunes de 10 à 24 ans, par sexe, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine¹, de 1980 à 1999
- 1-13 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois
- 1-14 Scores moyens de l'échelle de Duke selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 25 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-15 Proportion de jeunes (en %) ayant un poids supérieur à la normale, selon le sexe
- 1-16 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois
- 1-17 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge
- 1-18 Proportion de jeunes (en %) déclarant avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge
- 1-19 Attitude face à la douleur selon le sexe
- 1-20 Répartition par objectifs du nombre d'actions et de leur financement
- 1-21 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 1-22 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement
- 1-23 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 1-24 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 1-25 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Précarité et santé

- 2-1 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 1999
- 2-2 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1999
- 2-3 Proportion (en %) de la population allocataire du RMI, par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 2000
- 2-4 Bénéficiaires du RMI par type de famille (en %), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, au 31 décembre 2000

¹ Les taux utilisés sont des taux standardisés sur une population européenne-type (le lecteur pourra se référer au PRS Challenge pour des explications complémentaires concernant la construction de ces taux).

- 2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2002
- 2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi pour les femmes et les plus de 50 ans, dans le Nord Pas-de-Calais, au 1er trimestre 2002
- 2-7 Structure par âge (en %) des personnes surendettées, Nord – Pas-de-Calais *versus* France mé-tropolitaine, en 2000
- 2-8 Catégorie socioprofessionnelle des personnes signataires d'un dossier de surendettement (en %), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000
- 2-9ABC Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 2-10ABC Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 2-11 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement
- 2-12 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 2-13 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 2-14 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 2-15 Répartition du financement des actions (en %) par financeur
- 2-16 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement

Conduites de consommation à risque

- 3-1 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999
- 3-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999* (France=100)
- 3-3 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes
- 3-4 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-5 Évolution des taux standardisés (pour 100 000 habitants, standardisation directe sur la population européenne) de la mortalité régionale et nationale par tumeur maligne de l'œsophage, de 1979 à 1999
- 3-6 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-7 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale, par cirrhose alcoolique ou sans précision, de 1979 à 1999
- 3-8 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec inter- valle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-9 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale par psychose alcoolique ou alcoolisme, de 1979 à 1999 (Échelle logarithmique)
- 3-10 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par psychose alcoolique ou alcoolisme, Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %), Hommes et Femmes
- 3-11 Tabagisme dans la population du Nord – Pas-de-Calais ayant un recours aux soins en médecine générale (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-12 Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-13 Nombre de verres d'alcool consommés un jour donné, suivant la notion d'une fréquence de consommation quotidienne, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000), Hommes et Femmes
- 3-14 Consommateurs réguliers de tabac de plus de 5 cigarettes par jour suivant les différents Profils Alcool, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)
- 3-15 Expérimentation de l'alcool et du tabac des jeunes de 17 et 18 ans du Nord – Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-16 Diffusion de l'expérimentation du tabac pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-17 Diffusion de l'expérimentation de l'ivresse pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001
- 3-18 Usage répété de l'alcool et expérimentation de l'ivresse des jeunes de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais

- 3-19 Expérimentation et consommation de cannabis des jeunes âgés de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais
- 3-20 Poly-usage régulier d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes de 12 à 25 ans
- 3-21 Évolution de la proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution dans les différents centres de prise en charge du Nord - Pas-de-calais ; d'une manière globale, par Méthadone et par Subutex
- 3-22 Évolution du nombre de toxicomanes pris en charge en novembre dans les établissements sanitaires et sociaux pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1991 à 2000
- 3-23 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement
- 3-24 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 3-25 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement
- 3-26 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 3-27 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 3-28 Répartition du financement des actions (en %) par financeur
- 3-29 Répartition du budget de financement des actions par quartile

Cancers

- 4-1 Évolution du nombre moyen annuel* de nouveaux cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 4-2 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les hommes, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et en 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)
- 4-3 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les femmes, dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 et 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)
- 4-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 4-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999
- 4-8 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-9 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-10 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)
- 4-11 Habitudes de prévention des femmes de référence* des ménages du Nord - Pas-de-Calais
- 4-12 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord
- 4-13 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-14 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-18 Répartition du financement des actions par financeur (en %)
- 4-19 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Santé cardiovasculaire

- 5-1 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998
- 5-2 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 5-3 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 5-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 5-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 5-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 5-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 5-8 Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses, Nord - Pas-de-Calais *versus* France (France=1), en 1995
- 5-9 Proportion de patients fumeurs, par Bassin de vie et par sexe
- 5-10 Proportion de patients ayant un problème de diabète, par Bassin de vie et par sexe
- 5-11 Proportion de patients ayant un problème de poids, par sexe

- 5-12 Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe
- 5-13 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour infarctus du myocarde, par Bassin de vie et par sexe
- 5-14 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC), par Bassin de vie et par sexe
- 5-15 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour artériopathie chronique, par Bassin de vie et par sexe
- 5-16 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-17 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-18 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-19 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-20 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-21 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Programme Régional d'Action en Santé Environnement

- 6-1 Répartition des logements en fonction de leur mode de chauffage, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-2 Évolution du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone en fonction du mécanisme de décès et de l'intention, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 6-3 Répartition du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine pour la période 1985-1998
- 6-4 Taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1997-1999
- 6-5 Part de la population d'enfants de moins de 6 ans dans la population, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-6 Répartition des résidences principales en fonction de leur date de construction, Nord – Pas-de-Calais *versus* France
- 6-7 Répartition par arrondissement du Nord – Pas-de-Calais, du nombre de ménages vivant dans des logements construits avant 1948
- 6-8 Revenu annuel moyen des ménages du Nord – Pas-de-Calais, selon l'année d'achèvement du logement
- 6-9 Part des enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une plombémie en 1995
- 6-10 Proportion d'enfants (en %) ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l dans la population des enfants de moins de 6 ans ayant été prélevés en 1994-1995
- 6-11 Part des logements sans confort (en %) parmi les résidences principales, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 6-12 Évolution du nombre de résidences principales selon le confort entre 1990 et 1999 dans le Nord - Pas-de-Calais
- 6-13 Sites pollués et sites pollués encore en activité
- 6-14 Répartition par problématique du nombre d'actions et de leur financement
- 6-15 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (en euros)
- 6-16 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement
- 6-17 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement
- 6-18 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement
- 6-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement
- 6-20 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Analyse des Programmes Régionaux de Santé à partir des projets acceptés en 2002

- 7-1 Répartition des PRS par arrondissement
- 7-2 Nombre d'actions par million d'habitants par arrondissement
- 7-3 Profil des PRS des 3 arrondissements-témoins
- 7-4 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les hommes
- 7-5 Trois Indices Comparatifs de Mortalité pour les femmes
- 7-6 Part des allocataires en situation difficile
- 7-7 Répartition des types d'action par zone géographique
- 7-8 Profil des actions des 3 arrondissements-témoins
- 7-9 Répartition des types de porteur par zone géographique
- 7-10 Profil des porteurs de projet des arrondissements-témoins
- 7-11 Répartition des financeurs par zone géographique
- 7-12 Profil des financeurs pour les 3 arrondissements-témoins

- 7-13 Résultats de l'Analyse Factorielle des Correspondances : contributions et qualité de représentation des variables
- 7-14 Les types d'action par PRS
- 7-15 Coût moyen des types d'action (en euros)
- 7-16 Répartition des quartiles de financement par type de PRS
- 7-17 Répartition des types de porteur par PRS en 2002
- 7-18 Répartition des types d'action par type de porteur en 2002
- 7-19 Répartition des quartiles de financement par type de porteur
- 7-20 Répartition des porteurs par type de financeur
- 7-21 Répartition des financeurs par type de porteur
- 7-22 Répartition des actions par type de financeur
- 7-23 Répartition des financeurs par type d'action
- 7-24 Répartition des PRS par type de financeur
- 7-25 Répartition des financeurs par type de PRS
- 7-26 Financement moyen par type de financeur

Sigles usités dans cet ouvrage

- AAH** : Allocation Adulte Handicapé
ADCSN : Association pour le Dépistage du Cancer du Sein dans le département du Nord
AFC : Analyse Factorielle des Correspondances
ALD : Affection Longue Durée
AMD : Aide Médicale Départementale
AMPI : Association Médicale Professionnelle Interentreprises
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
API : Allocation Parent Isolé
ARCAF : Association Régionale des Caisses d'Allocations Familiales
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- BIT** : Bureau International du Travail
- CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CCMSA : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CDC : Centers for Disease Control
CDD : Contrat à Durée déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CEC : Contrat Emploi Consolidé
CES : Contrat Emploi Solidarité
CETE : Centre d'Études Techniques de l'Équipement
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CITEPA : Centre Interprofessionnel Technique d'Études de la Pollution Atmosphérique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CO : Monoxyde de Carbone
COTER : Comité Technique Régional
COVNM : Composés Organiques Volatils Non Méthaniques
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRPS : Comité Régional des Politiques de Santé
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSP : Catégorie SocioProfessionnelle
CUDL : Communauté Urbaine De Lille
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
- FILOCOM** : Fichier des Logements par Commune
FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire
- HCSP** : Haut Comité de Santé Publique
- ICF** : Indice Conjoncturel de Fécondité
ICM : Indice Comparatif de Mortalité
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES :
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JAPD : Journée d'Appel de Préparation à la Défense

MSA : Mutualité Sociale Agricole

Nox : Oxyde d'Azote

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PCS : Profession et Catégorie Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRASE : Programme Régional d'Action Santé Environnement

PRS : Programme Régional de Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

PTS : Programme Territorial de Santé

RGP : Recensement Général de la Population

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SNSSI : Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile

SO₂ : Dioxyde de Soufre

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URMEL : Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral

VADS : Voies AéroDigestives Supérieures