

Direction générale de la santé

Bureau SP 1

**Circulaire DGS/SP1 n° 2000-372 du 5 juillet 2000
relative aux conférences régionales de santé 2000-2001**

NOR : MESP0030300C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;
- Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé ;
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;
- Circulaire DGS n° 97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé ;
- Circulaire DGS n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;
- Circulaire DGS/SP 1 n° 99-572 du 8 octobre 1999 ;
- Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]); Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]); Mesdames et Messieurs les directeurs (agences régionales d'hospitalisation [pour information]).

La présente circulaire a pour objet de préciser les objectifs des prochaines conférences régionales de santé ; elle a été élaborée en prenant en compte les propositions d'un groupe de travail constitué de DRASS et plusieurs des

conclusions des évaluations et groupes de travail conduits en 1999 sur ce sujet. Les dispositions prévues dans les textes cités en référence s'appliquent cette année.

1. Les conférences régionales 2000-2001

1.1. Les objectifs

Les conférences régionales de santé sont un lieu de propositions essentiel pour la définition et le suivi des politiques régionales de santé. Les missions des conférences régionales de santé définies par les textes cités en référence demeurent inchangées. La conférence régionale de santé est le lieu de détermination des priorités de santé publique de la région et de formulation de propositions destinées à améliorer l'état de santé de la population.

Les conférences régionales de santé devraient permettre de :

- faire le point sur la mise en œuvre des programmes régionaux de santé, évaluer les Programmes régionaux de santé (PRS) qui arrivent au terme initialement prévu et envisager les suites à donner à ces derniers ;
- présenter l'état d'avancement des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), et en particulier leur articulation avec les autres programmes régionaux de santé ainsi qu'avec les programmes départementaux d'insertion (PDI) ;
- examiner les suites des propositions formulées l'an dernier par le jury ;
- engager en tant que de besoin le processus de détermination de nouvelles priorités de santé ;
- présenter les conclusions de la conférence nationale de santé 2000 et préparer les débats de la conférence nationale de santé 2001.

Les conférences régionales de santé se dérouleront entre le 2 novembre 2000 et le 31 janvier 2001.

1.2. La détermination de nouvelles priorités de santé

Différents cas de figure se présentent : certaines régions poursuivent la mise en œuvre des priorités émises en 1996 et des programmes qui y font suite, d'autres se trouvent dans la situation où les priorités de 1996 n'ont pas fait encore fait l'objet de programmes régionaux (ou ceux-ci viennent juste d'être lancés), certaines régions prévoient de procéder en 2000/2001 à la détermination de nouvelles priorités de santé.

Dans cette dernière hypothèse, vous trouverez en annexe I quelques principes susceptibles de guider le travail des conférences régionales de santé. Les Etats généraux de la santé ont donné la parole aux citoyens et ont permis d'engager un véritable débat public autour des questions de santé. Les attentes et les demandes des usagers devront être prises en compte dans le processus de détermination de nouvelles priorités que certaines régions vont engager.

Depuis 1996, la région constitue le niveau pertinent de détermination des priorités de santé et de pilotage des programmes régionaux de santé. Les évaluations conduites en 1999 et 2000 mettent en relief le besoin d'une

SP 4 41 -
2099

réflexion et d'une analyse relative aux « territoires », la taille très variable des régions (population, nombre de départements), l'absence d'écart par rapport à la moyenne nationale, l'existence de fortes disparités de santé intra-régionales, l'existence d'autres découpages administratifs, l'émergence forte des villes comme acteurs de santé, la participation plus grande des usagers doivent inciter à poursuivre la réflexion sur le bon niveau de définition des besoins ainsi que celui des interventions et des actions. Il est possible d'envisager qu'un ou plusieurs départements d'une même région, après analyse des besoins, propose d'inscrire un problème de santé qui leur est spécifique au rang des priorités régionales et inversement il est souhaitable que les priorités régionales soient déclinées au niveau départemental et local.

Le processus de détermination de priorités régionales peut aboutir à qualifier de façon plus fine, plus précise et plus opérationnelle un problème de santé ou une priorité déjà choisis au cours de la période précédente. Il s'agira dans ce cas de poursuivre le travail entrepris, en le ciblant, en affinant les objectifs à atteindre et la méthodologie d'évaluation.

1.3. *Les travaux préparatoires, le comité régional des politiques de santé, le jury*

De façon à alimenter les débats des conférences régionales plusieurs types d'initiatives ou de méthodes peuvent être mises en œuvre : commandes d'études ou d'enquêtes ponctuelles (ORS, CRES, INSERM, CNRS...); utilisation des productions récentes comme par exemple l'Atlas de la santé publié par la DREES ; ateliers préparatoires décentralisés dans les départements pilotés par les DDASS et qui associent des membres de la conférence régionale ; enquête DELPHI ; journées « santé » décentralisées sur l'ensemble de la région organisées à l'initiative du jury de la conférence ; valorisation du travail de la région par une exposition de posters sur les programmes régionaux de santé organisée à l'occasion de la conférence régionale qui se tiendra pendant deux jours...

De même, vous rechercherez une implication des DDASS à la préparation de la conférence régionale. Le niveau départemental est considéré comme l'échelon pertinent de l'analyse des besoins et de la mise en œuvre des actions et doit être partie prenante dans l'organisation et la dynamique des conférences régionales. La préparation de la conférence régionale de santé doit fournir l'occasion de coordonner et de capitaliser les savoirs produits au niveau local, départemental et régional. Des ateliers ou groupes de travail décentralisés peuvent répondre à cet objectif.

Vous associerez étroitement le comité régional des politiques de santé à la préparation de la conférence régionale de cette année. Une réunion de cette instance sera notamment consacrée à la définition des grandes orientations de la prochaine conférence régionale de santé ainsi qu'au choix du thème qu'il vous appartient de choisir pour alimenter les travaux de la conférence nationale de santé (cf. infra § 3.2). Certaines régions ont mis en place une instance technique, émanation du Comité régional des politiques de santé qui a pour rôle de préparer les débats du comité régional des politiques de santé ; une telle instance peut s'avérer très utile au moment de la préparation de la conférence régionale de santé. Par ailleurs, le comité pourra s'adjoindre les compétences des coordinateurs des programmes régionaux de santé et des associations régionales (dont celles qui sont représentatives des usagers), comme les textes le prévoient.

SP 4 41
2099

J'insiste sur la nécessité d'associer à la préparation de la conférence régionale le représentant de votre région à la conférence nationale. Le mandat de tous les membres de la conférence nationale de santé sera prorogé par arrêté jusqu'au 25 août 2001. Le représentant de votre région à la conférence nationale de santé a été nommé par arrêté du 30 juin 1997 et, sauf cas particulier de démission, son mandat sera donc prorogé jusqu'à cette date.

Vous porterez également une attention particulière à la participation et à la présence des professions libérales, en vous appuyant en tant que de besoin sur l'URML de votre région.

Je vous rappelle que les textes relatifs au comité régional des politiques de santé (notamment l'art. 2 du décret du 29 décembre 1998) prévoient que sur le plan de sa composition un représentant du jury soit associé aux travaux de ce dernier, afin d'assurer la continuité entre les deux instances. Les missions du jury de la conférence régionale de santé, mis en place par le décret d'avril 1997 relatif à l'organisation des conférences de santé, sont « d'établir les conclusions et recommandations de la conférence » ; la circulaire DGS de novembre 1997 précise que « les conclusions de la conférence régionale de santé concernent les priorités de santé publique que la conférence établit tous les quatre à cinq ans, les propositions qu'elle fait et le bilan des actions menées jusque-là. Le jury participe activement à la préparation de la conférence ».

1.5. *L'organisation de la journée*

L'ordre du jour de la conférence régionale de santé sera conçu de façon à laisser une large place aux débats. Vous serez attentifs à éviter une succession trop rapide ou trop dense d'exposés. Ces exposés mettront en relief les objectifs concrets, la présentation des choix faits, les difficultés rencontrées, les avancées réalisées.

A ce titre, vous êtes invités à privilégier certains aspects des thèmes que vous souhaitez présenter en les problématisant pour offrir matière à débat, plutôt que d'effectuer des présentations centrées sur la méthode ou encore de rechercher l'exhaustivité du propos. Les dossiers remis aux participants pouvant remplir ces dernières fonctions.

Vous veillerez particulièrement à solliciter en ce sens l'animateur que vous choisirez pour conduire les débats ; il peut être utile de prévoir pour chaque exposé un présentateur et un ou plusieurs discutants (issus par exemple du milieu associatif) de façon à ce que la présentation fasse l'objet de questions et d'échanges tant à la tribune que parmi les participants.

Au cours de la conférence, les participants peuvent être invités à travailler en sous-commissions ou en ateliers : ces modalités de travail permettent des prises de parole plus nombreuses et un traitement plus approfondi des thèmes mis à l'ordre du jour.

1.6. *Les suites des Etats généraux*

Les Etats généraux de la santé ont fait émerger des préoccupations et des questionnements nouveaux auxquels il est légitime de donner suite : l'organisation des prochaines conférences de santé peut ainsi fournir l'occasion d'une réflexion avec les associations d'usagers sur la place et le rôle que ceux-ci peuvent et souhaitent prendre dans la vie régionale ou locale, donner

lieu à des études et enquêtes préparatoires, recenser les pratiques existantes dans la région, expérimenter des modalités de travail (forums citoyens locaux sur les thèmes de la région).

L'usager, le citoyen peuvent être intégrés au dispositif de plusieurs façons et à différentes étapes de la préparation et des suites des conférences de santé ou des programmes régionaux de santé ; une réflexion spécifique sur la place des usagers dans les programmes régionaux de santé figure en annexe II.

1.7. Les crédits

Les crédits afférents à l'organisation des conférences régionales de santé 2000 ont été intégrés aux crédits déconcentrés de fonctionnement qui vous ont été délégués en début d'année sur le chapitre 34-98-90. La globalisation de ce chapitre budgétaire peut vous permettre de consacrer le montant que vous jugerez utile à l'organisation de cette manifestation régionale. Pour information, les modalités de calcul de la dotation régionale ont été les mêmes qu'en 1999 : enveloppe composée d'un socle plus d'un complément calculé selon la taille de la région.

SP 4 41
2099

2. Les programmes régionaux de santé et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

2.1. Les programmes régionaux de santé

Vous présenterez un bilan des programmes régionaux en cours en privilégiant deux critères : la possibilité de réaliser une agrégation des informations communes à chaque programme régional de santé et la lisibilité pour les participants à la conférence.

Vous trouverez en annexe III une ébauche de fiche de présentation standardisée du bilan d'un programme régional de santé. Ce « modèle » comporte des rubriques qui doivent être renseignées systématiquement, ce qui n'est pas exclusif d'autres rubriques que vous souhaiteriez faire apparaître en raison des spécificités du programme analysé et/ou de la région concernée. Si vous le jugez opportun, ces fiches, une fois renseignées, pourront être envoyées aux membres de la conférence avant la tenue de celle-ci ; l'ensemble des participants en disposeront dans les dossiers remis le jour de la conférence régionale. La réalisation de ces fiches devrait permettre, d'une part, de faciliter la présentation des programmes, et d'autre part, d'enrichir les bases de données régionales et nationales en la matière.

Je vous demande de faire parvenir ces fiches à la direction générale de la santé sous deux formes, papier et intranet, au moment de la tenue de votre conférence régionale de santé.

En ce qui concerne la présentation en conférence, je vous invite à effectuer des interventions qui mettent en relief les enjeux actuels du programme en cours et les points majeurs de son développement (avancées, obstacles) au moyen d'exemples précis et concrets. Dans le cas où la région développe plus de deux programmes (dont le PRAPS) il pourrait être intéressant de choisir l'un d'entre eux pour en faire un bilan permettant un véritable débat et de vous limiter pour les autres à un commentaire synthétique lors d'une présentation groupée des points essentiels des fiches par vidéo-projecteur.

2.2. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Les PRAPS, en application de l'article 71 de loi du 29 juillet 1998, ont été adoptés pour déterminer un programme d'actions pour les années 2000-2001-2002. L'année 2000 constitue la première année d'application du programme.

Les conférences de santé (1999-2000) ont déjà pour la plupart présenté le programme élaboré. Les PRAPS ont fait l'objet d'une large concertation qui doit pouvoir se poursuivre à l'occasion de la déclinaison départementale en cours (cf. circulaire du 13 juin 2000).

A l'occasion de la conférence régionale de la santé vous devez être en mesure de présenter une vue synthétique de la mise en œuvre de votre PRAPS. Cette présentation peut prendre une forme identique à celle adoptée pour les PRS. Vous aborderez notamment la question de la mobilisation des acteurs concernés et les démarches engagées pour faciliter l'expression des personnes en situation de précarité, notamment dans le cadre de la politique de la ville.

3. La conférence nationale de santé

3.1. La présentation des conclusions de la conférence nationale de santé 2000

Les propositions de la conférence nationale 2000 portent sur quatre sujets : réduire les inégalités de santé intra et interrégionales ; promouvoir la région, les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé ; renforcer la prévention par la promotion de la santé ; promouvoir l'accès à des soins nécessaires de qualité.

Les deux premiers thèmes concernent le niveau régional et il est souhaitable que le représentant de votre région à la conférence nationale puisse disposer de temps pour présenter les propositions nationales et susciter un court débat. A cette fin, un visuel de présentation des argumentaires qui ont abouti à la formulation des « douze recommandations » du rapport 2000 sera transmis en octobre aux représentants des régions ainsi qu'aux responsables de projet « conférences régionales de santé » par le secrétariat de la conférence nationale de santé.

Je vous rappelle que le rapport de la conférence nationale de santé 2000 est disponible sur le site internet de notre ministère, ce qui peut faciliter la diffusion régionale de ce document, également disponible sur demande au secrétariat de la conférence nationale si vous souhaitez disposer des annexes.

3.2. La préparation des débats de la conférence nationale de santé 2001 : la contribution des conférences régionales de santé

Pour 2000-2001, je souhaite, en accord avec le président de la conférence nationale de santé et son bureau, réaliser une exploitation des travaux des conférences régionales de santé.

La conférence nationale de santé 2001 prendra directement appui sur les travaux menés dans les régions et déjà traités par celles-ci depuis 1996 au travers notamment des programmes régionaux de santé (par exemple : santé

mentale et/ou suicide, prévention des accidents et/ou des conduites addictives, vieillissement), de façon à valoriser certaines des approches thématiques et initiatives locales, recenser les difficultés rencontrées, identifier celles qui relèveraient d'une résolution au niveau national.

Un débat organisé dans le cadre des conférences régionales de santé en conférence nationale pourra donner lieu à une mise en relief des points forts/points faibles des actions conduites ainsi qu'au recensement des difficultés qui demeurent ; les conclusions du jury seront transmises à la DGS et au président de la conférence nationale de santé fin février 2001.

Cette analyse des travaux régionaux constituera un thème de travail à part entière de la prochaine conférence nationale de santé ; elle fera en conséquence l'objet d'un travail spécifique du bureau de la conférence nationale et du collège des représentants des régions afin d'aboutir à la production de recommandations nationales ; la conférence nationale de santé poursuivra par ailleurs ses réflexions sur le panier de soins et sur la prévention.

4. La banque de données des conférences régionales et des programmes régionaux de santé

L'ENSP poursuit la collecte de tous les documents relatifs aux conférences et aux programmes régionaux de santé en vue de l'ouverture de cette base de données à la fin de l'année 2000.

La mise à jour de cette base de données avec les documents produits cette année implique que vous les transmettiez dès leur parution à l'ENSP :

- sous forme disquette ou CD-Rom à l'adresse suivante : ENSP, centre de ressources pédagogique, à l'attention de M. Garcon, avenue du Pr-Léon-Bernard, 35043 Rennes Cedex ;
- ou par e-mail : jgarcon@ensp.fr.

*Le sous-directeur
de la santé des populations,
CH. D'AUTUME*

ANNEXE I

LA DÉTERMINATION DES PRIORITÉS DE SANTÉ

La conception de la santé utilisée pour définir les priorités déborde la seule absence de maladie ou de handicap pour prendre en compte l'ensemble des facteurs physiques, psychologiques, socio-économiques et culturels qui contribuent à la bonne santé.

La recherche des priorités s'appuie sur :

- l'identification de problèmes ou de besoins concernant des groupes d'individus définis par une (ou des) caractéristique(s) socio-démographique(s) : les adolescents, les personnes du grand âge par exemple ;
- la prévalence d'une pathologie spécifique (le cancer du sein, le suicide), une exposition à des risques particuliers (exposition de travailleurs à des substances nocives pour la santé) ;
- des problèmes liés à des déterminants de la santé c'est-à-dire liés aux modes de vie (usage de substances nocives pour la santé), aux conditions de vie (habitat insalubre), au système de soins curatifs et préventifs (accessibilité aux soins pour les personnes en situation de précarité).

Les priorités de santé peuvent concerner tout autant les déterminants d'amont que l'amélioration de la qualité de la prise en charge de problèmes pathologiques (réduction des accidents iatrogéniques, meilleure prise en charge de la douleur et de l'accompagnement des personnes en fin de vie) et de leurs conséquences fonctionnelles, sociales (amélioration du cadre de vie des personnes handicapées) et organisationnelles (travail en réseaux).

Les débats organisés au cours de la préparation des conférences se réfèrent à des valeurs et des principes qui font consensus au niveau national et autour desquels doivent s'articuler la définition des priorités et la mise en œuvre de programmes.

Parmi les valeurs susceptibles d'obtenir le consensus, l'on peut retenir :

- l'égalité devant la santé, ce qui soulève le problème de distinguer les inégalités évitables (exposition à des conditions de vie insalubre et accès insuffisant aux services de santé) des inégalités inévitables (tel l'âge par exemple) ;
- l'équité dans les solutions apportées pour atteindre l'égalité. Cela signifie qu'il faut plus de moyens pour faire face à un problème touchant les personnes les plus défavorisées par rapport à un même problème touchant des personnes plus favorisées ;
- la solidarité entre malades et biens portants.

SP 4 41
2099

Les données à prendre en compte pour la détermination de priorités s'appuient sur les données épidémiologiques classiques telles que celles qui sont présentées par les ORS, ainsi que :

- sur les apports des sciences sociales ;
- sur des enquêtes qualitatives permettant de mieux prendre en compte les points de vue des différents acteurs locaux et les dysfonctionnements des dispositifs de prise en charge ;
- sur des sources d'information diversifiées : enquêtes auprès d'élus locaux par exemple ;
- sur une participation accrue de la population à la définition des priorités : cette définition peut s'inspirer de l'exemple des jurys citoyens au cours des états généraux de la santé, mais il y existe d'autres méthodes tels les « focus groupes », les consultations de panels d'usagers, les enquêtes par questionnaire, les enquêtes d'opinions de larges panels ;
- sur les attentes exprimées par les usagers au moment des états généraux de la santé (information, écoute, qualité de la relation) ;
- sur la consultation des acteurs régionaux du champ de la santé (par la méthode Delphi déjà utilisée en 1996).

Les critères suivants peuvent contribuer à sélectionner les priorités prenant en compte les spécificités régionales :

- fréquence ;
- gravité de retentissement fonctionnel (incapacités) ou de mal-être (souffrance physique ou mentale) ;
- représentation sociale et perception par la population ;
- impact socio-économique ;
- faisabilité des interventions notamment de prévention (ce qui soulève le problème coût - efficacité des actions individuelles ou collectives).

Pour mémoire, le HCSP a fixé en 1994 les objectifs qui suivent :

- la réduction des décès évitables notamment en ce qui concerne la mortalité précoce ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées ou malades quel que soit leur âge ;
- la réduction des inégalités face à la santé entre sexes : catégories sociales, et zones géographiques (ces dernières étant liées pour partie à la précédente) ;
- la sécurité sanitaire et la qualité des soins ce qui soulève la question de leur efficacité et de leur efficience, de la satisfaction des usagers.

SP 4 41
2099

ANNEXE II

Il est prévu dans les textes que vous rendiez compte à la CRS des PRS que vous avez mis en place dans la région.

Pour vous aider dans cette opération et, conformément aux critères indiqués dans le corps de la circulaire, vous trouverez ci-après des grilles et outils, à adapter selon vos besoins et en fonction de ce que vous avez déjà construit.

Ces grilles et fiches permettront à la DGS, grâce à une certaine standardisation des données, d'effectuer une agrégation au niveau national et, par ailleurs, et de mettre « en ligne » cette synthèse ainsi que les fiches brutes dans la base de données gérée par l'ENSP dans le cadre de la BDSF.

Les grilles et fiches proposées sont les suivantes :

1. Une grille d'analyse synthétique.
2. Une fiche d'identité.
3. Un tableau de synthèse des financements obtenus (sur Excel).
4. Un tableau de synthèse des ressources humaines utilisées par le PRS (sur Excel).

Ces outils ne permettent pas de soulever tous les problèmes et de répondre à toutes les questions que posent la mise en œuvre d'un PRS. Ils devront être améliorés grâce à vos contributions et remarques au fil des années, mais c'est une première approche qui permettra une mise en commun des données régionales qui sinon sont difficilement accessibles et exploitables.

Mode d'emploi :

- la grille en annexe III-1 est une trame pour réaliser un bilan rapide du PRS et se traduira par une brève synthèse (2 pages maximum) et 2 ou 3 tableaux selon l'importance des données à rapporter ;
- la fiche d'identité en annexe III-2 est établie dès le lancement officiel par le préfet du PRS et est enrichie au fur et à mesure des années en fonction de l'avancée du programme.

Les tableaux de synthèse financière (annexe III-3) et de ressources humaines (annexe III-4) sont conçus pour décrire ce qui s'est réalisé chaque année tout en donnant l'information des années précédentes pour permettre une vision rapide des évolutions.

I. - LA GRILLE D'ANALYSE

1. Les objectifs et les actions affichés

Rappeler sous forme d'un tableau synoptique mais suffisamment détaillé les objectifs (spécifiques ou opérationnels) clairement identifiés du PRS et leur déclinaison en actions au moment de sa mise en œuvre ?

Dans une colonne observation du tableau indiquer les ajustements opérés .

- sur les objectifs :
 - pourquoi ?
 - à quelle occasion ?
 - validation par qui ?
- sur les actions :
 - pourquoi ?
 - à quelle occasion ?
 - validation par qui ?

2. Les actions réalisées

Rappeler sous forme d'un tableau de bord chronologique le suivi de la réalisation des actions et la liste des actions incluses dans le PRS ?

3. La mesure des résultats

Il s'agit ici, en priorité, de porter une appréciation sur le processus enclenché par le PRS au sein de la région, de mesurer son impact sur les acteurs et les populations cibles et si possible d'indiquer d'éventuels résultats sur les indicateurs de santé choisis.

Pour cela, il serait souhaitable d'apprécier ces résultats à partir des 3 axes suivants :

Quel impact des actions engagées sur les pratiques des acteurs professionnels de santé ou non ?

Par exemple :

- formation réalisée (combien de personnes, durée, suivi, ...);
- coopération mise en place (sous quelle forme, combien de personnes concernées,...);
- création de réseaux officialisés ;
- amélioration du lien entre les acteurs concernés par le thème ;
- etc.

Quel impact des actions sur les populations cibles ? (à décrire)

Par exemple :

- nombre de personnes touchées par des actions du PRS ?
- mise en place de guichets uniques pour les usagers ?
- simplification de dossiers pour bénéficier de certains droits ou prestations ?
- etc.

Quel impact concret sur la santé de la population ?

Il s'agit ici de voir si nous sommes en capacité d'évaluer l'impact d'un PRS sur la santé et non plus sa seule réalisation.

Par exemple :

- quels sont les indicateurs de référence choisis au départ du PRS pour mesurer son impact à moyen ou long terme ?
- quel organisme vous a aidé à construire ces indicateurs (ORS, autres organismes) ?
- avez-vous déjà des résultats quantifiables sur les objectifs affichés du PRS ?
- etc.

4. L'analyse critique

Quels ont été les dispositifs innovants mis en place ?

Quels sont les écarts au regard des résultats attendus ?

Quelles sont les raisons des bons résultats sur certains objectifs ?

Pourquoi d'autres objectifs n'ont-ils pas été atteints ?

Les raisons des difficultés rencontrées ?

II. - LA FICHE D'IDENTITÉ PRS

1. Région :
2. Nom du PRS :
3. Lien du PRS avec une priorité nationale :
4. Priorité régionale déterminée par la CRS : oui - non
En quelle année :
5. Décision de faire un PRS sur cette priorité prise par :
Le préfet Date :
La CRS Date :
Le comité permanent de la CRS Date :
Le CRPS Date :
(Comité régional des politiques de santé)
6. Date de démarrage du groupe de programmation :
7. Date de démarrage des premières actions :
8. Date de fin prévue du programme :
- 9 Financement : cf. tableau ci-joint à remplir sous Excel.
10. Ressources humaines : cf. tableau ci-joint à remplir sous Excel.
11. Nom du coordonnateur actuel du PRS :
12. Fonction exercée par le coordonnateur :
13. Téléphone : Télécopie :
14. Adresse e-mail :
15. Nom du coordonnateur adjoint du PRS :
16. Fonction exercée par le coordonnateur adjoint :
17. Téléphone : Télécopie :
18. Adresse e-mail :

SP 4 41
2099

Tableau de synthèse des financements notifiés

PRS : Région :

ANNEES	DRASS-DDASS sur le 4711-20	FNPEIS	ARH	CONSEIL régional	CONSEILS généraux	URML	VILLES	MUTUALITÉ	AUTRES	TOTAL
1999										
2000										
2001										
2002										
2003										
Total										

Inscrire les montants en milliers de francs (KF).

Tableau de synthèse des ressources humaines utilisées

PRS :

Région :

Année :

NATURE de la structure	DRASS - DDASS sur le 4711-20	URCAM CPAM - CRAM	ARH	CONSEIL régional	CONSEILS généraux	URML	VILLES	MUTUALITÉ	AUTRES	TOTAL
Coordonnateur										
Groupe de programmation										
Groupe de suivi										
Autres à préciser										

Inscrire les quotités en équivalent temps plein (ETP).

