

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes

Les enjeux de l'intégration de la promotion de la santé dans la réorganisation régionale de la santé publique en France

Annick Fayard et
Annie-Claude
Marchand
Direction du
Développement

Mercredi 25 octobre
2006

Journées Annuelles de Santé Publique
Palais des Congrès de Montréal - Québec

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes

Déroulé de la présentation

- ❖ Le contexte français
- ❖ la régionalisation dans le domaine de la santé
- ❖ Le dispositif de la Loi de Santé publique de 2004
- ❖ Les pôles de compétences en éducation pour la santé
- ❖ Les enjeux en 2006

2

Annick Fayard,
Annie-Claude Marchand, Ddeset

JASP 2006

Mercredi 25/10/ 2006

Cette présentation a été effectuée le 25 octobre 2006, au cours du Symposium "La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est-elle toujours utile pour la pratique de la santé publique d'aujourd'hui ?" dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2006. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp>.

Les principales questions

- ❖ La régionalisation constitue-t-elle un levier pour l'intégration de la promotion de la santé en France ?
- ❖ Quels sont les obstacles rencontrés pour intégrer une approche de promotion de la santé ?
- ❖ Comment favoriser l'intégration de la promotion de la santé dans la politique de santé ?

Le contexte français, quelques données....

- ❖ **Population**
 - 62,2 millions d'habitants (2005).
Densité : 96 hab/km².
 - La France compte 57 unités urbaines de plus de 100 000 habitants.
 - Les cinq premières **unités urbaines** (Population en 2005)
 - 1. Paris 9.6 millions
 - 2. Lille 1,7 millions
 - 3. Lyon 1,4 millions
 - 4. Marseille 1,3 millions
 - 5. Toulouse 1 million

26 régions dont 4 outremer



5

Annick Fayard,
Annie-Claude Marchand, Ddeset

JASP 2006

Mercredi 25/10/ 2006

La régionalisation de la politique de santé est récente

- ❖ S'inscrit dans un phénomène plus large de régionalisation des politiques publiques
- ❖ **Origine** dans la prééminence de la régulation hospitalière
- ❖ **Plutôt un mouvement de déconcentration que de décentralisation**

6

Annick Fayard,
Annie-Claude Marchand, Ddeset

JASP 2006

Mercredi 25/10/ 2006

Une régionalisation progressive

- ❖ 1977 Création des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- ❖ 1991 mise en place des Schémas Régionaux d'organisation Sanitaire (SROS)
- ❖ 1993 instauration des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML)

Qui part de l'offre de soins vers la santé publique,

- ❖ 1996 création d'instances de régulation de l'offre de soins et émergence d'une politique de santé publique
 - Agences régionales d'Hospitalisation (ARH),
 - Union régionales d'Assurance Maladie (URCAM)
 - Conférences régionales de santé (CRS)
 - Programmes régionaux de santé (PRS)

intègre de nouveaux dispositifs,

- ❖ Loi de 1998 contre l'exclusion crée les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- ❖ Une circulaire de 2001 met en place les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS)

mais reste hétérogène et centrée sur le soin

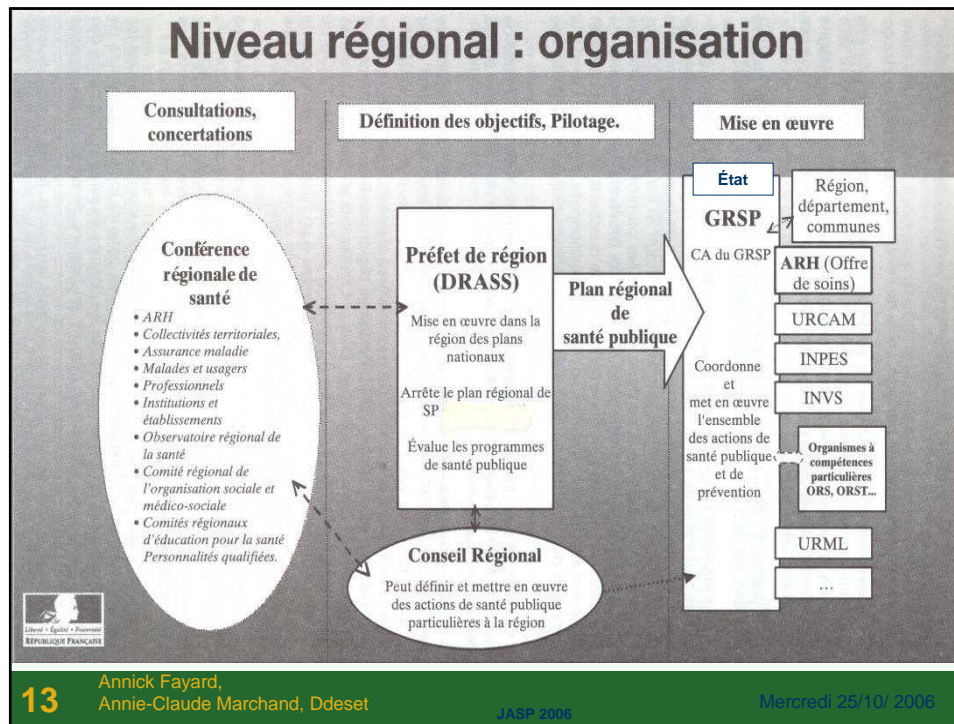
- ❖ « l'hospitalo-centrisme » a été au cœur de la nouvelle approche régionale
- ❖ Cette régionalisation s'est partiellement ouverte aux enjeux de santé publique
- ❖ La Loi de 2002 aurait du compléter cette évolution hétérogène en instituant des « Conseils régionaux de santé » dont la vocation était d'être une instance unique de concertation

La Loi de Santé Publique de 2004 réaffirme le rôle de l'Etat

- ❖ Affirme la responsabilité de l'État,
- ❖ Définit la politique de santé publique,
- ❖ Fixe des objectifs pluriannuels d'amélioration de la santé de la population (à 5 ans) et des orientations stratégiques dans les domaines jugés prioritaires,
- ❖ 100 objectifs de santé en annexe.

La Loi de 2004 confirme la place privilégiée de la région

- ❖ Désigne la région comme le bon niveau de planification des actions et de coordination des acteurs,
- ❖ Prévoit les outils nécessaires à la mise en œuvre régionale des politiques de santé en créant notamment de nouvelles structures (PRSP, GRSP).



Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

inpes

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

- ❖ Ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels,
- ❖ Arrêté par le Préfet de région pour 5 ans, après avis de la conférence régionale de santé,
- ❖ Mis en œuvre par le Groupement Régional de Santé publique,
- ❖ Cohérence avec les objectifs, plans et programmes nationaux,
- ❖ Articulation avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et d'organisation sociale et médico-sociale.

14 Annick Fayard, Annie-Claude Marchand, Ddeset Mercredi 25/10/ 2006
JASP 2006

Le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)

- ❖ Met en œuvre les programmes de santé contenus dans le PRSP,
- ❖ Arrête les conditions de réalisation de ces programmes et décide du financement des actions,
- ❖ Favorise les coopérations entre acteurs,
- ❖ Rend compte de son action à la Conférence Régionale de Santé.

Le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)

- ❖ Groupement d'Intérêt Public entre :
 - État (région) et établissements publics nationaux (INPES et InVS)
 - Assurance Maladie (URCAM et CRAM)
 - Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
 - Région, Départements et Communes volontaires.
- ❖ Le Préfet préside le conseil d'administration, dispose de la majorité des voix, nomme le directeur.
- ❖ Ressources : obligatoirement subvention de l'État et dotation de l'assurance maladie

La Conférence Régionale de Santé (CRS)

- ❖ Instance de concertation avec les acteurs de santé de la région
- ❖ Contribue à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique contenus dans le Plan Régional de Santé Publique,
- ❖ Évalue le respect du droit des malades et des usagers du système de santé,
- ❖ Peut organiser des débats publics.

- ❖ **Rôle consultatif** (diagnostic régional, PRSP).

Composition de la Conférence Régionale de Santé

- ❖ Les membres, nommés par le représentant de l'État, sont des
 - > collectivités territoriales,
 - > organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire
 - > malades et des usagers du système de santé
 - > professionnels du champ sanitaire et social
 - > institutions et établissements sanitaires et sociaux
 - > observatoire régional de la santé
 - > comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
 - > comités régionaux d'éducation pour la santé
 - > personnes qualifiées.

Les acteurs en éducation pour la santé : les pôles régionaux de compétence

- ❖ Création des pôles en 2004 pour favoriser le développement de l'éducation pour la santé, dans le cadre de la mise en œuvre des SREPS (2001) ;
- ❖ Objectifs :
 - ❖ améliorer la qualité des programmes et des actions de proximité en professionnalisant les acteurs,
 - ❖ renforcer les partenariats.

Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

- ❖ Rapprochement des associations sous des formes variées
- ❖ Mise à disposition des acteurs de terrain des compétences et des ressources en EPS de la région :
 - formation, conseil méthodologique, documentation, évaluation
- ❖ Animation et coordination : carrefour d'échanges entre institutions et réseaux

2006 : quels enjeux ?

- ❖ Approche globale et intersectorielle
- ❖ Articulation entre les niveaux national, régional, local
- ❖ Mise en œuvre effective de la politique régionale de santé
- ❖ Participation des collectivités territoriales et des usagers
- ❖ Cloisonnement et foisonnement des acteurs
- ❖ Clarification des rôles
- ❖ Segmentation des secteurs de santé
- ❖ Mobilisation des ressources
- ❖ Formation, recherche