

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé : bilan des travaux réalisés en 2003

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ	P 118
LES MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION	P 119
Évaluation de la politique des PRS	p 119
Évaluation du PRS Santé des enfants et des jeunes et du PRAPS	p 119
Évaluation du PRS Conduites de consommation à risque	p 120
Évaluation du PRS Santé cardiovasculaire	p 120
Commentaires	p 120
LES RÉSULTATS	P 120
Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais	p 120
Le cadre politique régional des PRS	p 120
Le rôle des différentes instances	p 121
La procédure d'instruction des projets	p 121
Évaluation des différents Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais	p 122
<u>Question 1</u> : Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?	p 122
<u>Question 2</u> : Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de populations et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?	p 124
<u>Question 3</u> : Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?	p 126
<u>Question 4</u> : Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?	p 127
<u>Question 5</u> : Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?	p 128
<u>Question 6</u> : Quelles ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?	p 128
<u>Question 7</u> : Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?	p 129
<u>Question 8</u> : Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?	p 129
<u>Question 9</u> : Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?	p 130
<u>Question 10</u> : Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?	p 130
Les principales recommandations des évaluateurs	p 130
La prise en compte des recommandations issues de l'évaluation et les perspectives des PRS	p 131
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)	p 131
PRS Santé des enfants et des jeunes	p 131
PRS Conduites de consommation à risque	p 131
PRS Challenge	p 131
PRS Santé cardiovasculaire	p 132
CONCLUSIONS	P 132

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ

Dans le Nord – Pas-de-Calais, les priorités de santé ont été déclinées en 5 Programmes Régionaux de Santé :

- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ;
- le PRS Santé des enfants et des jeunes ;
- le PRS Conduites de consommation à risque ;
- le PRS "Challenge", programme régional sur les Cancers ;
- le PRS Santé cardiovasculaire ;

auxquels est venu s'ajouter en 2001 le Programme Régional d'Action en Santé-Environnement (PRASE).

Dans le cadre du contrat de plan 2000-2006, l'État, la région Nord – Pas-de-Calais, le département du Nord et le département du Pas-de-Calais, les organismes d'Assurance Maladie et l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL) se sont mobilisés au sein du Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS), pour engager leurs compétences et leurs moyens au service de cette politique. D'autre part, en association avec les intercommunalités et les communes, des Programmes Territoriaux de Santé se mettent en place. Ils visent à décliner localement les Programmes Régionaux de Santé, tout en s'articulant avec la Politique de la Ville, les contrats territoriaux de santé dans le département du Nord. Sur le plan pratique, les financeurs ont souhaité simplifier les procédures administratives pour les porteurs de projets, en organisant un circuit commun unifié pour l'instruction des projets.

L'architecture de la politique régionale de santé comporte plusieurs niveaux :

- un niveau régional, qui détermine les priorités et les stratégies de mise en œuvre ;
- un niveau départemental, qui suscite les projets et veille à leur cohérence avec la politique de la ville et les politiques de droit commun ;
- un niveau local, qui propose, organise et met en œuvre les actions sur le terrain.

Dans un souci de transparence de l'action publique, les financeurs ont jugé qu'il était essentiel de mettre en place un dispositif d'évaluation, afin de pouvoir porter un jugement sur la politique mise en œuvre et, si nécessaire, de l'aménager et de la réorienter. Une note d'orientation adoptée par le comité de gestion des PRS en juin 2001 a prévu une évaluation aux 3 différents niveaux : la politique des PRS, les différents PRS eux-mêmes et les actions mises en œuvre dans chacun de ces programmes. Trois objectifs sont assignés à ce dispositif d'évaluation :

- rassembler et analyser les informations permettant de juger utilement de la pertinence des objectifs, de la cohérence des actions et de l'impact des programmes ;
- mettre ces informations à disposition des porteurs d'actions, des groupes de suivi des PRS et du Comité Régional des Politiques de Santé,
- produire des recommandations permettant l'aménagement de la politique et des programmes, afin de les rendre plus cohérents et plus efficaces.

Le cahier des charges soumis aux évaluateurs leur demandait de répondre à 10 questions, pour chacun des PRS :

- 1- Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?
- 2- Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de population et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?
- 3- Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?
- 4- Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?
- 5- Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?
- 6- Quels ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux autres dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?
- 7- Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?
- 8- Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?
- 9- Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?
- 10- Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

Étant donné l'importance de ce dispositif d'évaluation et de ses résultats pour saisir les enjeux de la politique régionale de santé et des Programmes Régionaux de Santé, nous nous devons de les évoquer dans cette édition du *Moniteur* des Programmes Régionaux de Santé. Notre objectif a été de synthétiser les documents produits par

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

les évaluateurs afin de permettre au lecteur d'avoir un aperçu global de leurs résultats et de leurs recommandations. Dans ce but, nous avons consulté les documents produits par les évaluateurs (cf. Références) et nous avons cherché à organiser les informations recueillies selon les 10 points soulevés dans le cahier des charges soumis aux évaluateurs.

Les évaluations réalisées en 2003 portent sur la politique régionale et sur 4 des Programmes Régionaux de Santé : le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le PRS Santé des enfants et des jeunes, le PRS Conduites de consommation à risque et le PRS Santé cardiovasculaire. Le PRS Challenge a débuté avant les autres programmes. Le dispositif utilisé pour l'évaluation n'a pas été pas tout à fait comparable à celui des autres PRS. Afin de permettre au lecteur un point de vue global, nous avons cependant tenté de présenter, à titre comparatif, les résultats produits selon les 10 points mentionnés dans le cahier des charges des évaluations réalisées en 2003. D'autre part, le PRASE (Programme Régional d'Action en Santé Environnement) a débuté ses activités après les autres PRS. Il fait actuellement l'objet d'un bilan technique. Il ne sera donc pas mentionné dans notre synthèse.

LES MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION

Évaluation de la politique des PRS

Une Instance d'évaluation, issue du Comité Régional des Politiques de Santé, a accompagné les évaluateurs au cours des différentes phases de leur travail, afin de suivre et de valider leur activité. Les évaluateurs ont basé leur analyse sur le croisement et la synthèse de plusieurs méthodes et de plusieurs sources de données :

- *l'observation du dispositif politique et technique*, par la participation aux différents types de réunions (réunion des coordinateurs des PRS, comité technique du Comité de gestion des PRS, Comité Régional des Politiques de Santé...) afin de décrire le déroulement des séances, leur contenu, les objectifs poursuivis et les liens existant entre les différents niveaux d'organisation politique et technique ;
- *l'analyse des documents produits par le dispositif* : actes des Conférences Régionales de Santé, comptes rendus de réunions des groupes et comités, outils de communication et d'analyse ;
- *un entretien avec le Médecin Inspecteur Régional de la DRASS* ;
- *une enquête par entretiens téléphoniques semi-directifs* auprès de 5 porteurs de projets expérimentés, visant à recueillir des informations relatives aux modalités d'instruction de leur dossier, aux financements et à l'appréciation générale des porteurs de projets sur la politique régionale et la territorialisation ;
- *une enquête par questionnaire* auprès d'un échantillon représentatif de porteurs de projets, choisi par tirage au sort parmi les porteurs des projets pluriannuels qui ont débuté en 2000 et des nouveaux projets déposés en 2001, après élimination des doublons ; le tirage au sort était stratifié sur le PRS concerné et le type de structure qui avait présenté le projet.

Évaluation du PRS Santé des enfants et des jeunes et du PRAPS

Pour ces deux programmes, l'évaluation a été réalisée selon le même schéma en 5 axes : élaboration du programme et fonctionnement du groupe de suivi, description des actions menées dans le cadre du PRS, partenariat et dynamique de terrain, prise en compte de la population et indicateurs de coût/efficacité. Chacune des phases du travail a été examinée et validée par l'Instance d'Évaluation. L'évaluation a été réalisée par le croisement de différentes approches :

- *l'examen des documents relatifs aux programmes* : documents d'appels à projet, comptes rendus de réunions, dossiers déposés au cours des années 2000, 2001 et (partiellement) 2002, textes réglementaires et circulaires en relation avec le thème de la santé des jeunes ou du PRAPS ;
- *l'observation du dispositif*, par la participation aux réunions du groupe de suivi, du comité technique de gestion des PRS, du groupe de suivi inter-PRS, de certains groupes de travail, la visite de structures et d'associations ;
- *la réalisation d'entretiens semi-directifs*, soit sous forme individuelle avec des décideurs institutionnels, des membres du groupe de suivi, des acteurs professionnels et des porteurs de projet, soit sous forme collective avec des porteurs de projets.

L'analyse des données a été réalisée selon des approches thématiques, en utilisant des techniques classiques d'analyse des entretiens et d'analyse statistique. Elle visait à élaborer des *indicateurs de constat*, permettant de juger de l'adéquation de la politique aux besoins de la région, et des *indicateurs de suivi*, produits à partir de l'analyse des projets retenus en 2000 et 2001. Les évaluateurs ont constaté que l'état actuel des connaissances et des sources statistiques disponibles ne permettait pas l'élaboration d'indicateurs de résultats.

Évaluation du PRS Conduites de consommation à risque

Les champs prioritaires de l'évaluation ont été définis par les évaluateurs avec le concours de l'Instance d'évaluation, qui a également validé les choix méthodologiques des évaluateurs et les outils de recueil des données. Les évaluateurs ont appuyé leurs travaux sur les éléments d'évaluation déjà existants : bilans présentés au cours des Conférences Régionales de Santé, travaux du Comité Régional d'Éducation pour la Santé. Leur analyse s'est essentiellement basée sur :

- une enquête par questionnaire auprès des membres du groupe de suivi ;
- une enquête par entretiens collectifs, de type "focus group", auprès d'un échantillon de porteurs de projets sélectionnés par les pilotes du programme.

Évaluation du PRS Santé cardiovasculaire

Les évaluateurs ont surtout porté leur effort vers l'analyse de la cohérence des objectifs du programme et sur l'importance de l'effort budgétaire investi dans chacun des objectifs. Leur analyse s'est principalement basée sur :

- un travail avec les pilotes du programme et le groupe de suivi visant à la construction d'une *représentation arborescente des objectifs*, en plusieurs niveaux dont : les objectifs généraux, les objectifs opérationnels et les objectifs des actions ;
- une évaluation de l'effort financier investi dans chacun des objectifs.

Ce travail a nécessité l'analyse des objectifs des projets mis en œuvre, qu'ils soient explicites ou implicites, qu'il s'agisse des actions spécifiques du programme ou d'actions mises en œuvre dans d'autres programmes, par exemple pour les actions qui concernent les facteurs de risques communs aux cancers et aux maladies cardiovasculaires. Les évaluateurs ont travaillé avec le soutien de l'Instance d'évaluation, qui a validé leur activité à chaque étape, en particulier au cours de la phase d'élaboration des recommandations.

Commentaires

Le lecteur a pu se rendre compte de l'hétérogénéité des choix méthodologiques qui ont été privilégiés par les différents évaluateurs, par exemple le choix de réaliser ou non une enquête auprès des porteurs de projets et la méthodologie d'enquête retenue. Cela tient bien sûr de la diversité des opérateurs retenus pour réaliser l'évaluation, mais aussi de la nature spécifique de chacun des programmes et de la variété des acteurs mobilisés. Au-delà de ces variations significatives, qui rendent parfois difficile la lecture comparée des résultats produits, il nous faut cependant signaler des points communs importants. La démarche retenue a été généralement de nature participative, en interaction avec une Instance d'évaluation représentant les acteurs de chacun des programmes. Les activités d'évaluation ont avant tout porté sur la définition des objectifs et de la cohérence des actions mises en œuvre avec ces objectifs d'une part, et sur les procédures utilisées d'autre part. Aucune des analyses réalisées ne porte sur les résultats des actions, des programmes et de la politique.

LES RÉSULTATS

Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais

Le cadre politique régional des PRS

Depuis la création du Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS), la territorialisation occupe une grande place dans les différentes instances et au sein de la réunion des coordinateurs de PRS. Les évaluateurs constatent, en effet, qu'il existe incontestablement une recherche d'articulation cohérente entre la déclinaison territoriale des PRS et les programmes locaux ou territoriaux financés dans le cadre de divers dispositifs à l'échelle des agglomérations ou des communes, en particulier dans le cadre de la Politique de la Ville. D'autre part, à l'échelle de la région, le contrat de plan entre l'État et la Région comprend un volet Santé publique, qui permet de préciser le rôle respectif de l'État et de la Région.

Cependant, selon les évaluateurs, la place des représentants des communes dans les différentes instances, le choix de l'unité géographique d'intervention, l'articulation concrète des financements restent des points débattus actuellement, les questions de forme pouvant parfois obscurcir les débats de fond.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

Le rôle des différentes instances

Les évaluateurs constatent que les rôles initialement assignés aux différentes instances sont relativement respectés (Figure 1), même si les groupes de suivi des PRS, chargés de la validation technique des projets, donnent également un avis sur le financement et si le Comité technique du Comité de gestion paraît jouer un rôle hybride difficile entre validation technique et gestion administrative et financière.

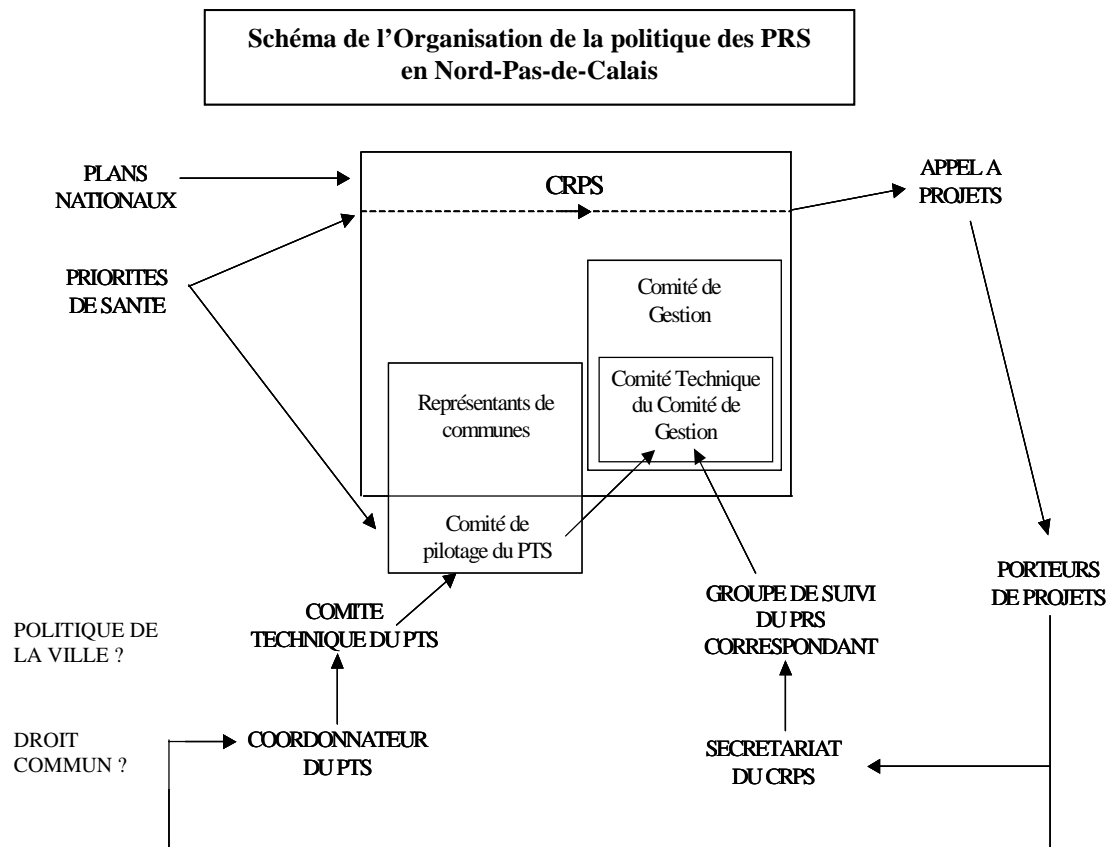


Figure 1 : La cadre politique des Programmes Régionaux de Santé (d'après CEMKA-EVAL, 2003) ¹

La procédure d'instruction des projets

L'enquête réalisée auprès des porteurs de projets a permis aux évaluateurs d'examiner le point de vue des porteurs sur la procédure d'instruction. Les résultats confirment la nécessité de multiplier les vecteurs d'information vers les acteurs de Santé publique, pour les mobiliser dans le cadre des appels à projets. Le délai de constitution des dossiers est jugé suffisant par les porteurs.

Les exigences techniques des appels à projet, par exemple dans l'explicitation des objectifs et des modalités des actions, ont remis en questions les pratiques antérieures pour de nombreux acteurs et la période étudiée s'est caractérisée par un engagement important des pilotes et des groupes de suivi pour accompagner les porteurs dans la réécriture de leurs projets. Ceci, associé à une forte montée en charge du nombre de projets déposés, peut expliquer que, malgré la forte implication des membres des groupes de suivi, le délai de réception de la décision finale du Comité de gestion des PRS et le délai de mise à disposition des fonds aient pu être jugés souvent trop importants par les porteurs, qui ont parfois été conduits à démarrer leur action avant d'avoir eu l'assurance de son financement. D'autre part, les porteurs considèrent souvent ne pas avoir été suffisamment informés de l'avancement de l'instruction de leurs dossiers.

Cependant, les évaluateurs constatent que 80 % des porteurs de projets interviewés expriment leur satisfaction à l'égard de la politique inter-institutionnelle régionale, ce qui, à leurs yeux, "témoigne dans une certaine mesure du développement de la culture de Santé publique".

¹ Ce graphique est susceptible d'avoir évolué depuis l'évaluation.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Évaluation des différents Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais

Les résultats fournis par les évaluations des différents programmes sont très riches mais également assez hétérogènes. La synthèse que nous en avons réalisée est axée sur les 10 questions mentionnées dans le cahier des charges soumis aux évaluateurs. Le plus souvent, quand cela nous est apparu utile et quand cela était possible, nous avons résumé les principaux constats des évaluateurs sous forme de tableaux comparatifs, avec les réponses apportées par les évaluateurs aux questions qui leur étaient posées.

Question 1 : Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?

PRRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Des problèmes repérés auprès des enfants et des jeunes sur la base des données épidémiologiques n'ont pas été utilisés dans la formulation des objectifs comme des résultats à atteindre. Les étapes d'élaboration des objectifs ne sont pas explicites. Mais on note un repérage spécifique des problèmes de santé majeurs (de par leur fréquence ou leur gravité). Utilisation d'approches qualitative et quantitative combinant des données relatives aux déterminants et des données épidémiologiques sur la santé. Inscription des enfants et des jeunes dans un processus de socialisation favorable avec une vision positive de la santé.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Réalisation d'un état des lieux à partir de groupes thématiques et sur les outils proposés par "GRES médiation santé". Utilisation de données qualitatives et quantitatives, afin de dégager les spécificités régionales et les disparités infra-régionales concernant la précarité. Pas de données spécifiques sur l'état de santé des populations en fonction des territoires.</p>
<p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Pas d'arborescence explicite permettant de faire le lien entre les objectifs et les sous-objectifs. Objectifs peu précis dans leur formulation.</p>	<p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Déclinaison large, dans le document initial, d'objectifs généraux, recouvrant l'ensemble des préoccupations exprimées par le groupe de programmation. Des objectifs renvoyant à des compétences spécifiques (telles que celles de l'Assurance Maladie par exemple) seront recentrés sur d'autres objectifs généraux. Avec le premier appel à projets, seuls les objectifs réellement considérés comme opérationnels ont été retenus.</p>

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

PRs Challenge	PRs Conduites de consommation à risque	PRs Santé cardiovasculaire
<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Absence de données de morbidité. Bilan épidémiologique reposant le plus souvent sur les seuls indicateurs de mortalité. Le recensement des actions montre des initiatives dispersées. Création d'une base régionale de données des acteurs et des actions. Cohérence entre les objectifs généraux fixés par le programme et le constat établi.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Difficulté d'assurer une vision exhaustive des activités. Perte notable d'informations malgré la publication des bilans annuels et des travaux intermédiaires. Des actions rarement évaluées. Des actions parfois discontinues. Un manque de cohérence dans les actions de prévention et une méconnaissance de l'environnement préventif. Mais, dans la durée, une progression des objectifs opérationnels conforme aux objectifs généraux.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Objectifs jugés pertinents et cohérents avec l'état des lieux. Entre 2000 et 2003, les 3 grandes orientations ont été précisées. En 2000, les données disponibles étaient insuffisantes et devaient être complétées. Il s'agissait par ailleurs de consolider le savoir-faire des professionnels et de contribuer à l'élaboration d'une culture commune pour tous les intervenants.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Les objectifs opérationnels sont restés identiques et reconduits d'une année sur l'autre. En 2001, le bilan fait apparaître un net déséquilibre du nombre de projets déposés selon l'objectif visé.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Le découpage initial des objectifs opérationnels n'est pas homogène ; ce qui a conduit à un redécoupage de ces objectifs.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Si certains objectifs semblent accessibles aux actions du PRS, il est délicat de se prononcer sur d'autres objectifs dont la nécessité actuelle n'est pas nettement perceptible. Les possibilités d'actions pouvant découler de certains des objectifs comme ils sont définis paraissent parfois limités.</p>

Commentaires

Les évaluateurs constatent le plus souvent une bonne cohérence entre l'état des lieux élaboré pendant la phase de programmation et les objectifs généraux retenus pour le programme. Ils indiquent que l'état des lieux est le plus souvent basé sur les seuls indicateurs documentés, par exemple à l'aide de données de mortalité, alors que les données de morbidité, objective ou ressentie, sont le plus souvent insuffisantes pour apprécier de façon réaliste les besoins de la population. Ils mentionnent, cependant, que certains PRS se sont engagés dans des démarches d'investigation visant à combler ces lacunes dans la connaissance de l'état de santé et des besoins de la population.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 2 : Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de populations et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Catégories de populations bénéficiaires</p> <p>L'examen des fiches projets montre que la rubrique relative à la description du public-cible est mal renseignée : on y retrouve tant les bénéficiaires directs du projet que les bénéficiaires indirects, sans éléments permettant de qualifier et quantifier les populations-cibles.</p> <p>L'analyse du classement selon les objectifs du projet montre que le public-cible est constitué par les jeunes de la région : les actions visant le thème "Développement et bien être des jeunes" sont nettement plus fréquentes que les actions sur le thème "Parentalité" : par exemple, en 2001, sur 80 projets renseignés, les deux tiers concernent le thème "Développement et bien être des jeunes" et un quart la "Parentalité" ; en 2002, sur 55 projets renseignés, un tiers concerne le thème "Développement et bien être des jeunes". Le classement selon le porteur de projet montre que les structures associatives sont majoritaires, mais les établissements scolaires sont en nette augmentation. L'analyse de 22 actions retenues pour l'année 2000 sur le thème de la "Parentalité" montre une grande diversité de bénéficiaires (enfants, familles...) et des bénéficiaires le plus souvent identifiés à l'échelle d'une zone géographique (le plus souvent un quartier), ou d'une structure d'accueil.</p>	<p>Catégories de populations bénéficiaires</p> <p>La base de données des projets est difficile à exploiter et n'a pas permis à l'évaluateur une évaluation précise des populations bénéficiaires. En particulier, il ne lui a pas été possible de distinguer les bénéficiaires directs (les personnes visées par les actions), des bénéficiaires secondaires (les personnes sur lesquelles l'action aura secondairement un impact).</p>

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

PRRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Zones géographiques Les actions régionales et départementales du programme représentent en 2003, 43,6 % du financement (contre 37,2 % pour l'ensemble des PRRS).</p> <p>Dans le Nord, parmi les nouveaux projets financés, seul un petit nombre est à l'échelle de l'arrondissement (32/82 en 2000, 36/81 en 2001 et 47/81 en 2002). L'arrondissement le plus représenté est celui de Lille. Les autres arrondissements ont peu ou pas de projets retenus (aucun sur Avesnes, un seul à Douai et Cambrai la première année, aucun à Cambrai en 2001). On note l'apparition de quelques projets en 2002 sur des territoires peu représentés (7 à Avesnes, 4 à Cambrai).</p> <p>Dans le Pas-de-Calais, Lens est le premier arrondissement représenté. Les arrondissements d'Arras, Calais, Béthune, Saint-Omer bénéficient rarement de plus de 5 projets chaque année. On note l'absence de projets retenus sur les territoires de Boulogne et Montreuil.</p>	<p>Zones géographiques Les données utilisées sont celles qui ont été présentées aux assemblées générales 2000-2001. Elles montrent une diminution du nombre de projets de portée régionale (24 % en 2000 et aucun pour 2001), un nombre élevé de projets déposés dans le département du Nord (70 % en 2000 et 57 % en 2001), avec cependant une augmentation du nombre de projets retenus dans le Pas-de-Calais. Les projets à l'échelle d'un arrondissement sont plus nombreux dans le Nord que dans le Pas-de-Calais, avec une place prépondérante pour Lille malgré une baisse des projets retenus entre 2000 et 2002 (64 % des projets en 2000, 52 % en 2001 et 48 % en 2002).</p> <p>Dans le Nord, l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe se distingue par une augmentation du nombre de projets retenus au cours de la période 2000-2002 (de 3 % des projets en 2000 à 12 % en 2002). On remarque l'absence de dossiers retenus en 2001 pour l'arrondissement de Cambrai.</p> <p>Dans le Pas-de-Calais, on constate des fluctuations importantes. C'est l'arrondissement de Lens qui bénéficie du plus grand nombre de projets retenus (32 % en 2001 et 19 % en 2002). Le nombre de dossiers déposés est plus important à Lens qu'à Arras (26 % <i>versus</i> 22 % en 2002), mais on note, en 2002, un plus faible taux d'acceptation des projets à Lens qu'à Arras (19 % <i>versus</i> 29 %). Il n'y a pas eu d'action sélectionnée en 2001 dans l'arrondissement de Saint-Omer.</p>

Commentaires

Les évaluateurs ont eu beaucoup de difficultés à répondre à ces questions. Les outils de suivi des projets actuellement utilisés ne paraissent pas leur avoir permis d'identifier ni de quantifier les populations bénéficiaires des projets. L'analyse de l'échelon et du secteur géographiques, pour les populations bénéficiaires, n'a pas été réalisée pour l'ensemble des PRRS.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

**Question 3 : Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ?
Que deviennent-ils ?**

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Les objectifs opérationnels ci-dessous n'ont été retenus dans aucun projet pendant la période 2000-2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des études sur la détermination des freins, des motivations et des attentes des futurs parents (mère et père) par rapport à une préparation qui permet à 80 % des parents primipares d'accéder à la naissance et à l'accueil du nouveau-né ; - intégrer la notion de l'attachement dans la formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance (dans l'objectif "Faire en sorte que les parents en difficulté sociale aient accès aux aides et aux structures existantes") ; - intégrer les modifications de l'environnement familial, les changements relationnels du post-partum dans la préparation à la naissance (dans l'objectifs "Faciliter l'expression des difficultés émotionnelles pour les mères") ; - favoriser la prise en charge de la dépression du post-partum dans les réseaux de périnatalogie (dans l'objectif "Amélioration de la capacité des professionnels à orienter les mères") ; - faire connaître le dispositif existant (dans l'objectif "Amélioration du dépistage précoce des souffrances pouvant être liées à la maltraitance") ; - améliorer la surveillance médicale (dans l'objectif spécifique "Diminuer les accidents de sports et de loisirs" de l'objectif général "Permettre au jeunes de gérer la prise de risque"). <p>Interprétations possibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - les porteurs de projets ne jugent pas l'orientation prioritaire ou ne sont pas prêts à construire des projets de cette nature, ce peut être le cas par exemple pour les études. - les objectifs ne sont pas porteurs car peu explicites ; par exemple "Intégrer les modifications de l'environnement familial, les changements relationnels du post-partum dans la préparation à la naissance". 	<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Les objectifs opérationnels ci-dessous n'ont été retenus dans aucun projet pendant la période 2000-2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantir aux personnes en situation de précarité des soins adaptés à leurs besoins ; - définir une politique régionale harmonisée pour la prise en charge des personnes affiliées à la Sécurité sociale mais ne pouvant accéder à une protection complémentaire. - prendre en compte la thématique Santé précarité dans les formations initiales et continues, médicales et paramédicales ; - développer les réseaux territoriaux en Santé précarité ; - permettre une mobilisation souple et rapide de financements ; - mettre en place un système d'information dont l'objet est la veille et la vigilance par rapport à la souffrance psychique ; - articuler la règle de la sectorisation avec la nécessité de la prise en charge des personnes sans domicile ; - accompagner les événements de la vie. <p>Interprétations possibles L'ampleur des projets et/ou la formulation trop imprécise, par exemple pour les objectifs "Accompagner les événements de la vie" et "Définir une politique régionale harmonisée pour la prise en charge des personnes affiliées à la Sécurité sociale mais ne pouvant accéder à une protection complémentaire".</p>

PRS Conduites de consommation à risque	PRS Santé cardiovasculaire
<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Un certain nombre d'objectifs comme l'insertion, la ré-insertion professionnelle et la mise en place d'un système de veille et d'évaluation, ne font pas encore l'objet d'une mise en œuvre.</p>	<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part, de la réadaptation et la prévention tertiaire ; - d'autre part, de la lutte contre le tabagisme (objectif également pris en compte dans le PRS Conduites de consommation à risque).

Commentaires

Il semble qu'il n'ait pas été possible aux évaluateurs de recueillir des informations précises sur le devenir des objectifs non pris en compte.

Les évaluateurs rappellent que ce sont les objectifs opérationnels qui aident à la détermination et au choix des actions à mettre en place pour atteindre les objectifs généraux. Pour une meilleure détermination des actions, il

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

est indispensable que l'objectif opérationnel soit clair dans ses termes, dans sa définition, et ne prête pas à confusion afin que les acteurs de sa réalisation puissent l'intégrer plus facilement dans leur activité. Cependant, ils saluent les efforts réalisés dans la formulation des objectifs opérationnels des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais et recommandent de poursuivre ces efforts.

Question 4 : Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Les acteurs ont construit une approche partagée de la problématique de la région, malgré des cultures professionnelles hétérogènes. Il s'est établi un partenariat entre acteurs du social et de la Santé publique.</p> <p>Le PRS a donné aux pilotes un rôle central d'animation des groupes et des porteurs de projets. Les pilotes sont également très présents dans les Programmes Territoriaux de Santé.</p> <p>Les pratiques induites par le PRS ont bousculé les modes de fonctionnement internes des institutions et provoqué une remise en cause des pratiques individuelles.</p> <p>Le PRS a joué un rôle d'entraînement, par exemple en conduisant les services de l'Éducation nationale à réécrire leur politique de santé en intégrant les objectifs du PRS</p> <p>L'architecture de la territorialisation reste difficilement lisible pour les acteurs impliqués dans la démarche du PRS, même dans le cas des communes qui ont instauré un guichet unique pour leur dispositif santé.</p> <p>Malgré un déficit certain de connaissances sur les rouages de la politique régionale de santé, les acteurs de terrain se sont bien appropriés les PRS en adaptant leurs modes de fonctionnement, tandis que leurs responsables administratifs, plus éloignés du terrain, ont parfois moins bien perçu la nécessité du changement et ont pu continuer à fonctionner sur l'ancien modèle, préalable à la mise en œuvre de la politique des PRS.</p>	<p>La prise en compte du PRAPS dans l'organisation de la DDASS du Nord a conduit à de nouveaux découpages pour les services de santé et les services sociaux.</p> <p>Une évolution des différents acteurs vers une approche plus globale de la prise en charge des personnes en situation de précarité.</p> <p>Une dynamisation de l'action publique, aux différents niveaux institutionnels doit se faire grâce aux échanges permis par les modalités du PRAPS.</p> <p>Le PRAPS a financé des actions innovantes, à caractère transversal et menées conjointement par plusieurs partenaires. Il a ainsi permis d'impulser des actions qui ne bénéficiaient d'aucun soutien.</p>

PRS Challenge	PRS Conduites de consommation à risque
<p>Le PRS a permis la rencontre de personnes exerçant des métiers et ayant des compétences diverses qui ne se seraient probablement jamais rencontrées. Les séances d'experts de l'année 2001 ont amplifié cette connaissance mutuelle.</p> <p>Le PRS a permis une évolution des pratiques des acteurs vers un décloisonnement, un engagement dans la durée, un respect de la diversité et un partage des pratiques</p>	<p>Partage du sentiment d'appartenance à une même démarche de programmation en Santé publique.</p> <p>Développement des projets avec une meilleure méthodologie.</p> <p>Développement du travail en réseau et élargissement du partenariat.</p> <p>Assez grande mobilisation des acteurs sociaux autour de la question de santé.</p> <p>Regain d'activité des structures régionales comme la DRASS (organisme financeur et décideur au niveau du PRS), la MRPS ou le CRES (opérateurs au niveau du PRS).</p> <p>Densification des réponses sur certains territoires.</p> <p>Développement d'une approche en santé globale.</p> <p>Constitution d'un capital de compétences avec le recrutement des coordonnateurs des PTS.</p>

Commentaires

Les évaluateurs constatent qu'après une meilleure prise en compte de la territorialisation des actions, et donc des différents niveaux géographiques (région, département, arrondissement), les PRS ont causé un changement dans l'approche et le mode de fonctionnement des acteurs de la Santé publique. L'articulation de ces différents niveaux géographiques demeure cependant un point délicat et pourtant essentiel pour l'efficacité de la politique menée.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 5 : Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?

Les résultats des évaluateurs sont convergents pour l'ensemble des PRS analysés. Les modalités d'examen et d'instruction des projets ont une influence importante sur les porteurs. La démarche des PRS a conduit, dès la phase d'élaboration des programmes, à l'instauration progressive d'un formalisme des procédures : organisation et fonctionnement des groupes de suivi, des séances d'instruction des projets, élaboration et utilisation d'outils techniques (grilles d'analyse des projets). La relative stabilité des groupes de programmation et de suivi a permis de forger un consensus sur les approches retenues. Ce changement dans la culture des acteurs a nécessité un accompagnement des porteurs de projet, ce qui a exigé une implication forte des pilotes et des membres des groupes de suivi, qui a ensuite pu être complétée par les différents dispositifs d'aide aux opérateurs qui ont été mis en place ultérieurement (ateliers d'écriture des projets). Les entretiens avec les porteurs de projets ont cependant permis aux évaluateurs de pointer la persistance d'un manque de lisibilité de l'organisation des PRS et de ses règles de fonctionnement. Les évaluateurs soulignent le rôle majeur d'interface joué par les pilotes et les co-pilotes des différents PRS : interface avec les décideurs, avec les porteurs de projets, avec les institutions. Ce rôle contribue à la compréhension, l'appropriation et la déclinaison des programmes par les différents acteurs.

Commentaires

Les évaluateurs ont constaté un impact important des modalités d'examen des projets, qui, selon eux, contribuent, de façon significative, à structurer l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de la Santé publique dans la région. Les difficultés constatées à différents niveaux sont inhérentes à toute organisation ou réorganisation structurelle et fonctionnelle. Les évaluateurs soulignent la nécessité de veiller à ce que cette période d'adaptation ne soit pas trop prolongée.

Question 6 : Quelles ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?

Les résultats des évaluateurs sont très convergents également sur ce point. Selon eux, la mise en place des PRS, avec d'une part l'apport de financements et d'autre part les exigences méthodologiques, a contribué à l'impulsion d'actions qui ne bénéficiaient d'aucun soutien financier, à donner de l'ampleur à certains projets en ouvrant la possibilité à certaines structures de diversifier leurs activités, de faire appel à des compétences externes et de s'investir davantage dans certains champs prioritaires. Elle a joué un rôle fédérateur qui a permis le développement d'engagements communs à des acteurs d'origine institutionnelle différente et a contribué à structurer les actions de Santé publique par l'apport de moyens, d'une reconnaissance et d'échanges avec les groupes de suivi. Les PRS ont également contribué à encourager l'innovation, en créant les conditions de la rencontre de professionnels, en favorisant l'émergence de projets et en accompagnant leur développement et leur maturation.

Les évaluateurs ont constaté que l'articulation avec les autres dispositifs (par exemple : SROS périnatalité, SROS de psychiatrie, Schéma régional des déficiences auditives, Schéma départemental de l'enfance inadaptée pour le PRS Santé des enfants et des jeunes) était en cours d'élaboration et de développement et ont jugé que le rapprochement de professionnels impliqués à différents niveaux (SROS, PRS, réseaux) au sein de groupes de travail a permis la confrontation de points de vue diversifiés et favorise l'ouverture vers une approche plus globale des problèmes.

Le développement actuel des PTS devrait permettre une meilleure articulation avec les dispositifs d'échelle infra-régionale (contrats de ville, d'agglomérations, de pays, plan départemental de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie).

Commentaires

Les évaluateurs mentionnent les problèmes financiers posés par l'incitation à l'innovation. En effet, les PRS ont permis de discuter de l'efficacité des actions existantes et d'encourager de réelles pratiques innovantes. Cela conduit à devoir établir un équilibre délicat permettant de soutenir des projets réellement innovants, tout en n'abandonnant pas les soutiens des actions existantes qui ont montré leur efficacité, au profit d'actions nouvelles dont le bénéfice n'est pas facile à évaluer *a priori*.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 7 : Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?

PRs Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>L'information a été majoritairement diffusée par les réseaux existants (délégation régionale des missions locales, FNARS et URIOPSS), les institutions avec lesquelles les porteurs de projets étaient en contact pour des actions déjà financées (Conseil Régional, DRASS).</p> <p>Un accès inégal à l'information : les acteurs les premiers avertis de la mise en place des programmes ont été ceux qui avaient un projet en cours susceptible d'être intégré dans le programme ou qui appartenaient à une association reliée à un réseau.</p> <p>Les assemblées générales annuelles ont joué un rôle important dans la diffusion de l'information sur les programmes et sur le bilan des actions entreprises.</p> <p>Les critères de sélection des projets, la composition et la fonction des instances qui instruisent les projets restent mal connus des acteurs</p> <p>Le PRS est identifié avant tout comme un nouveau financeur dont la caractéristique principale est d'être le guichet unique d'un ensemble de financeurs.</p> <p>Le choix du PRS de référence est une réelle difficulté pour les porteurs, en particulier entre le PRS Santé des enfants et des jeunes et le PRAPS.</p> <p>La lisibilité des rôles respectifs des différents acteurs du programme (pilote, référent désigné pour apporter une aide sur le projet, financeur), est insuffisante. Le document initial de programmation du PRS est peu connu des acteurs. C'est la note de problématique accompagnant l'appel à projets qui retient le plus l'attention des porteurs.</p> <p>L'existence et le contenu de la charte des Programmes Régionaux de Santé sont encore insuffisamment connus des porteurs de projets.</p>	<p>Les acteurs ont été informés de l'existence du PRS par les démarches des financeurs les sollicitant à présenter des actions dans le cadre du PRAPS, par le guide de l'appel à projets, qui est le document le plus connu, ou par le répertoire des actions établi par la Maison Régionale de Promotion de la Santé.</p> <p>Les assemblées générales apparaissent comme des lieux majeurs d'information et d'échanges.</p> <p>Selon certains acteurs, seul l'aspect novateur du projet semble retenir l'attention, au détriment de la consolidation de l'existant.</p> <p>Les motifs de refus apparaissent souvent peu lisibles.</p> <p>Le travail de ré-écriture des projets est souvent perçu comme une perte de temps peu utile et un déni de l'expertise et des compétences antérieures du porteur.</p> <p>À l'opposé, d'autres acteurs apprécient l'existence d'un cadre et soulignent l'importance de la réflexion, de la formalisation de l'aide et du suivi.</p> <p>Le guichet unique est évoqué par les porteurs comme source de difficultés : délai d'examen des projets, délai d'acceptation des dossiers et des versements des financements, qui peuvent causer des difficultés de trésorerie pour les porteurs.</p> <p>Malgré l'existence du guichet unique, la multiplicité des interlocuteurs et le manque de lisibilité de la procédure d'instruction ont pu contribuer à désorienter, voire à laisser certains acteurs, parfois égarés entre plusieurs dispositifs.</p> <p>Le choix du PRS de référence est parfois difficile.</p>

Question 8 : Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?

Les conclusions des évaluateurs sont relativement similaires pour les différents PRS. Ils constatent que les PRS ont incité les porteurs de projets à aller plus loin dans la connaissance des projets d'autres acteurs : cela a contribué par exemple à faire évoluer la perception par certains acteurs du domaine social de leur rôle dans le champ sanitaire. La nécessité de travailler les projets en profondeur a provoqué la mise en place d'autres modes d'organisation tel que le rapprochement d'acteurs de statut différent, par exemple représentants des financeurs et opérateurs de terrain. Ce travail en partenariat apparaît aux évaluateurs comme un des principaux bénéfices de la mise en œuvre des PRS : il a contribué à renforcer les dynamiques existantes et à consolider des réseaux locaux qui existaient au préalable de manière plus ou moins informelle.

Les attentes des usagers et de leurs associations restent cependant importantes, en particulier pour ceux qui sont le plus éloignés des centres de décision.

Commentaires

Les évaluateurs constatent le rôle majeur joué par les pilotes des PRS dans cette évolution des pratiques et aussi le caractère parfois insurmontable de la charge de travail qui leur incombe pour répondre aux attentes des acteurs de Santé publique.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 9 : Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?

Les évaluateurs mentionnent les différentes étapes qui avaient été prévues pour prendre en compte l'expression des acteurs de terrain : les consultations régionales qui ont précédé le choix des priorités de santé, l'élaboration de chacun des programmes, pour laquelle le groupe de programmation avait vocation à relayer et exprimer les souhaits et les attentes des acteurs de terrain, et les assemblées générales. Des acteurs de terrain étaient également représentés dans l'Instance d'évaluation.

Cependant, persistent plusieurs obstacles à la participation des acteurs de terrain. Tout d'abord, il n'a pas toujours été facile d'identifier des représentants des acteurs de terrain, en particulier des associations d'usagers. D'autre part, les représentants d'associations d'usagers ont parfois des difficultés à maîtriser l'architecture institutionnelle de la politique des PRS, qui reste complexe. Enfin, malgré les efforts faits par les groupes de suivi, les conditions matérielles de leur participation sont moins assurées que celles des représentants des institutions. Si les évaluateurs constatent le souci des différents PRS d'associer les acteurs de terrain, ils constatent aussi la difficulté à surmonter ces différents obstacles.

Question 10 : Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

En ce qui concerne les *indicateurs de coût*, les évaluateurs ont constaté que les principaux indicateurs utilisés ont portés sur le financement des actions réalisées dans le cadre de chaque PRS. Ces indicateurs de coût figurent dans presque tous les rapports d'évaluation et dans chaque édition du *Moniteur des PRS* depuis l'année 2000. Du fait du mode de calcul adopté par les uns et les autres, il est cependant parfois difficile de juger du caractère équitable ou non de la répartition des financements selon le secteur géographique, le financeur impliqué ou les actions bénéficiaires, et de sa cohérence avec les objectifs assignés aux PRS.

En ce qui concerne les *indicateurs d'efficacité*, les évaluateurs constatent les difficultés rencontrées par les différents programmes. D'une part, le manque de lisibilité de certains objectifs opérationnels et donc de leur déclinaison en projets générant des activités précises, rend difficile la détermination d'indicateurs d'efficacité, même si certains PRS commencent à élaborer des méthodes dans ce but. D'autre part, pour des PRS qui comptent 4 ans de fonctionnement pour les plus anciens, déterminer leur efficacité sur des problèmes de santé alors que les effets attendus le sont à un horizon de 10 ou 15 ans est un exercice qui paraît, pour l'heure, un peu prématuré.

Les principales recommandations des évaluateurs

Le cahier des charges soumis aux évaluateurs leur demandait de conclure leur analyse par des recommandations. Dans un souci de lisibilité, nous avons tenté de synthétiser ci-dessous les principales recommandations en insistant sur les points communs des propositions des différents évaluateurs.

- Renforcer la culture commune des acteurs des PRS

Créer des occasions d'échange d'expériences et d'analyse des pratiques.

Organiser 2 fois par an ces rencontres selon des thèmes définis à l'avance par le groupe de suivi et s'appuyant sur les témoignages de porteurs.

- Redéfinir et réaffirmer les objectifs régionaux de santé, ceci notamment en fonction des besoins non couverts à ce jour.

- Réaliser un redécoupage des objectifs

L'analyse du découpage des objectifs a montré que le plan de coupe actuel des PRS n'est pas optimal. Il est gênant qu'un pan entier d'actions relevant d'un objectif pour un PRS soit géré par un autre PRS (c'est le cas des actions concernant le tabagisme). Un remodelage global des PRS est suggéré par les évaluateurs. Dans un souci de cohérence, il leur paraît opportun d'utiliser le même plan de coupe pour tous les objectifs : soit par milieu, soit par âge, soit par mode d'action.

- Relier les objectifs à des indicateurs d'efficacité mesurables

Peu d'objectifs formulés, initialement lors de l'établissement des programmes puis dans leurs phases intermédiaires, sont réellement remis en cause tant par le groupe de suivi que par les porteurs. Cependant, certains de ces objectifs ne sont pas couverts et d'autres nécessitent un réaménagement. Les objectifs opérationnels qui sont proposés devraient être définis en termes d'objectifs à atteindre et reliés à des indicateurs mesurables.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

- Mieux identifier les actions et leurs objectifs

Le classement des actions relevant du PRS a posé quelques difficultés aux évaluateurs, car l'intitulé actuel des actions ne permet pas toujours de cerner facilement l'objectif poursuivi. Les évaluateurs suggèrent de demander aux porteurs de projet des intitulés plus explicites, avec l'emploi de mots-clefs permettant de les rattacher à un objectif. Un système de numérotation permettant d'identifier les actions par objectif et par année de lancement permettrait d'optimiser le suivi des programmes.

- Entretenir une mission de veille

Les évaluateurs proposent d'élaborer un tableau de bord sur les modes innovants d'intervention, afin de nourrir la formation des acteurs de prévention et le travail en réseau par exemple, entre différentes compétences professionnelles.

- Proposer une vue d'ensemble de l'accompagnement du porteur

Les évaluateurs proposent d'établir un document linéaire qui présente les différents accompagnements possibles, les lieux, les outils et les moments adéquats où le porteur de projet peut ou doit s'en servir.

- Mieux articuler les PRS entre eux et avec les PTS

Des efforts particuliers doivent être entrepris pour créer des liaisons entre acteurs des différents PRS, sur la thématique "Prévention du tabagisme" notamment. D'autre part, il paraît judicieux aux évaluateurs de créer des passerelles entre les groupes de suivi des PRS et ceux des PTS.

La prise en compte des recommandations issues de l'évaluation et les perspectives des Programmes Régionaux de Santé

Un certain nombre de recommandations des évaluateurs ont déjà été prises en compte par les différents programmes.

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

Le groupe de suivi a pris en compte les résultats de l'évaluation nationale des PRAPS. Cela l'a conduit à accorder un caractère prioritaire à une meilleure connaissance des besoins des populations en identifiant les publics prioritaires et à envisager la formulation d'objectifs plus ciblés et liés à des indicateurs plus facilement mesurables. D'autre part, les résultats de l'évaluation régionale l'ont conduit à entreprendre un recentrage des objectifs du PRAPS et à développer des liens avec les autres PRS. Il a entrepris la mise en place de formations/actions sur le thème "Santé mentale et exclusion" dans les 13 arrondissements de la région.

PRS Santé des enfants et des jeunes

Les résultats de l'évaluation ont conduit à un recentrage des objectifs sur un nombre moins important d'objectifs, en particulier : favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants, réduire le nombre de déficits sensoriels et de troubles du langage non pris en charge, favoriser le sentiment de bien-être des jeunes.

PRS Conduites de consommation à risque

Les résultats de l'évaluation ont déclenché une réflexion sur la place de la formation, les liens entre PRS, le partage des données et la nécessité d'entretenir une mission de veille.

PRS Challenge

Les résultats de l'évaluation ont motivé un recentrage de l'objectif "Qualité des soins" autour des 5 cancers prioritaires du programme (poumon, VADS, sein, colon et prostate), un développement du travail avec les autres PRS (collaboration avec le PRAPS et le PRS Conduites de consommation à risque en particulier dans le domaine de la prévention), une reconnaissance plus importante de la place des usagers et des malades en favorisant leur intégration dans le groupe de suivi du PRS. Au regard des orientations nationales et du bilan d'analyse de l'appel à projets 2003, l'accent est mis sur l'émergence de nouveaux projets, sur l'axe "Dépistage" en vue de répondre aux objectifs de résultats fixés dans le plan national et sur la poursuite des actions de soutien des malades et de leur famille, mises en œuvre par les associations de bénévoles sur l'ensemble du territoire régional.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

PRS Santé cardiovasculaire

Afin de prendre en compte les recommandations de l'évaluation, un plan de coupe unique a été défini. Ce plan est basé sur l'histoire naturelle des maladies cardiovasculaires : de l'action sur les facteurs de risque à la prise en charge de la maladie installée. Cela a conduit le groupe de suivi à insister de nouveau sur la place prépondérante que doivent occuper les principes énoncés par la charte des PRS dans la structuration des actions proposées et à mettre l'accent sur l'approche globale des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, que ce soit en amont ou en aval de leur installation. D'autre part, il cherchera à promouvoir le développement d'actions dans les arrondissements de Calais, Cambrai, Douai, Montreuil et Saint-Omer, pour lesquels une dynamique devra être développée. Le groupe de suivi a proposé une typologie des actions attendues, issue de l'analyse des actions antérieurement déposées. Cette typologie a pour objet de préciser les modalités des actions tant au niveau du contenu, des résultats attendus, qu'au niveau de l'évaluation des actions.

CONCLUSIONS

La lecture des documents d'évaluation de la politique des PRS et de chacun des programmes est très instructive. Malheureusement, l'hétérogénéité des choix méthodologiques, le respect parfois partiel du cahier des charges et donc la forte variabilité des résultats produits ne facilite pas le point de vue comparatif et synthétique que nous avons choisi d'adopter afin de permettre au lecteur un point de vue global sur l'évaluation des PRS.

Cette lecture permet cependant de dégager quelques points essentiels. À ce stade d'avancement des PRS, l'évaluation n'a porté que sur la définition des objectifs, les procédures utilisées et la cohérence des actions financées avec les objectifs.

Il paraît tout d'abord évident que l'effet d'entraînement des PRS a conduit à encourager une dynamique forte d'actions en Santé publique. Le formalisme des procédures et les exigences méthodologiques, parfois mal vécus par les acteurs de terrain, ont cependant permis de donner un cadre méthodologique cohérent à des actions qui pouvaient auparavant apparaître dispersées. L'exigence de partenariat semble avoir conduit à une évolution majeure de la culture des acteurs de Santé publique de la région, en particulier en favorisant la reconnaissance mutuelle des acteurs. L'engagement des financeurs, et leur volonté de partenariat et d'action en commun, a bien sûr joué un rôle majeur dans cette dynamique.

Les résultats de ces évaluations permettent aussi de mieux saisir les défauts de la démarche entreprise jusqu'ici et ainsi de la réorienter vers une plus grande efficacité. Le rôle d'animation des pilotes des PRS et des groupes de suivi est considérable, en termes de charge de travail, et les attentes des acteurs de terrain sont très fortes. Ceci peut sans doute expliquer le manque de lisibilité du dispositif et la difficulté pour certains porteurs, en particulier les associations d'usagers, à comprendre le dispositif et à y prendre leur place légitime. D'autre part, cela peut aussi expliquer des délais d'instruction et de mise à disposition des financements qui ne sont pas toujours compatibles avec la fragilité de certaines structures. L'équité entre territoires est encore très imparfaite : même si les PRS visent à encourager l'innovation, la démarche de l'appel à projets s'appuie essentiellement sur le dynamisme des acteurs et la couverture des territoires est donc insuffisamment maîtrisée. Malgré les efforts entrepris par les groupes de programmation et de suivi, les objectifs opérationnels proposés par les différents PRS sont rarement reliés à des indicateurs de résultats mesurables. Il nous faut d'ailleurs observer que plusieurs de ces constatations recourent les points que nous avons soulevés au cours de l'analyse présentée dans l'édition 2002 du *Moniteur*.

Il faut cependant saluer les efforts entrepris pour évaluer la politique des PRS et chacun des programmes. Ces efforts sont avant tout la manifestation par les institutions concernées d'un souci légitime de transparence, qui devrait contribuer à la cohérence et à la lisibilité du dispositif. D'ores et déjà, un certain nombre de recommandations des évaluateurs ont pu être prises en compte et devraient permettre une meilleure identification des populations-cibles, un recentrage et un découpage plus clair des objectifs, et enfin, une reformulation d'objectifs plus ciblés et mesurables.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Références

Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé en Nord – Pas-de-Calais. Bourg-la-Reine : CEMKA-EVAL, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/eprs0603.pdf>

Rapport d'évaluation du PRAPS en Nord - Pas-de-Calais. Rennes : École Nationale de Santé Publique, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/repraps0903.pdf>

Rapport d'évaluation du PRS Santé cardiovasculaire. Lille : ALTAO, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/prssc1102.pdf>

Programme Régional de Santé Conduites de consommation à risque. Accompagner l'évaluation. Loos : LH Conseil, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/ccar.pdf>

Rapport d'évaluation. PRS Santé des enfants et des jeunes. Rennes : École Nationale de Santé Publique, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/prssej0603.pdf>

Programme Régional de Santé sur les Cancers. Une histoire de 9 mois... Premier bilan d'évaluation. Lille : DRASS Nord-Pas-de-Calais, 1999.

Challenge. Programme Régional de Santé sur les Cancers. Évaluation par l'auto-évaluation accompagnée. Bilan de 4 ans. Loos : LH Conseil, 2003.

