

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1669

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Rebecca BILLETTE DE VILLEMEUR

le 20 Décembre 2019

**Evaluation d'actions de prévention et promotion de la santé :
analyse des actions financées par l'ARS Occitanie en 2018 dans le
cadre du FIR**

Directeur de thèse : Pr Laurent MOLINIER

JURY

Monsieur le Professeur	Alain GRAND	Président
Monsieur le Professeur	Laurent MOLINIER	Assesseur
Monsieur le Professeur	Laurent SCHMITT	Assesseur
Madame le Docteur	Hélène GRANDJEAN	Assesseur
Monsieur le Docteur	Ivan THEIS	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E) Médecine Interne, Gériatrie
 M. AMAR Jacques (C.E) Thérapeutique
 M. ATTAL Michel (C.E) Hématologie
 M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.) Hématologie, transfusion
 Mme BEYNE-RAUZY Odile Médecine Interne
 M. BIRMES Philippe Psychiatrie
 M. BLANCHER Antoine Immunologie (option Biologique)
 M. BONNEVIALLE Paul (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
 M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) Chirurgie Vasculaire
 M. BRASSAT David Neurologie
 M. BROUCHET Laurent Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 M. BROUSSET Pierre (C.E) Anatomie pathologique
 M. BUREAU Christophe Hépto-Gastro-Entéro
 M. CALVAS Patrick (C.E) Génétique
 M. CARRERE Nicolas Chirurgie Générale
 M. CARRIE Didier (C.E) Cardiologie
 M. CHAIX Yves Pédiatrie
 Mme CHARPENTIER Sandrine Médecine d'urgence
 M. CHAUVEAU Dominique Néphrologie
 M. CHOLLET François (C.E) Neurologie
 M. DAHAN Marcel (C.E) Chirurgie Thoracique et Cardiaque
 M. DE BOISSEZON Xavier Médecine Physique et Réadapt Fonct.
 M. DEGUINE Olivier (C.E) Oto-rhino-laryngologie
 M. DUCOMMUN Bernard Cancérologie
 M. FERRIERES Jean (C.E) Epidémiologie, Santé Publique
 M. FOURCADE Olivier Anesthésiologie
 M. FOURNIÉ Pierre Ophtalmologie
 M. GAME Xavier Urologie
 M. GEERAERTS Thomas Anesthésiologie et réanimation
 M. IZOPET Jacques (C.E) Bactériologie-Virologie
 Mme LAMANT Laurence (C.E) Anatomie Pathologique
 M. LANG Thierry (C.E) Biostatistiques et Informatique Médicale
 M. LANGIN Dominique (C.E) Nutrition
 M. LAUWERS Frédéric Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 M. LAUQUE Dominique (C.E) Médecine d'urgence
 M. LIBLAU Roland (C.E) Immunologie
 M. MALAUDAUD Bernard Urologie
 M. MANSAT Pierre Chirurgie Orthopédique
 M. MARCHOU Bruno (C.E) Maladies Infectieuses
 M. MAZIERES Julien Pneumologie
 M. MOLINIER Laurent Epidémiologie, Santé Publique
 M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Pharmacologie
 Mme MOYAL Elisabeth Cancérologie
 Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) Gériatrie
 M. OSWALD Eric (C.E) Bactériologie-Virologie
 M. PARANT Olivier Gynécologie Obstétrique
 M. PARIENTE Jérémie Neurologie
 M. PARINAUD Jean (C.E) Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
 M. PAUL Carle Dermatologie
 M. PAYOUX Pierre Biophysique
 M. PAYRASTRE Bernard (C.E) Hématologie
 M. PERON Jean-Marie Hépto-Gastro-Entérologie
 M. PERRET Bertrand (C.E) Biochimie
 M. RASCOL Olivier (C.E) Pharmacologie
 M. RECHER Christian (C.E) Hématologie
 M. RISCHMANN Pascal (C.E) Urologie
 M. RIVIERE Daniel (C.E) Physiologie
 M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) Chirurgie Infantile
 M. SALLES Jean-Pierre (C.E) Pédiatrie
 M. SANS Nicolas Radiologie
 Mme SELVES Janick Anatomie et cytologie pathologiques
 M. SERRE Guy (C.E) Biologie Cellulaire
 M. TELMON Norbert (C.E) Médecine Légale
 M. VINEL Jean-Pierre (C.E) Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina Epidémiologie
 M. BONNEVIALLE Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Mme CASPER Charlotte Pédiatrie
 M. COGNARD Christophe Neuroradiologie
 M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire
 M. LAROCHE Michel Rhumatologie
 M. LEOBON Bertrand Chirurgie Thoracique et Cardiaque
 M. LOPEZ Raphael Anatomie
 M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales
 M. MARX Mathieu Oto-rhino-laryngologie
 M. MAS Emmanuel Pédiatrie
 M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie
 M. PAGES Jean-Christophe Biologie Cellulaire et Cytologie
 M. PORTIER Guillaume Chirurgie Digestive
 M. RONCALLI Jérôme Cardiologie
 Mme RUYSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie
 Mme SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire
 M. SOL Jean-Christophe Neurochirurgie
 Mme TREMOLLIERES Florence Biologie du développement
 Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
 M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
 M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUDAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le Professeur Alain Grand,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Votre esprit critique et votre expertise en politique de santé font de vous la personne incontournable pour juger ce travail.

Merci également d'avoir pris sur votre emploi du temps pour venir participer à la formation des internes de santé publique. Votre expertise m'a fait bénéficier d'une plus large ouverture d'esprit.

À mon directeur de thèse, Monsieur de Professeur Laurent Molinier,

Je vous remercie infiniment pour toute l'aide et les nombreux conseils que vous avez su me prodiguer tout au long de mon parcours. L'internat de santé publique est parfois perçu comme un chemin de croix, mais votre disponibilité et votre écoute ont fait de vous un coordonnateur hors pair. Merci de veiller sur nous.

A titre professionnel, je vous remercie de tout l'apprentissage que vous avez su me dispenser tant au niveau des stages qu'au niveau des cours de DES.

Je prends l'occasion de ce travail pour vous exprimer mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. J'espère avoir dignement traité ce sujet et je suis impatiente d'écouter vos remarques sur ce travail. Soyez assuré de toute ma gratitude pour avoir accepté de juger ce travail.

À Madame le Docteur Hélène Grandjean,

Je te remercie de tout cœur pour ta disponibilité sans faille et ta bienveillance qui m'ont été d'une aide inestimable dans ce travail. Ta carrière, ta rigueur scientifique et ton humanité sont une réelle inspiration pour moi.

À Monsieur le Docteur Ivan Théis,

Tout d'abord, merci de m'avoir confié ce travail. Je sais combien il est important, et j'espère sincèrement que le travail d'évaluation fourni par la CSP saura être utile. Merci pour tes remarques sur ce travail et l'aide que tu as apporté. Merci également d'avoir fait appel à moi, bien après mon stage, pour continuer à travailler ensemble. Cette reconnaissance professionnelle me touche au plus haut point

Aux agents de l'ARS,

Madame **Catherine Choma**, Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en me confiant ce travail. Soyez assurée de mon respect et de ma gratitude.

Nathalie, merci pour ton aide, tu n'abandonnes jamais, même face à la galère des DPI (et c'est peu dire !).

Damien, merci pour les balles anti-stress et pour ta bonne humeur pendant les instructions des AAP.

Caroline et **Laurent** pour les informations précieuses que vous m'avez apportées, et toutes les discussions sur des sujets vachement importants totalement en lien avec le travail (si, si).

Merci également à toute l'équipe, **Marie-Laure, Magali, Elisabeth** pour les discussions qu'on a eues et tous tes conseils, **Laurence, Thibaud, Georgette, Mylène, Anne-Marie, Laure, Anne-Sophie, Zohra, Marjorie, et Pascal**.

Vous formez une belle équipe, c'est précieux.

À tous ceux qui m'ont aidée dans ce travail,

À **Marie Donius** pour ton avis sur ce travail et les documents que tu m'as transmis, et aux membres du groupe de travail, **Laurence Lucereau, Anne Narboni, Gérard Reysseguier, Claire Bouilhac, Benjamin Guiraud-Chaumeil, Gabrielle Henry et Yannick Prioux**.

Aux universitaires de santé publique,

À tous ceux qui m'ont soutenue pendant mes stages d'internat, **Adeline, Virginie, Vanina** au laboratoire d'épidémiologie et pendant mon master, **Françoise Cayla, Pascale Grosclaude** et **Laetitia**, à tout le personnel d'Oncomip, je n'étais pas en stage chez vous, mais le temps passé à la cantine, ça compte quand même ! À **Anne** et **Damien**, à **Nadège, Laurent, Hélène** et tout le service du DIM du CHU. À **Delphine** et toute l'équipe du DIM de l'Oncopôle pour l'entraide et l'amitié dont vous faites part au quotidien, à la pause-café mais pas que !

Merci enfin à ceux qui m'ont enseigné l'épidémiologie et la recherche clinique au cours de mon Master, **Professeur Lang, Yolande Esquirol, Cyrille Delpierre** et bien d'autres.

À mes co-internes,

Guilhem, on est arrivés jusqu'au bout (!), **Laurine, Hélène, Cyrielle, Eugénie, Zinka** pour notre tout premier semestre plein de peines de cœur et de tapas, **Emmanuel, Vincent, Matthieu, Maxime, Benjamin, Pierre**.

À **mes parents**, merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. J'apprécie enfin vraiment tout ce que vous avez fait pour moi, la difficulté et le courage qu'il faut pour élever un enfant. Aucun parent n'est parfait, mais je crois sincèrement que vous avez fait tout ce que vous pouviez pour nous. Vous y avez déployé un temps, une réflexion et une énergie que j'admire profondément.

À **Juliette et Tristan**, pour votre soutien, votre amour, vos blagues. Il paraît que "friends are the family we choose for ourselves" ; je vous aurais choisi de toute façon. En même temps, vas trouver un ami qui connaît Kuzco par cœur, le gossip de la famille, et les règles du kiri-nouille ! Je serai toujours là pour vous, et je sais que c'est réciproque.

À **mes grands-parents**,

Mamie Ginette, merci pour tous les étés à Royan, les langoustines, le dessin, et même les dictées (prononcer « dicté-euhss). Tu es une grand-mère formidable.

Mamie Dine, pour toutes les fois où tu t'es occupée de moi, nos conversations au coin du feu à Auffay et tes tartes au citron. Parfois, comme toi, j'oublie. J'aimerais pouvoir t'offrir des souvenirs heureux.

Palou, pour ton éthique de travail, tes connaissances, ton humanisme et ton amour de la famille.

À toute ma famille,

Agathe, merci de m'avoir montré la voie de la santé publique. C'est une belle spécialité qui mérite d'être connue, et grâce à toi j'ai enfin réussi à trouver ce qui me convenait. Pour ça, je te serai éternellement reconnaissante.

Benoît et **Servane** pour m'avoir réconfortée et écoutée quand j'en avais besoin, **Gégé** pour toutes nos aventures de vacances, **Arthur**, **Valentine**, **Baptiste** pour ta mousse au chocolat (sérieux, c'est quoi ta recette ?), **Louise**, **Nathan**, **Violaine**, **Apolline**, **Pierre-Eudes** et **Louis-Cyprien**.

À **Violette**, merci de l'amour que tu nous portes à tous les trois.

À mes amis,

Gaby, sans toi, je ne sais pas comment j'y serais arrivée ! Sans les soirées sushi, les matinées passées en pyjama, Marisol, j'aurais abandonné.

Audrey, I can't believe how lucky I am to have a friend like you; we're still supporting each other despite years apart separated by a whole ocean! Can't wait to meet your daughter, finally see "la hutte" or spend time with you in Corsica.

À tous les autres, **Aurélie** et **Dorian**, **Malek**, **Kaissa**, **Clémence**, **Adrien**, **Charlène**, **Matthieu**, **Christophe**, **Camille**, **Fred**, **Maxime**.

À Jérémy,

Tu as été là pour moi, quand je devais travailler, quand j'étais terrassée par la fatigue... Merci de m'avoir aidée dans ce moment difficile. Tu m'es indispensable, et cette thèse n'est qu'un exemple de tout ce que je n'aurais pas pu accomplir sans toi. Je suis pressée de voir ce que la vie nous réserve ; passée à tes côtés je sais qu'elle sera douce.

L'aventure continue !

Et aussi, merci pour tes corrections, mec. C'est cool.

Timothée, tu tomberas peut-être par hasard sur cette thèse dans de nombreuses années ; sache qu'à un an et demi, tu as une volonté de fer, une énergie et une intelligence qui me surprennent chaque jour, et j'ai hâte de te voir grandir. Je suis très fière d'être ta maman.

« The most important purpose of evaluation is not to prove but to improve... We cannot be sure that our goals are worthy unless we can match them to the needs of the people they are intended to serve. » (1)

Stufflebeam and Shinkfield, 1985

Table des matières

LISTE DES SIGLES UTILISES	15
INTRODUCTION	17
I. CONTEXTE	18
I.1. PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	18
I.1.1. PREVENTION	18
I.1.2. PROMOTION DE LA SANTE	18
I.1.3. DIFFERENCES ENTRE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	20
I.1.4. IMPORTANCE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE	20
I.2. ARS	22
I.2.1. ROLE DE L'ARS	22
I.2.2. DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE	23
I.2.3. FINANCEMENTS	23
I.2.4. CONTRACTUALISATION	25
I.3. CRSA ET DEMOCRATIE SANITAIRE	26
I.4. PRS	27
II. TRAVAUX PERSONNELS	29
II. 1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	29
II.1.1. QUALITE	29
II.1.2. ÉVALUATION	35
II.1.3. CRITERES D'ÉVALUATION	43
II.2. TRAVAIL D'ANALYSE DES DOSSIERS	46
II.2.1. STRUCTURE ET CONTENU DES DOSSIERS	46
II.2.2. ÉTAPES DE L'ANALYSE	51
DISCUSSION	59
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	78

Liste des sigles utilisés

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ASPIRE : Appréciation et Sélection de Programmes de Prévention issues de la Revue des standards de qualité « EDPQS »

ASTAIRE : AnalySe de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Cerfa : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLAT : Centre de Lutte AntiTuberculeuse

CLS : Contrat Local de Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

COREVIH : COmité de coordination REgional de Lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine

COS : Cadre d'Orientation Stratégique du PRS

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Information

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Commission Spécialisée Prévention

DPI : Déclaration Publique d'Intérêt

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSP : Direction de la Santé Publique de l'ARS

EDPQS : European Drug Prevention Quality Standards

EQUIHP : European Quality Instrument for Health Promotion

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HPST : Loi « Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

Inpes : Institut national de prévention de d'éducation pour la santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

ISO : Organisation Internationale de Normalisation (International Organization for Standardization)

MDA : Maison Des Adolescents

MIG : Missions d'Intérêt Général

OCR : Outil de Catégorisation des Résultats

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

ORS : Observatoire Régional de Santé

OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

PRS : Plan Régional de Santé

SRS : Schéma Régional de Santé

TQM : Total Quality Management

UTEP : Unité d'Education Thérapeutique du Patient

Introduction

Alors que j'effectuais mon stage d'internat dans le pôle Prévention et Promotion de la santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS), la directrice de la santé publique et le responsable du pôle se sont posé la question de la qualité des actions financées par le pôle dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

L'ARS s'interrogeait sur la pertinence des financements, et souhaitait des propositions pour en améliorer l'efficacité.

La Commission Spécialisée Prévention (CSP) de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) était la structure toute choisie pour réaliser cette évaluation, et il m'a été proposé de réaliser un accompagnement de ce projet qui ferait l'objet de ma thèse d'exercice.

La première partie de ce document explicitera le contexte de mon travail, avec successivement une explication des concepts de prévention et de promotion de la santé, une présentation de l'ARS et du pôle, ainsi que la CRSA et la CSP.

Dans un deuxième temps, je présenterai mon travail personnel, qui a débuté par une recherche bibliographique sur la qualité et l'évaluation en prévention et en promotion de la santé, et sur les critères d'évaluation existants pour aider le groupe de la CSP dans son évaluation. Je ferai ensuite une présentation des contrats étudiés, en exposant des étapes de l'analyse, ainsi que des difficultés rencontrées par le groupe de travail.

La discussion évoquera enfin les changements de cap qui ont découlé des difficultés rencontrées pour l'analyse, ainsi que les perspectives pour la poursuite du projet d'évaluation.

I. Contexte

I.1. Prévention et promotion de la santé

I.1.1. Prévention

D'après l'OMS, la prévention de la maladie désigne « les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, comme les vaccinations, la lutte antivectorielle ou les activités antitabac, mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences »(2).

Plusieurs classifications des actions de prévention existent et ont longtemps fait débat (3–5). L'OMS propose en 1948 une classification selon le stade de la maladie : prévention primaire (réduction de l'incidence), secondaire (réduction de la gravité) et tertiaire (réduction des séquelles) ; une classification populationnelle est proposée en 1982 par Gordon (6) : prévention universelle (population entière), orientée (sous-groupe à risque) et ciblée (en cas de facteurs de risque).

Ces deux classifications ne prennent cependant pas en compte la participation du sujet qui est pourtant essentielle en prévention (7–9). En considérant ce facteur, la prévention universelle correspond au champ de l'éducation pour la santé, la prévention orientée devient prévention des maladies et la prévention ciblée correspond à l'éducation thérapeutique (10).

En prenant en compte cette optique, la prévention est donc définie par San Marco comme « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés ou responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de leur santé » (10).

I.1.2. Promotion de la santé

La charte d'Ottawa (annexe 1), établie en 1986 à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, émane d'une profonde réflexion critique

sur la santé publique. Elle apporte un cadre de référence international et une stratégie d'action collective (11). Elle définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.» (12).

Cette charte met l'accent sur l'intersectorialité de la promotion de la santé, ainsi que l'importance des politiques publiques et de l'autonomisation de la communauté (13,14). Certains auteurs préfèrent une définition plus spécifique à la promotion de la santé (15–17) qui intègre la notion d'actions ou de pratiques spécifiques visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités (16).

Suite à la charte d'Ottawa, les conférences internationales sur la promotion de la santé ont mis l'accent sur certaines notions (13,18) : l'implication des gouvernements dans la constitution de politiques publiques saines (19), l'existence de milieux favorables à la santé (20), l'importance de l'environnement (21), le principe d'équité (22), les déterminants sociaux (23), et la nécessité d'une coopération entre tous les acteurs, au niveau national (24) et international (25), et entre tous les milieux (26).

Les stratégies d'action en promotion de la santé sont donc multiples, et les enjeux variés. Le rôle de l'ARS pour diffuser une culture de promotion de la santé peut donc passer par la promotion d'une grande variété de programmes et d'actions, ainsi qu'en favorisant les échanges entre les acteurs de terrain par la création de partenariats (11).

I.1.3. Différences entre prévention et promotion de la santé

Les différences entre la prévention et la promotion de la santé sont multiples (27,28). Premièrement par leur objectif : spécifique pour la prévention (une diminution de l'incidence ou de la prévalence, ou une diminution d'un facteur de risque), et plus général pour la promotion de la santé (bien-être, qualité de vie, santé, *empowerment*¹) ; et par les publics ciblés par leurs actions (groupe à risque pour la prévention et population entière pour la promotion de la santé).

De plus, si les stratégies et modes d'intervention sont souvent similaires (éducation pour la santé, action politique, organisation des services ou modification de l'environnement), le contenu des actions est différent. Il est spécifique dans le cas de la prévention, avec des informations ou services particuliers, des apprentissages sensori-moteurs, etc. ; il est plus transversal en promotion de la santé, avec par exemple le développement de compétences psycho-sociales ou l'apprentissage d'analyse critique de l'information.

La mesure de l'effet peut également varier selon le type d'action. Si elle peut être une mesure de la santé manifestée ou observée dans les deux cas, elle pourra s'intéresser à la santé objectivée dans le cas de la prévention, et plutôt à la santé ressentie en promotion de la santé (28).

La prévention aborde les problèmes de maladie, de risques. C'est un concept biomédical. La promotion de la santé aborde la santé (selon la définition de l'OMS du terme) ; c'est-à-dire qu'elle englobe le biomédical mais également la personne, le groupe, l'environnement, et les interactions entre chaque partie.

I.1.4. Importance de la prévention et de la promotion de la santé

Le premier ministre Edouard Philippe a récemment déclaré : « La prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens. La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 du Gouvernement (...) une vraie politique de prévention permettrait de préserver près de 100 000 vies par an » (29,30).

En effet, plusieurs études internationales ont montré le poids des maladies évitables dans le monde, et plus spécifiquement dans les pays développés (31,32) ; parmi les

¹ Plus grand contrôle sur sa santé et son environnement

premières causes de décès précoces, la majorité sont liées à des facteurs de risques évitables comme le tabac, la malnutrition (dénutrition ou surpoids), les maladies sexuellement transmissibles, la sédentarité, la pollution ou l'alcool. D'après une étude d'Eurostat, dans l'Union Européenne, ce sont près d'un million de décès qui auraient pu être évités grâce à de meilleures actions de prévention en 2013 (33). En France, l'OCDE parle d'un taux de mortalité² évitable par des actions de prévention de 184 pour 100 000 habitants par an en moyenne de 2013 à 2015, soit le 7^{ème} plus bas d'Europe³ (34).

Des mesures de prévention pour diminuer les expositions ou changer les comportements pourraient allonger la durée de vie en bonne santé.

Au niveau régional, le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) du Plan Régional de Santé (PRS) Occitanie appuie cette notion, en précisant que « La prévention et la promotion de la santé sont des leviers puissants pour améliorer les réponses aux défis actuels et favoriser les comportements favorables à la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie » (35).

En 2017, en France, les dépenses de prévention étaient de 6 milliards d'euros, soit 2,2 % de la dépense courante de santé selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Pour 2002, une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) réalisée en 2006 et utilisant une méthodologie différente avec une définition élargie de la prévention, avait montré que la prévention représentait 10,5 milliards d'euros, soit 6,4% des dépenses courantes de santé en France (36). Ce montant incluait les dépenses de prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces des maladies (comme l'hypertension artérielle, le diabète). Le financement des mesures cherchant à prévenir l'apparition d'une maladie chez les bien portants était de 5,4 milliards d'euros et le dépistage de 2,5 milliards⁴.

² Il s'agit d'un taux standardisé par l'âge ou *age-standardized mortality rate* (ASMR) afin de comparer au mieux des pays démographiquement différents.

³ Le taux de mortalité évitable par des meilleurs soins et prises en charge est quant à lui le plus bas d'Europe, selon la même étude avec 78 pour 100 000 habitants par an.

⁴ La même année, pour la DREES, les dépenses de santé étaient de 4,7 milliards d'euros, soit 2,7 % des dépenses courantes de santé.

Dans une étude réalisée au Royaume-Uni Stuckler et al. ont montré en 2010 que les dépenses de l'état en matière de bien-être social étaient aussi voire plus importantes que les dépenses de santé, pour promouvoir la santé des populations (37). Au delà de la politique de santé, c'est donc l'ensemble de la politique sociale d'un pays qu'il faudrait pouvoir analyser pour évaluer son effet sur la santé de sa population.

I.2. ARS

I.2.1. Rôle de l'ARS

Les ARS (Agences Régionales de Santé) , créées en 2010 (38) en vertu de la loi du 21 juillet 2009 dite « loi HPST⁵ » (39), sont des établissements publics, autonomes administrativement et financièrement, sous la tutelle du ministère de la santé. Leur rôle est de définir et de mettre en œuvre une politique de santé au plus près des besoins de la population. Elles pilotent le système régional de santé et régulent l'offre de soins (40).

L'ARS Occitanie est organisée en plusieurs directions qui ont chacune la charge d'un axe spécifique (voir organigramme en annexe 2).

La Direction de l'offre de soins et de l'autonomie régule l'offre de soins en région, suit les établissements sanitaires, gère les ressources humaines en santé, régule les dépenses et établit les politiques du handicap et du vieillissement.

La Direction du premier recours assure la permanence des soins, la formation des professionnels et l'organisation des soins primaires.

La Direction des territoires gère les 13 délégations départementales d'Occitanie.

La Direction de la Santé Publique (DSP) a pour mission d'organiser la veille et la sécurité sanitaire, de définir, financer et évaluer les programmes de prévention et de promotion de la santé, et de contribuer à la gestion des crises sanitaires, en lien avec le préfet (41).

⁵ Hôpital, Patients, Santé, Territoires

I.2.2. Direction de la santé publique

En Occitanie, la direction de la santé publique est composée de 4 pôles :

- Alertes, risques et vigilances ;
- Santé environnementale ;
- Inspection et contrôles ;
- Prévention et promotion de la santé.

Le rôle du pôle Prévention et promotion de la santé est de porter des programmes de prévention et promotion de la santé, en soutenant des acteurs de terrain et des dispositifs de prévention. Ce rôle primordial est mis en avant par le PRS qui indique dans son schéma régional de santé que « le développement de la prévention et promotion de la santé en Occitanie représente un enjeu primordial de santé publique » (42).

I.2.3. Financements

Les ressources de l'ARS, telles que définies par l'article L.1432-6 du code de la santé publique (43), sont constituées par une subvention de l'État, des contributions des régimes d'Assurance maladie et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour les actions concernant les établissements de santé et médico-sociaux, et par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), qui provient à la fois de l'Assurance Maladie et de l'état, et qui finance des actions ou des expérimentations décidées directement par les directeurs généraux des ARS en faveur de la prévention, de la promotion de la santé, la performance, la qualité, la coordination ou la permanence des soins et la sécurité sanitaire⁶.

En 2018, la somme de ces financements pour l'ARS Occitanie s'élevait à 19,5 milliards d'euros, provenant essentiellement des régimes d'Assurance Maladie et de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie, à hauteur de 19 milliards d'euros (44).

⁶ Des donations, legs ou participations volontaires de la part de certaines collectivités territoriales ou d'autres établissements publics sont également possibles.

Le financement des actions soutenues par la Direction de la santé publique se fait par l'intermédiaire de deux enveloppes provenant des dépenses des régimes d'Assurance Maladie : l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM) (45) pour le champ du médico-social⁷ (58 millions d'euros en 2018) et les Missions d'Intérêt Général⁸ (MIG) (46,47) (25 millions d'euros en 2018), et d'une enveloppe provenant du FIR (48 millions).

Le FIR a été institué en 2012⁹ par la loi de financement de la sécurité sociale (48) avec pour objectif de donner une souplesse décisionnelle aux ARS dans la gestion de leurs crédits, en fonction de leur stratégie régionale de santé. Ces crédits sont regroupés au sein d'une enveloppe globale et fongible asymétriquement¹⁰ (49). Chaque année, la marge de manœuvre dégagée grâce au FIR permet de financer de nouveaux programmes d'actions sur les thématiques prioritaires de l'ARS.

En 2018, les ressources du FIR s'élèvent à 3,511 milliards d'Euros sur toute la France, dont 284,4 millions pour l'Occitanie (50). Le montant du FIR pour la Direction de la santé publique s'élève à 46,5 millions d'Euros en 2018, répartis sur 16 thématiques différentes, avec des financements alloués aux opérateurs variant de quelques centaines à plus d'un million d'euros (51). La figure 1 présente la répartition des crédits du FIR par thèmes pour 2018.

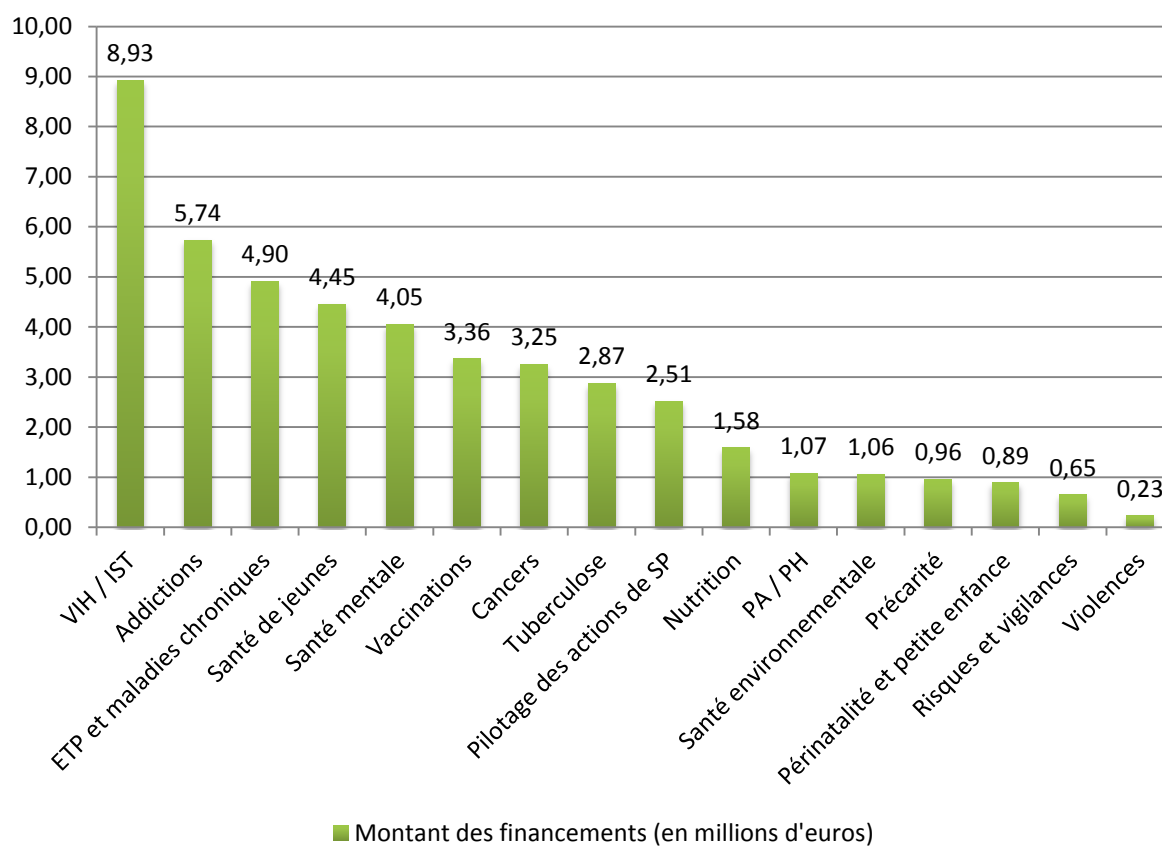
⁷ Financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées et personnes âgées

⁸ En plus du financement de leur activité, certains établissements peuvent bénéficier de cette dotation s'ils remplissent des missions d'intérêt général. Ce financement provient également des régimes d'assurance maladie.

⁹ Art. L. 1435-8 du Code de la Santé Publique

¹⁰ La fongibilité asymétrique du FIR est un principe comptable qui permet à l'ARS d'utiliser des crédits pour des dépenses qui n'étaient pas prévues au sein d'un programme, mais dont certains crédits sont protégés et ne peuvent pas être transférés sur d'autres missions. C'est le cas pour les crédits alloués à la prévention, la démocratie sanitaire et le champ du médico-social.

Figure 1 : Répartition des financements des pôles Prévention et Promotion de la Santé et Santé Environnement dans le cadre du FIR en 2018, par thèmes. (Source : ARS Occitanie, Direction de la santé publique)



Certaines thématiques, finançant de grosses structures, représentent obligatoirement des montants importants. C'est le cas par exemple de la thématique VIH / IST qui finance des CHU pour un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) ou une Coordination Régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH), ou encore de la thématique tuberculose qui finance les Centres de Lutte Antituberculeuse (CLAT).

I.2.4. Contractualisation

Pour établir la politique régionale de prévention et de promotion de la santé telle que définie dans la Stratégie Nationale de Santé et par le PRS, le pôle prévention et promotion de la santé établit des programmes composés d'un certain nombre d'actions.

Les organismes et établissements financés signent, après négociation, un contrat avec l'ARS, définissant leur mission et la mise en œuvre de celle-ci, ainsi que le financement octroyé.

Ces contrats peuvent être annuels¹¹, selon la règle de l'annualité budgétaire, ou pluriannuels¹² (52-54). La pluriannualité est envisagée du fait du calendrier de l'action, mise en œuvre sur plusieurs années, ou dans le cadre de la reconduction d'une action connue et suivie par l'ARS depuis longtemps ; l'ARS doit pouvoir posséder un certain recul sur les structures concernées.

Autant que possible, il est attendu par l'ARS que les projets aient une couverture régionale. Ils doivent s'inscrire dans les priorités du PRS, voire des programmes nationaux (55).

I.3. CRSA et démocratie sanitaire

Lors de la création des ARS, la loi HPST a institué à leurs côtés des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui ont pour rôle de représenter la démocratie sanitaire (39,56).

La démocratie en santé peut se définir comme une « démarche qui vise à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé » (40).

La CRSA constitue un véritable acteur de la politique régionale de santé : elle émet un avis public sur cette politique¹³ et sur les questions de santé, et le directeur général de l'ARS lui rend compte de l'application de cette politique et du suivi appliqué aux avis de la CRSA (57).

La CRSA est composée d'une assemblée plénière, d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées (58) :

¹¹ On parle alors de Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM)

¹² Il s'agit des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

¹³ En particulier via son avis sur le PRS et le suivi de celui-ci une fois sa mise en place

- commission spécialisée de l'organisation des soins ;
- commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux ;
- commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé ;
- commission spécialisée prévention (CSP).

L'objectif des travaux de la CSP, tels que définis par l'article D.1432-36 du code de la santé publique, est de rendre un avis sur les projets de prévention du PRS, sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation. La CSP peut formuler toute proposition sur la politique de prévention en région avec l'objectif de réduire les inégalités sociales et géographiques de santé (59).

I.4. PRS

Le Projet Régional de Santé (PRS)¹⁴, élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé en région par le biais de la CRSA, incarne le fil conducteur de l'action pluriannuelle de l'ARS. Il définit la stratégie régionale en fixant les ambitions et les priorités régionales de santé, et organise sa mise en œuvre opérationnelle (40). Sa mise en œuvre peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, portant sur les politiques de soin, la promotion de la santé, la prévention, etc.¹⁵ (39,60).

Un premier PRS pour 2012 à 2017 avait été élaboré par chacune des ARS des anciennes régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (61,62), puis un deuxième pour 2018 à 2022 par l'ARS Occitanie : le « PRS Occitanie 2022 » (35,42,63).

Les 3 composantes du PRS, telles que définies dans la loi de modernisation du système de santé (64) sont :

- le cadre d'orientation stratégique (COS), établi pour 10 ans, qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS ainsi que les résultats attendus, pour améliorer

¹⁴ Art. L. 1434-1 du Code de la santé publique

¹⁵ Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique

l'état de santé de la population régionale et réduire les inégalités sociales et géographiques de santé ;

- le schéma régional de santé (SRS), établi sur 5 ans, qui décline les objectifs du COS pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social.
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) : établi sur 5 ans, il a pour vocation de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé et d'améliorer le parcours de soins des personnes les plus démunies.

L'élaboration de la politique régionale doit avoir des critères codifiés et cohérents au niveau national pour permettre des comparaisons interrégionales et codifier les disparités constatées (65).

Par décret (66), le PRS doit être soumis à la consultation de la CRSA, des Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie, du préfet de région, des Collectivités Territoriales et du conseil de surveillance de l'ARS. L'évaluation du PRS par la CRSA et les Conseils Territoriaux de santé permet d'associer tous les acteurs dans une démarche promouvant la démocratie sanitaire (67-69).

Le PRS Occitanie 2022 « Tous mobilisés par la santé de 6 millions de personnes en Occitanie » (35,42,63), établi pour 2018 à 2022, s'inscrit dans les priorités du plan « Ma santé 2022 » présenté en septembre 2018 par le gouvernement, dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé (70). Il se décline en 5 engagements :

- développer la prévention, le repérage, le dépistage et l'accompagnement précoces ;
- rendre chacun davantage acteur de sa santé ;
- améliorer l'organisation des services de santé pour les rendre accessibles à tous dans tous les territoires ;
- renforcer la coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge ;
- promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.

II. Travaux personnels

Ces travaux commencent par une recherche bibliographique qui m'a permis de comprendre l'objet de la demande de l'ARS et comment procéder pour répondre à leur question. J'ai ensuite décrit les actions entrant dans le cadre de la demande de l'ARS, puis dessiné une méthode d'analyse de celles-ci, avec la création d'une grille d'analyse.

II. 1. Recherche bibliographique

J'ai d'abord cherché à comprendre ce qu'était la qualité, en général puis dans le domaine spécifique de la santé publique, en partant du principe qu'une amélioration de la qualité est l'objectif final.

J'ai ensuite cherché à comprendre en quoi l'évaluation permettait d'améliorer la qualité et comment la mettre en œuvre, spécifiquement dans le domaine de la santé.

Un nombre important de documents, en France et surtout à l'international, cherche à répondre à ces questions, et la revue de la littérature que je présente est loin d'être exhaustive. Cette dernière tentera cependant de répondre au mieux aux questions que je me suis posées.

II.1.1. Qualité

II.1.1.1. La qualité dans le domaine général

La qualité d'un produit ou d'un service, c'est « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (ISO) (71,72).

Les 14 points de Deming, rédigés en 1982 (73) à destination des dirigeants, sont la formulation de référence du Total Quality Management (TQM), qui reflète le parcours d'une entreprise, d'un établissement, d'un collectif ou d'une institution pour satisfaire les exigences qualité de ses clients et les exigences réglementaires applicables (annexe 3). En prenant l'exemple de l'entreprise, les objectifs de cette démarche sont

l'amélioration de la satisfaction des clients et l'amélioration continue de la performance dans la réalisation des objectifs de qualité (74).

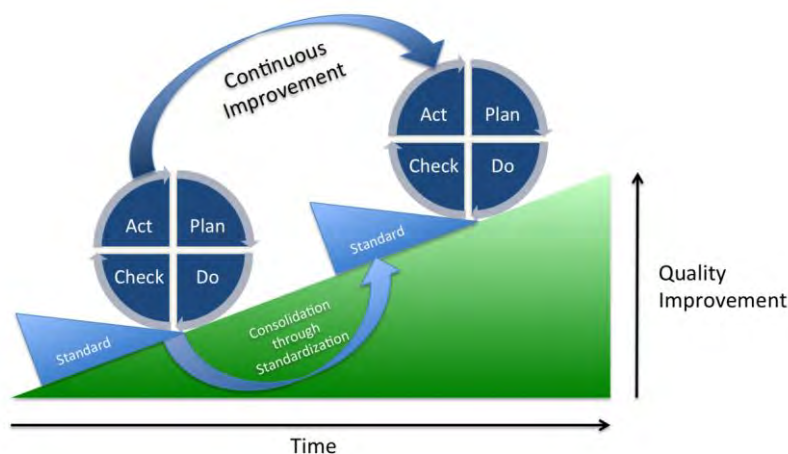
La démarche qualité est un processus global, systématique et continu (71), qui permet d'accroître la confiance dans la qualité du service rendu. C'est un processus participatif qui implique idéalement toute l'entreprise et s'appuie sur un engagement fort de la direction.

Dès 1950, Deming avait décrit la démarche qualité (75) en reprenant le cycle de Shewart (76), représenté par une roue continue et ininterrompue formé de 4 points :

- Plan (planifier) : définition des priorités, de la méthode pour les atteindre et du planning prévisionnel.
- Do (mettre en œuvre) : des mesures concrètes pour améliorer la qualité.
- Check (analyser) : Phase d'autoévaluation et de contrôle, mesure de l'écart entre les résultats et l'objectif, repérage des dysfonctionnements.
- Act (ajuster) : prise de mesures correctives pour s'assurer de l'atteinte de l'objectif et de sa stabilité.

Un standard, une norme ou un système d'assurance qualité, représentés par une cale sous la roue, empêchent de redescendre vers un niveau de qualité inférieur. Ces référentiels garantissent un niveau de qualité donné a minima.

Figure 2 : La roue de Deming ou cycle de Shewart (77)



Pour parvenir à une amélioration optimale de la qualité, cette démarche qualité doit s'inscrire dans une véritable politique de qualité, portée par les dirigeants et responsables, et impliquant un questionnement et une discussion en équipe sur les pratiques et l'organisation. Le fonctionnement de l'organisation et des actions doit être examiné régulièrement pour anticiper d'éventuels dysfonctionnements.

Ce processus est interne à l'organisme, mais une évaluation externe de la qualité est également possible et souhaitable. Celle-ci permet :

- d'aider l'entreprise à identifier les problèmes et à trouver des solutions,
- d'aider l'entreprise à satisfaire les normes de qualité,
- d'aider le public ou les clients à connaître le niveau des exigences qualité de l'entreprise,
- d'apporter une relative objectivité.

Certains organismes externes peuvent par exemple attribuer un label pour attester d'un dispositif mis en œuvre, en réponse à un cahier des charges spécifique. Le label « droit des usagers de la santé » est un exemple de label dans le domaine de la santé. Il récompense chaque année des bonnes pratiques et des projets innovants pour faire connaître et progresser des droits des usagers auprès des acteurs de la santé, du social et du médico-social (78).

Une certification assure que le produit ou le service est conforme à des exigences spécifiques. La certification ISO est l'exemple le plus parlant d'assurance qualité, qui permet de donner un niveau de confiance approprié quant aux exigences pour la qualité. Les normes ISO de la famille 9000 s'attachent au management de la qualité par la participation de tous les membres de l'organisation et l'implication de la direction et des responsables dans la mise en place du système qualité. Ces modèles sont utilisés dans de nombreux domaines (industrie, services) (74).

Dans le domaine de la santé aussi, ces normes ont toute leur utilité, avec par exemple des associations qui reçoivent la certification ISO, améliorant ainsi leur performance globale, et prouvant leur capacité à fournir un service conforme aux exigences (79,80).

II.1.1.2. La qualité en médecine

Le champ de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé publique en général possède des spécificités propres qui diffèrent du modèle de l'entreprise.

On ne parle plus de « client », mais d'« usager de santé », de « bénéficiaire » ou de « population ». L'« entreprise » devient également « association », « institution » ou « promoteur ».

Plus encore que le champ lexical, c'est l'objectif même qui diffère. Bien qu'une gestion rigoureuse des ressources humaines et financières reste indispensable, le lien social de proximité avec les territoires et les usagers, ainsi que l'engagement bénévole que l'on peut y retrouver, font du domaine de la santé publique une entité à part qui nécessite des outils spécifiques. Il faut donc penser la qualité différemment (81).

En promotion de la santé, la qualité est définie comme « l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de proposer la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations » (71).

Afin de s'assurer de la qualité, il faut mettre en œuvre une démarche systématique d'identification des facteurs clés de l'action et des possibilités d'amélioration. L'utilisation du cycle de Shewart est adaptée à la démarche qualité en prévention et promotion de la santé, à condition de ne pas oublier que l'action et le porteur du projet doivent impérativement respecter les principes de promotion de la santé, tels que définis dans la charte d'Ottawa.

Pour répondre au mieux au besoins en santé d'une population, l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) propose, par exemple, 4 critères de qualité d'une action de promotion de la santé (82) :

- une approche globale et positive de la santé ;
- la prise en compte des inégalités sociales de santé ;
- le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations ;
- la participation des populations concernées.

Compte tenu de la spécificité du domaine de la santé publique, Deccache (83) a préconisé en 1997 une démarche réunissant l'évaluation sur la base de critères externes

définis par des experts, et l'amélioration continue de la qualité. Cette démarche serait une partie intégrante des processus composant l'action, et sous la responsabilité de ses acteurs (74,84).

II.1.1.3. Evidence-based medicine en prévention et promotion de la santé

La pratique médicale actuelle est principalement basée sur l'*evidence-based medicine*, ou médecine basée sur les preuves. Ceci signifie que la prise de décision dans le champ de la santé doit se faire selon les données disponibles les plus récentes et les plus robustes de la science. Si le terme a été défini en 1980 au Canada (85), le concept qui lui est lié date d'Avicenne et son utilisation de la recherche clinique pour définir sa pratique (86,87). L'utilisation des données probantes en santé publique est bien plus récente (88). Elle permet d'appuyer l'importance des faits dans tous les domaines de la santé, y compris en prévention et en promotion de la santé. On recommande actuellement que les pratiques de prévention s'appuient sur des données probantes, ou à défaut mettent en œuvre des pratiques prometteuses et que l'évaluation ne s'arrête pas à mesurer les résultats des pratiques mais s'attache également à la transférabilité.

II.1.1.3.1. Données probantes

La promotion de la santé basée sur des données probantes est « l'utilisation d'informations dérivées de la recherche formelle et d'investigations systématiques pour identifier des causes et facteurs contribuant aux besoins en santé et les actions de promotion de la santé les plus efficaces pour y répondre, dans un contexte et une population donnée » (89).

En prévention et promotion de la santé, pour élaborer et mettre en œuvre des interventions et des décisions, il est bien établi que le recours aux connaissances est une nécessité (90). Il permet d'améliorer les connaissances des acteurs, d'améliorer certains problèmes de santé publique, d'améliorer l'efficacité des interventions, d'utiliser les fonds publics de manière plus rationnelle, de gagner du temps dans les expérimentations, et d'avoir une utilisation clé en main (91,92). Toutefois les actions en santé publique sont dépendantes du contexte dans lequel elles s'insèrent, ce qui rend difficile la démarche d'*evidence-based health promotion* (93).

Il faut donc, lors de la mise en place d'une action ou d'un programme de prévention ou de promotion de la santé, pouvoir se servir à la fois de données scientifiques absolues (recherche sur l'efficacité axée sur la médecine), de données scientifiques contextuelles (recherche axée sur les sciences sociales), et de données informelles (expertise, point de vue et réalités de terrain) (94).

Vouloir se servir de données probantes pour dessiner toute action de promotion de la santé est irréaliste et irréalisable (15). Les essais randomisés sont mal adaptés à la prévention et la promotion de la santé et les données probantes sont donc rares dans ce domaine. Une étude par Jackson et al. publiée en 2001 a analysé 17 initiatives qui tentaient de baser les interventions de santé publique sur des données probantes. Aucune ne répondait parfaitement aux besoins spécifiques de la promotion de la santé (15,95).

II.1.1.3.2. Pratiques prometteuses

Une pratique « prometteuse » s'appuie sur des fondements théoriques documentés qui démontrent sa capacité à atteindre les résultats escomptés, ainsi que sur les indications quant à sa reproductibilité, son adaptabilité, son déploiement ou sa durabilité(96).

Plusieurs bases de données recensent les pratiques prometteuses pour aider les décideurs et les acteurs dans l'élaboration et l'évaluation de programmes ou d'actions. Santé Publique France propose un répertoire, classant les interventions efficaces ou prometteuses par thème (97), en figurant pour chacune, l'état d'avancement du projet et en particulier de l'évaluation de leur efficacité.

La base de données bibliographiques Bip Bop possède également un catalogue d'évaluations de plusieurs programmes et projets (98).

Au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada propose elle aussi un portail des pratiques exemplaires (99,100), et l'Université Mc Master, avec le Centre de Collaboration Nationale des méthodes et outils offre une base de donnée très complète (101).

Une pratique prometteuse s'appuie sur des théories solides, mais son efficacité *in situ* n'est pas prouvée.

II.1.1.3.3. Transférabilité

Le recours à l'utilisation de données probantes ne suffit pas à garantir l'efficacité d'un programme. Il faut également se poser la question de la transférabilité de celles-ci à un contexte, un territoire et une population donnés, c'est-à-dire s'assurer que leur efficacité sera similaire dans un contexte local différent (102). Il faut distinguer la transférabilité de la faisabilité qui répond à la question : cette intervention est-elle possible dans ce contexte ?

ASTAIRE (AnalySe de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE), est un outil créé spécifiquement pour le champ de l'addictologie qui permet de répondre aux différentes étapes d'une étude de transférabilité (90) (103). Il permet d'analyser la transférabilité d'une action lors de sa mise en oeuvre, et d'en accompagner le transfert, en facilitant le report de données utiles à l'analyse. Il est composé de deux grilles : la première grille vise à aider à la conception d'une intervention en vue de la rendre potentiellement transférable ; la deuxième grille sert à analyser la transférabilité de l'intervention et à en accompagner le transfert.

II.1.2. Évaluation

L'évaluation se définit étymologiquement par le rapport que les sujets entretiennent avec la valeur (104). Elle est une estimation de la valeur, du nombre, de l'importance ou de la grandeur d'une entité (105) et doit se baser sur des critères standardisés (106).

L'OMS définit l'évaluation en santé comme « l'analyse scientifique rigoureuse des informations liées aux activités, aux caractéristiques, aux résultats et à l'impact d'un programme, qui détermine l'intérêt d'un programme ou d'une intervention » (107).

En santé publique, selon l'ANDEM (Agence Nationale pour de Développement de l'Evaluation Médicale), l'évaluation est le « Processus d'analyse quantitative et/ou qualitative, qui consiste à apprécier, soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire les effets spécifiques et les conséquence ou l'impact) » (108).

II.1.2.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation est avant tout un outil d'amélioration de la qualité des actions et une recherche sur le bon usage des ressources. À ce titre, son utilité est évidente.

Elle fait partie intégrante de la démarche qualité, comme l'implique la description par l'OMS de l'évaluation des programmes : « l'évaluation est un moyen systématique de tirer des leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées » (109).

Évaluer, ce n'est pas seulement ou nécessairement dire si un projet est efficace. C'est aussi déterminer son utilité *a priori*, mesurer la compréhension d'un message, ou s'interroger sur le déroulement d'un plan. Il existe plusieurs types et méthodes d'évaluations, mais elles ont toutes pour objectif d'aider à la prise de décision (110).

Pour l'évaluateur, l'objectif n'est pas de décider à la place des autorités, mais d'éclairer et informer pour aider à la prise de décision (111).

Pour un opérateur, l'évaluation a plusieurs utilités (112) :

- réajuster ses modalités d'action ;
- s'interroger sur sa pratique ;
- apprécier le travail conduit ;
- rendre compte au financeur ;
- dégager des perspectives d'actions ;
- alimenter la réflexion et favoriser le transfert et partage d'informations.

L'évaluation est au service de tous les acteurs : décideurs, opérateurs, gestionnaires de programmes et bénéficiaires des actions, et son intérêt peut s'appréhender différemment pour chacun.

L'évaluation a également une fonction éthique (113), en plus d'être un acte technique. Elle est une responsabilité pour chaque acteur pour la santé et nécessite une objectivité relative ; elle implique la recherche d'une information précise voire exacte.

Plusieurs obstacles existent cependant, qui peuvent dans certains cas limiter le recours à l'évaluation.

Premièrement, l'évaluation est souvent victime d'une perception négative par les opérateurs : elle peut être vue comme un moyen de « contrôle » avec ou sans objectif de sanction (114). Cela implique des enjeux parfois conflictuels entre les parties, mais également entre la nécessité d'amélioration et la peur de la sanction, en particulier la rupture des financements. L'évaluation peut parfois sembler plus utile pour justifier et pérenniser le financement que pour améliorer les pratiques (115).

Pour l'évaluateur se pose également une question éthique : comment et à qui sont diffusés les résultats de l'évaluation, et quelle en est l'utilisation ? Ces résultats peuvent-ils être occultés ou modifiés (113) ?

Ces questions se révèlent particulièrement importantes dans le cadre de ce travail, où l'analyse de l'évaluation des actions pourrait entraîner une modification de la méthode de travail de l'ARS ou des porteurs de projets voire une modification des financements par l'ARS.

Ensuite, il existe des freins pratiques à sa mise en œuvre qui peuvent augmenter la difficulté perçue, aussi bien pour les opérateurs que pour les personnes extérieures (116). Bien que réaliser une évaluation ne soit pas insurmontable il existe des difficultés concrètes (114) :

- Pas de consensus sur les questions auxquelles doit répondre l'évaluation (objectifs variés, voire conflictuels : comprendre le fonctionnement d'une action, déterminer l'action la plus pertinente).
- Pas de consensus sur la méthodologie ou les indicateurs à employer (individuels versus collectifs, indicateurs portant sur la santé physique, la qualité de vie ou le coût de l'action).
- Pas de consensus sur les termes employés ou leur définition (117).
- Difficulté à réaliser un suivi à long terme.

- Coût de l'évaluation (et ratio « coût de l'évaluation / coût de l'action »), en terme d'investissement humain et financier.

L'amélioration des pratiques est la raison principale de réaliser une évaluation, mais qu'entend-on par « pratiques » ? Définir l'objet de l'évaluation est la première étape à sa réalisation.

On peut diviser une action en 4 phases. Une première phase d'observation qui constate les problèmes de santé dans une population donnée. Après cette phase, il faut définir les objectifs à atteindre.

Des processus sont ensuite mis en œuvre pour réaliser ces objectifs. C'est la phase de mise en œuvre pratique et de déroulement de l'intervention. Celle-ci dépend de l'utilisation des ressources disponibles et du choix des méthodes (118).

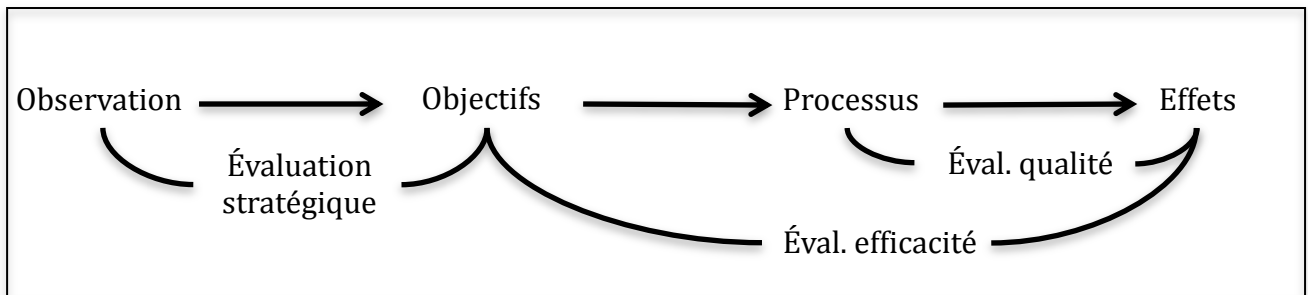
Enfin viennent les effets que produit l'action. Il peut s'agir de conséquences individuelles et/ou socio-environnementales, sur les politiques ou les pratiques (82). Les effets peuvent se catégoriser en deux types : l'impact et les résultats (119). Les impacts sont les effets directs ou indirects immédiats, visés ou non. Si l'on considère une action d'éducation pour la santé, ce sera par exemple l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques ou pratiques, un changement de représentation sociale ou de comportements. Il peut s'agir d'effets non prévus dans les objectifs, positifs ou négatifs sur la population ou un autre public (120). Les résultats correspondent à l'atteinte des objectifs fixés, les effets « finaux », à long terme, d'où l'importance d'une formulation claire et précise des objectifs. Ce seront par exemple des différences de morbidité ou de mortalité dans une population donnée, ou un meilleur accès aux services de santé.

L'évaluation d'une action sera différente selon ce que l'on vise à évaluer (Figure 2) :

- L'évaluation stratégique s'interroge sur la pertinence des objectifs pour résoudre les problèmes observés : ces objectifs sont-ils fondés sur une analyse pertinente de la situation, sont-ils clairs, quantifiables, réalistes et pertinents au regard de cette analyse (112)?

- Évaluer la qualité, consiste à déterminer dans quelle mesure le processus mis en œuvre parvient à produire certains effets et résultats (83).
- Évaluer l'efficacité d'une action, consiste à vérifier si les objectifs fixés ont été atteints.

Figure 3 : Représentation des différents types d'évaluation selon Deccache (83)



Se limiter à évaluer l'efficacité, c'est prendre le risque de ne pas s'apercevoir d'autres effets secondaires inattendus, parfois positifs ou négatifs. Il y a donc de bonnes raisons à :

- évaluer tous les effets possibles, et non seulement ceux liés aux seuls objectifs ;
- évaluer l'ensemble du processus, plutôt que les seuls moyens, procédures et coûts ;
- évaluer l'impact plutôt que les résultats pour ne pas passer à côté d'effets négatifs non prévus ;
- évaluer la qualité plutôt que l'efficacité (83).

Dans cette perspective, la différence entre l'évaluation de l'efficacité et l'évaluation de la qualité, c'est leur objectif : juger l'efficacité permet un ajustement dans le futur, alors qu'avec la qualité, les ajustements sont permanents, immédiats et utiles au programme en cours (121).

II.1.2.2. Méthodes d'évaluation

L'évaluateur doit être choisi en fonction de l'objectif. Chacun a ses avantages et inconvénients (112).

- Évaluateur externe : maîtrise de la méthode d'évaluation, objectivité, connaissance moindre du programme
- Porteur de projet : Excellente connaissance du programme, subjectivité
- Collaboration entre porteur de projet et financeur : excellente connaissance du programme et double point de vue

En plus de la décision de la nature de l'évaluateur, se pose la question de qui définit les normes et critères de comparaison utilisés dans l'évaluation. Ce choix peut se porter sur l'évaluateur, le commanditaire de l'évaluation ou être un débat entre les acteurs concernés (113).

Pour évaluer, il faut collecter ou fournir des informations en vue de prendre une décision. Il faut aussi comparer les informations collectées avec des critères, des "normes" correspondant aux objectifs de l'évaluation. Ce référentiel peut consister en :

- un objectif de santé déterminé par la littérature
- un critère ad hoc, construit de façon pragmatique en fonction de la situation (avis d'experts) (108).

Les critères peuvent être négociés sur la base d'une concertation entre l'ensemble des parties prenantes, et porter à la fois sur les processus, les moyens, les impacts, les choix valoriels et théoriques¹⁶ (84,122-124).

Un critère négocié est un compromis entre des critères « historiques », basés sur l'expérience, des critères « normatifs » basés sur des groupes de consensus, et des critères « absolus » basés sur la situation idéale (125).

Plusieurs méthodes d'évaluation existent. La première est l'évaluation normative. Celle-ci présuppose l'existence de référentiels : on connaît la meilleure façon de procéder, et l'évaluation est alors une analyse des écarts entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait. L'évaluation normative a comme fonction première d'aider les gestionnaires à remplir leurs fonctions courantes et a donc un « design pragmatique ».

¹⁶ Ces choix s'appuient sur des valeurs, telles que l'équité, l'accessibilité, l'acceptabilité, les aspects éthiques ou le degré de couverture.

L'évaluation normative demande l'existence de référentiels ; bien que l'INPES ait beaucoup travaillé pour fournir des référentiels de qualité, ceux-ci restent insuffisants sur les processus de planification, de programmation et de conduites de projets (126).

La recherche évaluative prend toute sa place dans ce contexte (127). Ce deuxième type d'évaluation questionne, au moyen de méthodes scientifiques, la pertinence des objectifs choisis, les processus mis en œuvre dans leur capacité à répondre aux objectifs, et le lien de causalité entre l'action et les résultats observés (128). La recherche évaluative demande une méthodologie plus conséquente, qui peut être à la fois quantitative et qualitative, et mérite la mobilisation d'une expertise extérieure et d'une équipe de chercheurs (129,130).

Selon l'existence de référentiels de qualité, on mobilisera l'une ou l'autre méthode (126,131).

En recherche évaluative, l'évaluation des résultats peut requérir des méthodes lourdes, telles qu'un suivi longitudinal à moyen ou long terme, ce qui en pratique peut être difficile voire impossible.

Plusieurs méthodes existent pour évaluer les effets d'une action (132) :

- Un protocole de recherche expérimentale qui évalue les résultats d'une action par rapport à un groupe qui n'en a pas bénéficié (étude avant / après, étude ici / là-bas, ou encore l'essai randomisé contrôlé, qui bien qu'ayant le meilleur niveau de preuve, est souvent irréalisable dans le champ de la prévention) (133)
- Une enquête de satisfaction (jugement des usagers sur un service)
- Une approche inspirée du marketing (proportion du public touché par une campagne, compréhension du message)

Comme vu précédemment, la seule mesure de l'effet d'une action ne suffit pourtant pas. La meilleure action de prévention aura un effet médiocre si elle est incorrectement déployée. La qualité du déroulement d'une action doit donc également être contrôlée. Dans l'exemple d'une action diffusant un message de prévention, l'évaluation de l'effet du message sur la population doit être complétée par l'évaluation du circuit de diffusion de ce message.

En pratique, la mesure des effets propres d'une action est très compliquée en prévention ; il faut l'associer à une évaluation de la mise en œuvre d'une action : une évaluation de la qualité en sus de l'évaluation de l'efficacité.

Pour évaluer la qualité, il faut comprendre le mécanisme par lequel un processus permet certains effets. Et comme pour toute évaluation il faut des critères adéquats aux objets de l'évaluation, c'est-à-dire au processus spécifique de chaque action ou programme.

Evans (134) propose plusieurs critères d'analyse du processus spécifique à chaque action ou programme, à affiner et remettre en question au cas par cas, qui reposent sur :

- des critères relatifs au programme (l'ensemble des activités prévues : nature, déroulement, composants, adéquation aux besoins exprimés ou non) ;
- des critères concernant les agents et intervenants (compétences, interactions, capacité à favoriser l'émergence des besoins de la communauté et à soutenir les actions) ;
- des critères relatifs à la communauté (public ou individus concernés, qualité des participants, degré de leur participation, satisfaction) ;
- des critères d'utilisation des ressources disponibles et de gestion des contraintes ;
- des critères d'interaction (entre parties du programme et entre différents programmes et systèmes impliqués, et la complémentarité des approches verticales (par thème ou risque) et transversales (par public ou situation)) ;
- des critères relatifs aux choix valoriels et théoriques, (c'est-à-dire l'équité, l'acceptabilité et les aspects éthiques : conflit entre santé publique et santé du public : intérêt de l'individu ou de la collectivité).

Ces critères doivent être secondairement traduits en indicateurs, qui doivent permettre d'apprécier (qualitativement) et mesurer (quantitativement) les critères choisis.

Quel que soit la méthode d'évaluation choisie, envisager l'évaluation comme une phase terminale est une erreur de jugement : l'évaluation doit être considérée comme une partie intégrante et continue du travail : elle est un processus d'analyse présent à chaque étape, comme en fin d'action (120). Elle doit être anticipée dès la conception. Une évaluation régulière est à privilégier (82). Contandriopoulos écrit en 1993,

« l'évaluation d'une intervention est constituée des résultats de plusieurs analyses obtenus par des méthodes et des approches différentes. On ne pourra résumer facilement ces résultats en un petit nombre de recommandations. Il est même vraisemblable que plus l'évaluation est réussie, plus elle ouvre la voie à de nouvelles questions. Elle sème des doutes sans être en mesure de donner toutes les réponses. Elle n'est jamais vraiment terminée. Au contraire, on doit la voir comme une activité dynamique dans le temps, qui fait appel à de nombreux acteurs, utilise des méthodes diverses et met en œuvre des compétences variées » (131).

II.1.3. Critères d'évaluation

La difficulté de notre travail est l'hétérogénéité des actions à évaluer : les thématiques, les objectifs et les publics cibles sont multiples. Il peut s'agir d'un projet de réduction des risques de souffrance psychosociale chez une population migrante, d'éducation à la santé sexuelle dans un lycée ou un programme d'éducation physique en EHPAD. Il est difficile de trouver des critères adaptés à chacun de ces projets. Une recherche des critères d'évaluation présents dans la littérature a servi de point de départ pour créer notre propre grille d'évaluation.

EQUIHP

Le *European Quality Instrument for Health Promotion* (EQUIHP) (annexe 4) est un outil de consensus européen d'évaluation et d'amélioration de la qualité en promotion de la santé, créé par un consortium d'organismes et d'instituts de promotion de la santé issus de pratiquement tous les états de l'Union Européenne, coordonné par un institut Néerlandais (135,136).

C'est un outil qui cherche à améliorer la qualité des actions de promotion de la santé avec un score composé de 13 critères et 95 indicateurs associés à ces critères, et à destination des acteurs de promotion de la santé, les instituts de promotion de la santé, les chercheurs, les décideurs ou les organismes financeurs. Il peut être utilisé pendant la planification d'un projet, ou pour son évaluation. Les indicateurs sont les éléments à vérifier pour rédiger ou améliorer la qualité d'une action, ou peuvent s'utiliser comme outil de réflexion.

Guide méthodologique de l'Inpes à destination des associations : « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? »

Guide d'autoévaluation des actions de promotion de la santé à destination des associations, créé par des associations pour les associations (71,74). Ce guide méthodologique a été réalisé avec l'objectif d'être utile aux opérateurs plus qu'à des évaluateurs externes. Cependant, les critères qu'il contient sont pertinents pour notre étude. Il est composé de 5 parties sur la dynamique associative, les valeurs choisies, l'analyse de la situation, la planification de l'action et enfin les méthodes et compétences sur lesquelles s'appuie la gestion du projet (annexe 5).

Autres exemples de critères d'évaluation

D'autres guides méthodologiques, bien que moins adaptés au contexte spécifique de ce travail, ont néanmoins été utiles, soit dans leur approche, soit pour identifier certains critères intéressants.

Preffi 2.0 est un outil développé par l'institut Néerlandais pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies (annexe 6). Il s'agit d'un outil de pilotage et d'analyse de la planification plutôt qu'un instrument de mesure de l'efficacité des programmes. L'INPES conseille de l'utiliser surtout comme liste de contrôle des éléments à prendre en considération avant de démarrer un projet (74). Si on peut s'inspirer des critères qu'il contient, il ne pourra être utilisé comme tel dans notre travail.

L'Outil de Catégorisation des résultats (OCR), créé par Promotion Santé Suisse sur la base du modèle « *outcome* » de Don Nutbeam (137), est un instrument d'analyse des programmes ou des projets en promotion de la santé. Il permet de catégoriser les résultats d'un projet (138). Ce n'est pas un outil qualité, mais plutôt d'analyse des effets d'un projet.

Le modèle Precede / Proceed est un outil de planification de projet, composé d'une phase de planification et d'une phase de mise en œuvre. C'est un outil de conformité à une méthodologie préétablie, mis en œuvre par Green et Kreuter (17), et traduit en français par une équipe canadienne (139)

Le laboratoire éducation et pratiques de santé a élaboré 4 critères permettant d'évaluer la qualité d'actions d'empowerment *a posteriori* (140):

Critère 1: Le projet a-t-il permis de répondre aux attentes des personnes accompagnées, d'améliorer leur motivation à agir et décider pour leur santé, dans une perspective de « liberté de bien-être » ?

Critère 2: Le projet a-t-il permis de créer un environnement capacitant pour que les personnes puissent agir pour leur santé ?

Critère 3: Le projet a-t-il permis d'identifier des besoins communs des personnes accompagnées ; ont-elles conçu / mené collectivement des actions pour y répondre, et lesquelles ?

Critère 4: Le projet a-t-il permis d'améliorer les compétences de tous ses partenaires dans la poursuite de buts communs identifiés à partir des attentes des personnes accompagnées, et selon une logique de pouvoir partagé mise en place par l'organisation ?

L'outil Quint-Essenz est composé de 23 critères de qualité (141,142). Il a été développé par Promotion Santé Suisse pour les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention pour la planification, la mise en œuvre et dans une moindre mesure l'évaluation de leurs projets.

La grille ASPIRE, adaptée (143,144) sur la base des standards de qualité européens pour la prévention des usages de drogues (EDPQS) (145,146), est spécifique pour les actions de prévention des risques liés aux addictions aux drogues.

II.2. Travail d'analyse des dossiers

II.2.1. Structure et contenu des dossiers

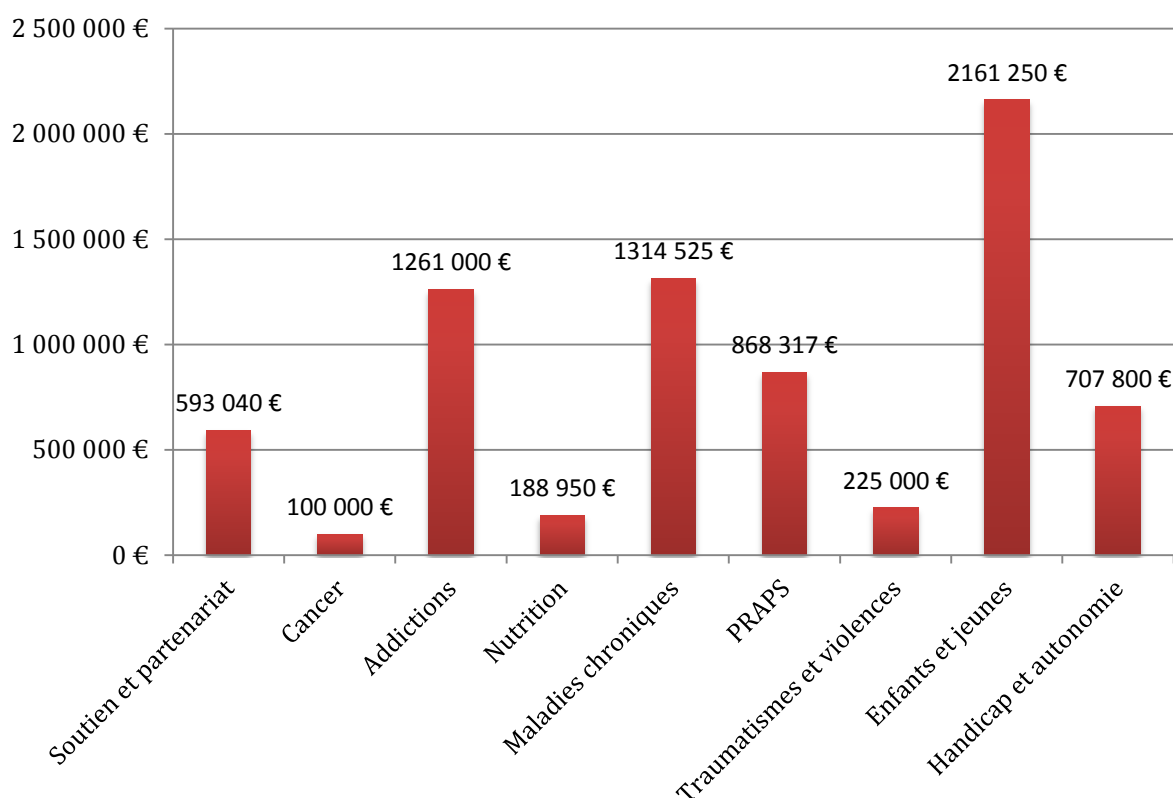
L'ARS a demandé au groupe de travail de la CSP d'analyser les contrats d'objectifs et de moyens (pluriannuels ou non), suivis par le pôle Prévention et Promotion de la santé et financés en 2018 par l'enveloppe du FIR, et ne faisant pas l'objet d'une évaluation par ailleurs ou d'un plan national.

126 contrats ont été inclus, répartis sur 9 thématiques :

- Soutien et partenariat : ligne FIR 1.1.2 pour les actions du même nom.
- Cancer : ligne FIR « 1.2.10 Cancers : autres activités » hors actions du Moi(s) sans tabac.
- Addictions : ligne « 1.2.11 Prévention de pratiques addictives ».
- Traumatismes et violences : ligne 1.2.23 (même intitulé).
- Nutrition : ligne FIR « 1.2.14 Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité » hors actions du Plan National de Nutrition Santé (PNNS).
- Maladies chroniques : « 1.2.16 Prévention des autres maladies chroniques » hors actions d'Education Thérapeutique (ETP).
- PRAPS : « 1.2.21 Promotion de la santé des populations en difficultés ».
- Jeunes et enfants : lignes FIR « 1.2.28 Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes » et « 1.2.22 Périnatalité et petite enfance ».
- Handicap et autonomie « 1.5.3 Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ».

La répartition des montants totaux par ligne de financement est présentée dans la figure 4.

Figure 4 : Budget total des actions à évaluer, par thèmes



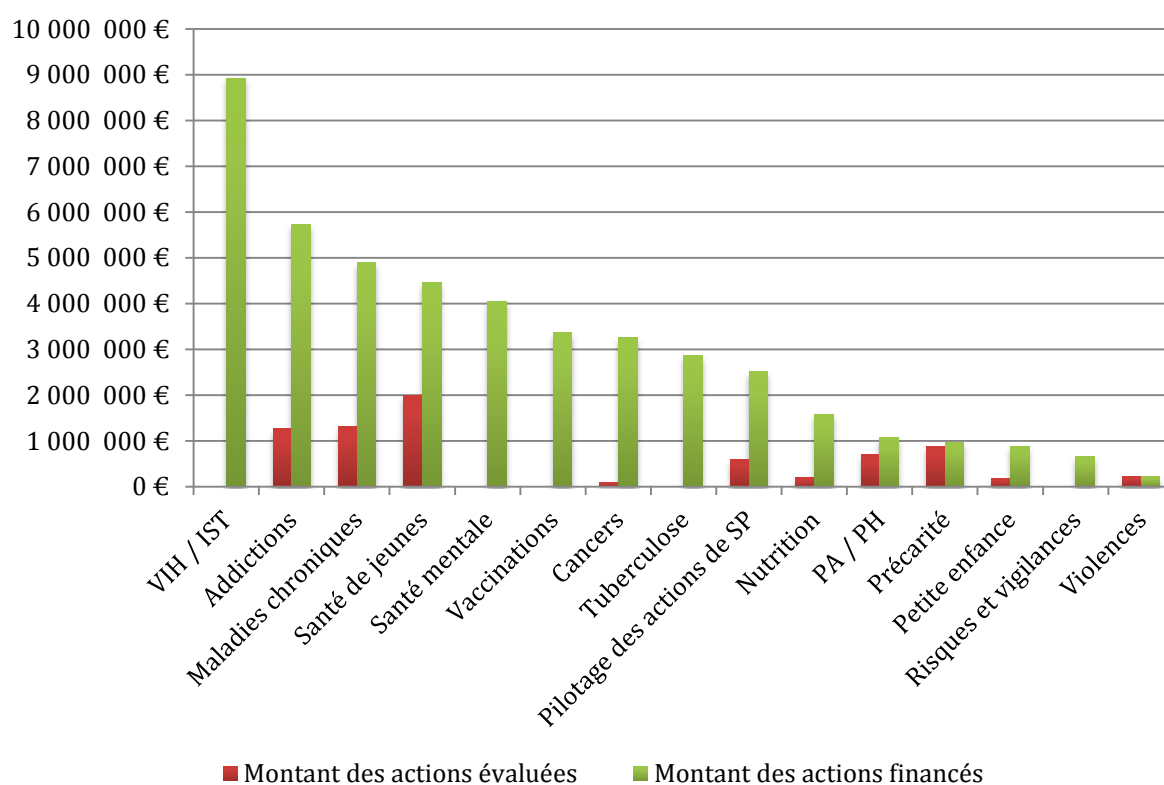
Sur les 46,5 millions du FIR 2018, l'évaluation demandée concerne 7,4 millions d'euros, soit 16,0% du montant total. Le montant des actions incluses par thème, par rapport au montant total financé est présenté Figure 5.

Les grosses structures représentent une part importante du financement de certaines thématiques. Celles-ci étant parfois exclues de l'analyse car faisant l'objet de plans nationaux, la part d'actions étudiées par rapport au financement total de certains thèmes peut être très faible. C'est le cas notamment de la thématique cancer, pour laquelle nous étudions 100 000 € sur les 3,25 millions d'euros qui sont financés en 2018 par le FIR ; dans cette thématique, les structures de dépistage sont en effet exclues. La thématique des addictions, pour laquelle les structures comme les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) sont exclues du travail, ne représente que 1,3 millions dans notre analyse, contre 5,7 pour l'ensemble du financement FIR de la DSP.

Dans le cas de la nutrition, c'est l'exclusion des actions évaluées par ailleurs qui sont responsables de cet écart. Les actions « PNNS » représentent un part importante des financements ; leur exclusion réduit donc la proportion d'actions analysées dans ce thème.

Pour les actions de lutte contre les traumatismes et les violences, notre évaluation couvrira l'ensemble des contrats financés en 2018 (5 contrats pour 225 000 €).

Figure 5 : Montant des actions incluses dans la demande d'évaluation par rapport au montant total des actions financées par le FIR



Le thème représentant le plus gros montant analysé, ainsi que le plus grand nombre d'actions financées est celui de la prévention à destination des enfants et des jeunes, avec 84 actions pour un total de 2 161 250 €. Les actions diverses contre le cancer représentent le montant le plus faible de notre évaluation avec un total de 100 000 € pour 2 actions.

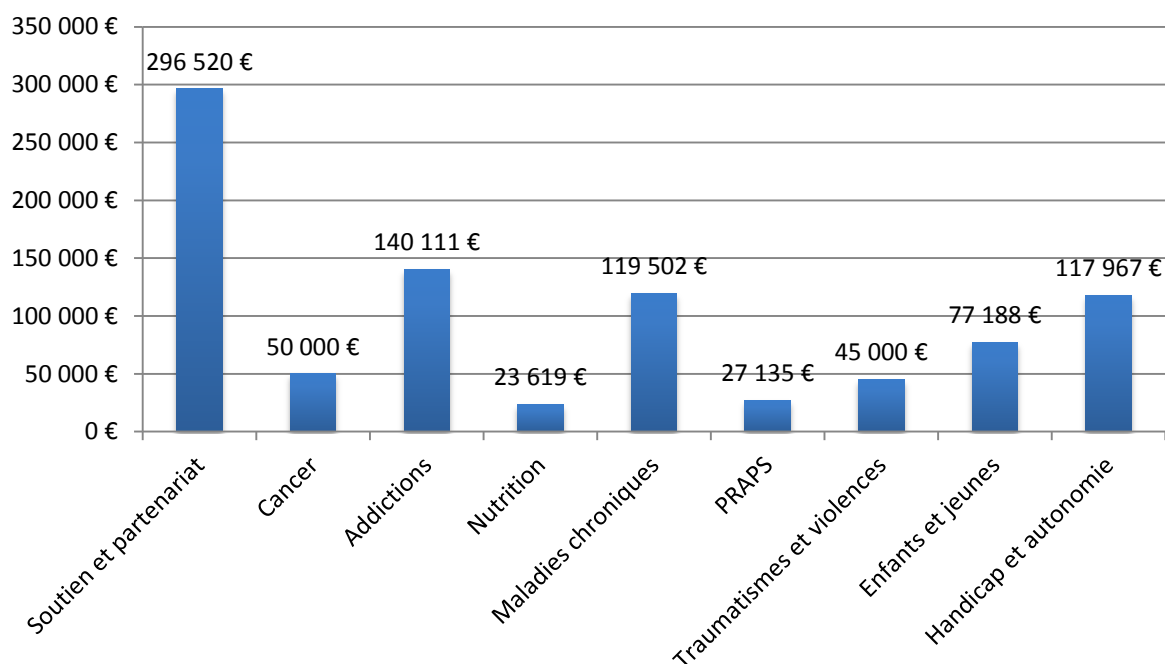
Les 126 contrats inclus dans l'analyse ont été passés avec 99 opérateurs différents et contiennent 220 actions différentes. Dans la majorité des cas, un seul contrat est établi pour chaque porteur de projet, sauf pour quelques actions de prévention des maladies chroniques qui ont eu besoin de fonds supplémentaires, donc d'un avenant au contrat, et en santé des jeunes pour des actions concernant deux stratégies différentes (santé mentale et santé sexuelle) ou deux lignes FIR différentes. La plupart des contrats ne concernent qu'une seule voire deux actions, mais il peut y en avoir plus, comme pour les actions de prévention des maladies chroniques, avec en moyenne 3,5 actions par contrat. En santé des jeunes, la moyenne est de 3 actions par contrat, et jusqu'à 33 actions pour un des contrats ; celui-ci est en effet déployé sur tous les départements, avec plusieurs actions sur chaque territoire. Sans compter ce contrat, il y a en moyenne 1,9 actions par contrat en santé des jeunes. Le Tableau 1 présente le nombre d'actions et de contrats par thèmes.

Tableau 1 : Actions entrant dans le cadre de l'évaluation par thèmes

Thématique	Porteurs	Contrats	Actions
Soutien et partenariat	2	2	6
Cancer	2	2	6
Addictions	9	9	13
Nutrition	8	8	12
Maladies chroniques	9	11	38
PRAPS	32	32	43
Traumatismes et violences	5	5	7
Enfants et jeunes	26	28	84
Handicap et autonomie	6	6	11

Les montants moyens par contrats varient beaucoup d'un thème à un autre ; ils sont présentés dans la figure 6. Le thème addictions a des contrats en moyenne de 140 111 €, tandis que les contrats des thèmes nutrition et PRAPS sont financés en moyenne à 23 619 € et 27 135 € respectivement. À noter que les actions de soutien et de partenariat ne concernent que 2 contrats : un à 90 000 € et un à plus de 500 000 €, et que la moyenne calculée a peu de valeur dans ce cas.

Figure 6 : Montant moyen des contrats, par thèmes



II.2.1.2. Structure des dossiers

Pour chaque contrat, un dossier a été constitué à partir des éléments dont dispose l'ARS :

- la fiche du Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (Cerfa) ;
- l'annexe à la fiche Cerfa contenant le descriptif de l'action et l'évaluation prévue ;
- le bilan de l'action pour 2018, ou si celui-ci n'était pas disponible, le bilan 2017 ou le bilan intermédiaire¹⁷ ;

La fiche Cerfa (annexe 7) apporte des renseignements administratifs tels que le budget total de la structure financée et ses partenariats, ainsi que des informations concernant le financement du projet : budget et détail des moyens matériels et humains alloués au projet.

¹⁷ Ceci concerne essentiellement les actions en milieu scolaire et se déroulant de septembre à juin de l'année suivante.

L'annexe au dossier Cerfa (annexe 8), à remplir pour chaque action du projet, décrit chaque action : son nom et son montant, ses objectifs et son contenu, avec le calendrier de sa mise en place, ses lieux et territoires géographiques d'intervention, les publics-cibles, le nombre d'interventions et de bénéficiaires, et les moyens humains et matériels nécessaires à sa mise en œuvre, ainsi qu'un budget détaillé avec une partie dédiée aux dépenses et une aux recettes, qui incluent les co-financements pour chaque action. Une partie dédiée à l'évaluation se trouve à la fin du document, avec ses modalités, ainsi que des indicateurs de processus et de résultats avec leurs valeurs cibles pour chaque année de mise en place de l'action.

Le bilan annuel (annexe 9) contient les résultats de l'évaluation prévue, avec un rappel des valeurs prévues pour chaque indicateur, et la réalisation pendant l'année. Le bilan financier (annexe 10) fait état du budget de chaque action, après sa réalisation. Certains porteurs ont fait parvenir à l'ARS un bilan personnalisé, en plus du document-type demandé.

II.2.2. Etapes de l'analyse

II.2.2.1. Constitution d'un groupe de travail

La réalisation de l'évaluation souhaitée a été proposée par l'ARS à la CSP, qui s'est prononcée favorablement pour sa réalisation. Un groupe de travail a alors été constitué, sur la base du volontariat, et sous réserve de l'acceptation par l'ARS de l'implication de chaque personne. En fonction de la Déclaration Publique d'Intérêt (DPI) remplie par chaque personne, l'ARS a vérifié qu'aucun conflit d'intérêt n'existait qui pourrait mettre en cause l'objectivité des membres du groupe de travail.

Dix personnes se sont initialement portées volontaires, et ont été acceptées par l'ARS, pour constituer le groupe de travail. Ce groupe devait se retrouver pour des réunions de travail régulières au cours de l'année pour analyser les dossiers et les évaluer. Toutefois, pour différentes raisons, le groupe se trouve actuellement limité à 6 personnes. Quatre réunions ont pu avoir lieu au cours de l'année 2019 et le travail devra se poursuivre en 2020.

II.2.2.2. Elaboration d'une grille d'évaluation

A partir des données obtenues grâce à l'analyse bibliographique sur la qualité et l'évaluation, ainsi qu'avec les grilles d'évaluation trouvées dans la littérature, j'ai proposé des éléments pour établir une grille d'évaluation spécifiquement pour les actions contenues dans ce travail.

Dans le cadre d'une étude réalisée *a posteriori*, l'évaluation de l'efficacité des actions n'aurait pu se baser que sur les évaluations prévues par les structures elles-mêmes, contenues dans les bilans, et selon des méthodes et critères variant d'une action à l'autre. L'évaluation de la qualité des actions est parue comme un objectif plus pertinent de notre travail.

Les deux grilles qui m'ont paru les plus adaptées à cet objectif étaient la grille EQUIHP et l'outil de l'Inpes (71,136). Au cours de sa première réunion, le groupe a combiné ces éléments pour garder les critères les plus pertinents dans le cadre du travail, et élaboré la grille ci-dessous (Figure 7).

Figure 7 : Grille créée pour le travail d'évaluation des actions

Analyse du cadre	Agit sur les déterminants de santé Lesquels	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	En accord avec le PRS Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Repose sur des données probantes Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Cherche à réduire les inégalités sociales de santé Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Vise une appropriation par les acteurs Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Autonomisation de la population-cible Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
Mise en œuvre du projet	Analyse des besoins Commentaire	<input type="checkbox"/> Territoire	<input type="checkbox"/> Population	<input type="checkbox"/> Pas d'analyse
	Population décrite Caractéristiques de la population	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Moyen d'approche explicité Moyen d'approche	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Acteurs concertés Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Population-cible concertée Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Contexte clairement défini Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
Formulation SMART	S spécifique Groupe-cible et objectif clairement définis	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	M mesurable Amplitude changement, nombre de bénéficiaires	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	A acceptable Pour le groupe-cible	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	R réaliste Dans le temps prévu, le budget et les acteurs	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	T temps Calendrier et rôle de chacun définis	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
Évaluation	Prévue et en accord avec le projet Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Bilan 2018 reçu Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Objectif chiffré atteint Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
Caractéristiques du projet	Projet pérenne Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
	Projet transférable Commentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NSP
Commentaires				

II.2.2.3. Application de la grille pour une première évaluation

Lors de la première réunion, le groupe de travail s'est penché sur l'analyse d'un échantillon diversifié de 13 dossiers : des contrats de plusieurs thématiques, de montants variés et de durées annuelles ou pluriannuelles.

Pour avoir un regard croisé, chaque dossier était lu par au moins deux personnes différentes, qui remplissaient chacune la grille d'évaluation. Les binômes ont été constitués et ont travaillé selon la méthode suivante :

- diversité des compétences : chaque fois que possible, les dossiers étaient confiés à un membre connaissant le thème et un membre non spécialiste ;
- diversité des associations, pour que ne soient pas constitués des binômes fixes ;
- évaluation à l'aveugle : chacun réalisant son analyse sans connaître l'avis de l'autre évaluateur.

La première réflexion de l'ensemble des membres présents était la difficulté de remplissage de la grille au regard du contenu des documents disponibles : les objectifs étaient souvent imprécis, et les descriptions des actions parfois insuffisamment détaillées pour permettre le remplissage de la grille.

Aucun dossier ne précisait si les actions se basaient sur des pratiques prometteuses ou des données probantes, et il semblait que ce n'était jamais le cas.

Certains opérateurs n'avaient pas fourni de bilan de leurs actions au cours de l'année écoulée, et quand le bilan était présent, les informations fournies étaient souvent insuffisantes pour permettre de se former une opinion quant à la réussite de l'action, en terme d'efficacité et de qualité.

Les grosses structures, recevant des financements importants, fournissaient globalement des dossiers plus complets ; cela créait un déséquilibre avec les petites structures, moins habituées à ce genre d'exercice, mais qui peuvent fournir un travail de terrain de qualité par ailleurs.

Face à ces obstacles, le groupe de travail s'est retrouvé devant l'incapacité à remplir correctement la grille pour les contrats sélectionnés

Refaire une nouvelle grille plus adaptée aux réalités des contrats n'était également pas pertinent car les réponses qu'elle apporterait ne permettraient pas de répondre à l'objectif du travail demandé par l'ARS.

Il est possible que les chargés de programme de l'ARS disposent d'autres éléments issus de leurs contacts avec les porteurs de projets. Il est difficile de répondre à cette question et d'obtenir ces éléments le cas échéant, car la plupart des chargés de programmes concernés ne sont pas disponibles pour répondre à nos questions (retraite ou changement de poste).

Deux problématiques différentes sont exposées ici et ont été discutées par le groupe de travail.

Premièrement, les porteurs de projets ne fournissent pas toujours à temps les éléments nécessaires, en particulier les bilans.

- Les structures concernées ont-elles le temps ou les moyens humains pour remplir ces bilans ?
- Quelles conséquences pour eux ? Est-ce éthique d'arrêter un financement sur la seule base d'un retard de remise de bilan, et sinon, l'ARS peut-elle se permettre de poursuivre le financement d'actions dont elle ne connaît pas l'efficacité ?

Deuxièmement, le remplissage des annexes aux dossiers Cerfa et des bilans sont souvent de mauvaise qualité. Certaines informations cruciales ne se trouvent pas dans les dossiers, et il est parfois difficile de comprendre en quoi consiste une action, simplement en lisant les documents à notre disposition.

- Les porteurs de projets ont-ils les compétences pour remplir les documents demandés, et faut-il évaluer la qualité d'un porteur à bien décrire son action ou la qualité de l'action elle-même ?
- Les critères des documents-types fournis par l'ARS sont-ils pertinents ? Quand la majorité des porteurs ne remplissent pas correctement un document, on peut s'interroger sur des éventuelles modifications à apporter à la structure des documents demandés.

Ce dernier point est conforté par l'exemple de deux contrats. Les porteurs de projets concernés avaient fourni, en plus du bilan-type demandé par l'ARS, leur propre bilan, détaillant les processus et les résultats de leur travail. Ces documents étaient bien plus informatifs que les documents-types pour comprendre les actions concernées et remplir notre grille d'évaluation. Les deux porteurs concernés avaient donc les moyens et les capacités d'évaluer leur action, mais les informations contenues dans le bilan-type étaient de mauvaise qualité par rapport à leur propre bilan.

II.2.2.4. Analyse thématique d'OSCARS

La plateforme d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS) est un outil qui recense des actions de santé publique financées dans plusieurs régions de France (147). Au plan national, tous types d'actions se retrouvent dans ce module, soutenues par plusieurs financeurs : des actions de santé publique en général pour 11 régions, des actions d'ETP pour 4 régions dont l'Occitanie, des actions de santé au travail pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et les actions du Moi(s) sans tabac, dans toute la France à la demande de Santé Publique France. En région PACA par exemple, les actions financées par l'ARS, l'Assurance Maladie, ou les collectivités territoriales entre autres, sont contenues dans cette base.

En Occitanie, l'ARS finance depuis 2013 la saisie des données sur les actions de prévention et promotion de la santé financées par l'ARS, par thématique, par public, par territoire, par porteur. La base de données a été alimentée pour les années 2012 à 2017 et les actions de 2018 sont en cours d'ajout.

La CSP s'est questionné sur l'utilisation et l'utilité de cet outil. OSCARS serait certainement utile si tous les opérateurs de prévention de la région l'alimentaient avec leurs propres actions. Mais cela pose le problème du temps à consacrer pour la saisie des données. S'il ne contient que les actions de l'ARS, il faut évaluer l'utilité de son financement pour l'ARS Occitanie, et l'utilisation qui peut en être faite. Cette question est en cours de réflexion au sein de l'agence.

Le groupe de travail de la CSP a pensé que cet outil pourrait être un appui pour évaluer de manière descriptive les actions financées par l'ARS. Le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations et Observatoire Régional de Santé (CREAI-ORS) Occitanie a réalisé une recherche sur OSCARS, sur les actions à destination des moins de 25 ans et présenté à la CSP du 18 septembre 2019. Cette analyse a montré que 282 actions à destination des jeunes et des enfants avaient été financées par l'ARS en 2017. Même si ce chiffre ne concerne pas la même année que notre évaluation, il est largement supérieur aux 84 actions qui sont incluses dans notre travail. Dans ce contexte, la question de l'exhaustivité de notre base de données s'est posée.

Les 17 maisons des adolescents (MDA) et structures de prise en charge des adolescents, dépendant de plans nationaux, ne sont pas incluses dans notre travail. Elles représentent un financement FIR de 1,9 millions d'euros pour l'ARS.

De plus, le classement des thématiques à la fois par problème de santé, et par approche populationnelle, permet de cerner facilement les types d'actions contenues dans chaque thème et de répartir de manière adéquate le travail de chaque chargé de programme en prévention et promotion de la santé au sein de l'ARS. Mais cela signifie également que certaines actions, concernant un public donné pour un risque particulier, peuvent concerner deux lignes FIR différentes.

Par exemple, une action de prévention des addictions à destination des jeunes pourrait à la fois être classée en « prévention de pratiques addictives » et en « actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes ». Le financement pourrait provenir des deux lignes du FIR (mais dans quelle proportion ?) ou porter en priorité sur le classement par « type de risque ou de pathologie ».

Les actions classées par catégories populationnelles ne sont alors que celles concernant un public donné, mais sans cibler une pathologie particulière. Cela peut être le cas d'une action de renforcement des compétences psychosociales chez les enfants : ce type d'actions peut non seulement avoir pour objectif de réduire l'entrée dans les addictions, mais contribue également à la réduction d'autres comportements à risques comme ceux liés à la sexualité, ou participer à la réduction du risque de troubles mentaux.

L'outil OSCARS permet d'afficher les actions par thème de santé et par public. Une action de réduction du risque d'une pathologie et concernant un public donné sera listée dans

les deux catégories. Le nombre d'actions à destination des enfants et des jeunes est donc bien plus important sur OSCARS qu'avec notre méthode de recherche par ligne FIR.

Discussion

L'ARS souhaite avoir un avis sur la pertinence des financements accordés aux actions de prévention et promotion de la santé, et des propositions pour en améliorer l'efficacité.

Le groupe de travail constitué au sein de la CSP a débuté ce travail en analysant des contrats de plusieurs thématiques différentes. Très vite, des problèmes ont été rencontrés pour remplir la grille d'évaluation, et pour réaliser une évaluation de qualité. Plusieurs questions et remarques sont ressorties de ce travail.

Premièrement, la question de l'exigence demandée pour l'évaluation s'est posée. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de moduler les exigences de l'évaluation selon plusieurs critères.

Selon Barthélémy et al., il faut pouvoir moduler l'évaluation en fonction des moyens humains et financiers, des activités et des compétences de la structure (82). Par ailleurs, Schaetzel et al. argumentent qu'il faut une proportionnalité entre l'action et l'évaluation (126). Il faut certainement que les coûts humains et financiers de l'évaluation ne dépassent pas les moyens de l'action (114). Dans le cadre de ce travail par exemple, on ne peut avoir le même niveau d'exigences envers une action qui a coûté 1 000 € à l'ARS et une action à 100 000 €.

Cette idée a été relevée très tôt par le groupe de travail. Les moyens employés pour l'évaluation à la fois par les structures, par l'ARS et par le groupe de travail de la CSP ne peuvent pas être les mêmes pour toutes les actions.

Le choix d'un seuil pour définir les niveaux d'exigences est cependant difficile à déterminer. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude pouvant répondre à cette question. Celle-ci est pourtant importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, pour aider l'ARS et les porteurs dans leur travail quotidien en baissant le niveau d'exigence pour les « petits » contrats (un simple bilan d'activité par exemple). Ensuite, dans le cas des contrats financés pour des montants élevés, l'ARS doit pouvoir être en mesure de connaître l'efficacité du projet, et la qualité de sa mise en œuvre. Enfin, pour le groupe de travail de la CSP, le temps passé à l'évaluation ne doit pas être la même pour tous les contrats. Si nous décidons d'appeler les porteurs pour avoir des

informations complémentaires, le budget qui leur est attribué peut être un critère de sélection.

Deuxièmement, les informations contenues dans les dossiers n'étaient pas toujours suffisantes pour évaluer la qualité des actions. Une piste de réflexion du groupe de travail pourrait concerner les documents-types fournis par l'ARS aux porteurs de projets.

Troisièmement, devant la difficulté à analyser chaque action individuellement et pour comprendre les interactions entre les projets, une méthode différente a été choisie pour étudier les dossiers. Le groupe de travail a décidé d'analyser les dossiers par programmes plutôt que de manière individuelle. Cette méthode permet de rechercher des informations sur le thème concerné qui peuvent servir pour plusieurs dossiers (par exemple, sur l'implication des rectorats dans des interventions au sein des collèges ou lycées). Elle permet aussi d'appréhender le maillage territorial des actions, en observant, pour chaque thème, sur quel territoire les actions ont lieu, et les départements ne bénéficiant d'aucune action ou au contraire les publics recevant plusieurs actions de même type.

Avec cette méthode, et les questions que le groupe de travail se pose, évalue-t-on toujours les actions, ou les programmes ? Dans le second cas, il faudrait revoir la méthode et interroger la conduite des programmes.

Dans la littérature, certains travaux parlent d'évaluation de programmes (148,149), mais très peu parlent spécifiquement du modèle français et des ARS (3,132,150).

L'autre façon d'appréhender ces difficultés, est d'évaluer, non plus la qualité, mais la stratégie des actions. Pour réaliser une évaluation stratégique, l'utilité *a priori* sera difficilement mesurable, mais si les besoins de santé sont bien explicités, il faudra pouvoir évaluer la pertinence des actions et leur objectif.

Parvenu à ce stade de l'analyse, le groupe de travail s'interroge sur la méthode à employer pour poursuivre son travail :

- Temps d'échange avec l'ARS, en particulier les chargés de programmes pour mieux comprendre la stratégie

- Nécessité d'obtenir des informations complémentaires en rencontrant certains porteurs de projet et éventuellement en auditionnant des experts des domaines concernés

Ces questions et propositions constitueront le travail de la CSP pour l'année à venir.
J'espère que le travail de cette thèse aura fourni des éléments utiles à la réflexion.

Conclusion

L'ARS a demandé à la CSP de donner son avis sur une série d'actions financées, dans le cadre du FIR en 2018, en matière de prévention et promotion de la santé. Un groupe de travail de 10 personnes a été constitué au sein de la CSP. Conscients de l'impossibilité d'une évaluation des effets des actions, le groupe souhaitait se concentrer sur l'analyse des processus. Une revue de la littérature m'a permis de proposer une méthode de travail et des éléments pour l'établissement d'une grille d'analyse que ce groupe a validés. J'ai également réalisé un bilan descriptif des différents types de contrats financés. Cependant, après l'étude d'un certain nombre de dossiers, il est apparu que les éléments disponibles (contrats d'objectifs et de moyens, et bilans des actions précédentes) ne permettaient pas de remplir efficacement la grille proposée.

Considérant que l'analyse des processus n'était pas réalisable, le groupe de travail s'oriente actuellement vers une évaluation stratégique. Celle-ci est envisagée pour les différentes thématiques et devra s'appuyer sur des auditions à réaliser au cours de l'année 2020.

Le présent document présente, outre le contexte, les éléments de l'étude bibliographique et la grille d'analyse qui en a découlé, ainsi que le descriptif des dossiers étudiés.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

6/12/19



Vu, le Président du Jury
P. Alain GRAND

~~UNIVERSITÉ TOULOUSE III
Département d'Epidémiologie
et Conseil de la Santé et Santé Publique
37, allées Jules Guesde
31073 TOULOUSE CEDEX
TEL. 05 61 14 59 50 ou 51~~

Bibliographie

1. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Stufflebeam's improvement-oriented evaluation. In: Systematic Evaluation: a Self-Instructional Guide to Theory and Practice [Internet]. 1985 [cité 11 oct 2019]. p. 151 - 6. Disponible sur: <http://link.springer.com/openurl?genre=book&isbn=978-94-010-8995-1>
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes no. 1 à 8. Genève; 1984. 40 p. (Série « Santé pour tous »).
3. Bourdillon F. Agences régionales de santé - Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis: INPES; 2009. 192 p.
4. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse de médecine générale]. [Paris 6]: Université Pierre et Marie Curie; 2013.
5. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008.
6. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep Wash DC 1974. avr 1983;98(2):107-9.
7. TNS Qual +. Participation des patients - Rapport complet. Commission européenne, direction générale de la santé et des consommateurs; 2012 mai. (Eurobaromètre étude qualitative).
8. Dozon J-P, Fassin D, éditeurs. Critique de la santé publique: une approche anthropologique. Paris: Balland; 2001. 361 p. (Voix et regards).
9. Lecorps P. Du bon usage de la prévention dans la santé. Projet. 2010;319(6):35.
10. San Marco J-L, Ferron C, Bourdillon F. Fiche 2 - Prévention. In: Agences régionales de santé - Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis: INPES; 2009.

11. Ferron C, Bourdillon F. Fiche 1 - Promotion de la santé. In: Agences régionales de santé - Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis: INPES; 2009.
12. Organisation Mondiale de la santé (OMS). PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA [Internet]. Genève; 1986 [cité 23 janv 2019] p. 6. Disponible sur: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
13. Promotion de la santé : réalisations et leçons apprises depuis la charte d'Ottawa jusqu'à la charte de Bangkok. Washington, D.C., ÉUA: Organisation panaméricaine de la santé; 2006 juin p. 15 p. Report No.: 138e session du comité exécutif.
14. Deschamps J-P. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Santé Publique. 2003;15(3):313.
15. O'Neill M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important? IUHPE - Promotion & Education. 2004;Hors série(1).
16. O'Neill M. Defining Health Promotion Clearly for Teaching it Precisely: a proposal. Promot Educ. juin 1998;5(2):14-6.
17. Green LW, Kreuter MW, Green LW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. 1 p.
18. Chartes et Déclarations [Internet]. PromoSanté. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>
19. Politique Publique Saine - 2e conférence internationale sur la promotion de la santé. Adélaïde: OMS; 1988 avr.
20. Des environnements favorables à la santé : la déclaration de Sundsvall. Sundsvall: OMS; 1991.
21. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème siècle. Jakarta: OMS; 1997.
22. Promotion de la santé : faire place à l'équité - Des idées aux actes - Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé. Mexico: OMS; 2000 juin.
23. Appel à l'action : promouvoir la santé et le développement, réduire de fossé de la

- mise en oeuvre. Nairobi: OMS; 2009.
24. Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques. Helsinki: OMS; 2013.
 25. Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf
 26. Déclaration de Shangai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030. Shangai: OMS; 2016 nov.
 27. Vandoorne C, Melen G, APES-ULg S. Prévention, Promotion de la santé, Education pour la santé : Parle-t-on de la même chose ? APES Univ Liège. 2009;23.
 28. Vandoorne C. Promotion de la santé, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? Colloque international « Promotion de la santé et Éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de la recherche »; 2007 févr 9; Luxembourg.
 29. Priorité prévention - Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Comité interministériel pour la santé; 2018 mars.
 30. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des solidarités et de la santé; p. 104.
 31. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*. mai 2006;367(9524):1747-57.
 32. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 10 mars 2004;291(10):1238-45.
 33. Eurostats. Archive:Amenable and preventable deaths statistics - Statistics Explained [Internet]. 2017 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Amenable_and_preventable_deaths_statistics&oldid=339506
 34. Avoidable mortality (preventable and amenable). In: Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. OECD; 2018 [cité 27 nov 2019]. p. 146-7. Disponible sur:

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/avoidable-mortality-preventable-and-amenable_health_glance_eur-2018-35-en

35. ARS Occitanie. Cadre d'orientation stratégique. Occ Santé 2022. (1):46.
36. Fénina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Irdes; 2006 juill p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 111.
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ. 24 juin 2010;340(jun24 1):c3311-c3311.
38. Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé. NOR : SASX1008853D, JORF n°0077 avr 1, 2010 p. 6277.
39. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR : SASX0822640L, JORF n°0167 juill 22, 2009 p. 12184.
40. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [Internet]. Agence Régionale de Santé. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
41. Secrétariat Général. Livret de présentation des ARS - Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. Agence Régionale de Santé; 2014 sept p. 8.
42. ARS Occitanie. Schéma Régional de Santé 2018-2022. Occ Santé 2022. (2):432.
43. Code de la santé publique - Article L1432-6 - Régime financier des agences. Code de la santé publique.
44. Les dépenses de santé en région - État financier régional relatif aux dépenses 2018 - Répartition des dépenses par financeur [Internet]. Agence Régionale de Santé; [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <http://etatfinancier.arsducentre.fr/>
45. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018 - Focus médico-social. Fédération Hospitalière de France; p. 6. Report No.: 3.
46. Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation. NOR :

ETSH1121575C, DGOS/R5/2011/315 août 1, 2011.

47. DGOS. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>
48. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. NOR : BCRX1125833L, JORF n°0296 déc 22, 2011 p. 21682.
49. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire SG n°2015-152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en oeuvre du fonds d'intervention régional en 2015. NOR : AFSZ1510675C avr 28, 2015 p. 38.
50. La ministre des solidarités et de la santé. Circulaire N° SG/2018/117 du 11 mai 2018 relative aux modalités de mise en oeuvre du fonds d'intervention régional en 2018 [Internet]. NOR : SSAZ1813055C p. 15. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43456.pdf
51. Les dépenses de santé en région - État financier régional relatif aux dépenses 2018 - Annexe 1 - Financements répartis par l'ARS [Internet]. Agence Régionale de Santé; [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <http://etatfinancier.arsducentre.fr/>
52. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [Internet]. Agence Régionale de Santé. 2018 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>
53. Décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé. NOR : SASH1017771D, JORF n°0231 oct 5, 2010 p. 18028.
54. BNDS. COM, Contrat d'objectifs et de moyens - Définition - BNDS [Internet]. Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'éthique médicale. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/dictionnaire/com.html>
55. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023 [Internet].

- 2019 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom-2019-2023>
56. CRSA, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - Définition - BNDS [Internet]. Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'éthique médicale. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/dictionnaire/crsa.html>
57. Devictor B. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? Santé Publique. 2010;22(1):121.
58. Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie [Internet]. ARS Occitanie. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/conference-regionale-de-la-sante-et-de-lautonomie-3>
59. Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. NOR : SASX1008881D, Version consolidée du 14 août 2018 mars 31, 2010.
60. Agence Régionale de Santé. Contrats locaux de santé - Agir ensemble pour la santé des citoyens au coeur des territoires. 2012 oct p. 4.
61. Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. Les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé en Midi-Pyrénées - 2012/2017.
62. Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon. Plan Stratégique Régional de Santé - Agir ensemble pour la santé de tous en Languedoc-Roussillon. p. 95.
63. ARS Occitanie. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Occ Santé 2022. (3):88.
64. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. NOR : AFSX1418355L, JORF n°0022 janv 26, 2016.
65. Gerhart C. Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique - Quelques repères pour les acteurs [Internet]. Paris: Ministère de la Santé et des Sports - Direction générale de la santé; 2008 avr p. 46. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PRSP.pdf>
66. Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé. NOR :

- AFSZ1606978D, JORF n°0174 juill 26, 2016.
67. Mouterde F, Bettinger J, Roullé J. Évaluation finale du Projet Régional de Santé de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Planète Publique; 2016 nov.
 68. Comité de suivi et d'évaluation du PRS [Internet]. 2019 mai 24 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr/les-conseils-territoriaux-de-sante-2/>
 69. Décret n°2016-1024 du 26 juillet relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé. NOR : AFSZ1606984D, JORF n°01274 juill 28, 2016.
 70. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 - Un engagement collectif. 2018 sept p. 52.
 71. Hamel E. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Inpes. sept 2009;
 72. ISO 9000:2015(fr), Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr:sec:3.6.2>
 73. Deming WE. Quality, productivity, and competitive position. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1982. 373 p.
 74. Hamel E, Bodet É, Moquet M-J. Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé. Saint-Denis: INPES éd.; 2013.
 75. Deming WE. Elementary principles of the statistical control of quality: A series of lectures. Nippon Kagaku Gijutsu Remmei; 1950. 103 p.
 76. Shewhart WA, Deming WE. Statistical method from the viewpoint of quality control. New York: Dover; 1986. 155 p.
 77. Vietze J. Depiction of the PDCA cycle (or Deming cycle). Continuous quality improvement is achieved by iterating through the cycle and consolidation achieved progress through standardization. 2013.
 78. Droits des usagers de la santé : le Label [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/droits-des-usagers-de-la-sante-le-label-0>

79. Beiso M-L. Pourquoi la norme ISO 9001:2015 peut améliorer la performance globale de votre organisation? [Internet]. 8M Management. 2015 [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://8m-management.com/pourquoi-la-norme-iso90012015-peut-ameliorer-la-performance-globale-de-votre-organisation/>
80. ISO. The ISO Survey of Management System Standards Certifications - 2018 - Explanatory note. Geneva; 2019 sept.
81. Laville J-L. L'association propose un autre modèle d'entreprise. Union Sociale. nov 2009;231:20-2.
82. Barthélémy L, Bodard J, Feroldi J. Actions collectives « bien vieillir » - Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action. Saint-Denis: Inpes; 2014. (Dossiers santé en action).
83. Deccache A. Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. Promot Educ. juin 1997;4(2):10-4.
84. Deccache A, Laperche J. Paradigms, values and quality criteria in health promotion: an application to primary health care. In: Davies JK, MacDonald G Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion. London; 1998. p. 149-63.
85. Watine J. Translations of the « Evidence-Based Medicine » concept in different languages: is it time for international standardisation? Clin Chem Lab Med. sept 2010;48(9):1227-8.
86. Brater DC, Daly WJ. Clinical pharmacology in the Middle Ages: principles that presage the 21st century. Clin Pharmacol Ther. mai 2000;67(5):447-50.
87. Daly WJ, Brater DC. Medieval contributions to the search for truth in clinical medicine. Perspect Biol Med. 2000;43(4):530-40.
88. Wong ML. Evidence-based health promotion: applying it in practice. Ann Acad Med Singapore. sept 2002;31(5):656-62.
89. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promot Int. 18 juill 2006;21(4):340-5.

90. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783.
91. McQueen D, Anderson L. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé 1. *Ruptures*. nov 1999;7.
92. O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Soz- Präventivmedizin Soc Prev Med Médecine Soc Préventive*. oct 2003;48(5):317-26.
93. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2010;58(4):277-83.
94. Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S. Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2005 mai [cité 15 oct 2019] p. 54. Disponible sur: https://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_f.pdf#xd_co_f=MzgwMjczOTgtNWE4MS00YTVmLWJlOGQtOTg5MDU2ODVzMkMkcz~
95. Jackson SF, Edwards RK, Kahan B, Goodstadt M. An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: A review of 17 initiatives. Toronto: Health Canada; 2001 sept.
96. Pratiques prometteuses en promotion de la santé [Internet]. PromoSanté. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://promosante.org/pratiques-prometteuses/>
97. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
98. Résultat de la recherche bibliographique - Bib-Bop [Internet]. Base des outils pédagogiques en éducation et promotion de la santé. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.bib->

bop.org/base_bib/bib_resu_rech.php?&rech=a¶m=||tit=||aut=||ref=||per=_||
reg=||cod=||typ=||ter=%E9valuation&nb=2463&ref=bib_5da06526432f1

99. Le portail canadien des pratiques exemplaires – PCPE [Internet]. Agence de la santé publique du Canada. 2015 [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/>
100. Fazal N, Jackson SF, Wong K, Yessis J, Jetha N. Élaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires. *Promot Santé Prév Mal Chron Au Can.* nov 2017;37(11):433-40.
101. Health Evidence [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://thevidence.org/search.aspx>
102. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int.* mars 2006;21(1):76-83.
103. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health.* déc 2013;13(1):1184.
104. Vial M. *Se repérer dans les modèles de l'évaluation: Méthodes - Dispositifs - Outils.* Bruxelles: De Boeck; 2013. 456 p. (Pédagogies en développement).
105. What Is Evaluation? [Internet]. International Center for Alcohol Policies. 2012 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://web.archive.org/web/20120504022520/http://www.icap.org/PolicyTools/Toolkits/EvaluationToolkit/2WhatIsEvaluation/tabid/441/Default.aspx>
106. Del Tufo S, Gaster L, Joseph Rowntree Foundation. *Evaluation of the Commission on Poverty, Participation and Power.* York: Joseph Rowntree Foundation; 2002.
107. *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme de pays pour l'information et la redevabilité.* OMS; 2011 nov.
108. Chabaud F, Gaillot-Mangin J, Blum-Boisgard C. *Évaluation d'une action de santé publique : recommandations.* ANDEM - Service formation; 1995.
109. *L'évaluation des programmes de santé: Principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.* Genève: OMS; 1981. 49 p. ((Série santé pour tous).

110. Deccache A. Pour mieux choisir son évaluation... Définition et rôles des évaluations en éducation pour la santé. In: Méthodes au service de l'éducation pour la santé. Liège: APES; 1989. p. 2.
111. Gowin DB, Millman J. Toward Reform of Program Evaluation: Lee J. Cronbach, S. R. Ambron, S. M. Dornbusch, R. D. Hess, R. C. Hornik, D. C. Phillips, D. F. Walker, and S. S. Weiner. *Educ Eval Policy Anal.* nov 1981;3(6):85-7.
112. IREPS. Conduire l'évaluation des actions en promotion de la santé. Formation DRAPPS; 2019 sept 24.
113. Demartean M. Évaluer : une question d'éthique. *Santé Homme.* janv 2000;345:36-8.
114. Sizaret A, Fournier C. Évaluation, mode d'emploi [Internet]. INPES; 2005. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/885.pdf>
115. SANDRIN-BERTHON B. Évaluer notre capacité à faire oeuvre d'éducation ; colloque évaluation en éducation pour la santé : entre épidémiologie et sciences humaines, Bordeaux, du 15 au 17 septembre 1998. Saint-Denis (France): Inpes; 2002 p. 165-71. (Éducation pour la santé pour mieux vivre).
116. Duru-Bellat M. Évaluer les politiques publiques, mission impossible ? [Internet]. *Alternatives Economiques.* 2019 [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/marie-duru-bellat/evaluer-politiques-publiques-mission-impossible/00088475>
117. Fontaine D, Beyragued L, Miachon C, Espace Régional de Santé Publique (Rhône-Alpes). Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon: ERSP; 2004.
118. Mutatayi C. Standards de qualité en prévention : une passerelle vers l'évaluation. *La santé en action.* sept 2019;(449):15.
119. Ward William B, Green L. The theory of participation. In: *Advances in health education & promotion volume one part a & b.* Elsevier Science, Inc.; 1986.
120. Bury JA. Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: DeBoeck-Wesmael; 1988. 235 p. (savoirs & santé).

121. Windsor RA, éditeur. Evaluation of health promotion and education programs. 1st ed. Palo Alto, Calif: Mayfield Pub. Co; 1984. 366 p.
122. Chanut V, Chomienne H, Desmarais C. Pratiques valorielles et management public. Rev Int Sci Adm. 2015;81(2):235.
123. Daigneault P-M. Les approches théoriques en évaluation - Cahiers de la performance et de l'évaluation. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2011 Printemps. Report No.: 4.
124. Devaux-Spatarakis A. L'évaluation « basée sur la théorie », entre rigueur scientifique et contexte politique. Polit Manag Public. 2014;31/1:51/68.
125. Green LW. Evaluation model: a framework for the design of rigorous evaluation of efforts in health promotion. Am J Health Promot AJHP. 1986;1(1):77-9.
126. Schaetzel F, Michaud C, Lombrail P, Bourdillon F. Évaluation et pôle de santé publique. In: Agences régionales de santé - Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis: INPES; 2009. p. 162-8.
127. Savoie-Zajc L, Karsenti T. La recherche en éducation: étapes et approches. Saint-Laurent, Québec: ERPI; 2011.
128. Rutman L, Lecomte R. Introduction aux méthodes de recherche évaluative. Ottawa: s.n.; 1982. 187 p.
129. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, éditeurs. L'évaluation: concepts et méthodes [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2011 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/6284>
130. Ridde V, Dagenais C, Bado A, Bamberger M, Bauchet M, Berthelette D, et al. Approches et pratiques en évaluation de programmes [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2017 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/5959>
131. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé - Concept et méthodes. Bulletin. 1993;33(1):12-7.
132. Cases C, Grémy I, Perret B. L'évaluation en santé publique. ADSP. déc 2009;69.

133. Contandriopoulos A-P. Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
134. Evans D, Head MJ, Speller V. Assuring quality in health promotion: how to develop standards of good practice. London: Health Education Authority; 1994. 106 p.
135. Bollars C, Kok H. European Quality Instrument for Health Promotion. :19.
136. European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP). 2005;5.
137. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 1 sept 2000;15(3):259-67.
138. Ackermann G. Guide pour la catégorisation des résultats - Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention - Adapté pour la France par l'INPES, janvier 2007 [Internet]. Berne: Promotion Santé Suisse; 2005 juill [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/categorisation-des-resultats.html#c2555>
139. Renaud L, Zamudio MG, Green L. Planifier pour mieux agir. Montréal: RÉFIPS; 1998.
140. Gross O. Périmètre des missions et cadre évaluatif. Accompagnement à l'autonomie en santé - LEPS; 2019 févr 5; Paris.
141. Ackermann G, Studer H. L'art de la méthode. 2006;4.
142. Promotion Santé Suisse (2018): Critères de qualité des programmes et projets de promotion de la santé et de prévention. Vue d'ensemble des critères et des possibilités d'application sur www.quint-essenz.ch. Document de travail 44. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
143. Felvinczi K, Sebestyén E, Mutatayi C, the European Prevention Standards Partnership (2015). EDPQS Toolkit 1: Selecting quality drug prevention initiatives for funding and support (« Funding and Decision-Making Toolkit ») | European drug prevention quality standards [Internet]. Liverpool: Centre for Public Health; [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: [75](http://prevention-

</div>
<div data-bbox=)

standards.eu/toolkit-1/

144. Brotherhood A, Sumnall H, the European Prevention Standards Partnership (2015). EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts (« Adaptation and Dissemination Toolkit ») [Internet]. Liverpool: Centre for Public Health; [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <http://prevention-standards.eu/toolkit-4/>
145. Brotherhood A, Sumnall H. European drug prevention quality standards [electronic resource]: a quick guide. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013. 37 p.
146. Europäische Kommission, éditeur. European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011. 284 p. (EMCDDA manuals).
147. OSCARS: Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/>
148. Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, éditeurs. Handbook of practical program evaluation. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. 700 p. (Essential texts for nonprofit and public leadership and management).
149. Snelling S, Meserve A. Évaluation des programmes de promotion de la santé : manuel d'introduction. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario: L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario); 2016.
150. Schweyer F-X. Évaluation des programmes de santé publique. Le point de vue d'un sociologue. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2008;56(5):S256.
151. Deming E. Les 14 Points de Deming [Internet]. Association Française Edwards Deming. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.fr-deming.org/les14.html>
152. Deming WE. The new economics for industry, government, education. 2. ed., 4. printing. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology / Center for Advanced Educational Services; 1997. 247 p.

153. Molleman G, Peters L, Hommels L, Ploeg M. Preffi 2.0 - Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies NIGZ, Pays-Bas, Woerden; 2003.

Annexes



EUROPE

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir

notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

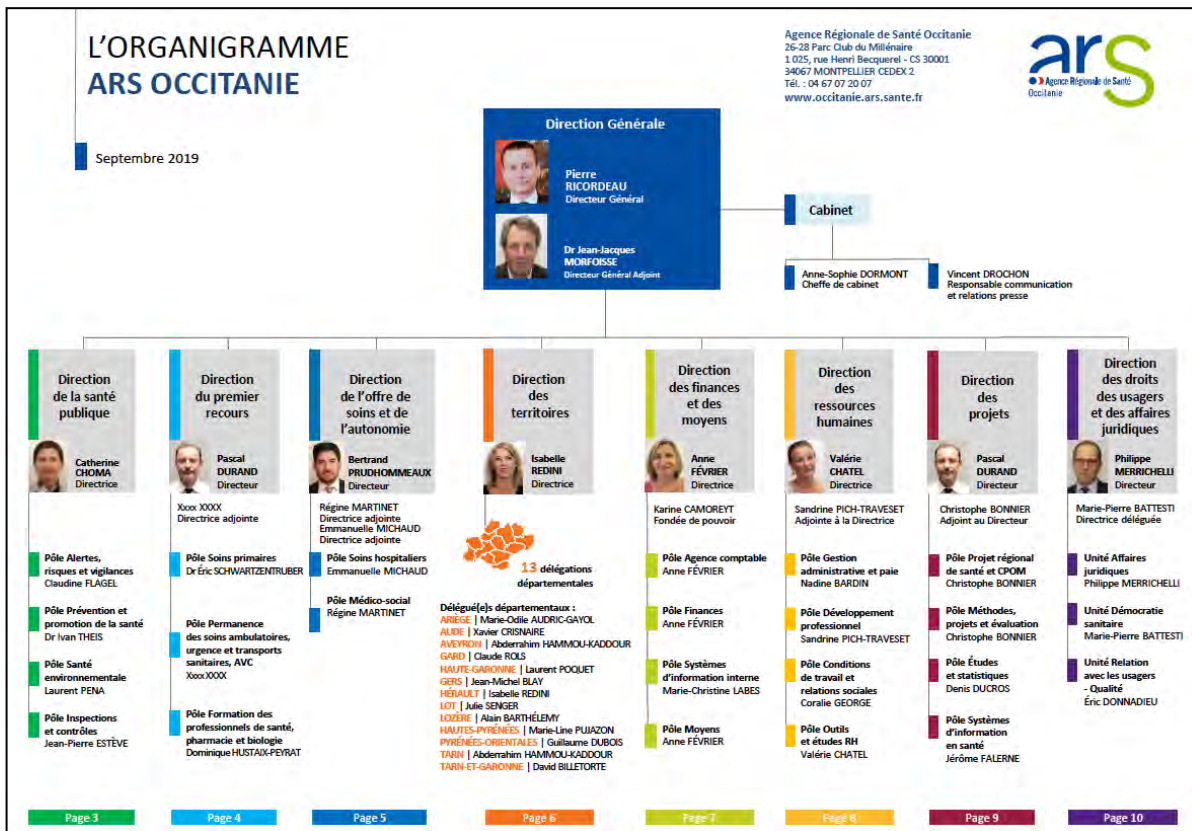
Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Annexe 2 : Organigramme de l'ARS Occitanie en Septembre 2019



Annexe 3 : Les 14 points de Deming (151,152)

Ces recommandations s'adressent aux dirigeants

- 1 Gardez le cap de votre mission en améliorant constamment les produits et les services. Le but d'une entreprise est d'être compétitive, d'Attirer les clients et de donner du travail.
 - 2 Adoptez la nouvelle philosophie. Nous sommes dans un nouvel âge économique. Les dirigeants occidentaux doivent s'informer de leurs nouvelles responsabilités et conduire le changement.
 - 3 Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles et de vérifications. Intégrez la qualité au produit dès la conception.
 - 4 Abandonnez la règle des achats au plus bas prix. Cherchez plutôt à réduire le coût total. Réduisez au minimum le nombre de fournisseurs par article, en établissant avec eux des relations à long terme de loyauté et de confiance
 - 5 Améliorez constamment tous les processus de planification, de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.
 - 6 Instituez une formation professionnelle permanente.
 - 7 Instituez le leadership, nouvelle manière pour chacun d'exercer son autorité. Le but du leadership est d'aider les hommes et les machines à mieux travailler. Révisez la façon de commander.
 - 8 Chassez la crainte, afin que tout le monde puisse contribuer au succès de l'entreprise.
 - 9 Détruisez les barrières entre les services. Le travail dans un esprit d'équipe évitera que les problèmes apparaissent au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.
 - 10 Supprimez les exhortations et les formules qui demandent aux employés d'atteindre le zéro défaut pour augmenter la productivité. Elles ne font que créer des situations conflictuelles.
 - 11 Supprimez les quotas de production, ainsi que toutes les formes de management par objectif. Ces méthodes seront remplacées par le leadership.
 - 12 Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail, ce qui implique l'abolition du salaire au mérite et du management par objectifs.
 - 13 Instituez un programme énergique d'éducation et d'amélioration personnelle,
 - 14 Mobilisez tout le personnel de l'entreprise pour accomplir la transformation.
-

European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)

European Project
Getting Evidence into Practice

I FRAMEWORK OF HEALTH PROMOTION PRINCIPLES

The project embraces the principles of health promotion, including a positive and comprehensive approach to health, attention for the broad determinants of health, participation, empowerment, equity and equality.

The following indicators will help you to assess these principles:

1. Does the project address the determinants of health in terms of the skills and capabilities of people and/or the social and environmental conditions which impact on health?
2. Is the project embedded within a comprehensive approach to promoting health, as elaborated in a (local, regional, national or institutional) policy plan?
3. Does the project work according to evidence-based principles?
4. Does the project pay attention to empowerment?
5. Does the project pay attention to health inequalities and equity?
6. Does the project aim to create ownership among the stakeholders?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II PROJECT DEVELOPMENT & IMPLEMENTATION

a) Analysis

The project is based on a systematic analysis of the health problem and its determinants and of the context in which it will be implemented.

The following indicators will help you to assess the quality of this analysis:

1. Is there evidence of the health problem and its impact on quality of life?
 - Have empirical data been collected regarding the nature, size and distribution of the problem?
 - Has a system review been performed to collect evidence with regard to the problem, or is a review explicitly envisaged in the project plan?
 - Has information concerning the problem been collected through consultation of the target group, community or other stakeholders?
2. Is there evidence of the behavioural and contextual factors which impact on the health problem?
 - Has use been made of theoretical models explaining the links between the health problems, risk behaviour and/or environmental factors?
 - Has the importance of each determinant been examined for the target group?
3. Is there evidence of the context in which the project will be implemented?
 - Is it clear in which context the project will be implemented?
 - Have other programmes been examined which impact on the behaviour or context?
 - Have social, cultural and policy factors been examined which influence the success of the project?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Aims & objectives

The aims and objectives of the project are clearly defined.

The following indicators will help you to assess the adequacy of the aims and objectives specification:

1. Is there a written specification of the project aims and objectives?
2. Is there a distinction between short-term (immediate), medium-term (intermediate) and long-term (ultimate) objectives?
3. Is the formulation of the objectives SMART?
 - S: specific (do they specify the target group and the factors that need to change?)
 - M: measurable (are they written in a measurable format, e.g.: magnitude of effects, numbers to be reached?)
 - A: acceptable for the target group?
 - R: realistic (are they feasible given the available time, money, staffing?)
 - T: time-framed (do they state the time frame within which the objectives must be reached?)
4. Are the objectives matched to the analysis of the problem and determinants?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Target group

The group of people the project intends to influence is clearly defined.

The following indicators will help you to assess the adequacy of the strategy and method specification:

1. Have the relevant demographic features of the target group been identified?
2. Have the priority needs, wishes and social norms of the target group been identified?
3. Has the target group been segmented with regard to motivational phase and possibilities for change?
4. Has the size of the target group been established (number of subjects)?
5. Is it clear how the target group will be reached?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Intervention

The strategies and methods for an effective intervention are clearly outlined.

The following indicators will help you to assess the adequacy of the strategy and method specification:

1. Has a specification been made of mechanisms that will bring about the intended changes?
2. Is the intervention sufficiently comprehensive (does it use a combination of strategies to achieve the objectives)?
3. Has the effectiveness of the intervention methods been proven?
4. Has the intervention been designed in consultation with the partners?
5. Has the intervention been designed in consultation with the stakeholders?
6. Has the intervention been designed in consultation with the target group?
7. Are the intervention methods suitable for the target group?
8. Is the content of the intervention compatible with:
 - the culture, knowledge, views, customs and roles of the target group?
 - the context of the intervention?
9. Has the intervention been effective in achieving the intended outcomes with a similar population?
10. Does the intervention provide a complementary value or enhance the effect of existing interventions?
11. Has the feasibility of the intervention for the given target population been pre-tested, or is a pre-test explicitly envisaged in the project plan?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Implementation strategy

There is a clear description of the way the intervention will be carried out.

The following indicators will help to assess the adequacy of the description of the implementation strategy:

1. Has a particular mode of implementation been chosen?
2. Has this choice been translated into an implementation plan?
3. Will the partners, target group and/or other stakeholders be involved in the project delivery?
4. Is it clear for those who will be involved in the implementation which elements of the intervention are crucial and must be retained without adaptation?
5. Is it clear how the implementation will be monitored?
6. Will the project be documented in a manner which allows for a transfer of experience and know-how to other projects?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Evaluation

The effects (effect evaluation) and quality (process evaluation) of the intervention will be assessed.

The following indicators will help to assess the adequacy of the evaluation of the intervention:

1. Is there an evaluation plan?
2. Does the evaluation plan clearly outline:
 - the purpose of the evaluation?
 - the evaluation questions?
 - the design, method and timing of the evaluation?
 - the tasks, roles and responsibilities for the evaluation (including data collection, analysis and reporting)?
2. Do the evaluation questions match the objectives, context and expectations of the target group and stakeholders?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Will a process evaluation be conducted paying attention to:

- the question whether the activities are implemented according to plan?
- the opinion of users regarding activities and materials?
- obstacles and difficulties encountered during the implementation process?
- suggestions for improvement?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Will an effect evaluation be conducted paying attention to:

- the collection of baseline data?
- the choice of effect criteria and indicators?
- measurement of the short-term, intermediate and long-term objectives?
- exclusion of alternative explanations of possible effects?
- causal attribution of the effect to the intervention?
- evaluation of the cost effectiveness of the project?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Are the evaluation design and methods of data collection appropriate for the evaluation questions, budget and reporting timetable?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Will the information deriving from the evaluation be disseminated and fed back to all stakeholders and to the target group?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

III PROJECT MANAGEMENT

a) Leadership

A person has been designated who is ultimately responsible for and capable of managing the project.

The following indicators will help you to assess the leadership of the project:

1. Has a clear division of responsibilities and tasks been made between project manager and other decision makers?
2. Is the project manager qualified for the tasks or does (s)he have the possibility to acquire the necessary skills?
3. Does the project manager have sufficient authority to achieve the project objectives?
4. Is the project manager able to use the available resources in a flexible manner?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Planning & documentation

The working plan and organisation of the project are firmly established.

The following indicators will help you to assess the adequacy of the planning and documentation of the project:

1. Is the project plan logically structured and clearly written?
2. Does the project plan specify the important decision-making moments?
3. Are the methods of the activities clearly described in a working plan?
4. Are the organisational aspects of the intervention clearly outlined and documented?
5. Is there a realistic timeframe for the project?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Capacity and resources

Are the expertise and resources available that are necessary to implement the project successfully?

The following indicators will help you to assess the adequacy of the capacity and resources for the project:

1. Have the competences of the project staff been clearly established and specified?
 - Is there a profile of the competences and expertise required for each project phase?
 - Are the qualifications and capabilities of staff members matched to the needs of the project?
 - Have the possibilities been specified to enhance skills through supervision, intervention and/or training?
2. Have the financial resources for the project been clearly identified and specified?
 - Is there a budget plan for the project?
 - Have the funding sources been identified?
 - Is the budget realistic?

yes	partly	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Have the material requirements for the project been clearly identified and specified (e.g. administrative needs: telephones, fax machines, computers, internet)?
4. Have the nonmaterial requirements for the project been clearly identified and specified?
 - Has an assessment been made of the available skills and capacities of the target group?
 - Have the possibilities for local networking been identified?
 - Is it clear how local capacities will be mobilised, enhanced and expanded?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Participation & commitment

The ways in which various parties will be involved and committed to the project is clearly outlined.

The following indicators will help you to determine the level of participation and commitment:

1. Has the way in which collaboration and synergy (networking) will be obtained been clearly specified?
2. Have the internal and external partners been identified who are required for adequate support and commitment at each stage of the project?
3. Will working methods be used that take into account the different perspectives and contributions of different partners?
4. Is the participation foreseen in the organisation of the project (e.g., steering/advisory committee)?
 - Have the potential opponents and obstacles of the project been identified?
 - Will participation of internal and external partners be formalised via agreements?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Communication

The way in which all the participants (target group and stakeholders) will be informed about the project is clearly established.

The following indicators will help you to assess the adequacy of the communication:

1. Has a communication plan been made?
2. Is the communication plan suitable for the content of the communication?
3. Is the communication style of the plan adapted to the target group?
4. Have/has the channel(s) of communication been identified in the communication plan?
5. Is the information clear, transparent and rightly timed for the community, the target group and the stakeholders?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV SUSTAINABILITY

The continuation of the project is ensured.

The following indicators will help you to assess the continuation of the project:

1. Has an assessment been made of the sustainability of the project?
2. Have the aims, objectives and results of the project been reviewed in view of continuation?
3. Are the benefits of the project for the participants and the community clearly specified?
4. Have one or more organisations been identified that will continue the project?

yes partly no

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A user manual is provided to facilitate the use of EQUIHP
www.nigz.nl/gettingevidence

This instrument is free to use, but credit should be given to the Getting Evidence into Practice Project, NIGZ and VIG. The Getting Evidence into Practice Project, (Evidence Consortium, GEP, Grant agreement no 2003 123 (790841)) is funded by the European Commission (DG Sanco/G). Neither the European Commission nor any person on its behalf is responsible for any use that may be made of the information contained therein.



© GEP, NIGZ, VIG - October 2005

1 LA DYNAMIQUE ASSOCIATIVE GARANTIT UN CADRE FAVORABLE POUR LE DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS DE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ.

De nombreux organismes de nature et de statut différents, publics ou privés, mènent des actions de promotion de la santé. Parmi eux, les associations sont particulièrement nombreuses. Elles sont porteuses de valeurs spécifiques qui donnent sens et structurent leurs projets, leur fonctionnement et leur organisation. Le mode d'organisation associatif est une forme particulièrement favorable pour assurer la participation des populations puisqu'il croise organisation, élaboration, expression et défense des intérêts des citoyens/usagers.

La recherche de cohérence entre l'action, les principes et le fonctionnement de l'association traduit sa volonté d'améliorer régulièrement la qualité de ses actions. Cette cohérence permet d'assurer l'adhésion et le soutien des différentes personnes impliquées (salariés, adhérents, administrateurs, etc.), de favoriser le respect du positionnement choisi et la compréhension par les autres acteurs (autres associations, financeurs, pouvoirs publics).

POUR VOUS AUTOÉVALUER,
COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS



CRITÈRE 1.1 : VOTRE ASSOCIATION EST ORGANISÉE POUR QUE L'ENSEMBLE DE SES ACTEURS ENGAGÉS DANS LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADHÈRENT AUX PRINCIPES ET VALEURS DE PROMOTION DE LA SANTÉ.

1.1.1 Votre association donne à l'ensemble de ses acteurs (bénévoles, salariés, administrateurs) la possibilité de comprendre ses buts et de situer les actions qu'elle mène dans le champ de la promotion de la santé.



PAR EXEMPLE : existe-t-il un « dispositif » d'accueil des nouveaux arrivants (réunion, tutorat, formation, etc.) explicitant les valeurs fondatrices de l'association et les modèles et références auxquels elles renvoient ? Les documents diffusés en interne (journal, newsletter, etc.) abordent-ils ces sujets ?

1.1.2 Votre association prévoit des temps de réflexion collective sur les principes de promotion de la santé.



PAR EXEMPLE : est-ce que ces sujets font l'objet de réunions spécifiques ? Ces thèmes sont-ils inscrits à l'ordre du jour du conseil d'administration, de l'assemblée générale, des journées annuelles d'échanges ? Sont-ils abordés en réunion d'équipe ?

CRITÈRE 1.2 : VOTRE ASSOCIATION DÉVELOPPE UNE POLITIQUE GLOBALE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ.

1.2.1 Votre association définit un ensemble d'orientations et de mesures pour améliorer la qualité et l'inscrit dans ses priorités.



PAR EXEMPLE : est-ce que la dimension qualité figure explicitement dans les axes stratégiques de votre association ? Est-ce qu'il existe une « politique » d'amélioration de la qualité ?

1.2.2 Votre association met en place des initiatives concrètes et régulières pour l'amélioration de la qualité.



PAR EXEMPLE : différents éléments peuvent en témoigner comme l'identification d'une personne référente en charge de la qualité, l'existence de réunions et/ou de documents sur ce sujet, des bilans réguliers, etc.

1.2.3 Les démarches d'évaluation font partie du fonctionnement courant de votre association qui veille à la prise en compte des résultats.



PAR EXEMPLE : est-ce que les évaluations ou autoévaluations sont régulières et planifiées ? Les résultats sont-ils diffusés et discutés en interne ? Quels sont les outils d'évaluation connus ou élaborés ? Comment sont-ils mis à disposition en interne ? Des temps de mutualisation sont-ils organisés pour intégrer les constats et améliorer les actions ou les procédures ?

1.2.4 Votre association communique régulièrement des informations relatives à la qualité de ses activités.



PAR EXEMPLE : est-ce que votre association communique sur la mise en place de la démarche qualité ? Votre association communique-t-elle, auprès de différents publics, sur l'évaluation de la qualité de ses actions via des réunions, dans des bulletins d'information, des colloques, des revues, etc. ?

CRITÈRE^G 1.3 : LE PARTENARIAT EST FONDÉ SUR LA CONNAISSANCE MUTUELLE DES VALEURS ET ACTIONS DE CHAQUE ACTEUR.

1.3.1 Votre association explicite aux partenaires, notamment institutionnels, les valeurs qui fondent son action et propose d'y faire référence dans les documents contractuels.

PAR EXEMPLE : est-ce que les valeurs associatives (primauté de la personne, non lucrativité, caractère participatif, rôle de veille et d'innovation) sont mentionnées dans les documents transmis par l'association ? Ces thèmes sont-ils abordés lors des réunions de travail avec les partenaires ? Est-ce que la référence aux valeurs est intégrée dans les conventions ?

1.3.2 Votre association communique sur ses pratiques et ses actions pour informer les partenaires concernés par un même territoire, une même population ou une même thématique et mutualiser ainsi des expériences.

PAR EXEMPLE : diffusez-vous les bilans de l'action ? Votre association est-elle membre de réseaux ? Organisez-vous ou participez-vous à des journées, des colloques locaux ou thématiques ? Contribuez-vous à la rédaction d'articles ?

CRITÈRE^G 1.4 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION PERMET LA MOBILISATION DES COMPÉTENCES^G ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ.

1.4.1 L'association définit des modalités de recrutement des salariés et de sollicitation de bénévoles en fonction de ses axes stratégiques et de ses actions, et structure une politique de formation globale pour renforcer les compétences.

PAR EXEMPLE : existe-t-il des profils de postes, un plan de formation ou des entretiens individualisés pour évaluer les besoins de formation ?

1.4.2 Votre association organise une actualisation des données scientifiques et pratiques pour argumenter et mettre en place ses actions.

PAR EXEMPLE : est-ce que vous disposez d'un système de veille documentaire ? Avez-vous identifié des centres ressources ? Avez-vous constitué ou connaissez-vous des bases de données d'outils et d'activités ? Organisez-vous ou participez-vous régulièrement à des journées d'échanges ?

1.4.3 L'association est en capacité d'estimer, de budgétiser, de solliciter et de rendre compte des moyens financiers nécessaires à la réalisation de l'action.

PAR EXEMPLE : cela peut se traduire notamment par l'identification d'une personne référente sur les questions budgétaires et administratives, par l'existence d'un budget prévisionnel de l'action intégré au budget global de l'association, etc.

② VOTRE ACTION[®] S'INSCRIT DANS UNE LOGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ[®] ET S'APPUIE SUR LES PRINCIPES ET LES VALEURS SPÉCIFIQUES À CETTE APPROCHE.

La promotion de la santé est une des approches qui existent dans le champ de la santé[®]. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'accroître leur contrôle sur les déterminants[®] de santé, d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé. Les déterminants de santé sont l'ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé d'individus ou de populations. La participation des personnes et des populations est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

POUR VOUS AUTOÉVALUER,
COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS



CRITÈRE[®] 2.1 : L'ACTION FAVORISE UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE DE LA SANTÉ.

2.1.1 Le projet reconnaît l'existence de multiples déterminants de santé.



PAR EXEMPLE : est-ce que les documents de présentation de l'action mentionnent explicitement les déterminants ? Est-ce que des objectifs de l'action visent certains de ces déterminants ? L'analyse préalable de situation interroge-t-elle ces déterminants sur le territoire ou la population concernés par l'action ?

2.1.2 L'action s'articule avec des niveaux complémentaires d'intervention[®], tenant compte de ces déterminants.



PAR EXEMPLE : avez-vous identifié les différents niveaux d'intervention : individuels, collectifs, sur les organisations, dans les lieux de vie, au niveau politique, etc. ?

2.1.3 L'action privilégie une approche positive de la santé incluant notamment les facteurs protecteurs[®] et n'est pas exclusivement fondée sur le risque ou la maladie.



PAR EXEMPLE : est-ce que l'action se positionne à partir de la question : « qu'est-ce qui crée de la santé ? » plutôt que « qu'est-ce qui fait qu'une personne est malade ? » ?

CRITÈRE[®] 2.2 : L'ACTION EST ORIENTÉE VERS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ[®].

2.2.1 Les avantages et désavantages que l'action est susceptible d'apporter aux populations bénéficiaires sont estimés.



PAR EXEMPLE : est-ce que l'action ne risque pas de creuser des écarts entre groupes ou d'aggraver la stigmatisation de certains d'entre eux ? Est-ce que vous avez envisagé les possibles effets contraires ou indésirables des interventions ?

2.2.2 Les choix des objectifs, des méthodes et des activités[®] et leurs réajustements éventuels au cours de l'action intègrent la question des inégalités sociales de santé.



PAR EXEMPLE : est-ce que les messages sont appropriables et largement accessibles ? Tenez-vous compte des éventuelles barrières liées à la communication (culture, langage) ou à l'environnement social, physique et économique ? L'action s'adresse-t-elle à tous tout en portant une attention plus particulière à ceux qui en ont le plus besoin (accompagnement et accès au droit, etc.) ? Vous assurez-vous régulièrement que ceux-ci participent effectivement à l'action et n'abandonnent pas en cours de route ?

CRITÈRE^G 2.3 : L'ACTION PRIVILÉGIE LE RENFORCEMENT DES RESSOURCES PERSONNELLES ET SOCIALES DES POPULATIONS.

2.3.1 L'action est respectueuse des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes. Elle exclut toute forme de jugement, de stigmatisation ou de culpabilisation.

PAR EXEMPLE : *les messages et supports sont-ils adaptés aux populations ? Les stratégies d'intervention ne sont pas basées sur la menace ou l'usage de la peur.*



2.3.2 L'action comprend des activités visant à renforcer la capacité/le pouvoir d'agir (empowerment^G) des individus et populations concernés en favorisant la prise de conscience, le développement des connaissances et des compétences psychosociales^G.

PAR EXEMPLE : *des objectifs éducatifs et des activités spécifiquement centrés sur le développement de ces capacités figurent-ils dans le projet ?*



2.3.3 L'action comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations et les valorisent.

PAR EXEMPLE : *est-ce que l'action s'appuie sur les savoirs et expériences des personnes/populations ? Quelle place est donnée à l'autosupport, aux groupes d'échanges de savoirs et de pratiques, à la transmission intergénérationnelle ?*



CRITÈRE^G 2.4 : L'ACTION SE FONDE SUR LA PARTICIPATION DES POPULATIONS CONCERNÉES.

2.4.1 La construction méthodologique de l'action prévoit des modalités, des techniques et des outils permettant de recueillir l'avis des populations concernées ou de leurs représentants.

PAR EXEMPLE : *pouvez-vous lister les techniques et les outils prévus à cet effet et décrire leur utilisation effective ? On notera toutefois que le recueil d'avis des populations est incontournable mais qu'il ne suffit pas pour parler véritablement de participation.*



2.4.2 La participation des populations concernées est favorisée à toutes les étapes de l'action et il est prévu d'apprécier le degré de cette participation tout au long de l'action.

PAR EXEMPLE : *est-il possible de repérer des temps de consultation, de co-construction et de restitution lors des différentes phases de l'action ? Pour apprécier la participation, on peut par exemple s'intéresser au nombre de personnes participant aux réunions et aux événements organisés, à l'assiduité, à la diversité, à la représentativité, aux formes et aux contenus des contributions, à la satisfaction, etc.*



3 L'ACTION⁶ EST BASÉE SUR UNE ANALYSE DE SITUATION GLOBALE, STRUCTURÉE ET FORMALISÉE.

L'analyse de la situation est un temps essentiel dans la mise en place de l'action. Elle a pour objectif d'appréhender une situation dans sa globalité, de mieux comprendre un phénomène de santé⁶ et ses déterminants⁶, d'interroger les comportements et les représentations de chacun. L'analyse de la situation permet de prendre des décisions sur les orientations de l'action, elle justifie le choix de priorités et des objectifs. Les éléments issus de cette analyse servent à l'élaboration de l'évaluation⁶.

POUR VOUS AUTOÉVALUER,
COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS



CRITÈRE⁶ 3.1 : L'ANALYSE DE SITUATION PORTE SUR LE CONTEXTE DANS SA GLOBALITÉ.

3.1.1 Les caractéristiques des populations concernées, en lien avec le besoin⁶ exprimé, sont décrites et prises en compte dans l'action.

PAR EXEMPLE : avez-vous recueilli, directement par des enquêtes auprès des populations ou indirectement (publications, etc.), des données sur leurs caractéristiques : habitudes culturelles, modes de vie, règles sociales, représentations ? Pour les actions en direction des professionnels, par exemple des formations, a-t-on pris en compte l'expérience professionnelle, le lieu d'exercice, les contraintes réglementaires, les formations suivies, etc. ?



3.1.2 L'environnement des personnes concernées par l'action est décrit et pris en compte.

PAR EXEMPLE : l'environnement peut être le lieu de vie, le territoire, le cadre professionnel, l'accessibilité aux services et aux ressources, le cadre de contraintes (horaires, coûts des transports, garde d'enfant, etc.), le milieu d'intervention (école, hôpital, prison, etc.).



3.1.3 Les informations issues d'expériences du même type (forces et faiblesses) sont prises en compte dans l'action.

PAR EXEMPLE : ce recueil se fait aussi bien dans la littérature qu'auprès des professionnels et des populations. Les évaluations de ces actions apportent des éléments utiles pour la compréhension du phénomène et pour étudier la faisabilité du futur projet.



3.1.4 L'action est mise en perspective avec les priorités définies par les politiques publiques (locales, régionales, nationales, internationales).

PAR EXEMPLE : avez-vous identifié les organismes en charge de la définition des politiques et pris connaissance de leurs priorités (plans nationaux, plan régional de santé publique, orientations définies par les collectivités territoriales, l'Assurance maladie, etc.) ?



3.1.5 Les enjeux, issus des rapports entre les différents acteurs concernés par l'action sont identifiés sur le territoire.

PAR EXEMPLE : avez-vous observé et identifié les stratégies d'acteurs, les résistances ou conflits, les alliances, les relations entre acteurs et institutions, etc. ? Prenez-vous en compte les enjeux explicites mais aussi implicites ? Avez-vous utilisé des outils pour formaliser vos observations (diagrammes, cartes, etc.) ?



CRITÈRE^G 3.2 : L'ANALYSE DE SITUATION S'INTÉRESSE AUX BESOINS^G, AUX DEMANDES^G ET AUX ATTENTES^G DES DIFFÉRENTS ACTEURS DU PROJET.

3.2.1 Les porteurs de l'action ont recherché dans la littérature spécialisée des données quantitatives et/ou qualitatives attestant l'existence de ces besoins.

PAR EXEMPLE : avez-vous sollicité des centres ressources sur le sujet et/ou consulté des bases de données sur Internet ? Une analyse et une synthèse ont-elles été réalisées ?



3.2.2 L'analyse de la situation s'appuie sur une concertation qui porte une attention particulière à l'expression des demandes et des attentes des populations concernées par l'action, ou leurs représentants.

PAR EXEMPLE : quelles sont les modalités utilisées pour cette concertation : enquêtes, entretiens individuels ou collectifs, observations, techniques participatives de diagnostic, arbres à problèmes et à solutions, focus group, etc. ?



3.2.3 L'analyse de situation est partagée avec l'ensemble des participants à l'action.

PAR EXEMPLE : est-ce que le groupe de travail est composé de professionnels, d'institutionnels mais aussi des populations concernées ? Sous quelle forme est communiquée cette analyse (par écrit et/ou présentée oralement) ?



3.2.4 L'analyse de situation porte autant sur les ressources et les potentiels des populations que sur les manques et les difficultés.

PAR EXEMPLE : les savoir-faire sont-ils identifiés ainsi que les lieux ressources ? Les stratégies déjà mises en place sont-elles repérées ?



CRITÈRE^G 3.3 : L'ANALYSE DE SITUATION ÉVALUE LES RESSOURCES MOBILISABLES.

3.3.1 Les moyens nécessaires à l'analyse de situation sont quantifiés.

PAR EXEMPLE : est-ce que le budget prévisionnel intègre cette phase ? Le temps de travail nécessaire est-il évalué ?



3.3.2 L'analyse de situation porte sur l'ensemble des ressources (pas uniquement financières) mobilisables pour l'action auprès des différents acteurs et dispositifs.

PAR EXEMPLE : avez-vous repéré les appels à projets existants ? Avez-vous recherché les diverses sources possibles de financements (publics ou privés) ? Avez-vous identifié les partenaires potentiels pouvant rejoindre le projet ?



3.3.3 La légitimité et les compétences^G de l'association^G pilote de l'action sont explicites dans les documents descriptifs de l'action, partagées et reconnues par l'ensemble des partenaires.

PAR EXEMPLE : est-ce que les expériences de l'association, les compétences de l'équipe, les partenariats établis sont précisés dans les documents relatifs à l'action ?



3.3.4 Les ressources mobilisables sont pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles afin de garantir la diversité et la complémentarité des points de vue.

PAR EXEMPLE : les domaines de compétences des intervenants de l'association sont-ils connus ? Les informations sont-elles régulièrement mises à jour ? Si besoin, l'association fait-elle appel à des ressources extérieures complémentaires ?



4 L'ACTION[©] EST PLANIFIÉE SUR LA BASE D'UN ENSEMBLE COHÉRENT D'OBJECTIFS DÉFINIS, DE MÉTHODES ARGUMENTÉES ET DE RESSOURCES IDENTIFIÉES.

Une démarche de planification globale permet de concevoir l'organisation détaillée de l'action. Elle précise les objectifs et les activités[©] concrètes à mettre en œuvre pour les atteindre. Elle identifie les ressources à mobiliser. La planification prévoit l'évaluation[©].

POUR VOUS AUTOÉVALUER,
COCHÉZ LES CASES CI-DESSOUS



CRITÈRE[©] 4.1 : LES OBJECTIFS EXPRIMENT LE LIEN ENTRE LES ÉLÉMENTS REPÉRÉS DANS L'ANALYSE DE LA SITUATION ET LES STRATÉGIES D'INTERVENTION[©] MISES EN ŒUVRE.

4.1.1 Les objectifs de l'action expriment clairement les effets attendus auprès des populations spécifiquement identifiées.

PAR EXEMPLE : est-ce que la formulation des objectifs intègre bien cette dimension ?



4.1.2 Les objectifs de l'action sont le support de la définition des stratégies d'intervention et de l'évaluation mise en œuvre.

PAR EXEMPLE : utilisez-vous des outils et modèles (arbre d'objectifs, cadre logique, etc.) pour vérifier la cohérence entre objectif général, objectifs spécifiques et activités ? Est-ce que l'évaluation fait clairement référence aux objectifs retenus ?



4.1.3 Les objectifs de l'action sont mesurables, réalistes et définis dans le temps et dans l'espace.

PAR EXEMPLE : la formulation des objectifs intègre-t-elle des éléments précis portant sur la population, la durée, le territoire, la quantification ?



CRITÈRE[©] 4.2 : LES MÉTHODES ET LES OUTILS D'INTERVENTION SONT ADAPTÉS AUX OBJECTIFS.

4.2.1 Les méthodes d'intervention et les outils choisis ont fait leur preuve dans des actions similaires, ou à défaut, font l'objet d'une démarche expérimentale visant à documenter leurs intérêts et leurs effets.

PAR EXEMPLE : le choix des méthodes et des outils est-il justifié à partir d'exemples et d'expériences précis et évalués ? S'ils sont novateurs, un protocole d'observation et de validation basé sur des indicateurs[©] d'évaluation est-il prévu ?



4.2.2 Les méthodes et les outils d'intervention sont construits en concertation avec les populations concernées par l'action.

PAR EXEMPLE : est-ce que des représentants des populations concernées participent aux groupes de travail ? Des propositions leur sont-elles présentées pour avis ? Des pré-tests/post-tests sont-ils réalisés ?



4.2.3 Les méthodes d'intervention et l'utilisation des outils sont décrites avec précision.

PAR EXEMPLE : figurent-elles dans les documents de présentation de l'action ? Existe-t-il des fiches descriptives ou des check-lists sur lesquelles s'appuient les intervenants ? Les interventions sont-elles travaillées lors de réunions spécifiques ?



CRITÈRE^G 4.3 : LE BUDGET PRÉVISIONNEL EST DÉFINI.

4.3.1 Les moyens nécessaires à l'analyse de la situation, la planification, la réalisation et l'évaluation de l'action apparaissent dans le budget.



4.3.2 Le budget s'appuie sur un chiffrage détaillé, une appréciation réaliste et globale des coûts.



PAR EXEMPLE : le budget détaillé est-il établi en référence à d'autres actions et/ou à des coûts moyens ?

4.3.3 Les financements à solliciter sont déterminés.



PAR EXEMPLE : les sources de financement potentielles, les calendriers et les modalités de dépôt des dossiers de subvention sont-ils connus ? La préparation des dossiers correspondants est-elle planifiée ? Les conséquences d'un financement partiel sont-elles anticipées ?

CRITÈRE^G 4.4 : L'ÉVALUATION EST PRÉVUE, STRUCTURÉE ET SES RÉSULTATS COMMUNIQUÉS.

4.4.1 L'évaluation est intégrée dans le projet dès sa conception.



PAR EXEMPLE : le document de présentation de l'action comporte-t-il une rubrique sur l'évaluation ? Consacrez-vous un temps suffisant à ce sujet et ce, dès les premières réunions ?

4.4.2 Les objectifs, les questions évaluatives, les méthodes, les responsabilités et le calendrier de l'évaluation sont définis.



PAR EXEMPLE : avez-vous rédigé un « protocole » d'évaluation explicitant ce que vous envisagez d'évaluer et comment ? Avez-vous constitué un groupe chargé de l'évaluation ?

4.4.3 L'évaluation prend en compte les personnes ou populations concernées par l'action.



PAR EXEMPLE : est-ce qu'elle porte au minimum sur la satisfaction des personnes ou populations ? Cherchez-vous à développer une approche participative pour réaliser l'évaluation ?

4.4.4 L'évaluation porte sur les résultats auprès des populations concernées.



PAR EXEMPLE : est-ce que certaines questions évaluatives abordent ce point ?

4.4.5 Les conclusions sont diffusées à tous les acteurs, y compris les populations concernées.



PAR EXEMPLE : on peut s'en assurer en consultant le plan de diffusion (prévu ou réalisé), en regardant les supports de communication utilisés, etc.

5 L'ANIMATION ET LA GESTION DE L'ACTION[®] S'APPUIENT SUR DES MÉTHODES, DES COMPÉTENCES[®] ET DES RESPONSABILITÉS DÉTERMINÉES QUI PERMETTENT LA RÉALISATION EFFECTIVE ET OPTIMALE DE L'ACTION.

La phase de mise en œuvre de l'action implique la mobilisation des ressources et compétences adéquates pour la réalisation des différentes étapes prévues. Un suivi organisé et régulier permet des réajustements si nécessaire.

POUR VOUS AUTOÉVALUER,
COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS



CRITÈRE[®] 5.1 : L'ORGANISATION DE L'ACTION REND LISIBLE LA DÉFINITION DES RESPONSABILITÉS DE CHACUN ET LE PÉRIMÈTRE DES COLLABORATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE.

5.1.1 La ou (les) personne(s) ressource(s) mobilisée(s) pour l'action est (sont) clairement identifiée(s) et dispose(nt) des compétences[®] adaptées pour la mise en place de l'action.

PAR EXEMPLE : est-ce que la désignation a été officialisée (en réunion, par courrier) ? Existe-t-il une liste nominative des personnes impliquées ? Est-elle diffusée ?



5.1.2 La conduite de l'action favorise la synergie de tous les acteurs en s'appuyant à la fois sur leurs compétences, mais aussi sur la capacité du chef de projet à faciliter leur mobilisation.

PAR EXEMPLE : est-ce qu'il y a une dynamique participative pour le pilotage ? Est-ce que l'on mesure cette participation ? Est-ce que le leadership est bien identifié ?



5.1.3 Les collaborations autour de l'action sont définies et font l'objet d'accords formalisés.

PAR EXEMPLE : existe-t-il des courriers, des conventions de partenariat, une charte commune, etc. ?



CRITÈRE[®] 5.2 : LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE AUTOUR DE L'ACTION EST ORGANISÉE ET RECONNUE SATISFAISANTE PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS.

5.2.1 Des temps de concertation et de coordination dédiés à la conduite de l'action sont prévus et formalisés et ce, dès la conception de l'action.

PAR EXEMPLE : existe-t-il un groupe de pilotage, des réunions régulières, des comptes rendus diffusés ?



5.2.2 Le chef de projet met à disposition des différents acteurs impliqués les documents de référence actualisés en fonction de l'évolution de l'action (état des lieux, ressources, calendrier, bilans...).

PAR EXEMPLE : avez-vous prévu (ou réalisé) des envois par courrier ? Les documents sont-ils accessibles via informatique ou sur un site Internet ?



5.2.3 Pour la communication externe, il est clairement défini qui est informé de l'action, sur quels aspects, à quel moment, de quelle manière et par qui.

PAR EXEMPLE : est-ce que ce point est inscrit à l'ordre du jour des réunions ? Existe-t-il un plan de communication, un plan de diffusion des documents ?



CRITÈRE 5.3 : L'ACTION COMPORTE UN SUIVI PERMETTANT D'ÉVENTUELS RÉAJUSTEMENTS.

5.3.1 L'action est divisée en étapes de réalisation incluant systématiquement un point d'étape, fondé sur le recueil de données préalablement identifiées, qui permet de procéder à des réajustements éventuels.

PAR EXEMPLE : existe-t-il un document prévisionnel qui récapitule les différentes phases et les dates clefs (calendrier, diagramme, logigramme, etc.) ?

5.3.2 L'acquisition régulière des connaissances nécessaires à la mise en œuvre de l'action est organisée.

PAR EXEMPLE : est-il prévu un bilan des besoins, la mise en place de formation, des échanges de pratiques, des réunions, une veille documentaire pour actualiser les données, etc. ?

5.3.3 Le processus de suivi est réactif et permet de prendre en compte rapidement des événements inattendus.

PAR EXEMPLE : avez-vous défini des modalités pour contacter facilement les responsables de l'action ? Est-il possible de prendre rapidement des décisions, etc. ?

CRITÈRE 5.4 : L'ACTION S'INSCRIT DANS DES APPROCHES GLOBALE ET DURABLE.

5.4.1 L'action n'est pas une intervention isolée auprès d'un individu ou d'un groupe mais s'inscrit dans un continuum d'actions, en amont, pendant et en aval.

PAR EXEMPLE : est-ce que vous envisagez une action de formation à l'issue du projet ? Proposez-vous si besoin une orientation vers le soin ou un accompagnement pour l'accès aux droits à un bénéficiaire ?

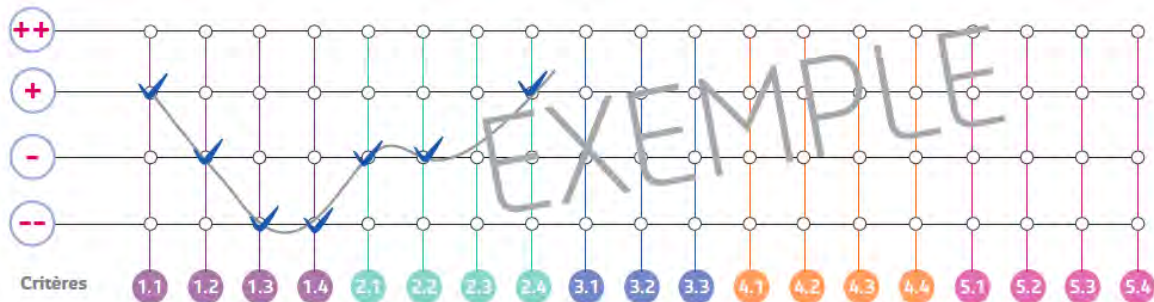
5.4.2 Le recueil de données et la valorisation des résultats et des expériences sont conçus pour contribuer à la réflexion sur la durabilité de l'action, son extension ou sa reproductibilité.

PAR EXEMPLE : est-ce que le recueil de données porte sur les conditions d'implantation et sur l'analyse de faisabilité de votre action ? Analysez-vous votre action en pensant à ce qu'il serait utile de transmettre à d'autres porteurs de projets qui voudraient mettre en place ce type d'action ?

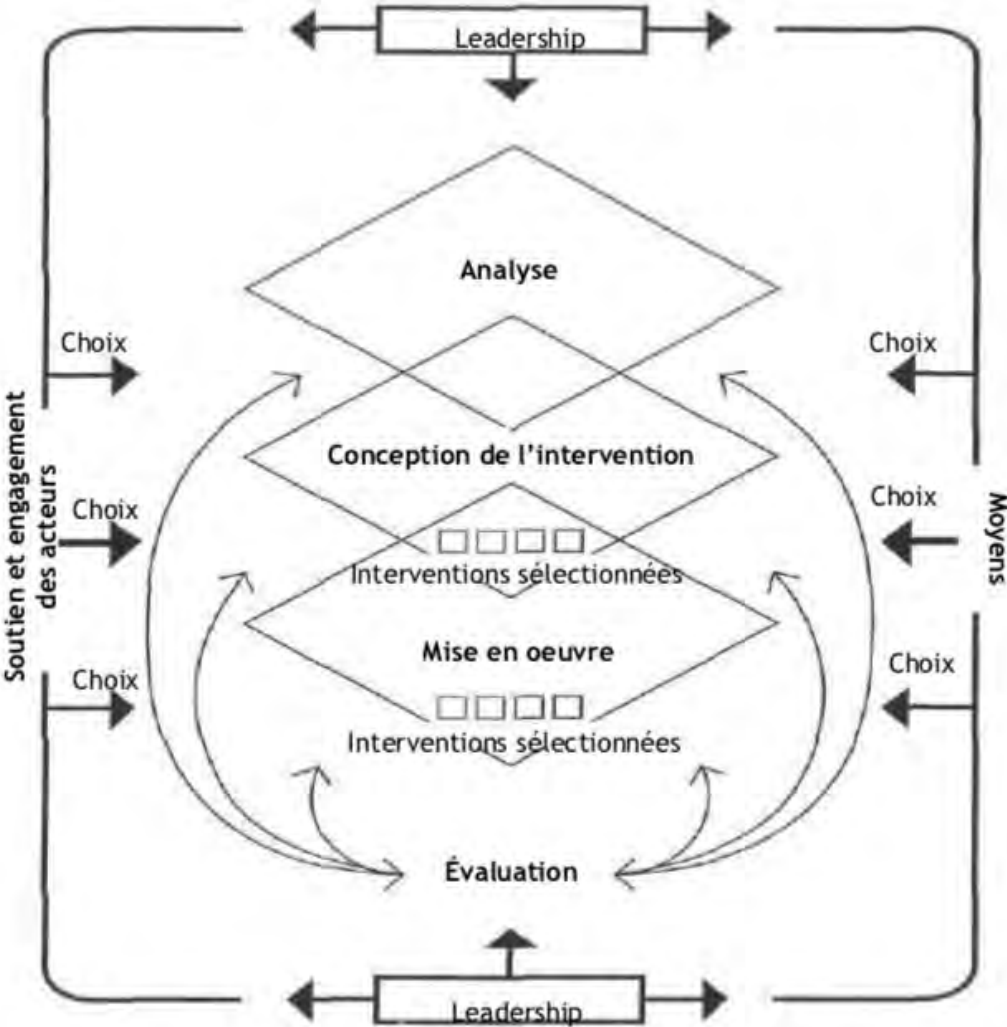
BILAN

COMMENT REMPLIR ET TRACER LE BILAN ?

Pour chaque critère, reportez l'appréciation générale (++)/+/--/--) que vous avez cochée lors de votre autoévaluation, puis tracez une courbe en rejoignant les différents points entre eux.



Annexe 6 : Schéma Preffi 2.0 (153)



ASSOCIATIONS

DEMANDE DE SUBVENTION(S)

Formulaire unique

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations art. 9-1 et 10
Décret n° 2016-1971 du 28 décembre 2016

Ce formulaire peut être enregistré sur un ordinateur ou tout autre support (clé USB, etc.) pour le remplir à votre convenance, le conserver, le transmettre, etc. puis l'imprimer, si nécessaire.

Une [notice n° 51781#02](#) est disponible pour vous accompagner dans votre démarche de demande de subvention.

Rappel : Un compte rendu financier doit être déposé auprès de l'autorité administrative qui a versé la subvention dans les six mois suivant la fin de l'exercice pour lequel elle a été attribuée. Le formulaire de compte-rendu financier est également à votre disposition sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15059.do

Cocher la ou les case(s) correspondant à votre demande :

Forme	Fréquence - Récurrence	Objet	Période
en numéraire (argent) en nature	première demande renouvellement (ou poursuite)	fonctionnement global projets(s)/action(s)	annuelle ou ponctuelle pluriannuelle

À envoyer à l'une ou plusieurs (selon le cas) des autorités administratives suivantes (coordonnées <https://annuaire.service-public.fr/>) :

- État - Ministère**
Direction (ex : départementale -ou régionale- de la cohésion sociale, etc.)
- Conseil régional**
Direction/Service
- Conseil départemental**
Direction/Service
- Commune ou Intercommunalité**
Direction/Service
- Établissement public**
- Autre (préciser)**

3. Relations avec d'autres associations

A quel réseau, union ou fédération, l'association est-elle affiliée ? (indiquer le nom complet, ne pas utiliser de sigle)

.....
.....

L'association a-t-elle des adhérents personnes morales : non oui Si oui, lesquelles?

.....
.....

Association sportive agréée ou affiliée à une fédération agréée :

4. Moyens humains au 31 décembre de l'année écoulée

Nombre de bénévoles : <i>Bénévole : personne contribuant régulièrement à l'activité de l'association, de manière non rémunérée.</i>	
Nombre de volontaires : <i>Volontaire : personne engagée pour une mission d'intérêt général par un contrat spécifique (par ex. Service civique)</i>	
Nombre total de salariés :	
dont nombre d'emplois aidés	
Nombre de salariés en équivalent temps plein travaillé (ETPT)	
Nombre de personnels mis à disposition ou détachés par une autorité publique	
Adhérents <i>Adhérent : personne ayant marqué formellement son adhésion aux statuts de l'association</i>	

5. Budget¹ de l'association

Année 20... ou exercice du au

Budget supplémentaire -
demande pluriannuelle

Suppression du budget -
demande pluriannuelle

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 - Achats	0	70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Achats matières et fournitures		73 - Dotations et produits de tarification	
Autres fournitures		74 - Subventions d'exploitation²	0
		Etat : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités cf. 1ère page	
61 - Services extérieurs	0		
Locations			
Entretien et réparation			
Assurance		Conseil-s Régional(aux) :	
Documentation			
62 - Autres services extérieurs	0	Conseil-s Départemental (aux) :	
Rémunérations intermédiaires et honoraires			
Publicité, publication			
Déplacements, missions		Communes, communautés de communes ou d'agglomérations:	
Services bancaires, autres			
63 - Impôts et taxes	0		
Impôts et taxes sur rémunération			
Autres impôts et taxes		Organismes sociaux (CAF, etc. détailler) :	
64 - Charges de personnel	0	Fonds européens (FSE, FEDER, etc.)	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (emplois aidés)	
Charges sociales		Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		Aides privées (fondation)	
65 - Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	0
		756. Cotisations	
		758. Dons manuels - Mécénat	
66 - Charges financières		76 - Produits financiers	
67 - Charges exceptionnelles		77 - Produits exceptionnels	
68 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées		78 - Reprises sur amortissements et provisions	
69 - Impôt sur les bénéfices (IS); Participation des salariés		79 - Transfert de charges	
TOTAL DES CHARGES	0	TOTAL DES PRODUITS	0
Excédent prévisionnel (bénéfice)		Insuffisance prévisionnelle (déficit)	

CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE³

86 - Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
860 - Secours en nature		870 - Bénévolat	
861 - Mise à disposition gratuite de biens et services		871 - Prestations en nature	
862 - Prestations			
864 - Personnel bénévole		875 - Dons en nature	
TOTAL	0	TOTAL	0

¹ Ne pas indiquer les centimes d'euros.

² L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs.

³ Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n° 99-01, prévoit *a minima* une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité, mais « au pied » du compte de résultat ; voir notice.

6. Projet - Objet de la demande

Remplir une « rubrique 6 - *Objet de la demande* » (3 pages) par projet

Projet supplémentaire -
demande multi-projets

Suppression d'un projet -
demande multi-projets

Votre demande est adressée à la politique de la ville ? oui

Intitulé :

Objectifs :

Description :

A renseigner dans l'annexe au dossier Cerfa

Bénéficiaires : caractéristiques sociales, dans le respect des valeurs d'égalité et de fraternité de la République (ouverture à tous, mixité, égalité femmes-hommes, non-discrimination), nombre, âge, sexe, résidence, participation financière éventuelle, etc.

A renseigner dans l'annexe au dossier Cerfa

6. Projet - Objet de la demande (suite)

Territoire :

A renseigner dans l'annexe au dossier Cerfa

Moyens matériels et humains (voir aussi les "CHARGES INDIRECTES REPARTIES" au budget du projet) :

Moyens humains salariés : précisez les qualifications, le temps consacré à l'action, les coûts et le montant demandé à l'ARS

Moyens matériels :

	Nombre de personnes	Nombre en ETPT
Bénévoles participants activement à l'action/projet		
Salarié		
dont en CDI		
dont en CDD		
dont emplois aidés ⁴		
Volontaires (services civiques ...)		

Est-il envisagé de procéder à un (ou des) recrutements(s) pour la mise en oeuvre de l'action/projet ?

oui non Si oui, combien (en ETPT) :

Date ou période de réalisation : du (le) |_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|

Evaluation : indicateurs proposés au regard des objectifs ci-dessus

A renseigner dans l'annexe au dossier Cerfa

⁴ Sont comptabilisés ici comme emplois aidés tous les postes pour lesquels l'organisme bénéficie d'aides publiques : contrats d'avenir, contrats uniques d'insertion, conventions adulte-relais, emplois tremplin, postes FONJEP, etc.

6. Budget⁵ du projet

Année 20.... ou exercice du au

Budget supplémentaire -
projet pluriannuelSuppression du budget -
projet pluriannuel

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 - Achats	0	70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Achats matières et fournitures		73 - Dotations et produits de tarification	
Autres fournitures		74 - Subventions d'exploitation²	0
		Etat : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités cf. 1ère page	
61 - Services extérieurs	0		
Locations			
Entretien et réparation			
Assurance		Conseil-s Régional(aux) :	
Documentation			
62 - Autres services extérieurs	0	Conseil-s Départemental (aux) :	
Rémunérations intermédiaires et honoraires			
Publicité, publication			
Déplacements, missions		Communes, communautés de communes ou d'agglomérations:	
Services bancaires, autres			
63 - Impôts et taxes	0		
Impôts et taxes sur rémunération			
Autres impôts et taxes		Organismes sociaux (CAF, etc. détailler) :	
64 - Charges de personnel	0	Fonds européens (FSE, FEDER, etc.)	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (emplois aidés)	
Charges sociales		Aides privées (fondation)	
Autres charges de personnel		Autres établissements publics	
65 - Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	0
		756. Cotisations	
		758. Dons manuels - Mécénat	
66 - Charges financières		76 - Produits financiers	
67 - Charges exceptionnelles		77 - Produits exceptionnels	
68 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées		78 - Reprises sur amortissements et provisions	
69 - Impôt sur les bénéfices (IS); Participation des salariés		79 - Transfert de charges	
CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET		RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET	
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
TOTAL DES CHARGES	0	TOTAL DES PRODUITS	0
Excédent prévisionnel (bénéfice)		Insuffisance prévisionnelle (déficit)	

CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE⁷

86 - Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
860 - Secours en nature		870 - Bénévolat	
861 - Mise à disposition gratuite de biens et services		871 - Prestations en nature	
862 - Prestations			
864 - Personnel bénévole		875 - Dons en nature	
TOTAL	0	TOTAL	0

La subvention sollicitée de.....€, objet de la présente demande représente% du total des produits du projet
(montant sollicité/total du budget) x 100.

⁵ Ne pas indiquer les centimes d'euros.

⁶ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs.

⁷ Voir explications et conditions d'utilisation dans la notice.

7. Attestations

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'établissement auprès duquel vous déposez cette demande.

Je soussigné(e), (nom et prénom)
représentant(e) légal(e) de l'association

Si le signataire n'est pas le représentant statutaire ou légal de l'association, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures - celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter -) lui permettant d'engager celle-ci⁸.

déclare :

- que l'association est à jour de ses obligations administratives⁹, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment relatives aux demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ;

- que l'association respecte les principes et valeurs de la [Charte des engagements réciproques](#) conclue le 14 février 2014 entre l'État, les associations d'élus territoriaux et le Mouvement associatif, ainsi que les déclinaisons de cette charte ;

- que l'association a perçu un montant total et cumulé d'aides publiques (subventions financières -ou en numéraire- et en nature) sur les trois derniers exercices (dont l'exercice en cours)¹⁰ :

inférieur ou égal à 500 000 €

supérieur à 500 000 €

- demander une subvention de : € au titre de l'année ou exercice 20....
..... € au titre de l'année ou exercice 20....
..... € au titre de l'année ou exercice 20....
..... € au titre de l'année ou exercice 20....

- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l'association.

=> Joindre un RIB

Fait, le à

Signature

Insérez votre signature en [cliquant](#) sur le cadre ci-dessus

⁸ "Le mandat ou procuration est un acte par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom. Le contrat ne se forme que par l'acceptation du mandataire. Art. 1984 du code civil."

⁹ Déclaration des changements de dirigeants, modifications de statuts, etc. auprès du greffe des associations - Préfecture ou Sous-préfecture.

¹⁰ Conformément à la circulaire du Premier ministre du 29 septembre 2015, à la Décision 2012/21/UE de la Commission européenne du 20 décembre 2011 et au Règlement (UE) No 360/2012 de la Commission du 25 avril 2012 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des services d'intérêt économique général et au Règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

7 bis. Informations annexes

Relatives aux subventions déjà perçues dans le cadre de la réglementation européenne relative aux aides d'Etat.

Si, et seulement si, l'association a déjà perçu au cours des trois derniers exercices (dont l'exercice en cours) des subventions au titre d'un texte relevant de la réglementation européenne des aides d'Etat (de type : "Décision Almunia", "Règlement de *minimis*", "Régime d'aide pris sur la base du RGEC"...) renseigner le tableau ci-dessous :

Date de signature de l'acte d'attribution de la subvention (arrêté, convention)	Année(s) pour laquelle/ lesquelles la subvention a été attribuée	"Décision" européenne, "Règlement" ou "régime d'aide", européen à laquelle ou auquel il est fait référence, le cas échéant, sur l'acte d'attribution de la subvention	Autorité publique ayant accordé la subvention	Montant

Pour plus d'informations sur la manière de remplir ce tableau, se reporter à la notice.

Annexe au dossier Cerfa de demande de subvention Fiche action

Cette annexe permet de compléter le dossier Cerfa par l'apport d'informations utiles à l'instruction de votre demande.

Intitulé de l'axe n°1	
Intitulé de l'action n° 1.1	
Subvention demandée pour l'action	
Objectifs	
Description	
Calendrier prévisionnel	
Lieu d'intervention (ex : école)	
Territoire géographique d'intervention (ex : Ville de ..., CLS de ...)	
Publics cibles	
Nombre d'interventions	
Nombre de bénéficiaires	
Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel,	

déplacements, charges indirectes...)	
Déploiement de l'action sur la durée du programme (action récurrente, action annuelle ...)	
Intitulé de l'action n° 1.2	
Subvention demandée pour l'action	
Objectifs	
Description	
Calendrier prévisionnel	
Lieu d'intervention (ex : école)	
Territoire géographique d'intervention (ex : Ville de ..., CLS de ...)	
Publics cibles	
Nombre d'interventions	
Nombre de bénéficiaires	
Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel, déplacements, charges indirectes...)	
Déploiement de l'action sur la durée du programme (action récurrente, action annuelle ...)	

Intitulé de l'axe n°2	
Intitulé de l'action n° 2.1	
Subvention demandée pour l'action	
Objectifs	
Description	
Calendrier prévisionnel	
Lieu d'intervention (ex : école)	
Territoire géographique d'intervention (ex : Ville de ..., CLS de ...)	
Publics cibles	
Nombre d'interventions	
Nombre de bénéficiaires	
Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel, déplacements, charges indirectes...)	
Déploiement de l'action sur la durée du programme (action récurrente, action annuelle ...)	

Intitulé de l'action n° 2.2	
Subvention demandée pour l'action	
Objectifs	
Description	
Calendrier prévisionnel	
Lieu d'intervention (ex : école)	
Territoire géographique d'intervention (ex : Ville de ..., CLS de ...)	
Publics cibles	
Nombre d'interventions	
Nombre de bénéficiaires	
Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel, déplacements, charges indirectes...)	
Déploiement de l'action sur la durée du programme (action récurrente, action annuelle ...)	

Evaluation

La conception d'une action doit comporter dès la demande de subvention un volet évaluation qui doit faire l'objet d'une description précise. Ceci permettra de fournir tous les éléments requis pour le suivi de l'action et pour « l'évaluation finale » des actions. **Les éléments que vous devez compléter (encadrés en vert) seront ainsi annexés à votre contrat de financement si votre demande est retenue par l'ARS. Vous devez compléter a minima un indicateur de chaque catégorie.**

1 - La méthode d'évaluation est destinée à définir comment les effets de l'action seront mesurés, par exemple au moyen de comparaison avant/après... Elle impose de réinterroger les objectifs (qu'est-ce que je veux et peux mesurer ?). Elle doit décrire de façon détaillée comment et dans quelle mesure l'objectif sera atteint en précisant et en décrivant les outils de mesure.

Méthode d'évaluation prévue	
------------------------------------	--

2 - Les outils d'évaluation doivent être indiqués dans les tableaux ci-dessous (*), ex : grilles d'analyse de la satisfaction des bénéficiaires, grille d'évaluation d'un état d'une personne, définition d'un index (IMC), tableaux de bord, questionnaires (validés ou non par un acteur ou une institution reconnus, qualitatif ou quantitatif...), fiches de suivi, grille d'entretiens (directifs, semi directifs...), mobilisation de SI, requêtes...

3 - Indicateurs de processus : ils décrivent les éléments du projet et de son déroulement (acteurs, moyens et ressources utilisées, méthodes employées, livrables...). Ils permettent de s'interroger : les étapes prévues ont-elles été toutes réalisées dans le respect des délais et du budget? Les moyens ont-ils été tous mobilisés? Comment s'effectue le suivi par les instances décisionnelles ? (organisation d'un comité de suivi, dialogue de gestion).

Ces indicateurs de processus facilitent l'identification des éléments positifs et/ou les difficultés de mise en œuvre de l'action. Cette analyse doit permettre in fine de porter un jugement sur la mise en œuvre de l'action et sur sa continuation, son aménagement ou son arrêt.

4 - Indicateurs d'activité : ils expriment par des données souvent chiffrées la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions...) selon une approche quantitative.

5 - Indicateurs de résultats : ils permettent de mesurer l'atteinte des objectifs selon une approche qualitative : qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y a-t-il un impact de l'action sur la santé?

Quelques exemples de points à analyser :

- pratiques professionnelles (et leur amélioration)
- connaissances (et leur évolution : acquisition)
- comportements ou compétences (et leur évolution)
- état de santé des personnes ciblées : incidences, prévalence (évolution, amélioration)
- inégalités de santé : (réduction) : lien santé et droits sociaux, conditions de logement...
- cout par bénéficiaire final de l'action
- ratios (taux de réhospitalisation, taux de passage aux urgences, en UNV...)

6 – Exemples d'indicateurs par type d'action :

Type d'action	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activité	Indicateurs de résultats
Coordination Travail en réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Nature des coopérations - Implication des partenaires - Reconnaissance de votre place comme partenaire incontournable dans le réseau - Formalisation des partenariats - Type et qualité de la Coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de structures contactées - Nombre de structures associées - Ratio nombre de Comptes-Rendus / nombre de réunion - Temps consacré au soutien et à la coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'échanges - Nombre de cas résolus grâce à la coordination - Nombre d'orientations adaptées vers professionnels du réseau - Nombre de relais (professionnels de santé bénévoles ou autres) - Taux d'application des outils - Amélioration de la synergie entre partenaires médicaux, médico-sociaux...

Appui méthodologique à la conception d'un projet	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens humains - Moyens matériels - Mise en place d'outils d'assistance méthodologique à la conception et à la rédaction du projet - Référentiels proposés 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps consacré par projet suivi - Nombre de réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - Ratio Nombre de dossiers aboutis/demandes - Taux de satisfaction des bénéficiaires
Prise en charge individuelle ou collective Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des modalités de l'accompagnement - Mise en place d'outils de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Files actives - Nombre de structures consultées avec le bénéficiaire - Nombre de séances ou entretiens réalisés - Durée des prises en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de bénéficiaires sortant du dispositif avec un logement par exemple... - Nombre de personnes prises en charge - Taux de satisfaction des personnes prises en charge - Ratio personnes prises en charge/personnes en besoin - Taux de vaccination / référence
Dépistage Repérage	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels ou structures participants (Centre de radiologie...) - Types d'équipements - Nature des coordinations avec les partenaires - Types de freins identifiés pour l'accès aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'invitations adressées - Nombre de dépistages réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de participation (nombre de dépistages réalisés/pop cible) - Nombre de pathologies détectées - Taux de population orientée en fonction du résultat au dépistage - Délais entre le dépistage et la prise en charge - Ratio Dépistage Organisé/total dépistage - Ratio mammographies numériques/analogiques - Types de besoins repérés

- Action n°1.1 : xxx

Indicateurs de processus	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

- Action n°1.2 : xxx

Indicateurs de processus	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

- Action n°2.1 : xxx

Indicateurs de processus	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

- Action n°2.2 : xxx

Indicateurs de processus	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles 2020	Valeurs cibles 2021	Valeurs cibles 2022	Outils d'évaluation

Evaluation annuelle du CPOM

Au ../../20..

Nom de la structure	
N° de référence du contrat	
Montant de la subvention versée en 2018	

1 – Evaluation qualitative et quantitative (sur la base des critères définis conjointement dans le cadre des annexes au contrat)

- **Action n° 1 : xxxx**

Indicateurs de processus	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Objectifs	Prévu (éléments annexés au contrat)	Réalisé

Description		
Calendrier		
Lieu d'intervention		
Territoire géographique d'intervention		
Publics cibles		
Nombre d'interventions et dates		
Nombre de bénéficiaires		
Moyens mobilisés (humains, matériels)		

- **Action n°2 : xxxx**

Indicateurs de processus	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

	Prévu (éléments annexés au contrat)	Réalisé
Objectifs		
Description		
Calendrier		
Lieu d'intervention		
Territoire géographique d'intervention		
Publics cibles		
Nombre d'interventions et dates		
Nombre de bénéficiaires		
Moyens mobilisés (humains, matériels)		

- **Action n°3 : xxxx**

Indicateurs de processus	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs d'activité	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

Indicateurs de résultat	Valeurs cibles	Outil d'évaluation utilisé	Réalisation

	Prévu (éléments annexés au contrat)	Réalisé
Objectifs		
Description		
Calendrier		
Lieu d'intervention		
Territoire géographique d'intervention		
Publics cibles		

Nombre d'interventions et dates		
Nombre de bénéficiaires		
Moyens mobilisés (humains, matériels)		

2 – Compte rendu financier (accompagné des tableaux financiers joints en annexe sous la forme d'un fichier Excel)

⇒ **Quelles ont été les règles de répartition des charges indirectes affectées à l'action subventionnée ? (exemple : quote part ou pourcentage des loyers, des salaires, etc.) :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ **Expliquer les écarts significatifs éventuels entre le budget prévisionnel de l'action et le budget final exécuté :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ **Contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ **Observations à formuler sur le compte rendu financier de l'opération subventionnée :**

.....
.....
.....
.....

Fait, le à .

Signature

Intitulé de l'action :									
CHARGES		Prévision	Réalisation au xx-xx-xx	%	PRODUITS		Prévision	Réalisation au xx-xx-xx	%
Charges directes				Ressources directes					
60 – Achat		0,00	0,00		70 – Vente de produits finis, de marchandises, de prestations de services				
Achats matières et fournitures					73- Dotations et produits de tarification				
Autres fournitures					74- Subventions d'exploitation	0,00	0,00		
Prestations de service					Etat	0,00	0,00		
61 - Services extérieurs		0,00	0,00						
Locations					ARS				
Entretien et réparation									
Assurance					Conseil-s Régional(aux):	0,00	0,00		
Documentation					Conseil-s Départemental (aux):	0,00	0,00		
62 - Autres services extérieurs		0,00	0,00						
Rémunérations intermédiaires et honoraires					Commune(s), Communautés de Communes ou d'Agglomérations:	0,00	0,00		
Publicité, publication									
Déplacements, missions									
Services bancaires, autres									
63 - Impôts et taxes		0,00	0,00		Organismes sociaux (CAF, etc. à détailler):	0,00	0,00		
Impôts et taxes sur rémunération									
Autres impôts et taxes					Fonds européens (FSE, FEDER, etc.)				
64- Charges de personnel		0,00	0,00		L'Agence de services et de paiement (emplois aidés)				
Rémunération des personnels					Aides privées (fondation)				
Charges sociales					Autres établissements publics				
Autres charges de personnel					75 - Autres produits de gestion courante	0,00	0,00		
65- Autres charges de gestion courante		0,00	0,00		756 - Cotisations				
					758 - Dons manuels - Mécénat				
66- Charges financières					76 - Produits financiers				
67- Charges exceptionnelles					77- Produits exceptionnels				
68- Dotation aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées					78 – Reprises sur amortissements et provisions				
69- Impôt sur les bénéfices (IS); Participation des salariés					79 - Transfert de charges				
I. Charges indirectes réparties affectées au projet				I. Ressources propres affectées au projet					
Charges fixes de fonctionnement									
Frais financiers									
Autres									
TOTAL DES CHARGES		0,00	0,00		TOTAL DES PRODUITS	0,00	0,00		
Excédent prévisionnel (bénéfice)					Insuffisance prévisionnelle (déficit)				
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE									
86- Emplois des contributions volontaires en nature				87 - Contributions volontaires en nature					
860 - Secours en nature					870 - Bénévoiat				
861 - Mise à disposition gratuite de biens et prestations					871 - Prestations en nature				
862 - Prestations									
864 - Personnel bénévole					875 - Dons en nature				
TOTAL		0,00	0,00		TOTAL	0,00	0,00		
Observations éventuelles sur le niveau d'engagement des crédits :									

Evaluation of prevention and health promotion actions: an analysis of actions financed by the Occitanie Regional Health Agency in 2018

ABSTRACT:

The Occitanie Regional Health Agency (ARS) asked the Prevention Commission (CSP) to evaluate prevention and health promotion actions funded through the Regional Intervention Fund in 2018.

A 10-person study group was formed with members from the CSP. The group approved the study method and the evaluation grid that were established with the help of a literature review. A quality-assessment methodology was established, and the ensuing analysis was based on contracts and outcome statements from project developers. Lastly, a descriptive summary of contracts was compared with the ARS's total prevention budget.

Overall, 126 contracts were included in the analysis totaling an overall funding of 7.42 million Euros. After an initial study of several contracts, it became clear that the information included in the files was insufficient to conduct a proper quality assessment analysis using the evaluation grid.

In view of the difficulty to conduct a quality assessment, the group is currently redirecting its working methodology towards a strategic assessment of actions, which should take place in 2020.

TITLE IN FRENCH: Evaluation d'actions de prévention et promotion de la santé : analyse des actions financées par l'ARS Occitanie en 2018 dans le cadre du FIR

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: Public Health

KEYWORDS: Regional Health Agency, Occitanie, France, evaluation, actions, quality assessment, Regional Intervention Fund, prevention, health promotion, public health, quality, health programs

UNIVERSITY NAME AND ADDRESS:

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Supervisor: Pr Laurent MOLINIER

**Evaluation d'actions de prévention et promotion de la santé :
analyse des actions financées par l'ARS Occitanie en 2018 dans le
cadre du FIR**

RESUME EN FRANÇAIS :

L'ARS Occitanie a demandé à la CSP de donner son avis sur une série d'actions financées, dans le cadre du FIR en 2018, en matière de prévention et promotion de la santé.

Un groupe de travail de 10 personnes a été constitué au sein de la CSP. Une revue de la littérature a permis de proposer une méthode de travail et des éléments pour l'établissement d'une grille d'analyse que ce groupe a validés. La méthodologie retenue pour l'analyse des actions était de réaliser une évaluation de la qualité des actions à l'aide des contrats d'objectifs et de moyens et des bilans des actions. Enfin, un bilan descriptif des différents types de contrats financés a été réalisé.

La demande de l'ARS concernait 126 contrats financés à hauteur de 7,42 millions d'euros. Après l'étude d'un certain nombre de dossiers, il est apparu que les éléments disponibles ne permettaient pas de remplir efficacement la grille proposée.

Considérant que l'analyse des processus n'était pas réalisable, le groupe de travail s'oriente actuellement vers une évaluation stratégique. Celle-ci est envisagée pour les différentes thématiques et devra s'appuyer sur des auditions à réaliser au cours de l'année 2020.

TITRE EN ANGLAIS : Evaluation of prevention and health promotion actions: an analysis of actions financed by the Occitanie Regional Health Agency in 2018

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialité Santé Publique et Médecine Sociale

MOTS-CLÉS : ARS, évaluation, prévention, promotion de la santé, Fonds d'Intervention Régional, Occitanie, actions, santé publique, qualité, programmes de santé, CSP, CRSA

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Laurent MOLINIER