

EVALUATION DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU LIMOUSIN  
ANALYSE DU PROCESSUS, DES REALISATIONS ET DE L'IMPACT

Rapport N° 206 - Janvier 2010

Une évaluation commanditée par  
**le Groupement Régional de Santé Publique du Limousin**  
et réalisée par

**l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin**

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

Référents de l'évaluation :

Françoise ROBY-VERBIE, Secrétaire Général du GRSP, responsable du pôle Santé Publique - Prévention, DRASS du Limousin  
Patricia VIALE, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale DRASS, et les membres du Comité de suivi de l'évaluation :

**Le PRSP du Limousin** : Créé par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est l'outil de la politique régionale de santé publique. Il vise à en fixer les grandes orientations et à fédérer autour d'objectifs partagés les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région. Géré par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) présidé par le Préfet et doté d'une autonomie administrative et financière, le PRSP du Limousin couvre la période 2005-2008. Toutefois, il a été prorogé en 2009, et il le sera jusqu'en 2010, dans l'attente de l'installation de l'Agence Régionale de Santé et de la définition du Projet Régional de Santé, appelé à lui faire suite. Il s'inscrit dans la continuité des programmations successives dans le champ de la santé publique : schéma régional d'organisation sanitaire, programmes régionaux de santé. Cependant, par rapport aux programmations antérieures, il constitue une indéniable avancée puisque la loi de 2004 en fait le premier document unique de référence de la politique régionale de santé, appelé à fédérer les interventions et susceptible de développer les coordinations entre les différentes institutions oeuvrant dans ce champ.

**La démarche évaluative** : La finalité de l'évaluation confiée à l'ORS est triple : 1/ rendre compte du processus de planification, 2/ rendre compte des actions conduites dans ce cadre, 3/ produire du changement, c'est-à-dire apporter un éclairage pour une amélioration du processus et du contenu. C'est donc un constat opérationnel, porteur d'enseignements, qui est attendu de l'évaluateur à qui il est en outre demandé de se placer dans la perspective de la nouvelle programmation qui prendra la suite du PRSP dans un cadre institutionnel sensiblement modifié avec la création de l'Agence Régionale de Santé. **Le champ de l'évaluation** a été défini avec l'instance ad hoc du GRSP. Il a ainsi été établi que l'évaluation porterait sur le processus de planification et non sur l'impact sanitaire du PRSP (impact sur la santé et/ou les comportements).

**Les questions évaluatives** définies par un cahier des charges s'organisaient autour de 3 axes :

1/ la conception, l'élaboration et la structuration du PRSP, 2/ sa mise en œuvre, 3/ son impact.

**La méthode évaluative** mise en œuvre a reposé sur l'analyse concomitante d'éléments quantitatifs (données chiffrées) et d'éléments qualitatifs (recueil de la perception de différents types d'acteurs). Plus précisément, elle s'est appuyée sur **6 approches** : 1/ des **échanges** avec les acteurs de la **cellule opérationnelle du GRSP**, 2/ une **analyse documentaire** approfondie, 3/ **l'exploitation des fichiers informatiques** de suivi des actions financées entre 2007 et 2009, 4/ **des entretiens individuels (31)** avec différents acteurs institutionnels, 5/ **trois groupes de parole (27 participants)** rassemblant des acteurs appartenant à différentes instances du GRSP, 6/ **une enquête exhaustive auprès des 72 promoteurs** ayant bénéficié d'une subvention du GRSP en 2008 (taux de réponse 91%) : perception du PRSP, intégration dans les projets proposés, impact perçu, couverture géographique effective des actions financées en 2008 (175 fiches actions documentées, soit 95% des actions financées).

**Résultats de l'évaluation : les 12 forces et les 12 faiblesses du PRSP du Limousin**

**Des points forts indéniables :**

- 1/ La mise à disposition d'un **cadre structurant pluri-annuel et globalisant** auquel se référer.
- 2/ Un **champ très large**, en cohérence avec la loi de santé publique, non excluant (**volonté fédératrice** à l'échelon régional).
- 3/ Un renforcement de la **crédibilité de l'Etat** en capacité de proposer une programmation globalisante et cadrée.
- 4/ Une **transparence** vis-à-vis des partenaires siégeant au GRSP.
- 5/ Une contribution au renforcement du **partenariat inter-institutionnel**.
- 6/ L'induction d'une **réflexion partagée** (bien qu'hétérogène) avec les principales institutions sur la politique de santé publique.
- 7/ Un **pilotage s'affinant progressivement**, en particulier l'appel à projets, assuré par une équipe restreinte à l'efficacité reconnue.
- 8/ Une prise de conscience de la nécessité d'une **analyse territoriale des besoins** et d'un **rééquilibrage territorial** des actions.
- 9/ Le net renforcement du **dispositif de connaissance et d'observation** de la santé en réponse à un objectif spécifique du PRSP.
- 10/ Des **crédits attribués en hausse sensible** ayant permis d'augmenter le nombre d'actions conduites et de diversifier les prestataires, tout en confortant les associations qui structurent le paysage régional de la santé publique, conformément aux vœux exprimés par la Conférence Régionale de Santé et à une volonté de professionnalisation des interventions.
- 11/Le renforcement des crédits de prévention attribués à **certaines thématiques jusque-là peu couvertes**.
- 12/Un certain nombre de **réorientations imputables au PRSP** attestées par les promoteurs eux-mêmes et par le fait que le tiers des actions financées est constitué de nouveaux programmes, proportion perçue en hausse par certains acteurs institutionnels.

**Cependant, certaines faiblesses identifiées...**

- 1/ Une **faible notoriété** chez les professionnels de santé et le grand public, voire chez les acteurs institutionnels.
- 2/ Une **non priorisation des objectifs** relevant certainement d'un choix (volonté de ne pas exclure) mais qui débouche sur un plan laissant mal entrevoir les grands enjeux régionaux et, de ce fait, d'une lisibilité réduite et difficilement appropriable.
- 3/ Une **multiplication des portes d'entrée** exposant à des redondances et à des découpages parfois arbitraires.
- 4/ Le risque de conduire à un **saupoudrage des moyens** entre les très nombreuses thématiques proposées.

5/ Une procédure d'appel à projets relativement peu "dirigiste" qui fait craindre un **effet d'aubaine** et qui fait dire à de nombreux partenaires que c'est **l'offre qui prime** (on rappelle que si un tiers des actions financées entre 2007 et 2009 sont de nouveaux programmes, les deux tiers restants sont des reconductions).

6/ Un **impact pas toujours objectivé sur les thématiques couvertes** : en dehors de certaines évolutions clairement imputables au PRSP déjà évoquées, on peut penser que l'augmentation des crédits observée sur certaines thématiques est parfois davantage liée à une augmentation du nombre de projets déposés qu'à une réorientation volontariste du GRSP.

7/ Un **rééquilibrage territorial encore très loin d'être abouti** : le ciblage géographique des actions continue de favoriser les territoires les plus urbanisés, où siègent le plus souvent les promoteurs, alors que les indicateurs de santé les plus péjoratifs sont relevés dans certains territoires à prédominance rurale (on note cependant des incitations plus fortes du GRSP à un tel rééquilibrage qui probablement porteront leurs fruits à partir de 2010).

8/ Une **animation territoriale à organiser et à renforcer** au plus près des besoins de la population, en définissant son niveau le plus opportun (départemental ou infradépartemental).

9/ Un **déficit de communication et de partage** (en particulier lors des phases initiales) que les contraintes de calendrier expliquent en grande partie mais qui a certainement nuit à l'appropriation du PRSP.

10/ Une **certaine distance** observée chez bon nombre de partenaires institutionnels membres du GRSP qui ne se sentent que marginalement concernés par ce plan, élaboré et piloté par d'autres, sans d'ailleurs que ne soient remises en cause ni la légitimité des pilotes ni la manière dont est assuré le pilotage (avec cependant la perception fréquente d'une certaine lourdeur dans la procédure).

11/ Une **faible appropriation** du PRSP (avec des exceptions notables, telle l'Assurance Maladie) par la plupart des institutions partenaires qui y font rarement référence : le PRSP n'est pas vécu comme une enseigne sous laquelle abriter ses propres actions (la crainte d'une certaine dépossession et le souci de visibilité des actions financées n'y sont pas étrangers).

12/ L'**absence de mutualisation nouvelle de moyens financiers** (autre que celle pré-existante entre la DRASS et l'Assurance Maladie) et le maintien de la plupart des partenaires dans des logiques institutionnelles propres que le plan régional n'a réussi que dans de rares cas à décloisonner.

**En conclusion** : Mis en place dans des délais très resserrés et dans un contexte législatif contraignant quant à son contenu, le PRSP du Limousin offre aux institutions et aux acteurs de prévention un cadre structurant couvrant pratiquement tous les champs de la santé publique. Il permet une meilleure visibilité des actions de l'Etat et les inscrit dans la pluri-annualité. Par son aspect généraliste et globalisant, il propose aux partenaires de l'Etat en région un cadre fédérateur dans lequel tous peuvent retrouver les thématiques qu'ils ont compétence à traiter. Le choix fait en Limousin de ne pas hiérarchiser les différents champs se place certainement dans cette logique de non exclusion. En contrepartie, ce PRSP généraliste rend plus difficile la lecture des réponses apportées aux grands enjeux régionaux. Si les promoteurs se satisfont de l'étendue du champ, les partenaires institutionnels sont souvent plus sceptiques, tout en reconnaissant volontiers les difficultés d'une hiérarchisation des propriétés régionales. Ils craignent en particulier un saupoudrage des crédits et une primauté accordée à l'offre.

La mesure d'un éventuel impact du PRSP sur la santé de la population et sur les comportements n'entraîne pas dans le champ de cette évaluation, par contre un impact sur les promoteurs et sur les actions conduites a été recherché. Des augmentations sensibles de crédits ont été constatées depuis la mise en œuvre du plan. Il est clair en particulier que le GRSP a eu le souci de conforter le positionnement des opérateurs les plus professionnels intervenant dans le domaine de la prévention. S'agissant des thématiques, si l'augmentation des budgets alloués relève dans certains cas de réorientations clairement attribuables au GRSP, on peut penser dans d'autres cas qu'une augmentation de l'offre proposée par les promoteurs n'y est pas étrangère (ce que la dimension généraliste du plan et la procédure d'appel à projets laissent d'ailleurs attendre). Par ailleurs, il n'a pas été mis en évidence de rééquilibrage territorial des actions financées au bénéfice des secteurs les plus défavorisés (certains indicateurs laissent même craindre une tendance inverse, pour le moins jusqu'en 2009).

L'impact du PRSP sur le partenariat inter-institutionnel en Limousin est réel dans certains cas, encore timide dans d'autres. La participation de toutes les institutions concernées (en particulier de toutes les Collectivités locales) au groupement d'intérêt public qui gère l'essentiel des crédits de prévention est certainement une force. Cependant, sans même parler des aspects financiers, il est clair que leur implication est très hétérogène. Tout en étant sensibles à la place qui leur est proposée et à la plus grande transparence offerte, plusieurs portent un regard distancié sur ce dispositif qu'elles jugent assez complexe dans son fonctionnement, peu précis dans la hiérarchisation de ses objectifs et qui pourrait gagner en lisibilité dans ses résultats. Cette relative distance explique que, parmi ces institutions, assez peu font référence au PRSP dans leurs interventions, quand bien même le champ couvert s'y inscrirait parfaitement. Les choses évoluent cependant comme en attestent quelques projets partenariaux emblématiques dont le GRSP est clairement à l'origine.

En réponse à ce constat, les **recommandations** formulées (au nombre de 24) se déclinent essentiellement en quatre axes :

- la **communication** et un meilleur **partage** des étapes fondatrices (diagnostic, élaboration des objectifs), conditions d'une plus grande notoriété, d'une meilleure appropriation par les différentes institutions susceptibles d'intervenir dans le champ de la santé publique et d'un développement du partenariat,
- la nécessaire (et délicate) **définition de priorités régionales** à proposer au terme d'un **diagnostic partagé** et d'une recherche de consensus (ou, pour le moins, d'une recherche de compromis),
- en aval, une **invitation plus incisive** faite aux promoteurs lors de l'appel à projets à **orienter (ou réorienter) leurs programmes** vers des thématiques, populations et territoires jugés prioritaires (en se donnant les moyens d'un suivi plus rapproché des actions, de manière à vérifier la réalité de la mise en œuvre de ces réorientations),
- au vu de l'expérience acquise depuis 2006, un **allègement de l'architecture** proposée pour l'instruction des dossiers et le processus de décision et, parallèlement, une clarification du rôle de certaines instances.