



**Institut de hautes études
en administration publique**

Fondation autonome associée
à l'Université de Lausanne
et à l'École polytechnique fédérale
de Lausanne

**ÉVALUATION DU PROJET ET DE LA MISE EN ŒUVRE
DE LA PLANIFICATION SANITAIRE QUALITATIVE
1999- 2002**

RAPPORT FINAL

Katia Horber-Papazian, professeur
Marc Maugué, chef de projet, Evaluanda
Gabriela Chaves, collaboratrice scientifique
Serge Terribilini, collaborateur scientifique

Novembre 2001

Evaluation du projet et de la mise en œuvre de la planification sanitaire qualitative

Résumé

CONTEXTE ET OBJET DE L'EVALUATION

Le 25 juin 1999, la loi 8045 pour le financement de la planification sanitaire qualitative (PSQ) 1999-2002 est adoptée par le Grand Conseil du canton de Genève. Sa mise en œuvre est confiée à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève sous la supervision de la Direction générale de la santé. Un groupe de pilotage composé de représentants de professionnels de la santé et de membres de la société civile est institué. Un poste de coordinateur général est créé. Les activités sont structurées autour de quatre priorités sanitaires (*accidents et handicaps, cancers, maladies transmissibles et santé mentale*). Ces activités par priorité obéissent à leur propre logique thématique et organisationnelle. Chacune des quatre priorités est dirigée par un coordinateur. Des axes transversaux¹ dont les champs d'actions sont communs à toutes les priorités sont mis en place.

Deux ans après le vote du Grand Conseil, la Direction générale de la santé a souhaité qu'une évaluation externe soit menée par une équipe de l'IDHEAP de sorte à :

- analyser la cohérence des textes de référence de la PSQ et leur articulation en termes de politique publique ;
- mettre en évidence la perception des principaux acteurs quant à l'organisation et l'évolution de la mise en œuvre de la PSQ. Cette perception, qu'elle soit ou non vérifiée par les faits, a tout son sens parce qu'elle dicte les actions de chacun et est révélatrice de l'adhésion ou des doutes des principaux acteurs quant à la démarche. Elle permet également de mettre en évidence les zones éventuelles de divergences ou d'indécisions sur lesquelles les responsables du projet pourront intervenir.

Le peu de recul existant entre le début de la mise en œuvre de la PSQ et cette première évaluation ne permet en aucun cas de se prononcer sur l'efficacité ou l'efficience politique ou opérationnelle de ses résultats.

¹ Communication ; système d'information ; qualité de vie, inégalités sociales ; bases factuelles

L'étude est basée sur l'analyse et le décryptage de textes (PV de séances, rapports produits en cours de mise en œuvre, cahiers de la santé 9.1 et 9.2, exposés des motifs, etc.) et de 27 entretiens semi-directifs réalisés auprès des acteurs clés de la PSQ (membres du comité de pilotage, coordinateurs, collaborateurs, membres de la société civile). Un groupe ad hoc a accompagné la démarche évaluative et validé les questions d'évaluation et les orientations méthodologiques.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Un passage dans les textes de référence d'une orientation action à une orientation recherche

Tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la PSQ fondent leurs actions sur trois documents, appelés communément les cahiers bleus (cahiers de la santé 9.1 et 9.2) et l'exposé des motifs du projet de loi. Si chacun de ces documents a sa logique propre, il est intéressant de noter que la conception des cahiers bleus, résolument orientée vers des actions concrètes visant à améliorer l'état de santé de la population genevoise, fait place dans l'exposé des motifs à une conception donnant une part de plus en plus grande aux études permettant d'établir la fréquence, le contexte et les facteurs de risque des domaines d'actions identifiés. De même, les objectifs opérationnels et la formalisation des effets attendus, présents dans les cahiers bleus, disparaissent pour la plupart de l'exposé des motifs. Il ne s'agit donc plus uniquement d'agir dans les domaines identifiés et de mettre en œuvre des programmes de prévention, mais également et surtout, d'investiguer pour s'assurer de la définition correcte des problèmes et de l'adéquation des structures avec ceux-ci.

Un exposé des motifs ambigu

Le renversement du modèle d'intervention entre les cahiers bleus et l'exposé des motifs pose la question de la nature même de la PSQ. S'agit-il d'un programme d'intervention finalisé qui trouve son fondement dans l'analyse des problèmes réalisée dans les cahiers bleus et dans la large consultation à laquelle ils ont donné lieu, ou s'agit-il d'un programme de recherche permettant d'approfondir, dans quatre domaines de la santé, l'analyse des différentes facettes des problèmes à résoudre. Porteur de ces deux projets (programme finalisé vs recherche devant permettre l'émergence d'une planification) sans les articuler, l'exposé des motifs crée une ambiguïté qui pèsera sur la mise en œuvre de la PSQ, les attentes qui seront mises en elle, et les résultats produits. Cette ambiguïté est renforcée par le fait qu'aucune hiérarchie des objectifs n'est proposée dans l'exposé des motifs, pas plus qu'il n'existe une corrélation réelle entre les objectifs visés et les lignes budgétaires demandées.

Une répartition des rôles peu claire génératrice de dysfonctions

L'organisation adoptée est en grande partie la traduction de la loi fondant la PSQ qui désigne l'IMSP, dont la mission historique est la recherche et l'évaluation, comme opérateur responsable, en particulier, de la gestion des ressources humaines et financières, et co-responsable avec la DGS des décisions opérationnelles, tandis que la DGS, qui représente l'autorité publique, agit comme superviseur général.

Les positionnements et les intérêts portés par chacune de ces structures étant différents, la répartition des rôles proposée génère des conflits le plus souvent larvés qui se répercutent sur les différentes instances impliquées, le comité de pilotage en particulier. Ce dernier a vu en effet son rôle consultatif transformé de facto en un rôle d'arbitre, voire de décideur stratégique.

Une identité en construction

Beaucoup ont regretté, au cours des entretiens menés au printemps 2001, l'absence d'un langage et de références communs, chaque priorité ayant sa logique propre. Ainsi la création d'une culture PSQ commune, connue et portée par tous, est fortement souhaitée. Il est important de souligner que depuis juin un débat est ouvert dans ce sens. Un effort de structuration des objectifs a en effet été entrepris par le coordinateur général et la DGS. Cette identité a cependant des difficultés à s'épanouir dans le climat d'incertitude qui pèse actuellement sur l'avenir de la PSQ, incertitude d'autant plus regrettable qu'elle prêterite les chances de s'adjoindre durablement des experts compétents.

Un décalage dans le démarrage des travaux

A cause de l'adoption à fin juin plutôt qu'en janvier 1999 du budget de l'Etat, la mise en œuvre de la PSQ a débuté officiellement avec 6 mois de retard, soit en juillet 1999, tandis que le coordinateur général, recruté en juillet 1999, n'a pu entrer en fonction qu'en janvier 2000. De plus, face à la difficulté d'engager rapidement toutes les équipes nécessaires, les travaux n'ont pas pu débiter simultanément dans le cadre de chacune des priorités. Ainsi l'équipe chargée de la priorité maladies transmissibles n'est par exemple opérationnelle que depuis 2001 alors que l'équipe chargée de la priorité accidents a pu débiter très rapidement ses travaux, ceux-ci s'appuyant sur des actions préexistantes.

Un coordinateur général apprécié mais une coordination entre projets et institutions déficitaire

Si le rôle et les compétences du coordinateur général sont très positivement appréciés, beaucoup regrettent toutefois le manque de coordination, malgré de constants efforts entre les équipes impliquées dans les différentes priorités, ainsi qu'entre ces équipes et d'autres appuyées par la DGS et travaillant en parallèle sur des problématiques et des projets de prévention voisins. La dispersion géographique des équipes de la PSQ dans Genève comme leur implication dans différents autres projets et institutions expliquent pour beaucoup cet état de fait. Il est cependant frappant de constater qu'un projet de l'ampleur de celui de la PSQ ait pu se réaliser sans que de réelles synergies ne soient créées avec les HUG dont le corps médical est le plus souvent peu informé ou sceptique sur le projet. Il est de même surprenant de constater, que pour certains, la nécessité de la création de ponts avec la planification quantitative n'est pas évidente.

Une politique de communication en cours d'élaboration

Beaucoup ont regretté en cours d'entretien l'absence d'une politique de communication en particulier avec les médias et le peu de visibilité entourant la PSQ. Le renforcement en septembre 2001 de la cellule communication devrait permettre de définir une stratégie d'information et une clarification du rôle de chacun dans la gestion d'un outil central pour la PSQ.

Des premiers résultats prometteurs

Les premiers résultats apparaissent progressivement. Tandis que les axes transversaux dont l'objectif est de créer un tronc commun sont en cours d'élaboration, l'analyse des quatre priorités démontre une orientation ces derniers mois plus axée vers la réalisation d'interventions concrètes sur le terrain. Le stress au travail, les chutes dans les EMS, la qualité de vie des femmes atteintes du cancer ou la couverture vaccinale en sont des exemples parlants. La PSQ a également joué un rôle de catalyseur dans la mise en réseau d'acteurs engagés dans le continuum de la promotion de la santé (prévention, soins, réadaptation, travail communautaire).

Il ressort de l'analyse de ces premiers résultats qu'un travail conséquent est entrepris pour poser les jalons d'une politique ambitieuse. Son succès dépend d'une part d'une analyse pertinente des problèmes de santé publique et de la mise en place de structures d'intervention en adéquation avec les objectifs visés, et d'autre part de l'adoption d'un mode d'appréhension globale des problèmes de santé. Ceci implique, aussi bien pour les professionnels de la santé que pour la population genevoise, la création d'un processus d'apprentissage générateur d'une transformation du mode de pensée comme du mode d'action.

Une dynamique riche, porteuse de projets novateurs pour Genève et en parfaite harmonie avec des projets similaires à la fois en Suisse et à l'étranger est créée. De premiers résultats prometteurs sont perceptibles, il s'agit en l'état d'en tirer parti et d'apporter des ajustements dans les domaines où des dysfonctions ont été mises en évidence. C'est dans cet esprit que les recommandations suivantes ont été élaborées.

RECOMMANDATIONS

1. Clarifier le rôle de chacun des partenaires de la PSQ :
 - en attribuant clairement la responsabilité politique au parlement et au DASS,
 - en confiant la responsabilité de la mise en œuvre, de la coordination et de la supervision à la DGS,
 - en déléguant la réalisation des priorités à des structures qui agissent déjà dans les domaines concernés,
 - en redonnant au comité de pilotage son rôle d'instance de consultation stratégique,
 - en clarifiant et en uniformisant le rôle des groupes d'accompagnement des priorités,
 - en réattribuant à l'IMSP son rôle central dans la recherche dans le domaine de la santé.
2. Renforcer l'identité PSQ en impliquant chaque partenaire dans la définition de valeurs et de principes d'actions communs.
3. Mettre en œuvre une politique claire et active d'information et de communication déclinée selon les publics cibles.
4. Définir des mandats de prestations liant la DGS et les structures chargées de concrétiser les objectifs stratégiques de la politique en s'appuyant sur les équipes existantes en raison des expériences qu'elles ont acquises et qui doivent être valorisées.
5. Intensifier, conformément à la mission de la DGS, la coordination entre l'ensemble des partenaires internes ou externes à la PSQ. Une attention particulière devrait être portée à l'intégration, d'une part, des deux versants de la planification sanitaire (planification qualitative et quantitative), et d'autre part de l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de la santé.
6. Valoriser, en prévision du prochain débat parlementaire, le travail entrepris en vue de la définition d'un programme finalisé de prévention et de promotion de la santé, coordonné avec l'ensemble des politiques publiques concernées. Ce programme finalisé devrait notamment comprendre la définition d'objectifs stratégiques et opérationnels, la mise en évidence des publics-cibles et des structures de mise en œuvre ainsi que des instruments et des structures de coordination avec les autres programmes soutenus par le DASS.
7. Définir une politique globale de la santé fondée dans une loi cantonale conçue à cet effet.

Table des matières

1	<u>INTRODUCTION</u>	3
2	<u>PSQ : DES CAHIERS BLEUS AU RAPPORT D'ACTIVITES 2001</u>	5
2.1	PRESENTATION DES TEXTES DE REFERENCE	5
2.1.1	CAHIER DE LA SANTE: LES DOMAINES D' ACTIONS PRIORITAIRES ET LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE	5
2.1.2	CAHIER DE LA SANTE: LA SANTE DES GENEVOIS ET LE SYSTEME DE SANTE SELON LES 38 BUTS DE L'OMS.	7
2.1.3	L'EXPOSE DES MOTIFS DU PROJET DE LOI	8
2.1.4	CONSTATS	10
2.2	ANALYSE DE L'EVOLUTION DES 4 PRIORITES DE LA PSQ DES FONDEMENTS AUX PREMIERS RESULTATS	11
2.2.1	PRIORITE " CANCERS "	12
2.2.2	PRIORITE " MALADIES TRANSMISSIBLES "	17
2.2.3	PRIORITE " SANTE MENTALE "	22
2.2.4	PRIORITE " ACCIDENTS ET HANDICAPS "	28
2.3	LES AXES TRANSVERSAUX	34
2.3.1	SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE	34
2.3.2	QUALITE DE LA VIE ET INEGALITES SOCIALES	36
2.3.3	BASES FACTUELLES	37
2.3.4	COMMUNICATION	38
2.4	SYNTHESE	39
2.5	PSQ ET POLITIQUES CONCOMITANTES	41
3	<u>ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET</u>	44
3.1	ORGANISATION FORMELLE DE LA PSQ	44
3.2	PERCEPTIONS DES ACTEURS QUANT A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PSQ	47
3.2.1	REPARTITION DES TACHES	47
3.2.2	IDENTITE ET IMAGE DE LA PSQ	50
3.2.3	STRUCTURATION DE LA PSQ	53
3.2.4	DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE	54
3.2.5	COORDINATION	55
3.2.6	COMMUNICATION INTERNE	56
3.2.7	COMMUNICATION EXTERNE	56
3.3	SYNTHESE	58
4	<u>ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS</u>	60
4.1	PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS	60
4.2	RECOMMANDATIONS	62
5	<u>ANNEXES</u>	63
	LISTE DES PERSONNES INTERROGEEES	63
	LISTE DES ABREVIATIONS	64

1 INTRODUCTION

Description du mandat

Le 25 juin 1999, la loi pour le financement de la planification sanitaire qualitative 1999-2002 est adoptée par le Grand Conseil du canton de Genève. La mise en œuvre est confiée à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève sous la supervision de la Direction générale de la santé. Un groupe de pilotage composé de représentants de professionnels de la santé et de membres de la société civile est institué. Un poste de coordinateur général est créé et quatre priorités sanitaires² thématiquement indépendantes sont instaurées. Des axes transversaux dont les champs d'actions sont communs à toutes les priorités sont mis en place³.

Ce programme se met progressivement en place jusqu'à l'automne 2000. Au début de l'année 2001, l'ensemble des structures permettant la mise en œuvre de la PSQ est en place et les processus de mise en œuvre prévus se déploient. En juin 2001, un premier rapport intermédiaire interne recense l'ensemble des activités et des objectifs des différents axes d'intervention de la PSQ.

Outre ce recensement systématique, la Direction générale de la santé a souhaité qu'une évaluation externe soit menée pour apporter un regard extérieur en termes d'analyse des politiques publiques.

Objet de l'évaluation

Les objectifs de cette étude sont de deux ordres :

1. Analyser les textes de référence (Cahiers de la santé 9.1 et 9.2⁴ et exposé des motifs de la loi) qui fondent la PSQ en termes d'articulation. La PSQ étant considérée comme un programme d'intervention de la politique de la santé du canton de Genève, d'entente avec les mandants, une grille d'analyse des politiques et programmes d'intervention publics a été utilisée de sorte à mettre en évidence à travers les textes fondateurs les problèmes à résoudre, les objectifs stratégiques, les publics-cibles, les mesures d'intervention, les objectifs opérationnels et les effets attendus⁵. Cette analyse devrait permettre de jeter les bases de futures évaluations et de mener une étude de l'articulation de ces textes qui constituent la référence des actions menées au nom de la PSQ. Une mise en relation des objectifs avec les réalisations 1999-2001 sera réalisée de sorte à tirer un premier bilan purement descriptif. L'objectif du mandat n'est pas d'analyser les causes d'éventuels écarts.

² Il s'agit des priorités accidents/handicap, cancers, maladies transmissibles et santé mentale.

³ Il s'agit de la politique de communication, de l'établissement d'un système d'information, de l'intégration du domaine de la qualité de vie et des inégalités sociales et enfin de la création de bases factuelles.

⁴ Ces Cahiers sont également nommés " Cahiers bleus 1 et 2 ".

⁵ L'analyse fait appel aux concepts suivants :

- *problème à résoudre* : problème collectif reconnu sur lequel des acteurs institutionnels décident d'intervenir
- *objectifs stratégiques* : finalité de l'intervention en terme de résolution du problème
- *public-cible* : ensemble des personnes qui sont directement visées par l'intervention et dont la transformation du comportement devrait permettre la résolution du problème
- *mesures d'intervention* : modalités d'intervention qui vont influencer le comportement des publics-cibles désignés
- *objectifs opérationnels* : objectifs qui énoncent les réalisations à produire pour permettre la concrétisation des objectifs stratégiques
- *effets attendus* : ensemble des effets attendus qui devraient être induits par le changement de comportement du public-cible suite à l'intervention

2. Mettre en évidence la perception des principaux acteurs sur l'organisation et l'évolution de la mise en œuvre de la PSQ, la répartition des rôles et des compétences des principaux intervenants, les modes de collaboration et d'information, les facteurs favorisant ou limitant l'avancement du projet.

Cette perception, qu'elle soit ou non vérifiée par les faits, a tout son sens parce qu'elle dicte les actions de chacun et est révélatrice de l'adhésion ou des doutes des principaux acteurs quant à la démarche. De plus, elle met en évidence les zones éventuelles de divergences ou d'indécisions sur lesquelles les responsables du projet pourraient intervenir. Enfin, les constats et analyses réalisées dans le cadre des différentes parties de cette étude permettront de tirer des enseignements et de proposer des recommandations.

Limites

Cette étude intervenant deux ans après le début de la planification sanitaire qualitative, elle porte principalement sur l'analyse de son contenu ainsi que sur les processus de mise en œuvre. Il est en effet prématuré de vouloir traiter, sous l'angle du questionnement évaluatif⁶, les premiers résultats⁷ et effets engendrés par cette planification. A ce propos, il n'est pas inutile de préciser que la dernière priorité de la PSQ s'est mise en place à la fin de l'année 2000 alors que la majeure partie des entretiens a eu lieu au printemps de l'année 2001.

Méthodes

L'étude est basée sur l'analyse et le décryptage de textes (PV de séances, rapports, cahiers de la santé 9.1 et 9.2, exposés des motifs, etc.) et de 27 entretiens semi-directifs réalisés auprès des acteurs clés de la PSQ (membres du comité de pilotage, coordinateurs, collaborateurs, membres de la société civile). Au terme de ces 27 entretiens, il est apparu inutile de mener des entretiens supplémentaires, les informations étant devenues redondantes.

Un groupe ad hoc⁸ a accompagné la démarche évaluative et validé les questions d'évaluation et les orientations méthodologiques.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont bien voulu, dans le cadre de cette évaluation, nous accorder de leur temps et partager avec nous leurs réflexions. Nos travaux ont très largement bénéficié de l'ouverture de chacun et de l'esprit constructif qui a prévalu tout au long de la démarche.

Organisation du rapport

Ce rapport est composé de trois parties distinctes:

- La première présente les trois documents de référence de la PSQ (les cahiers de la santé 9.1 et 9.2 et l'exposé des motifs) ainsi que les premières réalisations. Une analyse de chacune des priorités principalement selon l'évolution de la définition des problèmes et des modèles d'intervention y est présentée.
- La seconde expose et analyse la perception des différents acteurs sur l'organisation de la mise en œuvre de la PSQ.
- La troisième est consacrée à la présentation des enseignements et des recommandations.

⁶ Pertinence, efficacité, efficience stratégique et opérationnelle, etc.

⁷ La présentation des résultats se base largement sur le rapport intermédiaire 1999-2000 de la coordination générale, juin 2001.

⁸ Ce groupe est composé de Mme Annie Mino, directrice de la DGS ; M. Claude-François Robert, médecin adjoint de la DGS ; M. Jean Simos, conseiller scientifique de la DGS ; M. Jacques Bury, coordinateur général de la PSQ.

2 PSQ : DES CAHIERS BLEUS AU RAPPORT D'ACTIVITÉS 2001

2.1 Présentation des textes de référence

Tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la PSQ fondent leurs actions sur trois documents, appelés communément les " cahiers bleus no 1 et no 2 " et le projet de loi. Il est donc important, avant d'entrer dans une analyse détaillée des priorités de la politique actuelle et de leur évolution, de les présenter brièvement en identifiant leurs objectifs stratégiques et opérationnels.

Ces textes ont été rédigés par différents auteurs, ce qui explique que la terminologie utilisée et la systématique ne soient pas standardisées. Afin d'en faciliter la compréhension et l'analyse, le choix d'unifier les terminologies a donc été fait.

2.1.1 Cahier de la santé: les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé⁹

Ce document détermine, à partir d'une analyse de la situation de la santé et du système de soins à Genève, une douzaine de problèmes de santé prioritaires et les actions à mettre en œuvre pour y faire face. Il propose des changements dans le fonctionnement des services de santé, définit les besoins en termes d'informations et de recherche, et argumente sur la nécessité de développer un système de santé global pour relever les défis auxquels le canton de Genève est confronté.

Objectifs stratégiques :

- Réduire et éviter tous les décès et maladies évitables grâce aux connaissances actuelles.
- Diminuer ou éliminer certains déterminants comportementaux, environnementaux et sociaux ayant un impact négatif sur la santé.
- Prévenir les effets de la précarisation sur la santé.
- Réduire les conséquences des maladies sur la qualité de vie.
- Préserver les acquis du système de santé tout en améliorant sa qualité, son accessibilité et son efficacité.

Objectifs opérationnels :

A) Réduire et éviter toutes les morts et maladies qui sont évitables dans les domaines suivants :

1. maladies cardio-vasculaires
2. cancer du sein
3. SIDA
4. traumatismes non intentionnels
5. douleurs du dos
6. dépression
7. suicide

⁹ Titre complet : Les cahiers de la santé, Planification sanitaire qualitative du système de santé genevois, rapport 1 : les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé, N0 9.1 janvier 1998.

B) Modifier ou éliminer certains déterminants comportementaux et environnementaux :

1. tabagisme
2. alcoolisme
3. stress
4. maltraitance

C) Prévenir les effets de la précarisation sur la santé :

1. chômage
2. isolement et exclusion

D) Réduire les conséquences des maladies sur les conditions de vie :

1. maintien à domicile
2. prise en charge des malades chroniques
3. accompagnement en fin de vie
4. conditions de vie des personnes souffrant d'un handicap

E) Préserver les acquis du système de santé tout en améliorant sa qualité, son accessibilité et son efficacité

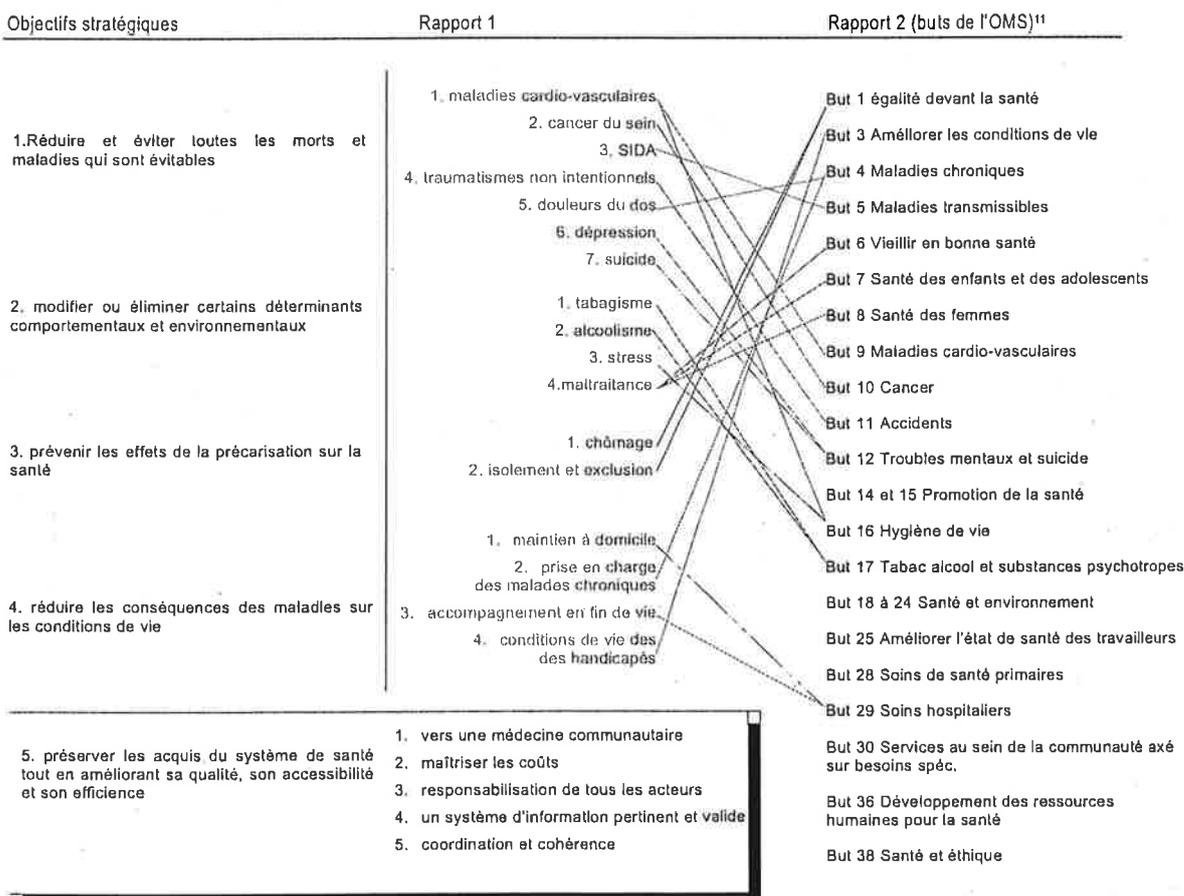
1. vers une médecine communautaire
2. maîtriser les coûts
3. vers une plus grande responsabilisation de tous les acteurs
4. un système d'information pertinent et valide
5. améliorer la coordination et augmenter la cohérence

Ce dernier objectif (E) pose le cadre de référence de l'ensemble de la planification sanitaire qualitative.

2.1.2 Cahier de la santé: la santé des genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS¹⁰.

Ce document vise à mettre en relation les objectifs définis dans le cahier 1 avec les 38 buts de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe. Il offre également aux décideurs du domaine de la santé et de certains services sociaux genevois la possibilité d'approfondir une réflexion sur les objectifs à atteindre, à partir d'un inventaire des moyens à disposition, de leur utilisation et des améliorations souhaitables pour, d'une part, permettre une réorientation des pratiques dans le sens d'une meilleure adéquation aux priorités de la santé genevoise et, d'autre part, en proposer une utilisation plus rationnelle, en particulier par une mise en réseau formelle de la multiplicité des acteurs impliqués dans chaque secteur particulier. Ce document élargit également les domaines d'intervention possibles et la palette d'objectifs opérationnels à atteindre tout en fixant des cibles précises qui seront explicitées et analysées dans le chapitre consacré aux priorités de la PSQ.

Le schéma suivant illustre l'articulation existant entre les deux cahiers bleus.



¹⁰ Titre complet : Les cahier de la santé, Planification sanitaire qualitative du système de santé genevois, rapport 2 : la santé des genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS. No 9.2 janvier 1998.

¹¹ Les 38 buts sont présentés selon les 21 catégories proposées dans le cahier no 2.

Il ressort de ce tableau que les objectifs définis sont en adéquation avec la majeure partie des objectifs de l'OMS.

2.1.3 L'exposé des motifs du projet de loi¹²

L'appellation de Planification Sanitaire Qualitative a été retenue pour marquer le contraste avec la Planification Sanitaire Quantitative. Cette dernière vise la planification de l'offre de services alors que la Planification Sanitaire Qualitative vise plus directement l'amélioration de l'état de santé de la population.

Objectifs stratégiques

L'objectif principal de la PSQ est de parfaire le système actuel en mettant en place une politique de santé basée sur les principes de prévention des maladies, de promotion de la santé et de responsabilisation des acteurs privés et publics en matière de bien-être. Ce qui implique de :

- faire mieux avec les ressources disponibles
- définir un plan d'action dans les domaines prioritaires
- engager une réforme en profondeur du système de santé
- disposer d'un large consensus

Objectifs opérationnels

- réduire les décès, les maladies évitables et les accidents
- mieux appréhender et agir sur les déterminants comportementaux, environnementaux et sociaux de la santé
- identifier les effets de la précarisation sur la santé et élaborer des stratégies d'intervention
- réduire les conséquences des maladies sur la qualité de vie
- préserver les acquis du système de santé tout en améliorant la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins

Ces axes se traduisent par 5 priorités sanitaires (1999-2002) retenues sur la base du caractère prioritaire des problèmes qu'elles recouvrent et sur la capacité à générer des modules d'action, de coordination et de développement d'un futur système de santé basé sur l'adéquation des structures et des services aux problèmes.

1. Diminuer l'incidence et/ou la mortalité liée aux cancers les plus susceptibles d'être prévenus, en particulier le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers ORL, cancers digestifs et le mélanome :
 - le cancer du sein est ciblé dans la perspective d'un programme visant à tester la continuité du processus de prise en charge depuis le diagnostic précoce jusqu'aux soins palliatifs;
 - le cancer du poumon est à mettre en relation avec la lutte contre le tabagisme;
 - les cancers ORL et digestifs concernent le tabagisme, l'alcoolisme, la nutrition;
 - pour le mélanome, il s'agit de la mise en oeuvre au niveau cantonal du programme national de lutte contre le cancer.

¹² Projet de loi 7903 accordant une subvention d'investissement de 8 500 000 F à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive pour financer la réalisation de 5 priorités sanitaires 1999-2002 (planification sanitaire qualitative).

2. Etablir la fréquence, le contexte et les facteurs de risque des problèmes relevant de la santé mentale, selon trois axes :
 - stress, dépression, suicide
 - abus de substance illégales
 - violence, en particulier familiale et en milieu éducatif
3. Réduire la fréquence des accidents et des traumatismes et des handicaps qui en résultent :
 - à domicile chez les jeunes enfants et personnes âgées
 - dans la circulation et les lieux de loisirs chez les adultes
4. Contrôler et éradiquer les maladies infectieuses et lutter contre certaines agressions du milieu (allergies etc.) :
 - un accent particulier est à mettre sur les épidémies majeures (VIH, hépatites);
 - un accent particulier est à mettre sur les maladies contre lesquelles il est possible de lutter par la vaccination (rougeole, poliomyélite, grippe);
 - un système performant de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles, et des nuisances de l'environnement doit être mis en place.
5. Définir les objectifs et les modalités d'implantation d'un carnet de santé dans la perspective d'une responsabilisation :
 - des patients (empowerment)
 - des médecins (evidence based medicine)
 - comme outil d'information pour la surveillance des problèmes, la gestion des structures et la maîtrise des coûts.

Il est à relever que la réalisation de ce cinquième objectif a été dans un premier temps reporté pour être finalement confié à la fondation Iris¹³. La mise en œuvre de planification sanitaire qualitative se focalise donc sur quatre priorités sanitaires.

¹³ L'année 2001 a vu le démarrage du réseau communautaire d'informatique médicale. La fondation Iris a été constituée à cet effet. Elle a pour but de définir, de réaliser et d'exploiter le réseau communautaire d'informatique médicale comprenant le dossier informatisé du patient.

2.1.4 Constats

Chacun des textes présentés succinctement a un sens propre et fonde les suivants, ce qui explique qu'ils soient tous trois une référence pour la mise en œuvre actuelle de la PSQ. Le premier pose la problématique de la PSQ et sa nécessité dans le contexte genevois, le second permet d'approfondir la réflexion en la mettant en relation avec les objectifs de l'OMS, tandis que l'exposé des motifs recentre la PSQ autour de 4 priorités, tout en abandonnant un certain nombre de domaines d'intervention considérés cependant comme prioritaires dans les cahiers bleus. Il s'agit notamment des domaines suivants :

- maladies cardio-vasculaires
- douleurs du dos
- prise en charge des maladies chroniques
- maintien à domicile
- santé et environnement
- santé et éthique
- chômage

L'abandon de la thématique du chômage peut s'expliquer par la nature même de la problématique multidimensionnelle, impossible à traiter uniquement dans le cadre d'une politique sanitaire.

Pour les autres domaines, il est par contre moins aisé d'identifier les critères à l'aulne desquels ils ont été écartés. Il apparaît en effet que la plupart des domaines d'actions abandonnés remplissent les critères de sélections contenus dans l'exposé des motifs de la loi¹⁴ :

“ Les priorités ont été retenues sur la base du caractère prioritaire des problèmes qu'elles recouvrent et sur leur capacité à générer des modèles d'action, de coordination et de développement d'un futur système de santé basé sur l'adéquation des structures et des services aux problèmes. ”

Le choix est d'autant plus étonnant que les domaines mentionnés comme les plus importants par les personnes ou organismes qui ont pris part à la large consultation des cahiers de la santé 9.1 et 9.2 sont précisément les maladies chroniques et les maladies cardio-vasculaires qui ont été écartées.

Cette mise en perspective réalisée, le chapitre suivant sera consacré à l'analyse des quatre priorités sanitaires de la PSQ : cancer, maladies transmissibles, santé mentale et accidents/handicaps.

¹⁴ PL 7903, Exposé des motifs du projet de loi accordant une subvention d'investissement de 8 500 000 F à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive pour financer la réalisation de 5 priorités sanitaires 1999-2002. La loi 8045 accordant cette subvention a été votée le 25 juin 1999.

2.2 Analyse de l'évolution des 4 priorités de la PSQ des fondements aux premiers résultats

Avec la PSQ, le canton de Genève s'est doté d'un programme d'action fort dans le cadre de sa politique de la santé. Tout programme d'action trouve son fondement dans une analyse des problèmes ou des besoins et la mise en évidence de la nécessité de l'intervention des pouvoirs publics. Le besoin et les domaines d'intervention reconnus, il s'agit alors de déterminer la population cible de l'action, soit la population dont la modification de comportement devrait permettre de résoudre le problème. Cette population étant définie, il s'agit alors de fixer clairement les objectifs et les effets attendus ainsi que les mesures, les moyens et les structures d'intervention qui vont permettre de contribuer à la résolution du problème. Mettre en évidence ces différents éléments pour les quatre priorités de la PSQ implique d'une part, de se reporter aux textes qui la fondent, soit aux cahiers bleus et à l'exposé des motifs, et d'autre part, de mettre en évidence l'articulation réalisée entre ces différents textes pour chacune des priorités. Cette première analyse réalisée, il s'agira de mettre en relation les objectifs visés avec le premier bilan de réalisation.

Dans cette partie également, les termes et la systématique de présentation ont été standardisés pour faciliter l'analyse. En effet, les documents fondateurs de la PSQ laissent apparaître une grande diversité de structuration et d'explicitation des modèles d'intervention. Certaines confusions apparaissent notamment en ce qui concerne la formulation des objectifs. C'est par exemple le cas pour le but no 5 "réduire les maladies transmissibles" figurant dans le deuxième cahier de santé. L'un des quatre moyens à mettre en œuvre proposés est "*une réduction de 25% de la mortalité due à la pneumonie, aux maladies diarrhéiques infantiles et à l'hépatite B*"¹⁵. Il s'agit ici très clairement d'une confusion entre objectif et moyen d'intervention.

Chaque document analysé sera présenté sous la forme d'un tableau synthétique. Toutefois, l'exposé des motifs et les objectifs 1999-2002 ont été, dans un souci de clarté, réunis dans un seul tableau. Précisons d'emblée que certains concepts (public-cible, effets, etc.) sont parfois absents de l'analyse car ils ne sont tout simplement pas explicités dans les documents de référence.

Enfin, les données fournies concernant les ressources humaines et les aspects financiers ne permettent pas de mener une analyse précise de l'évolution de ces paramètres.

¹⁵ Cahier de santé 9.2 p.62.

2.2.1 Priorité " cancers "

Cahier 1

Problème à résoudre :

Le cancer du sein est la principale cause de décès chez la femme d'âge mûr.

Publics-cibles :

Femmes genevoises entre 50 et 70 ans et médecins.

Mesures d'intervention :

- Mettre en place un programme de dépistage par mammographie.
- Garantir le remboursement des mammographies.
- Mener une campagne d'information visant les femmes et les médecins traitants.

Effets attendus :

D'ici l'an 2000 :

- 70% des femmes âgées de 50 à 70 ans bénéficieront d'une mammographie tous les deux ans.
- Toutes les femmes genevoises seront informées individuellement des bénéfices du dépistage régulier du sein.

D'ici l'an 2010 :

- La mortalité par cancer du sein aura baissé d'au moins 25% chez les femmes.

Cahier 2

Problème à résoudre:

Le cancer est une des principales causes de décès, toutefois une grande partie d'entre eux sont théoriquement évitables.

La qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer n'est pas optimale.

Publics cibles :

Les personnes de moins de 65 ans, les personnes atteintes d'un cancer, les médecins.

Mesures d'intervention :

Renforcement de la prévention primaire :

- Pour réduire la prévalence des fumeurs.
- Pour réduire l'exposition au soleil.
- Pour promouvoir une alimentation saine.

Renforcement de la prévention secondaire :

- Dépistage du cancer du col utérin.
- Mammographie.
- Campagne d'information sur le mélanome cutané.
- Cancer recto-coliques.

Amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux :

- Développer des soins palliatifs.
- Développer des soins ambulatoires.
- Appliquer les meilleures connaissances disponibles en matière de diagnostic, de traitement et de réadaptation et de soins palliatifs à tous les cancéreux.

Effets attendus :

D'ici l'an 2000 la mortalité par cancer chez les personnes de moins de 65 ans devrait avoir baissé d'au moins 15%. La qualité de vie des cancéreux devrait être améliorée.

Exposé des motifs / objectifs 1999-2002

Problème à résoudre

Non énoncé.

Publics cibles :

Potentiellement tout le monde, médecins.

Mesures d'intervention

Cancer du sein

- Améliorer l'acceptabilité et l'efficacité du programme de dépistage.
- Evaluer le suivi thérapeutique de l'efficacité des soins, des inégalités sociales et de la qualité de la vie.

Cancer du poumon et cancers ORL

- Renforcer la prévention et l'arrêt du tabagisme :
Augmenter le recrutement dans le programme " stop- Tabac ".
Améliorer l'information des médecins et les inciter à prescrire le sevrage.
- Evaluer l'impact des cancers ORL et élaborer des priorités d'action :
Prévention primaire : coordonner les actions de lutte contre le tabac et l'alcool.
Prévention secondaire : déterminer la précocité diagnostique et les circonstances et identifier les actions de prévention secondaire envisagées ou entreprises.
Prévention tertiaire : étudier de façon interdisciplinaire les effets à terme du traitement et de la qualité de la réhabilitation et des mesures palliatives.

Cancers digestifs

- Evaluer le risque de cancers liés à l'alimentation (étude commune CIRC, division épidémiologie clinique HUG, et registre des tumeurs):
Calcul du risque de cancer attribuable à l'alimentation alcool compris.
Rapport destiné aux autorités sanitaires expliquant les résultats et les comparant à ceux observés pour le reste de l'Europe en vue d'établir des actions préventives.

Mélanome

- Mettre en œuvre au niveau cantonal du programme national de lutte contre le cancer, en cours d'élaboration par la Ligue suisse contre le cancer et l'Office fédéral de la santé publique.

Budget prévu dans l'exposé des motifs

	mandat quadriennal (tranche annuelle)	Programmes ponctuels (budget unique)
<i>Cancer du sein</i> Evaluation externe du dépistage par mammographie, en collaboration avec le registre genevois des tumeurs, la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein et la Ligue genevoise contre le cancer.	150 000.-	
Suivi thérapeutique des traitements, en collaboration avec les organisations d'aide et de soins à domicile.	150 000.-	
<i>Cancer du poumon - Cancers ORL</i> Soutien à l'activité en réseau alcoologie, activités CIPRET et FEGPA ; (soutien à l'activité en réseau).	50 000.-	
Mise en œuvre du système – expert " tabac " (10 000 personnes).	100 000.-	
Collaboration avec l'OMS dans le cadre de la campagne "Objectif publicité = 0".	50 000.-	
<i>Cancers digestifs</i> Méta-analyse des données sur la nutrition et les cancers digestifs.		50 000.-
SOUS- TOTAL	500 000.-	50 000.-

Réalisations 2000/2001

Cancer du sein

Améliorer l'acceptabilité et l'efficacité du programme de dépistage du cancer du sein :

- Un protocole d'évaluation a été établi en conformité avec les critères européens émis en matière d'évaluation. Collecte et analyse des données nécessaires à l'évaluation. Emission de recommandations.
- Six réunions de travail ont eu lieu. La première étape a consisté à mettre en place une procédure d'extraction des données nécessaires à l'évaluation. La seconde étape a été d'obtenir les données nécessaires à une première évaluation de l'activité de dépistage.
- L'expertise du programme a débuté en octobre 2000. A partir de nombreux entretiens et séances de travail, établissement des disparités et des conformités entre le programme et les directives européennes de garantie de qualité. C'est, entre autres, ce document qui a permis de reconsidérer la gratuité de la mammographie, qui est devenue effective.
- Campagne de communication pour sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein.

Améliorer la qualité de vie, la satisfaction des soins et le traitement des femmes atteintes du cancer du sein :

- Protocole d'évaluation.
- Groupe de femmes.
- Reconstitution des données manquantes.

Cancer du poumon

Renforcer la prévention et l'arrêt du tabagisme :

- Pendant l'année 2000, la diffusion du programme Stop-tabac auprès des fumeurs s'est amplifiée. Une nouvelle brochure destinée aux femmes " Les femmes et le tabac " a été conçue.
- Une motivation des médecins a eu lieu grâce à des visites personnalisées effectuées par une déléguée médicale engagée et formée à cet effet depuis 1er septembre 2000. Environ 580 médecins ont été rencontrés. Un mailing a été envoyé à tous les médecins de suisse romande.
- Un projet d'action visant à améliorer l'information des adolescents a été mis en oeuvre. Il vise à les inciter à ne pas commencer à fumer et les inciter à arrêter de fumer en utilisant des méthodes validées. Ce projet se fera en partenariat avec le Service de santé de la jeunesse.

Cancers ORL

Evaluer l'impact des cancers ORL et élaborer des priorités d'actions :

- Les premiers contacts pluridisciplinaires ont été pris.
- Le recensement des données disponibles effectué.

Cancers digestifs

- Evaluer les risques de cancer liés à l'alimentation : élaboration d'un protocole de recherche.
- Signature du contrat.
- Réunion en décembre 2000, en présence des différents partenaires, afin de définir les données nécessaires à cette évaluation et finaliser le calendrier d'action.

Groupe thématique sur l'alimentation

- Réunions pour mettre en réseau les partenaires impliqués dans l'alimentation saine.
- Proposition d'évaluation pré-campagne sur le bus santé.

Comptes

Le logiciel utilisé actuellement pour la comptabilité de la PSQ ne permet pas de connaître le montant des dépenses pour chaque projet d'une priorité. Il est dès lors impossible de procéder à une comparaison entre les budgets prévus dans l'exposé des motifs et les comptes actuels.

	1.07 au 31.12 1999	2000	1.01.au 22.10 2001
Charges de personnel		132'522.65	405'331.3
Dépenses de fonctionnement	7'0236	58'523.65	162'163.52
Total charges	7'0236	191'046.3	567'494.82

Le développement des dépenses démontre un accroissement notable des activités durant l'année 2001.

Analyse

Objectifs

En passant du premier rapport au second, le nombre de publics-cibles identifiés s'élargit. Le cancer du sein n'est plus le seul objet de l'intervention et l'intérêt est porté à tous les cancers théoriquement évitables : le cancer du sein, de la peau, du col utérin et recto-coliques.

L'exposé des motifs fixant les objectifs 1999-2002 de la planification sanitaire qualitative fait référence implicitement aux deux rapports précédents pour les thématiques " problème à résoudre " et " public-cible ". Quatre domaines d'actions sont identifiés : cancer du sein, cancers digestifs et cancers du poumon / ORL et cancer de la peau.

Publics-cibles

Limité dans le premier rapport aux femmes entre 50 et 70 ans, le public visé pour les activités de prévention du deuxième rapport concerne l'ensemble de la population de moins de 65 ans. L'exposé des motifs quant à lui ne fait plus de distinction d'âge.

Il est intéressant de relever que la mise en œuvre et le succès de la politique de prévention envisagée dépend en grande partie non seulement de la réceptivité de la population aux messages de prévention, mais également de la transformation du comportement des médecins et de leur ouverture à l'approche proposée. Le rôle du médecin comme vecteur d'information s'amointrit largement dans l'exposé des motifs, tandis que dans les objectifs 1999-2002, il se limite à la prévention dans le domaine du cancers du poumon et ORL.

Evolution des mesures

En termes de mesures d'intervention, il est frappant de constater que si le second cahier bleu pose – par un programme d'action clair – la nécessité de renforcer la prévention primaire et secondaire et d'améliorer la qualité de vie des cancéreux, l'exposé des motifs s'attache davantage à la construction de systèmes de suivi et d'évaluation, voire propose même de compléter l'analyse des problèmes préalablement mis en évidence.

D'autre part, les mesures d'intervention préconisées dans l'exposé des motifs sont de degrés divers et rassemblent tout aussi bien des éléments qui sont des objectifs finalisés que des études. Le glissement réalisé entre le cahier 2, qui propose des actions concrètes, et l'exposé des motifs, qui comporte davantage d'actions introspectives (études, évaluations), tend ainsi – à priori – à diminuer l'impact direct sur la population cible de ce volet de la PSQ. Par exemple, le développement des pratiques de soins palliatifs, délimitées clairement dans le cahier 2, se transforme ainsi en une évaluation de la qualité de la réhabilitation et des mesures palliatives.

Enfin, il est surprenant de constater que dans l'exposé des motifs, le budget proposé ne reprend que partiellement les mesures d'intervention présentées dans le même document.

Effets

Il est également intéressant de noter que si les deux cahiers fixent clairement les effets attendus, l'exposé des motifs demeure discret sur ce sujet, tout comme sur les structures de mise en œuvre prévues, ou l'articulation de la priorité cancer avec les mesures déjà prises avant la PSQ.

Ceci est certainement à mettre en relation avec l'intérêt manifesté à la réalisation d'études ou la conception de démarches d'évaluation.

Résultats

Le bilan des réalisations de cette priorité sanitaire confirme l'orientation prise dans l'exposé des motifs. Un effort a été consenti pour saisir le problème et définir des priorités dans le cadre des cancers ORL, des cancers liés à l'alimentation ou pour concevoir une démarche évaluative permettant de mesurer et de juger de l'efficacité du programme de dépistage du sein.

Un certain nombre d'actions concrètes commencent à être réalisées : conception de brochures spécifiques sur le tabac, contribution à la gratuité de la mammographie, financement d'une campagne de communication pour sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein ou encore mise en relation des partenaires impliqués dans l'alimentation saine. Il apparaît toutefois que l'accent est mis, pour l'heure, plus particulièrement sur le cancer du sein et qu'aucune mesure n'est entreprise dans le domaine du mélanome dans le cadre strict de la PSQ.

2.2.2 Priorité " maladies transmissibles "

Cahier 1

Problème à résoudre

La fréquence, la gravité du SIDA ainsi que son impact socio-économique sont importants. Le canton de Genève est l'un des plus touchés par cette épidémie.

Publics-cibles

Homosexuels, écoliers, toxicomanes et migrants. Population générale pour la prévention.

Mesures d'intervention

- Poursuivre les actions de prévention pour toute la population, et en particulier les jeunes, les homosexuels, les prostituées, les usagers de drogues et les migrants.
- Permettre à tous les jeunes de développer des comportements sexuels à moindre risque et responsables.
- Préserver et, si nécessaire, accroître l'accessibilité aux moyens de prévention (préservatifs, matériel d'injection).
- Améliorer la détection précoce des infections à VIH afin de permettre une prise en charge précoce.
- Adopter pour tous les malades du SIDA la prise en charge thérapeutique en fonction des progrès réalisés, quel que soit le coût.

Effets attendus

D'ici l'an 2000, 80% des jeunes âgés de moins de 20 ans utiliseront le préservatif lors de contacts sexuels avec leur(s) partenaires occasionnels et/ou nouveau(x).

D'ici l'an 2000, 80% des nouvelles infections à VIH seront détectées et traitées précocement.

Le nombre de nouvelles infections à VIH détectées devra diminuer de façon constante au cours des prochaines années.

Cahier 2

Problème à résoudre

Émergence et réémergence des maladies infectieuses.

Public-cible

Toute la population.

Mesures d'intervention

- Vacciner contre les maladies éradicables et les autres maladies transmissibles pouvant être arrêtées par la vaccination, des personnes susceptibles de les contracter.
- Soutenir les efforts de prévention et de dépistage dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA.
- Développer un système de détection et de contrôle des épidémies.

Effets attendus

D'ici l'an 2000, les cas de poliomyélite, de diphtéries, de tétanos, de rougeole et de rubéole congénitale devraient avoir disparu, l'incidence et les conséquences néfastes d'autres maladies transmissibles, et notamment de l'infection au VIH, devraient diminuer de façon continue.

Une réduction de 25% de la mortalité due à la pneumonie, aux maladies diarrhéiques infantiles et à l'hépatite B.

Une réduction continue du taux de transmission des maladies sexuellement transmissibles et des graves complications qui leur sont associées.

Exposé des motifs / objectifs 1999-2002

Problème à résoudre

Non énoncé.

Publics-cibles

Professionnels de la santé. Population générale.

Mesures d'intervention

Surveillance, alerte, intervention

- Rassembler puis opérationnaliser les divers éléments existant à Genève pour en faire un système de surveillance, d'alerte et d'intervention performant, tourné vers l'action et les besoins prioritaires de la collectivité.

Vaccinations

- Renforcement de la couverture vaccinale (sensibilisation des professionnels, du public, mesures législatives à adopter).
- Développement d'un consensus parmi les professionnels spécialisés dans le but de fournir une information univoque aux professionnels non spécialisés ainsi qu'au grand public, en particulier pour des vaccinations ayant fait l'objet de controverses récentes comme l'hépatite B.
- Participation régulière des professionnels et des " consommateurs " aux débats sur les vaccinations.
- Définition d'une politique claire et si possible, en harmonie avec la Confédération, des conditions de vaccination des habitants en situation particulière (professionnels, immigrants, autres).
- Renforcement des modalités de surveillance épidémiologique dans et hors des établissements (HUG, EMS, communauté); investigation agressive, "mini épidémies" (rougeole en particulier). Exploitation scientifique (efficacité vaccinale) à but d'information (via les médias par exemple) des flambées épidémiques de maladies prévenues par la vaccination.

Formation

- Former les professionnels de santé à la surveillance et au contrôle des maladies transmissibles pour contribuer à réduire les maladies transmissibles. Un travail de formation avec diverses associations et institutions s'impose, si l'on désire agir en termes de prévention primaire.

Budget prévu dans l'exposé des motifs

	mandat quadriennal (tranche annuelle)	programmes ponctuels (budget unique)
<i>Poursuite des études concernant la chimioprotection post-exposition VIH.</i>		75 000.-
Mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique général ; formation spécifique des intervenants (investigation d'une épidémie ...).	100 000.-	
Promotion de la couverture vaccinale contre la rougeole (objectif : 95 %).	75 000.-	
Traitements disponibles et prise en charge des enfants allergiques.		75 000.-
Revue exhaustive des pathogènes dans l'environnement.		75 000.-
SOUS - TOTAL	175 000.-	225 000.-

Réalisations 2000/2001

Infections résistantes aux antibiotiques (MRSA) dans les EMS

Un protocole d'enquête de prévalence des colonisations à MRSA a été élaboré. La phase pilote de l'enquête a été mise en oeuvre dans 4 EMS (plus de 500 patients) en collaboration avec les HUG, le Mépags (médecins d'EMS), UNILABS et les EMS. Les résultats seront disponibles en novembre 2001. Parallèlement, deux groupes de travail se sont réunis régulièrement pour élaborer des procédures et des directives cantonales pour la prise en charge et le contrôle du MRSA dans les EMS (prise en charge médicale et soins infirmiers).

Surveillance des traitements antituberculeux

La première phase de ce projet avait pour but de mesurer le résultat des traitements antituberculeux des patients du canton. Elle est en cours de réalisation pour les patients ayant terminé leur traitement avant juin 2001 et sera poursuivie en 2002. La deuxième phase qui avait pour but d'évaluer la stratégie cantonale de déclaration des primo-infections tuberculeuses et d'enquête d'entourage n'a pas encore été initiée, faute de moyens.

Evaluation d'APM - Aspasie

Cette évaluation a été réalisée. Elle a fait l'objet d'un rapport d'évaluation (remis à l'association en septembre 2001) et a été présenté au comité de pilotage de la PSQ.

Vaccination contre l'hépatite

Le projet a commencé au printemps 2001. Les médecins qui suivent les patients éligibles pour cette vaccination ont été contactés, les fiches de déclaration finalisées et une base de donnée a été créée. Les vaccins ont été achetés et livrés aux médecins qui en ont fait la demande. Les vaccinations ont commencé et se poursuivront en 2002. L'évaluation du projet est prévue en 2002.

Réseau opérationnel d'alerte épidémique

Le fonctionnement informel du réseau s'est poursuivi à un faible niveau en 2001 sous la forme d'échange de mails d'information sur les alertes épidémiques. Une séance du groupe d'accompagnement PSQ maladies transmissibles a permis de faire le point sur le rôle et le fonctionnement du " plan catastrophe " cantonal (ISIS). Le réseau s'est cependant révélé totalement inopérant pendant la " crise anthrax " en raison de l'absence du coordinateur. Ceci a révélé la fragilité d'un mode de fonctionnement trop informel et trop personnalisé.

Comptes

Pour les raisons déjà évoquées lors de l'analyse de la précédente priorité, il est impossible de comparer le budget de l'exposé des motifs et les comptes actuels.

	1.07 au 31.12 1999	2000	1.01.au 22.10 2001
Charges de personnel		34'709.15	135'807.1
Dépenses de fonctionnement	5'319	150.1	12'469.71
Total charges	5'319	34'859.25	148'276.81

L'exposé des motifs prévoit des actions qui seront principalement mises en œuvre dans le cadre des objectifs 2002. Les réserves financières de cette priorité sont encore substantielles.

Analyse

Objectifs

Selon un processus identique à celui observé dans la priorité consacrée aux cancers, le cahier bleu n°2 étend l'objectif primaire, initialement lié exclusivement au renforcement des actions de prévention contre le VIH, à l'ensemble des maladies infectieuses.

L'exposé des motifs diverge sensiblement sur le contenu de la priorité : trois éléments sont mis en exergue, dont deux sont directement liés aux professions médicales. L'orientation " bénéficiaires " large évolue donc en direction d'un renforcement du réseau de suivi et d'une accentuation de la formation du personnel médical et paramédical. Le dernier point, consacré aux vaccinations, limite aussi fortement le développement des actions de prévention destinées à l'ensemble de la population.

Public-cible

L'évolution du public-cible est claire. Les professionnels de la santé sont en premier lieu visés, vient ensuite la population générale. De manière sous-jacente, c'est ici la recherche d'un consensus en matière de vaccination de certaines catégories de la population qui est souhaitée, que ce soit sur le plan de la politique de la Confédération en la matière ou au sein des différents constituants du corps médical.

Cet appui à la définition d'un référentiel commun se conjugue avec le développement souhaité, à l'intention de la population générale, d'un système de surveillance et d'intervention performant.

Evolution des mesures prévues

Orientée initialement vers le développement des actions de prévention VIH, le plan de mesures adopté dans l'exposé des motifs diffère sensiblement des orientations premières. L'attention s'est prioritairement portée sur le renforcement de la diffusion de la couverture vaccinale et le développement d'une structure opérationnelle d'information et d'intervention. Le champ d'intervention s'est donc étendu en direction d'une structuration du réseau pré-existant. Le nom de la priorité a également évolué. Initialement intitulée maladie infectieuse, la priorité a été rebaptisée maladies transmissibles pour intégrer les aspects liés à la santé environnementale (asthme, allergie, etc.).

Effets

Les résultats et effets souhaités, alors qu'ils sont explicités dans les cahiers, ne sont pas mentionnés dans l'exposé des motifs. Le seul objectif clairement ciblé est mentionné dans le budget: atteindre 95% de la proportion de la couverture vaccinale contre la rougeole. Il est intéressant de noter qu'il n'existe aucune explicitation de la façon dont les objectifs vont être atteints.

Résultats

En premier lieu, il faut préciser que les travaux liés à la priorité maladies transmissibles n'ont réellement débuté qu'en janvier 2001. Depuis lors, un nombre conséquent d'actions a été entrepris en quelques mois : lancement du projet de vaccination contre l'hépatite, enquête sur les infections résistantes aux antibiotiques, évaluation du programme Aspasia-Prévention-Migrantes (APM)¹⁶

Par ailleurs il apparaît que la mise en place et la structuration du réseau alerte épidémie provoque peu d'enthousiasme de la part des partenaires concernés, peu enclins pour l'heure à vouloir quitter leur champ d'action traditionnel.

¹⁶ "Aspasia-Prévention-Migrantes" s'adresse aux personnes migrantes d'Afrique, des Caraïbes, d'Amérique Latine, d'Asie et des pays d'Europe de l'Est qui pratiquent la prostitution dans les bars, les cabarets, les salons de massage ou la rue. Une équipe de "médiatrices" assure les visites sur les lieux de prostitution ainsi que la diffusion des informations et du matériel de prévention. Les médiatrices sont des intervenantes qui appartiennent au groupe ethnique ciblé. Elles parlent la même langue et connaissent les particularités culturelles de ce groupe. De par leur formation en matière de transmission du VIH et de prévention, elles ont un rôle "d'agent de santé" auprès de leurs compatriotes.

2.2.3 Priorité " santé mentale "

Cahier 1

Problème à résoudre

Constat de l'augmentation du nombre de suicides et de dépressions. Le stress, qui engendre des maladies psychiatriques et somatiques. La violence familiale, qui génère des maux psychiques et physiques tels que l'alcoolisme, la dépression, le suicide et des troubles de la personnalité.

Publics cibles

Dépressifs, suicidants, travailleurs, écoliers, femmes, enfants, personnes âgées, les médecins et la population en général.

Mesures d'intervention

Dépression :

- Informer la population sur l'étendue du problème et sur les possibilités de traitement.
- Améliorer la détection et la prise en charge globale et coordonnée des personnes souffrant de dépression.
- Encourager des projets novateurs pour la prévention primaire et secondaire.

Suicide :

- Intégrer la prévention du suicide aux objectifs de promotion de la santé.
- Adopter une approche plus globale de la prévention du suicide.
- Améliorer l'intervention en situation de crise et le suivi à long terme des personnes qui expriment des idées suicidaires ou ont fait une tentative de suicide.

Stress :

- Faire connaître à l'ensemble de la population les effets du stress sur la santé.
- Réduire les conséquences des situations de stress évitables (deuil, maladies chroniques, retraite).
- Permettre aux entreprises de faire un diagnostic du niveau et type de stress provoqué par l'environnement professionnel, et essayer de mettre en oeuvre des actions pour réduire le stress.

Maltraitance

- Favoriser l'émergence de normes sociales qui condamnent clairement la violence à l'encontre des femmes, des enfants et des personnes âgées, particulièrement au sein de la famille.
- Promouvoir des actions préventives efficaces et adaptées pour réduire le problème à la source.
- Améliorer l'efficacité de la protection et de la prise en charge des victimes de violence familiale.

Effets attendus

Dépression :

D'ici l'an 2000, la grande majorité des personnes souffrant de dépression auront accès à une prise en charge globale (médicale, psychique, sociale).

D'ici l'an 2005, la gravité et la durée des dépressions auront diminué de façon significative.

Suicide :

D'ici l'an 2000, la fréquence annuelle des tentatives de suicide sera connue.

D'ici l'an 2005, le taux de suicide aura diminué de façon significative.

Stress :

D'ici l'an 2000 les écoliers connaîtront les effets du stress sur la santé et la population sera informée sur les manières de gérer le stress.

D'ici l'an 2005, les entreprises employant plus de 80 personnes proposeront des programmes de gestion de stress.

Maltraitance :

D'ici l'an 2000, des données précises sur le nombre et la nature des cas de maltraitance permettront de suivre l'évolution de ce problème.

D'ici l'an 2005, diminution de la fréquence des récidives de maltraitance envers les enfants, les femmes et les personnes âgées au sein de la famille, les cas de violences et d'abus sexuels faits aux enfants et aux femmes en milieu familial auront également diminué.

Cahier 2

Problème à résoudre

Les maladies mentales sont plus fréquentes qu'on ne l'estime. Les situations sont améliorables par les traitements et peuvent faire l'objet de mesures préventives à différents niveaux.

Publics-cibles

- Personnes atteintes de troubles mentaux.
- Suicidants.

Mesures d'intervention :

- Réduire les facteurs d'ordre social causant le stress, tels que le chômage et la solitude.
- Améliorer les possibilités d'accès aux mesures qui apportent un soutien aux individus et les aident à affronter les événements et les situations pénibles ou stressantes.
- Améliorer les possibilités d'accès aux mesures qui apportent un soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux, notamment de démence.
- Mettre en place des services de santé mentale complets extra-hospitaliers faisant une place plus large aux soins de santé primaires.
- Faire des efforts particuliers pour prévenir des comportements nuisibles à la santé, tels que la toxicomanie.
- Elaborer des programmes de prévention du suicide.

Effets attendus

D'ici l'an 2000, il devrait s'être produit une réduction continue de la prévalence des troubles mentaux, une amélioration de la qualité de la vie de toutes les personnes atteintes de tels troubles et un renversement de la tendance à la hausse du nombre de suicides et tentatives de suicide.

Budget prévu dans le cadre de l'exposé des motifs

	mandat quadriennal (tranche annuelle)	programmes ponctuels (budget unique)
<i>Stress, mal-être, dépression, suicide</i> Définitions, fréquence et moyens d'action dans ces domaines (revue de la littérature ; données Swiss Health Survey)		25 000.-
Etude locale (fréquence ; circonstances ; prise en charge)	100 000.-	
<i>Abus de substances illégales</i> Du cannabis à l'héroïne ... ou au tabac ?		75 000.-
Evaluation des traitements et des modalités de prise en charge	150 000.-	
<i>Maltraitance, violence, en particulier familiale et en milieu éducatif</i> Etude des modalités et de l'ampleur du problème à Genève ; création d'un réseau de prévention	200 000.-	
SOUS - TOTAL	450 000.-	100 000.-

Réalisations 2000/2001

Favoriser une culture de promotion de la santé mentale par la communication, l'information, l'accompagnement d'initiatives tierces en direction de la population et des acteurs de la santé mentale

Participation a des débats et à des journées thématiques.
Groupe de travail santé mentale.

Prévention et promotion de la santé au travail

Cinq entreprises sont engagées dans le processus. Plusieurs autres sont en négociation interne avant de se prononcer sur une participation. Un bon niveau de relation est maintenu avec les organisations syndicales et patronales.

Micro-environnement social

Le protocole final est élaboré, le groupe d'enquêteurs est composé et la géographie sociale des deux communes étudiées est réalisée.

Éducation et Parentalité

Accompagner la mise en œuvre et évaluer l'efficacité et la faisabilité du réseau RESPECT avec sept établissements spécifiques.

- Bilan initial, choix des priorités dans les écoles et mise en œuvre.
- Mise en place de modules de formation en réseau.
- Concertation avec les partenaires extérieurs à l'école sur le thème " exclusion et inclusion ".

Le projet parentalité et toxicomanie avance lentement dans son action directe auprès des familles (10 familles suivies) mais sûrement auprès des professionnels permettant d'accéder à d'autres familles (150 professionnels sensibilisés).

La réalisation de la priorité santé mentale a été confiée à l'association Actions en Santé Publique (ASP).

Comptes

En raison de la délégation de la priorité à l'ASP, une partie des frais figurent sous la rubrique " dépense de fonctionnement ".

	1.07 au 31.12 1999	2000	1.01.au 22.10 2001
Charges de personnel		39'370.1	86'502.1
Dépenses de fonctionnement	74'171.8	289'709	428'165.6
Total charges	74'171.8	329'079.1	514'667.7

Les budgets alloués pour cette priorité sont largement entamés alors que le plan de réalisation met en évidence que les travaux ont à ce jour principalement permis de préparer les études et réalisations prévues. Compte tenu de la nouvelle structure adoptée par la priorité, les actions ne correspondent évidemment pas à celles répertoriées dans le budget de l'exposé des motifs.

Analyse

Objectifs

Cette priorité a évolué d'une orientation " pathologies " vers le développement d'études visant à identifier les déterminants (environnemental et familial) considérés comme facteurs de risques en termes de santé mentale.

L'exposé des motifs reprend clairement trois éléments (fréquence, contexte et facteurs de risques en santé mentale) sur trois axes (stress, dépression et suicides ; abus de substances illégales ; violence familiale et en milieu éducatif). Le but affiché a donc sensiblement évolué en direction d'une meilleure connaissance des déterminants sociaux.

Publics-cibles

Centré initialement dans le rapport 1 sur des catégories clairement identifiées (dépressif, suicidant, travailleur, écolier, etc.), le groupe cible retenu dans les objectifs 1999-2002 élargit la perspective en intégrant dans le champ d'étude l'ensemble de la population avec un accent sur les enfants, les parents toxicomanes, le lieu de travail et le micro-environnement social.

Évolution des mesures

L'évolution du plan de mesures suit l'évolution des objectifs. Aux campagnes de prévention défendues initialement succède aujourd'hui un programme moins ambitieux du point de vue de la prévention et davantage axé sur l'identification des déterminants sociaux explicatifs. Cette analyse devra permettre de définir plus précisément les modèles d'actions adéquats. L'exposé des motifs ne propose plus d'objectifs quantifiés.

Effets

Cet ensemble d'études doit permettre à terme de définir une politique cantonale en matière de santé mentale, et de préciser à court ou moyen terme les actions à réaliser.

Résultats

Cette priorité focalise ses activités sur la préparation de plans d'actions dans les trois terrains sociaux sélectionnés: éducation, économie et microenvironnement social qui donne lieu à de nombreuses actions concrètes notamment dans le cadre du réseau RESPECT (7 écoles participantes), dans celui de la prévention primaire du stress au travail (5 entreprises genevoises) et dans celui du micro-environnement social (1 commune et 1 quartier).

2.2.4 priorité “ accidents et handicaps ”

Cahier 1

Problème à résoudre

La fréquence et la gravité des traumatismes ainsi que les décès dus aux accidents sont pour la plupart évitables.

Les conditions de vie des personnes handicapées doivent être améliorées.

Public-cible

Enfants, parents, personnes âgées et professionnels de la santé et du social.

Personnes handicapées.

Mesures d'intervention

Accidents

- Augmenter la sécurité des lieux de vie (route, domicile, école, loisirs, travail), du matériel d'usage courant et des véhicules.
- Renforcer l'application des lois et règlements ayant trait à l'amélioration de la sécurité.
- Favoriser une concertation plus grande pour la prévention des accidents entre les usagers, les divers services cantonaux impliqués (santé, police, instruction publique) et les associations privées.
- Contribuer à mettre la prévention des traumatismes comme une priorité à l'agenda des décideurs des secteurs public et privé, des professionnels de la santé et du social et de la population en général.

Handicaps

- Mettre en application le projet “mobilité pour tous”.
- Développer l'accessibilité aux transports publics.
- Faire respecter les dispositions légales spécifiques dans le domaine de la construction.
- Promouvoir l'intégration des handicapés sur le marché du travail.
- Favoriser l'intégration des handicapés dans leur environnement proche et la mise sur pied d'un réseau efficace d'aide informelle (voisinage, quartier, commune).
- Améliorer la coordination inter-institutionnelle.

Effets attendus

- D'ici l'an 2000, garantir une application systématique des législations et réglementations contribuant à la promotion de la sécurité.
- D'ici l'an 2005, avoir obtenu une diminution significative de la fréquence des accidents de la circulation et de la gravité des lésions chez les victimes des accidents de la circulation.
- D'ici 2005, avoir obtenu une diminution du nombre d'accidents causés par des conducteurs sous l'emprise de l'alcool.
- D'ici 2005, diminuer la fréquence et la gravité des chutes chez les enfants (domicile, école, jeux et sport), chez les adultes (travail, loisirs et sport) et chez les personnes âgées (à domicile, dans la rue et en institution).

Cahier 2

Problème à résoudre

La mortalité par accidents et traumatismes est à la troisième place des causes de mortalité. Les conditions de vie des personnes handicapées doivent être améliorées.

Publics-cibles

Enfants, parents, personnes âgées et professionnels de la santé et du social, handicapés.

Mesures d'intervention

A) Renforcer la politique cantonale de prévention des traumatismes

Sur la route

- Augmenter l'utilisation des systèmes de retenue chez les conducteurs et passagers de véhicules de tourisme, ainsi que du casque chez les cyclistes.
- Améliorer l'environnement routier pour les cyclistes et les piétons.
- Réduire le nombre de conducteurs dont les facultés sensorielles et psychomotrices sont diminuées.
- Renforcer l'application du code de la route.

Au domicile

- Informer les populations visées des risques de chute à domicile et de traumatismes.
- Sensibiliser les intervenants œuvrant auprès de populations visées concernant la problématique des traumatismes survenant à domicile et sur les mesures préventives possibles.
- Améliorer l'environnement physique des jeunes enfants et des personnes âgées.
- Augmenter la résistance des personnes âgées aux fractures.
- Implanter et évaluer un programme multifactoriel visant à réduire les chutes et leurs conséquences chez les personnes âgées vivant à domicile.

Sur les places de jeux

- Contrôler et améliorer toutes les installations, les équipements et l'entretien des places de jeux et des préaux.
- Informer les parents et les moniteurs de la problématique des traumatismes survenant sur les places de jeux et sur les mesures préventives possibles.

En milieu scolaire

- Informer les enseignants en général et ceux d'éducation physique et de sport en particulier sur la problématique des traumatismes en milieu scolaire et sur les mesures préventives.

Dans la pratique sportive

- Amener les intervenants à s'impliquer dans une démarche concertée.
- Eduquer la population sur les risques et sur les mesures préventives.
- Sensibiliser les moniteurs de sport à la problématique des traumatismes liés à la pratique sportive et aux mesures préventives possibles.

En milieu de travail

- Réaliser un projet pilote de promotion de la santé en milieu de travail.
- Sensibiliser les formateurs des écoles professionnelles à la sécurité au travail.

B) Conditions de vie des personnes handicapées :

- Développement de l'accessibilité aux transports publics.
- Faire respecter les dispositions légales pour la construction.
- Promouvoir les projets qui permettent aux employés handicapés et à leurs employeurs d'être assistés par un spécialiste sur leur lieu de travail.
- Assister les personnes handicapées dans le choix d'une formation professionnelle adaptée.
- Diminuer les obstacles structurels et sur le marché du travail.
- Favoriser l'intégration des handicapés dans leur environnement proche et la mise sur pied d'un réseau efficace.
- Améliorer la coordination des différents acteurs.
- Favoriser les possibilités de vivre de manière autonome en développant le nombre de services ambulatoires.

Effets attendus

D'ici l'an 2000, la fréquence des blessures, des incapacités et des décès résultant d'accidents devrait avoir réduit d'au moins 25%. Diminuer la fréquence et la gravité des traumatismes non intentionnels.

D'ici l'an 2000, les personnes handicapées devraient pouvoir mener une vie socialement, économiquement et psychiquement satisfaisante grâce à des mesures spéciales

Exposé des motifs / objectifs 1999-2002

Problème à résoudre

Non-énoncé.

Publics-cibles

Enfants, adultes, personnes âgées, handicapés.

Mesures d'intervention

Obtention des données sur les circonstances et les conséquences des traumatismes

- Obtention des données sur les circonstances des traumatismes fatals, répertoriés.
- Obtention des données sur les traumatismes et accidents de la part de structures non médicales.
- Diminuer la fréquence et la gravité des chutes, brûlures et intoxications chez les enfants de 0 à 5 ans.

Améliorer les connaissances pratiques de l'entourage de l'enfant ainsi que le personnel des institutions en matière de prévention en utilisant PIPAD'ES.

- Favoriser l'intégration de la prévention des traumatismes dans les programmes de formation des professions soignantes sociales et éducatives.
- Diffuser des informations sur les accidents domestiques des enfants de moins de 5 ans et leur prévention.

Diminuer la fréquence et la gravité des chutes chez les personnes âgées à domicile et en institution

- Développer un projet de prévention des chutes des personnes âgées en institution et à domicile.
- Favoriser l'intégration de la prévention des traumatismes dans les programmes de formation de base continue des professions soignantes.
- Diffuser les informations sur les chutes des personnes âgées et leur prévention.

Diminuer la fréquence et la gravité des traumatismes et accidents de la route

- Instaurer un projet pour une utilisation correcte du siège auto.
- Connaître les facteurs associés à un risque accru de traumatisme résultant de l'utilisation des in-line skate chez les enfants de 6 à 16 ans.
- Etablir un plan d'action et encourager une politique générale de prévention des accidents de la route.

Améliorer la connaissance des accidents en milieu scolaire pour diminuer leur fréquence et leur gravité

- Soutenir le SSJ dans l'exploration de recueil de données et dans l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer la sécurité dans les écoles.
- Développer les connaissances sur les traumatismes et les accidents survenant en milieu scolaire.
- Explorer les possibilités de mise en œuvre d'actions de prévention dans le milieu scolaire.

Améliorer la connaissance des accidents sur les places de jeux

- Selon les résultats faire des priorités et proposer des actions ciblées de prévention.

Améliorer la connaissance des accidents du travail

- En fonction des résultats du recueil de données en milieu hospitalier, faire des priorités et proposer des actions ciblées de prévention.
- Collaborer avec l'OCIRT pour l'analyse et l'utilisation des données de la SUVA pour Genève.

Augmenter l'autonomie individuelle et encourager l'intégration sociale des personnes à mobilité temporairement ou définitivement réduite

- Procéder à un état des lieux sur la mobilité et l'accès aux lieux et services publics.
- Enclencher une dynamique de coordination et de collaboration entre les handicapés et leur entourage et les différentes instances concernées.

Budget prévu

	mandat quadriennal (tranche annuelle)	programmes ponctuels (budget unique)
Recueil systématique et eurocompatible des données hospitalières	150 000.-	
Mise en place d'un réseau de prévention	75 000.-	
Prévention de l'ostéoporose au cabinet médical	80 000.-	
Etude épidémiologique des handicaps et des modalités de prise en charge	150 000.-	
Formation de formateurs à la gestion de la maladie au long cours	50 000.-	
SOUS - TOTAL	505 000.-	0.-

Réalisations 2000/2001

Données sur les circonstances et conséquences des traumatismes

- Discussions et négociations avec les personnes des institutions concernées sur un système de surveillance.
- Mise en place des conditions préalables pour le système de surveillance.
- Analyse des données EAI selon 3 voies spécifiques: accidents scolaires, accidents de patins à roulettes, in-line skate et planche à roulettes, et accidents sur la voie publique et des données EAA de façon globale.
- Elaboration d'un protocole d'études épidémiologiques pour l'étude des traumatismes à in-line skate chez les enfants de 6 à 16 ans.
- Contact avec diverses institutions en vue de les impliquer dans la recherche de collaborations financières.

Diminuer la fréquence et gravité des chutes, des brûlures et des intoxications chez les enfants de 0 à 5 ans

- Elaboration d'un module de formation.
- Formation des professionnels et étudiants en charge d'enfants de moins de 5 ans.
- Sensibilisation des parents et personnes en charge d'enfants de moins de 5 ans par 2 expositions.
- Création d'une dynamique de travail intersectoriel.
- Fourniture d'informations et d'appui technique.

Diminuer la fréquence et la gravité des traumatismes sur la route.

- Mobilisation des sages-femmes afin qu'elles incluent une brève information sur les sièges-autos dans les cours de préparation à la naissance.
- Création de matériel pédagogique et d'information, brochures spécialisées.
- Rapport de faisabilité d'un système de prêt DRE.
- Mobilisation des infirmières SMI des CASS et de la Croix-rouge genevoise afin qu'elles incluent une brève information sur les sièges-autos dans les consultations post-natales et dans les cours de puériculture.
- Une information destinée aux jardinières d'enfants et institutrices de la petite enfance lors de leur formation continue, sur l'importance des sièges-autos.

Système permanent de recueil de données sur les traumatismes et accidents et leurs conséquences

- Une fiche de recueil de données est créée, le recueil fonctionne depuis avril 2000.
- Une base de données est créée, organisation du recueil des données.
- Accord avec HUG, mise en place du recueil des données (phase pilote, étude de faisabilité, test et validation).
- Production de différents articles.

Diminuer la fréquence et la gravité des chutes chez les personnes âgées en institution et à domicile

- Finalisation de la phase-pilote réalisée auprès de 7 EMS et la POLIGER. Analyse des toutes les données recueillies (fiches de chute, cas, mesures de prévention, processus d'analyse par les équipes etc).
- Organisation de colloques sur la prévention des chutes.
- Elargissement de la phase pilote à 12 autres EMS.
- Exposé des résultats de la phase pilote.
- Contributions dans deux conférences internationales.

Prévention des traumatismes sur la voie publique : vision zéro

- Réalisation de l'étude exploratoire sur les risques liés à la trottinette et le in-line skate, colloque et débat avec tous les partenaires qui a abouti à des recommandations pour la prévention. Diffusion des recommandations dans les médias.
- Conférence avec les partenaires potentiels de vision zéro à l'occasion de la Journée internationale de prévention routière de l'ONU.
- Création d'un groupe de pilotage Vision Zéro par l'OTC, constitution du groupe de travail "Accidents et santé", élaboration du mandat d'étude sur l'utilisation du vélo.
- Observation et création d'une fiche compatible avec le système de surveillance des traumatismes concernant le problème des morsures de chien.

Connaissance des accidents en milieu scolaire pour établir des priorités de prévention

- Collaboration avec le SSJ pour l'implantation d'un recueil de données.
- Production d'un modèle d'analyse des bâtiments scolaire sous l'angle de la sécurité.

Ville à la portée de tous

- Elaboration d'un document de projet pour l'étude du quotidien de personnes handicapées (communautaire).
- Préparation d'un projet contribuant à la prise en charge global de la personne handicapée lors de sa période de rééducation en vue d'acquies une autonomie.

Comptes

	1.07 au 31.12 1999	2000	01.01 au 22.10.2001
Charges de personnel	94'743.5	234'112.55	381'580
Dépenses de fonctionnement	42'330.4	28'778.97	130'596
Total charges	74'171.8	262'891.52	512'176

Dans cette priorité, on remarque une augmentation régulière du budget prévu. Deux projets budgétés dans l'exposé des motifs n'ont pas encore été réalisés, celui concernant la prévention de l'ostéoporose et l'étude épidémiologique des handicaps. Toutefois, là encore il faut constater que ces deux projets ne sont manifestement pas en cohérence avec les mesures d'intervention présentées dans l'exposé des motifs.

Analyse

Objectifs

Contrairement aux trois autres priorités, celle-ci s'inscrit dans une continuité à travers tous les documents qui la fondent. Deux axes sont retenus et développés : réduire le nombre d'accidents et améliorer les conditions de vie des personnes à mobilité réduite. Toutefois, l'exposé des motifs développe davantage les pratiques d'acquisition de connaissances, au détriment d'actions plus concrètes.

Public-cible

Le public-cible identifié dans le rapport 1 est identique à celui de l'exposé des motifs.

Evolution des mesures

Comme pour les autres priorités, il est intéressant de constater que le second cahier bleu propose des mesures d'intervention concrètes alors que l'exposé des motifs met un accent particulier sur la recherche d'informations et le développement des connaissances dans les domaines retenus. Cette tendance est cependant moins marquée que dans les autres priorités.

Effets

Les effets attendus qui sont clairement explicités dans les deux cahiers bleus disparaissent complètement de l'exposé des motifs.

Résultats

On observe dans ce domaine un panachage entre des études permettant d'identifier les déterminants sociaux et environnementaux des problèmes à traiter, des actions de concertation et des actions d'information et de prévention. C'est la priorité qui a donné lieu au plus grand nombre d'actions concrètes et visibles pour la population. Précisons à ce propos qu'une structure de prévention des accidents préexistait et que cette priorité a ainsi profité d'un réseau et de contacts déjà développés depuis plusieurs années.

2.3 Les axes transversaux

Bien qu'elles ne soient pas explicitement mentionnées dans l'exposé des motifs, à l'exception du système d'information sanitaire, la direction du projet a décidé que des activités transversales aux priorités devaient être mise en œuvre. Il s'agit de la politique de communication interne et externe, de la qualité de vie et des inégalités sociales, des bases factuelles et du système d'information. Ces activités transversales aux priorités sanitaires sont parfois nommées dans les documents " instruments de planification " de façon trop restrictive et mal appropriée.

Les aspects financiers des ces axes ne seront pas présentés car les informations à disposition font état d'une somme globale pour l'ensemble des axes transversaux et des activités de coordination.

2.3.1 Système d'information sanitaire

Cahier 1

Le premier rapport estime que pour guider le système de santé et évaluer son efficacité et son efficience, un ensemble de données cohérentes est essentiel.

Les principes d'organisation sont :

- La prise en compte des besoins d'information multiples.
- Des objectifs pluriannuels d'information.
- Des principes déontologiques et éthiques explicites.
- Le partage de l'information.
- La valorisation de l'information systématique et adaptée.

Les modalités de mise en œuvre :

- Disposer d'un schéma directeur.
- Développer les synergies entre les dispositifs existants.
- Acquérir et développer des techniques nouvelles.

Cahier 2

Le deuxième rapport, la santé des genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS préconise

- Une meilleure détermination de l'état de santé.
- Une planification et allocation optimale des ressources.
- L'évaluation de la qualité et des résultats obtenus.
- Une meilleure compréhension des enjeux par tous les acteurs.

Exposé des motifs / objectifs 1999-2002

L'exposé des motifs de la loi sur la Planification Sanitaire Qualitative n'entre pas dans le détail des diverses fonctions que devra remplir ce futur système d'information; il se borne à en préciser la finalité, à savoir le pilotage du système de santé sur la base d'un nombre réduit d'indicateurs .

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PSQ, les objectifs suivants ont été identifiés :

- Permettre la planification et l'évaluation des actions entreprises en matière de santé.
- Mettre en place une plate-forme d'information sanitaire et sociale en dépassant les logiques des différentes institutions impliquées.

Réalisations 2000/2001

- Travail de prospection des producteurs/utilisateurs de données du canton.
- Etablissement de contacts avec d'autres régions.
- Développement progressif d'échanges d'expériences avec des régions voisines où les mêmes interrogations et projets se développent ont été établis, avec notamment les régions.
- Création d'un groupe de travail.
- Réalisation de trois modèles théoriques (cancer du sein, chutes chez les personnes âgées et vaccinations).

Analyse

La nécessité de disposer d'un système d'information sanitaire est reconnue à travers tous les documents. Il reste à concevoir et à préciser le choix des informations à retenir, leur mode de sélection, de gestion et d'analyse.

2.3.2 Qualité de la vie et inégalités sociales

La qualité de vie est une notion qui, de plus en plus, occupe une place centrale dans les politiques publiques et les programmes d'action relatifs à la santé.

L'intérêt de Genève vis-à-vis de la qualité de vie s'inscrit dans une tendance internationale qui, depuis le début des années 90, fait de la qualité de vie et de la lutte contre les inégalités sociales l'objectif ultime des politiques de développement durable aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays du Sud.

Exposé des motifs / objectifs 2001-2002

Les textes de référence de la planification sanitaire qualitative de Genève (PSQ) présentent la qualité de vie comme l'objectif ultime à atteindre. En effet, l'exposé des motifs de la Loi instituant la PSQ fixe comme objectif l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population de Genève. Compte tenu de l'interdépendance de cette notion avec la réalisation des priorités, un axe transversal commun à toutes les priorités a été créé.

1. Contribuer à la définition d'un indicateur synthétique de qualité de vie pour la PSQ

La démarche vise à apporter des éléments d'appréciation et de mesure de la qualité de vie utiles à la PSQ. Elle débouchera sur des indicateurs qui prendront en compte la spécificité des problèmes liés à chacun des axes verticaux de la PSQ ainsi que les dimensions transversales de la qualité de vie qui relèvent d'une approche de santé globale.

2. Contribuer à la formulation d'un cadre conceptuel de référence liant santé globale et qualité de vie

Cet objectif consiste à apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : dans quelle mesure l'amélioration de la qualité de vie peut-elle réduire le recours au système de soins ; et inversement, dans quelle mesure la prise en compte de la qualité de vie dans les pratiques de soins permet-elle de diminuer l'engrenage de la dépendance vis-à-vis des soins hospitaliers ou ambulatoires.

Réalisations 2000/2001

Revue des instruments de mesure et d'évaluation de la qualité de vie, réflexion sur le cadre conceptuel pour la promotion de la qualité de vie et de la santé, et une série de propositions pour l'élaboration d'une démarche opérationnelle.

Revue sélective de la littérature scientifique comprenant plus de 800 titres, analyse du discours portant sur la qualité de vie dans la presse romande et internationale, 120 actions de promotion de la qualité de la vie ont été répertoriées.

Validation par des experts européens de la méthodologie retenue qui propose une approche transversale de la qualité de vie dans la PSQ.

Actions auprès de deux populations cibles fondées sur une démarche participative : femmes souffrant du cancer du sein en collaboration avec la priorité " cancer " et les personnes souffrant d'un handicap avec la priorité " accident/handicap ". Nouveau projet concernant qualité de vie et cancer de la prostate.

Analyse

L'axe qualité de vie, préoccupation commune à tous les axes, commence à déployer ses activités dans les différentes priorités notamment " cancer " et " accident/handicap ". Un séminaire a été organisé en 2001 pour l'ensemble des priorités. La dimension inégalité sociale a été ajoutée dans le courant de l'année 2001 à cause de l'importance qu'elle revêt dans une politique globale de santé. Les premières études dans ce nouveau domaine débiteront au début de l'année 2002.

2.3.3 Bases factuelles

La mise en œuvre des priorités suppose un important travail de revue critique dans le cadre des priorités retenues, il a donc été décidé de constituer des bases de données bibliographiques sur les expériences et les politiques menées à l'étranger. Ces données sont mises à disposition des acteurs, des professionnels, des institutions et des personnes intéressées.

Objectifs 2001-2002

Collecter et traiter les documents papier et Internet pertinents pour construire l'évidence / les preuves pour les priorités.

Etablir pour chaque programme une revue critique systématique de la littérature disponible.

Constituer des bases de données bibliographiques qui permettent d'enregistrer et de mettre à disposition des acteurs, des professionnels, des institutions et des personnes intéressées les diverses sources d'information mentionnées.

Ces informations sont classées en fonction de leur intérêt pour une des priorités ou sous planification générale si l'intérêt n'est pas spécifique. Les liens avec les sites internet les plus intéressants sont répartis de la même manière.

Réalisations

Une base de données documentaire a été créée et mise à disposition sur le site web de la PSQ. Elle comporte plus de 200 références.

Plus de cent liens Internet sont répartis dans les priorités selon les catégories suivantes :

- Confédération et cantons suisses
- Agences et autres institutions suisses
- Organisations internationales
- Agences et autres institutions étrangères
- Recherche et documentation.

Service de référence et de conseil pour la recherche d'informations documentaires

Analyse

Cet axe, que l'on peut qualifier de ressource, a pour mission de fournir aux priorités les données et les références scientifiques nécessaires à leurs actions. La base de données est encore consultable uniquement dans le réseau de l'IMSP. Par contre, la mise en circulation des documents et des références se fait par e-mail et courrier postal. Les liens Internet sont intégrés dans le site web de la PSQ.

2.3.4 Communication

La communication, qui est une composante centrale de la planification sanitaire qualitative, a été formalisée sous la forme d'un plan d'actions.

Objectifs 2001-2002

Objectifs :

- Créer des ponts entre société civile et monde de la santé, responsabiliser la population face à sa santé de façon individuelle (hygiène de vie, utilisation du système de soins) mais également collective (participation directe et indirecte aux décisions qui portent sur le système de santé genevois).
- Informer dans le but de responsabiliser les divers acteurs de la santé (population, décideurs, professionnels).
- Impliquer la population genevoise en matière de bien-être lié à la santé.
- Favoriser la communication entre les différents acteurs du réseau et de la planification.

Outils de communication :

- Identité : création d'un logo et d'une ligne identitaire graphique (correspondance, site web, publications).
- Stratégie de communication : plan média, directives de communication externe et interne.
- Publications (plaquettes, dépliants, rapports annuels, newsletter, publications).
- Site Web (constitution).
- Evénements, manifestations (conférences-débats, colloques, séminaires, expositions).

Réalisations 2000/2001

- L'identité graphique de la PSQ (logo et ligne graphique).
- Plaquette de présentation de la PSQ.
- Plan communication.
- Stratégie de communication et modalités d'intervention extérieures (conférences, médias, séminaires).
- Ouverture du site Web au public.
- Coordination d'action pour les priorités cancer et accident.

Analyse

Une politique de communication est indispensable à l'implantation des mesures de santé préconisées par la Planification Sanitaire Qualitative. Toutefois l'axe consacré à la communication ne s'est structuré que dernièrement. Une stratégie globale de communication a été définie et il a été décidé qu'elle commencerait à se déployer à la fin de l'année 2001. En marge de cela, des éléments ont déjà été apportés à la constitution d'une image PSQ : un site Internet, un logo PSQ, une plaquette de présentation et un papier à lettres commun.

Il est à relever que le poste de chargé de programme a déjà été occupé par trois collaborateurs. Resté vacant quelque temps, ce n'est qu'à l'automne 2001 qu'une petite équipe a pu être constituée.

2.4 Synthèse

De manière générale, l'esprit initial de la planification sanitaire qualitative tel qu'exprimé dans les deux premiers cahiers a évolué. Chacun des documents de référence a sa logique propre, il est intéressant de noter que la conception des cahiers bleus, résolument orientée vers des actions concrètes visant à améliorer l'état de santé de la population genevoise fait place dans l'exposé des motifs à une conception donnant une part de plus en plus grande aux études permettant d'établir la fréquence, le contexte et les facteurs de risque des domaines d'actions identifiés. De même, les objectifs opérationnels et la formalisation des effets attendus présents dans les cahiers bleus disparaissent en grande partie.

Il n'appartient pas à l'équipe d'évaluation de se prononcer sur ce renversement du modèle d'intervention, question qui revient de droit aux spécialistes du domaine concerné. Par contre, cette situation est potentiellement génératrice d'incompréhensions en termes de politique publique.

En effet, la question de la nature même de la PSQ est posée :

Est-ce réellement un programme d'intervention finalisé qui trouve son fondement dans l'analyse des problèmes réalisée dans les cahiers bleus et dans la large consultation à laquelle ils ont donné lieu, et dont l'objectif central est de mettre en place une politique de la santé basée sur les principes de prévention des maladies, de promotion de la santé et de responsabilisation des acteurs privés et publics de sorte à réduire les décès, les maladies évitables et les accidents, ainsi que les conséquences des maladies sur la qualité de la vie comme le mentionne l'exposé des motifs ?

Ou est-ce principalement un programme de recherche permettant d'approfondir dans quatre domaines centraux de la santé l'analyse des différentes facettes des problèmes à résoudre, à identifier les publics-cibles, à évaluer les mesures d'intervention possibles et à créer les réseaux qui devraient permettre de soutenir la mise en œuvre de la PSQ comme le mentionne également l'exposé des motifs ? Autant d'informations et de conditions qui sont indispensables à la définition d'un programme d'intervention.

Porteur de ces deux projets (programme finalisé vs recherche devant permettre l'émergence d'une planification) sans les articuler, l'exposé des motifs crée une ambiguïté qui pèsera sur la mise en œuvre de la PSQ, les attentes qui seront mises en elle, et les résultats produits.

La mise en œuvre et le discours adopté aujourd'hui confirment cette ambiguïté. Alors que les réalisations de la PSQ sont de plus en plus concrètes¹⁸, le préambule du rapport intermédiaire 1999-2000 explicite l'un de ses trois concepts de base de la PSQ en ces termes :

“ Une meilleure identification des problèmes est la condition première à une amélioration du système de santé et de ses performances. En effet certaines velléités de réforme, les structures des systèmes de santé sont examinées et leurs améliorations fonctionnelles considérées comme principal déterminant à la réduction du poids des problèmes de santé. A l'inverse, la PSQ considère que

¹⁸ Dans des projets tels que le stress au travail, les chutes dans les EMS, la qualité de vie des femmes atteintes du cancer ou la couverture vaccinale.

nombre de structures sont inadaptées en raison du fait que les problèmes sont traditionnellement mal identifiés, en particulier quant à leur caractère prioritaire.¹⁹ ”

L'ambiguïté mentionnée est renforcée par le fait qu'aucune hiérarchie des objectifs n'est proposée dans l'exposé des motifs, pas plus qu'il n'existe une corrélation réelle entre les objectifs visés et les lignes budgétaires demandées. Ce manque de corrélation a conduit par exemple le comité de pilotage à prendre la décision de se référer uniquement aux mesures d'intervention proposées et à ne pas tenir compte des indications contenues dans les budgets figurant dans l'exposé des motifs.

Le démarrage des priorités ainsi que leur structuration ont été différents et répondent à une logique propre. La priorité accident, s'appuyant largement sur des actions préexistantes, a démarré rapidement alors qu'à l'inverse la priorité consacrée aux maladies transmissibles n'a réellement commencé qu'au début de l'année 2001. Certains retards peuvent en partie s'expliquer par les difficultés d'engagement des coordinateurs dues à la rareté de spécialistes compétents au niveau local et régional et à l'instabilité des postes offerts dans le cadre de la PSQ.

La définition des axes transversaux doit permettre de constituer un noyau dur commun pour l'ensemble. Leur mise en œuvre est trop récente pour avoir pu déployer des effets. Un gros effort de structuration des priorités a cependant été opéré sous l'impulsion du coordinateur général. En effet, ce dernier a établi dans le cadre du rapport intermédiaire un canevas de présentation pour toutes les priorités, mettant en évidence les objectifs 1999-2002, les réalisations 1999-2000 et les budgets. Cet exercice a permis de rappeler les objectifs des priorités et des axes transversaux et surtout d'améliorer la connaissance mutuelle des intervenants sur le projet dans sa globalité.

Les priorités affichent leurs premiers résultats et leurs dépenses augmentent régulièrement pour atteindre globalement en 2001 le montant des tranches annuelles prévues dans l'exposé des motifs. Il aurait été toutefois intéressant de pouvoir déterminer avec précision l'évolution de l'engagement en équivalent plein temps du personnel, ses caractéristiques et l'affectation des ressources par projet et par priorité. Face au peu d'investissement en ressources humaines dans la gestion administrative de la PSQ, cette analyse diachronique ne peut être réalisée par manque de données précises.

Enfin, comme le relève le coordinateur général dans le même rapport, les changements attendus dans le système de santé (modification des comportements des professionnels et de la population, travail en réseau) présents dans l'exposé des motifs n'ont pas été traduits par des objectifs explicites dans le cadre de la mise en œuvre de la PSQ. En revanche, ils ont été inclus dans l'esprit d'un bon nombre de projets propres à chacune des priorités et sont à la base du projet d'étude sur les réseaux proposé à l'automne 2001.

Le travail le plus important a ainsi consisté à la création de conditions-cadres (mise en place de réseau, recherche d'information, préparation d'études, sensibilisation).

¹⁹ PSQ, rapport intermédiaire 1999-2000 p.7, diffusé en juin 2001

2.5 PSQ et politiques concomitantes

La Planification sanitaire qualitative déploie dans chacune de ses priorités de nombreuses activités. Toutefois des actions qui concourent à la réalisation des objectifs de la PSQ sont également soutenues en dehors de celle-ci.

En effet, la DGS mène des activités conformément à sa mission de prévention et de promotion de la santé dans les domaines suivants :

- Supervision du Cipret (prévention du tabagisme) et de la FEGPA (prévention de l'alcoolisme) et concertation sur les activités à développer.
- Suivi des activités de promotion de la vaccination contre la grippe en collaboration avec un groupe de travail ad hoc.
- Suivi des activités de prévention du mélanome malin chez les enfants en collaboration avec un groupe de travail ad hoc.

De même certaines politiques ont des objectifs communs à la PSQ.

Agenda 21

Dans le cadre de l'agenda 21 du canton de Genève, le programme "Villes-santé OMS" a pour objectif de mettre en place des mécanismes et des actions de promotion de la santé qui permettent d'amorcer un processus d'amélioration continue de la santé, en agissant au niveau le plus proche du citoyen.

Différentes actions sont déclinées dans le cadre de ce programme pour la période 2001-2002 :

- Santé et qualité de vie du quartier vues par les citoyens : engager un processus de formulation par les citoyens de leurs priorités en matière de qualité de vie, afin de servir d'aide à la décision pour les responsables des pouvoirs publics.
- Alimentation saine et équilibrée : améliorer les connaissances du consommateur en matière d'alimentation saine, équilibrée, respectueuse de l'environnement.
- Ecomobilité : mobilité saine, écologique et dans des conditions sûres, faisant appel à l'énergie musculaire.
- Habitat et bien-être : promotion de la qualité de l'air intérieur de l'habitat.
- Tabagisme passif dans les lieux publics : protéger les non-fumeurs du tabagisme passif sévissant dans les lieux publics et créer des conditions favorables à l'arrêt du tabagisme pour les fumeurs.
- Le bruit et les jeunes : informer et sensibiliser les jeunes sur les risques pour leur santé que représente le bruit, notamment celui produit de façon excessive.

Le groupe de pilotage de la PSQ fait également office de *steering committee* local du programme Villes-Santé. Toutefois, un groupe de travail technique inclus dans la démarche Agenda 21 accompagne la mise en oeuvre du programme.

Plan directeur cantonal

Pour le nouveau plan directeur cantonal, l'aménagement du territoire a pour finalité le développement durable qui postule une recherche équilibrée, conjointe et coordonnée du développement social, du développement économique, de la protection de

l'environnement et du patrimoine, en associant le plus possible les habitants et les autres milieux concernés au processus de prise de décision.

Ainsi, il est prévu :

- Une application des principes du développement durable dans les principales orientations du concept d'aménagement du territoire.
- Une mise en place de méthodes d'évaluation systématique des projets ayant un impact sur le territoire, en visant leur compatibilité environnementale, économique et sociale.
- Une protection de la zone agricole et une mise en valeur des sites naturels et du patrimoine bâti.

Concept cantonal de la protection de l'environnement

Ce concept privilégie les activités humaines qui ont peu d'incidences sur l'environnement en faisant un usage approprié des ressources naturelles. Ces éléments concourent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Les objectifs en matière de santé sont concordants avec ceux du programme Villes-Santé inclus dans l'Agenda 21.

Action fourchette verte

La Fourchette verte est un label de qualité créé en 1993 à l'intention des restaurateurs genevois par le Département de l'action sociale et de la santé de Genève. Ce label vise à promouvoir une alimentation équilibrée et consommée dans un environnement sain. Il est accessible à tous les établissements de restauration, sous condition du respect des quatre critères suivants :

- Proposer un plat du jour (ou une assiette) varié, sain et équilibré.
- Proposer un espace non-fumeurs assurant la protection contre l'exposition à la fumée du tabac.
- Offrir la possibilité de consommer des boissons sans alcool à un prix favorable.
- Respecter la législation concernant l'hygiène.

Fourchette verte s'inscrit dans le cadre de campagnes de promotion de la santé (en particulier la prévention des maladies cardio-vasculaires et du cancer) et a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population, en agissant sur les facteurs de risque.

Ce label vise les objectifs suivants :

- Inciter les consommateurs à adopter des comportements alimentaires plus sains.
- Augmenter ou améliorer les connaissances en matière d'alimentation et de santé, aussi bien des consommateurs que des professionnels de la restauration.

Depuis 1997, l'action a franchi les frontières cantonales (Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Tessin). Une fédération Fourchette Verte suisse a été créée en décembre 1999 ; elle bénéficie des subsides des cantons participants et de l'appui financier de la Fondation 19 - Fondation suisse pour la promotion de la santé.

Vision zéro

Ce programme, d'origine suédoise, a pour objectif de tendre vers l'idéal de zéro blessés graves et morts dus aux accidents de la route. Vision zéro est maintenant en cours de mise en œuvre en Suisse, sous l'impulsion du Bureau de prévention des accidents (bpa). Le financement des différents projets afférents pourrait être assuré par la redevance sur le trafic des poids lourds liée aux prestations (RPLP).

L'Office des transports de la circulation du canton de Genève (OTC) a constitué un groupe de travail composé des milieux intéressés pour mener à bien ce programme et définir des axes d'intervention spécifiques pour le canton. La PSQ par le biais de la priorité accident est maintenant partie prenante à ce projet.

Hôpitaux universitaires de Genève

Diverses activités de prévention sont menées au sein des hôpitaux genevois. Citons notamment les domaines :

- de la santé
- du cancer
- de la violence
- du tabagisme
- de l'abus d'alcool
- de l'ostéoporose

Onex-santé

Ce centre communal de prévention et de promotion de la santé est à disposition de la population pour informer et orienter. Des conseils et des activités sont organisés pour prévenir les maladies, améliorer la santé et mieux la prendre en charge :

- mise à disposition de la documentation
- proposition des cours dont gymnastique aquatique, eutonnie, etc
- organisation avec les partenaires locaux et cantonaux des programmes de prévention accidents domestiques, Sida, dépendances.

Remarque

Ces différents projets portent sur des problématiques semblables et complémentaires sans pour autant qu'il y ait toujours de coordination formelle. La DGS développe toutefois un effort soutenu pour pallier ce problème en participant dans la mesure du possible aux différents groupes de travail concernés.

3.1 Organisation formelle de la PSQ

La loi 8045 du 25 juin 1999 a ouvert un crédit global d'investissement de 8 500 000 CHF à l'institut de Médecine sociale et préventive (IMSP) pour financer " *la réalisation par l'IMSP, travaillant sous l'autorité du Département de l'action sociale et de la santé, des 5 priorités sanitaires 1999-2002 définies par le Conseil d'Etat* " ¹⁹.

Un groupe de pilotage a été institué par un arrêté du DASS en juillet 1999, celui-ci est composé de représentants de professionnels de la santé et de membres de la société civile. Durant cette même période, la décision a été prise de créer, conformément à la loi, un poste de coordinateur général. En outre, la (re)structuration du champ de la PSQ opéré dans l'exposé des motifs se traduit dans le choix de l'agencement de mise en œuvre retenu, soit quatre priorités (*accidents, cancers, maladies transmissibles et santé mentale*) thématiquement indépendantes, possédant leur propre logique organisationnelle.

Chacune des quatre priorités a un coordinateur désigné par le directeur de l'IMSP et approuvé par la DGS. Chaque coordinateur doit formellement créer un groupe d'accompagnement avec pour rôle d'aider à la mise en œuvre des actions prévues dans la priorité et ce dans un esprit de partenariat entre acteurs privés et publics. Actuellement trois priorités ont mis sur pied un ou plusieurs groupes appelés d'accompagnement, thématiques ou encore comité scientifique.

Les priorités sont administrativement rattachées à l'IMSP à l'exception de celle consacrée à la " santé mentale " qui a été confiée à l'association Actions en Santé Publique (ASP).

Des axes transversaux dont le champ d'actions sont communs à toutes les priorités ont été mis en place. Il s'agit de la politique de communication, de l'établissement d'un système d'information, de l'intégration du domaine de la qualité de vie (confiée à la Fondation du Devenir) ainsi que celui des inégalités sociales et enfin la création de bases factuelles sur la littérature et les expériences existantes dans les domaines explorés.

Formellement, le rôle de chacune des instances est défini comme suit ²⁰ :

La direction générale de la santé (DGS) représente le département de l'action sociale et de la santé (DASS) dans sa tâche de supervision de l'ensemble de la Planification sanitaire qualitative. Dans ce cadre, la directrice préside le comité de pilotage et autorise les dépenses définies par l'Institut de Médecine sociale et préventive (IMSP).

¹⁹ Art. 1 de la loi 8045.

²⁰ Selon les documents de la direction de la planification sanitaire qualitative.

L'Institut de Médecine Sociale et Préventive (IMSP) représenté par son directeur dirige la réalisation des priorités sanitaires définies par le Conseil d'Etat. Ce dernier a assumé les fonctions suivantes :

- Nomination du Coordinateur général de la planification et des quatre coordinateurs de priorités, gestion des ressources humaines et financières de la planification.
- Décisions opérationnelles générales en collaboration avec la DGS.
- Supervision des décisions opérationnelles spécifiques à chaque priorité, en collaboration avec le Coordinateur général.

Des réunions régulières de consultation et de collaboration ont été mises sur pied entre l'IMSP et la DGS sur des sujets précis de la planification sanitaire qualitative et sur des collaborations techniques sur d'autres dossiers liés à des questions générales de politique de santé.

Le coordinateur général a pour mission d'assurer la cohérence globale de la planification. Il supervise les orientations prises au sein de chaque priorité et dirige les axes transversaux. Ses tâches générales sont d'initier et suivre la mise en œuvre des programmes, d'assurer la cohérence de l'ensemble des priorités, de veiller à la pertinence de chaque projet inscrit au sein des priorités choisies, d'en assurer la cohérence, de contribuer à la création d'un système d'information sanitaire et de mettre en place une stratégie de communication.

Le comité de pilotage²¹ qui se réunit dix fois par an, est une forme de comité stratégique qui a pour mission d'assurer que les objectifs opérationnels sont en adéquation avec les priorités définies par le Conseil d'Etat, veiller à ce que les moyens utilisés contribuent effectivement à la réalisation de ces objectifs, émettre des recommandations sur les orientations stratégiques et la mise en œuvre de la planification sanitaire qualitative. Ce comité est présidé par la directrice de la DGS²².

Les coordinateurs de priorité ont pour mission d'initier et d'assurer la réalisation de la priorité sanitaire sous leur responsabilité. Leur fonction se définit comme suit : responsabilité générale de la priorité, gestion financière, ressources humaines, définition des objectifs, élaboration des projets, suivi, collaboration avec les responsables des instruments de planification, proposition pour la mise en œuvre de recherches appliquées, comptes rendus réguliers et constitution d'un groupe d'accompagnement.

Une réunion entre les coordinateurs de priorité, les responsables des instruments de planification et le coordinateur général est prévue tous les 15 jours depuis le mois d'octobre 2000.

²¹ Ce comité de pilotage a été institué par un arrêté du DASS du 2 juillet 1999.

²² Sont membres de ce comité de pilotage :

Blaise Bourrit, président de l'Association des médecins du canton de Genève (AMG)

Elisabeth Debenay, directrice de l'Ecole d'ambulanciers-ières de Genève

Pascale Erbeia, co-présidente de la section genevoise de la FRC

Alain Golay, médecin adjoint, division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques HUG

Mark Hunyadi, maître d'enseignement et de recherche au programme plurifacultaire d'éthique de l'Université de Genève

Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la revue Médecine et Hygiène

Natacha Litzistorf, directrice romande de la SPE

Bernard Markwalder, représentant de la Fédération genevoise des assureurs-maladies

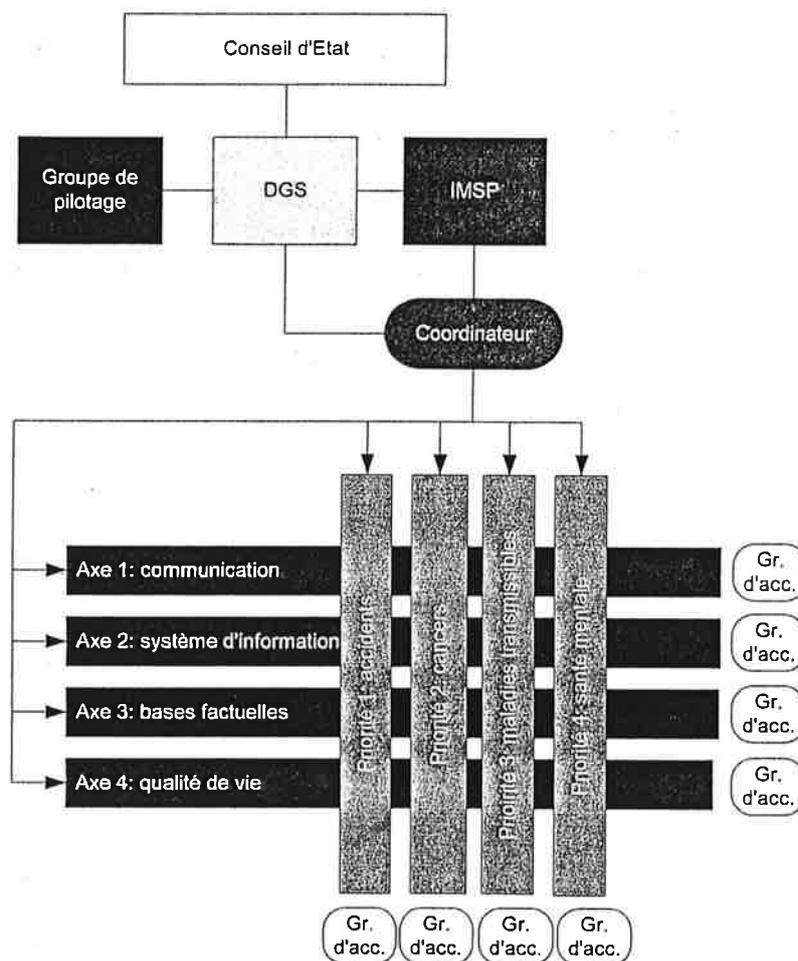
Robert Massard, ancien président de l'Association genevoise des pharmaciens (AGP)

Éric Etienne, directeur adjoint de la Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Dominique Quiroga, chercheur et enseignant à l'Institut d'études sociales (IES)

André Prost, attaché au département des relations extérieures et organes directeurs de l'OMS

L'organisation matricielle peut être schématisée de la manière suivante :



Quelle perception les principaux acteurs de la PSQ ont-ils de cette organisation, de l'évolution de la mise en œuvre de la PSQ, de la répartition des rôles et des compétences des principaux intervenants, des modes de collaboration et d'information, des facteurs favorisant ou limitant l'avancement du projet ?

En guise d'illustration des citations sont proposées dans le texte en italique, elles proviennent de la retranscription des vingt-sept entretiens qui ont été réalisés dans le cadre de cette évaluation. Pour éviter de porter un quelconque préjudice aux personnes qui ont exprimé leur point de vue, les extraits des entretiens proposés ont été anonymisés. Pour éviter les redondances les citations les plus représentatives ont été sélectionnées et une synthèse des informations recueillies réalisée.

3.2 Perceptions des acteurs quant à la mise en œuvre de la PSQ

3.2.1 Répartition des tâches

Direction de projet

De manière générale, tous les acteurs qu'ils soient impliqués dans la mise en œuvre de la PSQ ou membre du comité de pilotage ont une perception floue de la répartition des tâches entre les différentes instances. Ce sentiment se cristallise particulièrement autour de la direction bicéphale : DGS / IMSP. Le rôle respectif de ces deux entités est perçu de manière peu claire, la répartition et l'imbrication des compétences sont dénoncées. La procédure d'engagement de nouveaux collaborateurs a été citée à plusieurs reprises comme symptomatique de cette situation. C'est l'IMSP qui choisit le candidat mais c'est la DGS qui formellement approuve l'engagement.

Suite aux conflits récurrents au sujet de la direction de projet, M. Segond a été appelé à intervenir pour clarifier les rôles respectifs de chacune des directions. Toutefois cette intervention ne semble pas avoir, aux yeux de bon nombre d'acteurs, élucidé la logique sous-jacente de fonctionnement.

" On sent parfois quelques tensions, il faut le dire. Et ce n'est pas très clair non plus pour les membres du comité. La DGS est à la fin responsable, elle a l'autorité dans cette affaire, alors que l'IMSP met les projets sur pied ou gère les projets. Mais ce qui se passe vraiment, c'est difficile de comprendre plus dans cette affaire ".

DGS

La DGS est perçue de manière variable. Pour certains la PSQ ne peut que se réaliser avec un ancrage fort dans l'administration, l'apport de la DGS est donc considéré comme essentiel. Alors que d'autres estiment qu'elle est trop pointilleuse et orientée vers le contrôle bureaucratique.

"Il doit y avoir un lien fort avec la DGS. Je pense qu'en tout cas il ne faut pas que la DGS n'ait plus son mot à dire sur la PSQ. Je pense que ça doit rester un programme profondément public avec un fonctionnement un peu plus flexible que ce qu'il y a dans le public ".

" Je trouve que sur le plan de la politique de mise en œuvre, si vous voulez, très généralement, la DGS se concentre trop sur les détails et le contrôle des dépenses, des engagements etc. ".

" J'attends un peu moins de surveillance un peu plus d'actions de déblocage quand ça coince avec certains partenaires extérieurs ".

IMSP

Concernant l'IMSP, la principale critique qui lui est adressée est de tenir un rôle contre nature : la mission d'un institut universitaire est de mener des recherches, de réaliser des expertises, d'enseigner mais pas d'être le maître d'œuvre d'une politique.

" Je pense qu'une institution universitaire qui dépend de la faculté de médecine, devrait avoir un rôle justement beaucoup plus conceptuel ".

“ L’IMSP est actuellement utilisé à contre emploi : il doit être une ressource scientifique pour la PSQ, pas un centre de gestion ”.

Certaines voix reprochent également à l’IMSP d’être trop prêt du monde médical pour mener à bien une politique de prévention.

“ L’IMSP est trop médicale. On sait maintenant chaque jour avec plus de certitude qu’une approche médicale de la prévention est à peu près inutile ”.

A ce stade, il est important de préciser que les points de vue exprimés sont rarement tranchés. Bien souvent, le même interlocuteur reconnaît à l’IMSP une plus grande capacité d’adaptation et de réactivité, mais convient également qu’un rattachement de la PSQ à la DGS ne doit pas être négligé dans le cadre de la mise en oeuvre d’un tel projet. Le souhait d’une redéfinition du rôle et de la place de la DGS, de l’IMSP et du comité de pilotage, voire d’un changement complet de structure de projet revient à de nombreuses reprises dans le discours d’un grand nombre des interlocuteurs.

“ Le dispositif actuel n’est pas satisfaisant, en ce qui concerne les pistes pour une nouvelle organisation, il faut voir sous quelle forme on peut mettre en oeuvre la réalisation de priorités sanitaires décidées par l’exécutif, approuvées par le législatif. C’est le rôle de l’administration de superviser ça. Il faut voir si c’est sous une forme à l’intérieur ou à l’extérieur de l’administration qu’il faut le réaliser, mais en tout cas ce n’est pas à un institut de recherche de le réaliser ”.

“ À mon avis, on ne pourra pas faire une politique de santé qui vise justement des bons objectifs de santé publique en perpétuant le système PSQ. C’est un terrain d’essais qui va nourrir une autre forme d’organisation qui, je l’espère, va être concrétisée sous la forme d’une loi ”.

Le comité de pilotage

Le rôle du comité de pilotage de la PSQ est diversement apprécié. Certains y voient la réalisation de la volonté d’inscrire la PSQ dans une optique partenariale et de réseau. En effet, présenter les projets à des personnes impliquées dans différents secteurs professionnels est perçu comme une chance et un excellent aiguillon. La position centrale des membres du comité, avec un rôle de relais et de facilitateur, est également positivement appréciée. D’autres critiquent la place prise par cette instance. Ils observent un glissement et constatent que cette instance qui, à l’origine, devait avoir un rôle consultatif et de support a endossé un rôle beaucoup plus décisionnel. Cette évolution ne fait pas l’unanimité.

“ Le comité de pilotage est devenu l’instance de décision de la PSQ alors qu’à la base il avait un rôle consultatif. Il y a quand même un flou, ils décident ce que la DGS leur demande de décider ”.

A ce sentiment de flou vient se greffer celui de l’inadéquation matérielle (compétence, responsabilité, disponibilité) de cette structure à la prise de décision.

“ Les membres du comité de pilotage (...) sont devenus hyper actifs, comme si on leur demandait à eux d’inventer le système de santé genevois, sans avoir lu les documents de base ”.

Ce sentiment est partagé par certains membres du comité qui ressentent une frustration de devoir se prononcer sur des projets qui leur sont présentés en n'ayant pas suffisamment de temps pour les étudier.

" En moins de deux heures de réunion comment voulez vous que l'on puisse recevoir l'information, la digérer et prendre des décisions. Nous aurions besoin de consacrer certaines fois toute l'après-midi ".

De même une grande partie des membres du comité de pilotage souhaitent que leur rôle dans la gestion de la PSQ soit clarifié.

" Le rôle du comité de pilotage devrait toutefois être précisé. Il y a des choses qui devraient être clarifiées, en tout cas nos responsabilités".

La composition du comité de pilotage ne pose pas de problèmes particuliers, elle est judicieuse selon les personnes qui se sont exprimées à ce propos. Les profils sont qualifiés de variés et l'équilibre est trouvé entre ses membres, aucun ne semble avoir acquis un poids prépondérant dans ce cénacle.

" Le comité de pilotage est une instance intéressante de par sa composition et fonctionne plutôt bien maintenant".

" Les discussions sont plutôt enrichissantes et la parole n'est pas monopolisée par les médecins comme on pouvait s'y attendre. "

Les groupes d'accompagnement des priorités

Les groupes d'accompagnement des priorités ont de la peine à se concrétiser. Ces groupes composés de personnes ressources issues de différents horizons sont diversement appréciés par les coordinateurs d'axes.

Certains y voient l'opportunité de mettre en pratique les principes d'actions tels que collaboration intersectorielle et travail en réseau.

" Les différents groupes de ma priorité me servent à beaucoup de choses, d'abord à identifier des problèmes qui seraient passés sous silence si on avait pas pris l'ensemble des acteurs potentiels... puis à décloisonner le système de soins et aussi à développer une approche consensuelle ".

D'autres doutent du bien fondé de cette structure qui implique des lourdeurs supplémentaires.

" Mon groupe d'accompagnement, je l'ai réuni une seule fois, il y a une année. On n'a pas le temps de les mettre au courant. Ils ne sont pas dans la PSQ, donc ils n'ont pas une vision assez fine des choses. Donc, moi je préfère travailler avec des personnes qui m'aident réellement, pas que ça me donne du boulot supplémentaire de préparer la réunion pour leur expliquer de A à Z ce qu'on est en train de faire, pour qu'ils donnent des avis qui sont tellement superficiels, que je dis : bon, d'accord, merci, beaucoup. Moi je trouve que ça ne sert à rien".

L'interaction avec le réseau des partenaires de l'action est considérée comme très importante par la coordination générale qui souhaite que chaque priorité développe de manière formelle cet aspect.

Collaborateurs

La définition du contenu de la PSQ par les collaborateurs des priorités est assez variée. Le point saillant souvent évoqué est celui d'actions qui sont orientées vers la prévention et la promotion de la santé.

" La PSQ s'inscrit dans une démarche de santé publique. Il s'agit d'organiser les partenaires pour aller dans un sens de santé publique de prévention, de promotion de la santé ".

Toutefois, certains éprouvent des difficultés à qualifier les objectifs de la PSQ en raison de ses aspects multiformes.

" La PSQ, je ne sais pas très bien ce que c'est. J'ai l'impression que c'est un peu une hydre à plusieurs têtes et qui a des tentacules qui vont un peu, pas dans tous les sens, parce qu'il y a quand même une tentative de restructuration, mais je pense que justement on manque d'une culture commune ".

Le sentiment d'absence ou de manque de cadre de référence apparaît également dans les discours. La diversité des documents sur lesquels la PSQ se fonde (les cahiers de santé et l'exposé des motifs) est également perçue comme déstabilisante par certains acteurs de la PSQ. Ils appellent de leurs vœux l'élaboration d'un concept global explicitant les objectifs généraux de la planification afin d'inscrire les programmes d'actions des quatre priorités dans un cadre commun qui serve de référentiel.

" Il faut donner un concept et les cahiers bleus ne donnent pas un concept enfin ils le donnent mais personne ne va lire un bouquin comme ça donc, il faut un truc en cinq à dix pages qui dise, voilà le sens de cette affaire-là, ça je crois que ça doit être fait ".

" On a des objectifs qui sont déjà très opérationnels, mais comment est-ce qu'on inscrit ceci dans un cadre plus large ".

Ainsi la construction de valeurs communes est fortement souhaitée, elle est souvent perçue comme un élément consubstantiel à la création d'une identité PSQ.

" Une cohérence qui ne soit pas seulement je dirais technique, au niveau simplement, oui, on a tous des objectifs, oui, on s'est inscrit dans ce que la PSQ a défini, mais plus globalement, dans le sens des valeurs ".

Si des collaborateurs des priorités ont également le sentiment qu'une identité PSQ est en train de prendre forme depuis la deuxième partie de l'année 2001, ils peinent toutefois à définir son contenu. Par ailleurs, le fait que l'existence de la PSQ ne soit pas garantie au-delà de 2002, ne joue certainement pas en faveur de l'implication des collaborateurs dans le projet.

" Les collaborateurs n'ont pas encore véritablement confiance dans le programme en lui-même et à partir du moment où cette confiance va s'instaurer, à ce moment là la création d'une identité ne sera plus un problème ".

“ L'identité de la PSQ est insuffisante. Il y a une incertitude, tout le monde sait que nous travaillons jusqu'à fin 2002, et ensuite personne ne sait. Deuxième incertitude, le changement à la tête du département de la santé ”.

Ce constat amène naturellement à la question des doubles casquettes de nombreux acteurs impliqués dans des projets de la PSQ et qui sont par ailleurs actifs dans d'autres institutions. Cette double appartenance contribue, selon certains, au flou identitaire de la PSQ. Pour d'autres, elle présente l'avantage d'ancrer plus fortement les projets dans le système de santé genevois en profitant de nombreux relais.

“ Je pense sincèrement que ces doubles casquettes sont néfastes, je crois que ça crée de la confusion ”.

“ Il faut établir des consensus, faire des réseaux, de ce point de vue là, je crois, la double casquette, c'est plutôt une bonne chose ”.

Acteurs extérieurs

En dehors des priorités avec lesquelles ils sont en relation, les acteurs extérieurs à la PSQ n'ont qu'une vision très vague de la logique générale de cette planification.

“ Je pense que c'est une commission qui s'inquiète de tous les secteurs médico-sociaux que se soit hospitalier ou pas. Elle cherche à développer la qualité en aidant les professionnels à se munir d'outils et de moyens pour mieux fonctionner ”.

“ Alors pour moi, c'est une excellente prérogative politique pour évaluer les systèmes ou les acteurs du système de santé à la disposition de la population locale ”.

La plupart des acteurs extérieurs ne comprennent pas le sens de la PSQ.

“ Quand je leur parle du fonctionnement de la PSQ, et des rôles respectifs de la DGS et de l'IMSP, mes interlocuteurs ne comprennent strictement rien du sens du projet ”.

A de nombreuses reprises, il est également fait mention du manque de connaissances du corps médical en ce qui concerne les objectifs de la PSQ.

“ si vous allez voir les soixante-cinq chefs de service des HUG, un pourcentage qui est certainement inférieur à 10% connaît les quatre objectifs principaux ”.

La légitimité même des priorités de la PSQ issue de l'exposé des motifs de la loi est mise en doute par le milieu hospitalier.

“ Ensuite, quand on regarde les objectifs, on constate que certains sont d'une légitimité incontestable. Objectif cancer, démarche cancer du sein, moi je n'ai rien à redire. Mais c'est pas à nous qu'on apprendra qu'un objectif qui tourne autour des maladies infectieuses, du sida ou des hépatites, en termes de santé publique aujourd'hui à Genève, son poids est pour le moins léger. On peut questionner la santé, on peut se poser un certain nombre de questions mais de là à dire que c'est un objectif prioritaire. Tous les objectifs n'ont pas une

légitimité, on va dire de santé ou médicale et certains ont quand même été largement taillés pour faire plaisir – on va dire ça comme ça – où ils ne sont purement pas admis comme étant réellement des objectifs prioritaires

Les aspects en lien avec la dimension de coordination des acteurs "partie-prenante" aux processus semblent être par contre nettement mieux compris.

"Ce qui a changé avec la PSQ, c'est la prise de conscience que les problèmes doivent être résolus en collaboration et en interaction, je pense que cette prise de conscience là est pour moi un changement majeur."

3.2.3 Structuration de la PSQ

La structuration globale de la PSQ en quatre priorités et quatre instruments de planification n'est généralement pas remise en doute par les personnes interrogées. Nombreux sont ceux qui relèvent toutefois que la loi, en raison de sa formulation et de ses domaines d'actions prédéterminait largement le type d'organisation possible.

En filigrane des commentaires qui ont été formulés à ce propos, apparaissent parfois des interrogations sur l'absence de certains domaines dans la PSQ. En marge de ces constats, des idées sur une organisation différente sont émises. La PSQ pourrait ne plus être structurée en domaine (cancer, maladies transmissibles etc) mais par type d'intervention (prévention, éducation etc).

"Pour la suite on devrait peut être faire par exemple un axe prévention, prévention sur tous les champs et puis faire des découpages différents".

Là encore, le recul suffisant manque aux personnes interrogées pour juger de la pertinence de la structure adoptée. En effet, les entretiens ont eu lieu dans certains cas quelques mois après le début de la mise en place de leur priorité.

Les axes transversaux appelés instruments de planification ont pour but de constituer des ponts autour de thèmes communs (qualité de vie et inégalités sociales, système d'information, communication). Aux dires des coordinateurs d'axes, ceux-ci ne semblent pas avoir encore déployé tous leurs effets.

"Les interactions que j'ai eues avec les responsables de ces deux axes transversaux n'ont pas abouti à une modification quelconque ni fourni une valeur ajoutée quelconque à mon travail vertical".

Toutefois, la mise en place de ces instruments est récente ce qui explique probablement le peu de visibilité.

"Les transversaux sont pour l'instant peu présents, mais ils sont nouveaux, plusieurs axes commencent à se développer c'est notamment le cas pour la qualité de vie".

En revanche, bon nombre rappellent l'importance des instruments de planification dans l'organisation matricielle de la PSQ.

"Il est très important que des outils communs soient partagés par les priorités, ça empêche une individualisation des priorités".

Concernant le développement du système d'information de la PSQ, la Direction générale de la santé veille à ce qu'il se développe en cohérence et en conformité avec la vision cantonale en la matière.

3.2.4 Difficultés de mise en œuvre

Certains paramètres non maîtrisables par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre ont eu des effets sur la réalisation de la PSQ .

La situation financière particulière du canton de Genève en 1999, qui a fonctionné sur le principe du douzième provisoire, a eu pour effet de reporter la mise à disposition du budget initial de plusieurs mois, décalant ainsi le démarrage de la PSQ.

Les incertitudes sur l'avenir de la PSQ au-delà de 2002²³, n'ont pas permis l'engagement des collaborateurs dans des conditions optimales car aucune stabilité de l'emploi n'était garantie. Ceci d'autant plus que les spécialistes des domaines concernés sont plutôt rares. Les dates d'engagement des coordinateurs illustrent en partie cet état de fait. Le coordinateur général est entré en fonction le 1er janvier 2000, le coordinateur de la priorité cancer en mai 2000 et le coordinateur de la priorité maladies transmissibles en octobre 2000.

" Le manque de spécialistes disponibles et compétents dans les domaines concernés a ralenti la mise en œuvre de la PSQ ".

" C'est plus difficile de trouver des personnes qui ont de la bouteille quand on offre des contrats limités "

De même, l'approche du terme légal de la PSQ en 2002 a pour effet d'encourager les collaborateurs à chercher des emplois de rechange si le projet n'était pas prolongé lors de la prochaine législature.

" L'incertitude existe, je connais certains collaborateurs qui intensifient leurs contacts professionnels, pour, le cas ou la PSQ s'arrêterait, se préparer une solution de rechange ".

A ce propos des rumeurs sur le possible départ du coordinateur général, dont la qualité du travail et l'importance de la mission sont reconnues par tous, est également un facteur perçu comme déstabilisant.

Concernant la portée temporelle du projet, tout le monde reconnaît que la planification sanitaire, de par ses objectifs, ne peut déployer ses effets qu'à long terme.

" Sur les histoires cancer, sur les histoires santé mentale, il ne faut pas rêver, il n'y aura pas d'impact avant longtemps "

²³ Le budget d'investissement voté prévoit 4 tranches annuelles, le budget de la PSQ n'est pas garanti au-delà de 2002.

Pourtant, la planification s'inscrit dans une loi renouvelable dont la portée initiale est limitée à quatre ans. Nombreux sont ceux qui relèvent cette apparente contradiction et estiment qu'elle est contre-productive. En effet, il peut être difficile de se motiver pleinement pour un projet qui peut potentiellement être démantelé dans un futur proche pour des raisons politiques.

" Il faut réaliser à court terme dans un contexte justement qui nécessite un plus long terme ... si la planification sanitaire qualitative est un programme qui s'arrête à 2002 c'est incohérent c'est une pression qui n'est pas compatible avec la finalité de ce type de programme qui doit se réaliser dans le long terme, au moins 15 ans".

3.2.5 Coordination

La fonction du coordinateur général est quasi unanimement appréciée. Elle permet bien souvent de faire le tampon entre la DGS et l'IMSP et elle est considérée comme le liant indispensable à un projet d'aussi grande envergure.

" Parce que justement il a une vision, il est à plein temps pour la PSQ déjà, et puis il a une vision d'ensemble de la totalité des actions qui sont conduites et des financements qui y sont liés. Ce qui n'est le cas de personne d'autre, on est tous engagés sur d'autres projets, donc cette espèce de lecture globale, aussi cohérente que possible mais en tout cas complète, est indispensable. Et justement depuis qu'il est là, les choses vont vraiment beaucoup, beaucoup mieux ".

Une structuration des activités de coordination entre les axes est intervenue au mois d'octobre 2000 avec l'instauration de réunions qui se tiennent deux fois par mois entre coordinateurs de priorités et responsables d'instruments de planification. Avant cela, certains coordinateurs avaient déjà pris l'initiative de se rencontrer régulièrement.

Malgré cela, un manque de synergie et de coordination entre les priorités est parfois ressenti. Il manque encore, aux dires de certains, une véritable plate-forme d'échanges. Les réunions sont souvent ressenties comme trop axées sur les aspects pratiques au détriment de discussions de fond.

" En principe on se voit tous les 15 jours mais quand on se voit on discute de problèmes d'ordre alimentaire plutôt logistique, on voit pas vraiment des réflexions stratégiques sur nos activités respectives. "

L'importance du développement d'un réseau est généralement une préoccupation des collaborateurs. Ils considèrent bien souvent que la réalisation des objectifs passe par l'organisation et la stimulation des partenaires extérieurs.

" Pour moi, finalement ce n'est pas inventer de nouvelles choses, c'est utiliser les réseaux qui sont existants et les faire travailler ensemble. Pas tout recommencer. "

A ce propos, la difficulté de collaborer et de coordonner ses actions avec les partenaires des HUG est évoquée à plusieurs reprises.

" Dès que l'on a un projet qui implique l'hôpital, on arrive pas à le faire avancer ".

3.2.6 Communication interne

Les collaborateurs des différents axes se connaissent peu et expriment une certaine frustration à ce propos. Il leur semble que de nombreuses collaborations ponctuelles ou d'échanges d'informations profitables n'ont malheureusement pas encore lieu.

" Il me semble manquer un exercice qui fédère justement, qui fasse en sorte que nous ayons en tous les cas au niveau des coordinateurs l'absolue certitude que le projet soit vraiment pensé de la même façon. Ce serait intéressant par exemple de voir ce qu'un autre coordinateur pense du modèle d'action de notre priorité "

" Ça me semblerait important qu'on ait une base commune et un minimum de valeurs de santé publique sur lesquelles on est d'accord et qui sont notre cadre de travail opérationnel "

Les taux d'activité, souvent à temps partiel, ainsi que l'éclatement géographique rend parfois l'échange d'expériences entre les priorités difficilement praticable.

" Ce qui me paraît à moi important et qui manque à la PSQ, c'est de pouvoir rassembler les acteurs dans un lieu physiquement identifié qu'ils partagent, moi je retire énormément de toutes mes interactions que j'ai avec mes collègues de la PSQ qui travaillent dans un autre domaine et ça, ça fait vraiment défaut, enfin il faudrait pouvoir institutionnaliser ça au moins. "

3.2.7 Communication externe

Une politique de communication est indispensable à la mise en œuvre et la diffusion des mesures préconisées non seulement dans la société civile mais aussi auprès des partenaires. Toutes les personnes interrogées s'accordent sur ce point.

" La communication est incontournable dans le cadre d'un programme de santé dont une des finalités est quand même d'agir sur les comportements et c'est véritablement un instrument de santé publique, la santé publique ne peut pas se faire sans communication "

Elles relèvent toutefois que ce domaine connaît un retard important. Plusieurs raisons sont avancées. La première est liée à une volonté affirmée de la présidence du DASS de maîtriser l'information stratégique.

" Je sais pas si vous en avez entendu parler mais les coordinateurs n'ont le droit de rapporter sur la PSQ que des choses techniques "

La seconde est directement liée au "turn-over" important que connaît le poste de chargé de projet dont la dernière vacance a pris fin en septembre 2001.

Une stratégie et un plan de communication ont été élaborés il y a déjà plusieurs mois, mais la décision a été prise par la direction de la PSQ de ne pas déployer une réelle politique de communication avant que toutes les priorités aient atteint un certain niveau d'avancement. Cet horizon a été fixé pour la fin de l'année 2001.

" C'était trop disparate entre les niveaux, une décision a été prise de finalement mettre en œuvre une stratégie de communication autour "

de fin 2001. On ne peut pas d'un côté faire quelque chose sur les accidents mais ne rien faire sur les maladies transmissibles, il y a véritablement à mettre en place une politique globale de communication".

Quoiqu'il en soit, le sentiment partagé par de nombreux intervenants de la PSQ est une frustration envers une pratique de communication ressentie comme centralisatrice et très restrictive envers l'extérieur.

" On aurait des opportunités de parler à la presse, mais on n'a pas les libertés de le faire ".

Le domaine de la communication illustre encore une fois le dilemme dans lequel se trouve la mise en œuvre de la PSQ, tiraillée entre la logique d'action traditionnelle de l'Etat qui se base en grande partie sur la centralisation et la maîtrise de l'information;

" Il n'est pas bon que chacun parle de son côté, je crois que c'est contre productif, je crois qu'il faut une voix, je crois qu'il faut un discours commun "

et une logique axée sur une structure en réseau qui construit son organisation et son action sur la circulation large et décentralisée de l'information.

" Il ne suffit pas d'avoir raison en santé publique, il faut aussi avoir raison avec tout le monde et que donc, on est obligé de faire un effort permanent de communication, de dire ce qu'on fait et de faire avec tout le monde "

Outre les séances de coordination que nous avons déjà évoquées, un site Internet réalisé comme une plate-forme d'échanges entre les collaborateurs de la PSQ a été conçu. Grâce à un espace sécurisé, les documents, les procès verbaux des séances etc. sont consultables et un espace de discussion en ligne est aussi disponible.

Personne ne critique ces développements, mais le constat revient assez souvent qu'une réelle réflexion sur la stratégie de communication tant interne qu'externe n'a pas encore été menée, et ce surtout en terme de définition de publics-cibles.

" Moi, ce que je souhaiterais c'est qu'il y ait une réflexion plus globale sur la communication. Le concept qui a été proposé est un premier pas mais une discussion qui devrait avoir lieu est à qui s'adresse-t-on ".

3.3 Synthèse

Il est important de préciser que la PSQ est mise en œuvre depuis peu, les dernières priorités se sont structurées à la fin de l'année 2000. Dès lors, le recul nécessaire pour mener une analyse organisationnelle et de mise en œuvre approfondie fait défaut. Toutefois, un certain nombre d'éléments méritent d'être relevés.

L'organisation adoptée est en grande partie l'émanation de la loi fondant la PSQ qui définit clairement les priorités sanitaires et désigne l'IMSP comme opérateur et la DGS comme superviseur. Le fonctionnement actuel présente un certain nombre de dysfonctions.

La mise en œuvre est pénalisée par un conflit larvé de positionnement institutionnel reconnu par tous entre la DGS et l'IMSP. Plusieurs raisons peuvent être évoquées notamment le flou de la base légale et les visions différentes des divers acteurs impliqués. Ce conflit dans la direction de la PSQ a des répercussions à l'interne comme à l'externe en terme d'image et a des implications sur la définition des compétences du comité de pilotage. En effet, à cause de ce climat de tensions, une grande partie des décisions et des arbitrages ont été dans les faits transférés au comité de pilotage. Le glissement de ce comité d'un rôle consultatif vers un rôle décisionnel n'est pas sans poser des problèmes. La responsabilité d'une telle instance composée de spécialistes de thématiques spécifiques est d'aider la direction de projet à définir et à valider les orientations stratégiques. Leur ancrage dans la société est un vecteur puissant de diffusion et d'apport d'informations et offre un regard critique extérieur essentiel à la qualité de la mise en œuvre. Par contre, ce type d'instance ne peut endosser le rôle de décideur et s'occuper des choix opérationnels en se réunissant dix fois par an.

Ces différents constats posent avec acuité la question de la répartition actuelle des tâches. Il est en effet surprenant de constater que la responsabilité de la coordination et de la mise en œuvre d'une action publique ne soit ainsi pas du ressort de l'administration publique en l'occurrence ici de la direction générale de la santé.

Le développement d'interactions entre les priorités et entre celles-ci et des projets parallèles est encore insuffisant. Cet état de fait n'est certainement pas dû à un manque d'intérêt mais au faible nombre d'occasions offertes de se rencontrer notamment par le biais de séances destinées à l'ensemble des collaborateurs et à la dispersion spatiale des équipes. L'implication de certains collaborateurs travaillant à temps partiel sur d'autres projets et dans d'autres institutions ne favorise pas la coordination même si cela renforce l'ancrage de la PSQ dans le système de santé genevois. En outre, l'absence de référence et de langage commun explique l'identité peu affirmée de la PSQ. Un travail est actuellement entrepris pour remédier à cette lacune.

Peu connue en dehors de ses acteurs clés, la PSQ semble même ne pas avoir franchi toutes les portes des HUG puisque certains de leurs médecins affirment ignorer ses objectifs. D'autres vont même jusqu'à douter de la légitimité du choix des priorités. Ce point pose la question de la communication propre à la PSQ. L'impression qui ressort de la plupart des entretiens est qu'un climat de rétention d'information a prévalu, principalement vis-à-vis des médias et que chacun attend actuellement la définition d'une stratégie d'information. Les faiblesses évoquées sont connues du coordinateur général et des mesures sont en voies d'élaboration pour tenter d'y remédier.

Une incertitude pèse cependant lourdement sur la PSQ : sa reconduction par le Parlement et les critères qui vont présider au choix politique. Il ressort de l'analyse de ces premiers résultats qu'un travail conséquent est entrepris pour poser les jalons d'une politique ambitieuse. Son succès dépend d'une part d'une analyse pertinente des problèmes de santé publique et de la mise en place de structures d'intervention en adéquation avec les objectifs visés, et d'autre part de l'adoption d'un mode d'appréhension globale des problèmes de santé. Ceci implique, aussi bien pour les professionnels de la santé que pour la population genevoise, la création d'un processus d'apprentissage générateur d'une transformation du mode de pensée comme du mode d'action.

4 ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

4.1 Principaux enseignements

Fondement de la PSQ

1. La PSQ répond à un besoin largement reconnu.
2. L'esprit initial de la planification sanitaire qualitative tel qu'exprimé dans les cahiers bleus et l'exposé des motifs a évolué. La conception des cahiers bleus, résolument orientée vers des actions concrètes visant à améliorer l'état de santé de la population genevoise, fait place dans l'exposé des motifs à une conception donnant une part de plus en plus grande aux études permettant d'établir la fréquence, le contexte et les facteurs de risque des domaines d'actions identifiés.
3. Porteur des deux projets (programme finalisé vs recherche devant permettre l'émergence d'une planification) sans les articuler et sans fixer des priorités, l'exposé des motifs crée une ambiguïté qui pèsera sur la mise en œuvre de la PSQ, les attentes qui seront mises en elle, et les résultats produits.

Répartition des rôles

4. La définition des tâches entre l'IMSP et la DGS est floue et occasionne dysfonctions et conflits.
5. Le comité de pilotage remplit un rôle qui est de plus en plus décisionnel alors qu'il avait initialement une tâche de réflexion stratégique.
6. Les groupes d'accompagnement jouent des rôles très différents d'une priorité à l'autre.

Identité PSQ

7. Il n'existe pas à ce jour de langage et de référence communs.
8. Une identité PSQ est en voie de construction. L'éparpillement géographique, l'implication de nombreux collaborateurs dans divers projets ne relevant pas de la PSQ ainsi que les incertitudes liées à l'avenir de ce projet ne favorisent pas la création de cette identité.

Action de mise en œuvre

9. Chaque priorité est développée selon sa logique propre. Certaines ont pu bénéficier de travaux existants. La définition des axes transversaux doit permettre de constituer un noyau dur commun pour l'ensemble. La mise en œuvre des axes transversaux est trop récente pour avoir pu déployer des effets.

10. Les différentes priorités affichent leurs premiers résultats avec un certain décalage dû en particulier à l'engagement tardif de collaborateurs, notamment en raison de la difficulté à recruter des spécialistes. Une dynamique est en marche, un développement retardé mais régulier est constaté.

Coordination

11. La DGS et la PSQ soutiennent dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, une série d'actions dont les champs se superposent.
12. Il existe un manque de coordination, malgré de constants efforts entre les équipes impliquées dans les différentes priorités, ainsi qu'entre ces équipes et d'autres appuyées par la DGS et travaillant en parallèle sur des problématiques et des projets de prévention voisins.
13. Il n'existe pas de réelle synergie avec les HUG.
14. La nécessité de la création de ponts entre planification qualitative et quantitative n'est pas évidente pour tous.

Encadrement administratif du projet

15. Il est à ce jour impossible de disposer d'informations précises sur l'évolution de l'engagement du personnel et l'affectation des ressources financières dans le cadre de chacune des priorités de la PSQ et par projet. Ce déficit peut s'expliquer par le peu d'investissement dans l'encadrement administratif de la démarche.

Communication

16. Il n'existe à ce jour pas de politique et de stratégie de communication commune. La PSQ est très peu connue en dehors du cercle restreint des initiés.

Résultats

17. Le premier bilan des réalisations de la PSQ confirme l'orientation prise dans l'exposé des motifs privilégiant les actions de recherche. Toutefois, de plus en plus d'actions concrètes de prévention et de promotion de la santé sont menées.
18. Un travail conséquent a été entrepris.
19. Un processus d'apprentissage générateur d'une transformation du mode de pensée et d'action des professionnels de la santé comme de la population est créé.
20. Une dynamique riche, porteuse de projets novateurs pour Genève et en parfaite harmonie avec des projets similaires à la fois en Suisse et à l'étranger est lancée. De premiers résultats prometteurs sont perceptibles, il s'agit en l'état d'en tirer parti et d'apporter des ajustements dans les domaines où des dysfonctions ont été mises en évidence. C'est dans cet esprit que les recommandations suivantes ont été élaborées.

4.2 Recommandations

1. Clarifier le rôle de chacun des partenaires de la PSQ :
 - en attribuant clairement la responsabilité politique au parlement et au DASS,
 - en confiant la responsabilité de la mise en œuvre, de la coordination et de la supervision à la DGS,
 - en déléguant la réalisation des priorités à des structures qui agissent déjà dans les domaines concernés,
 - en redonnant au comité de pilotage son rôle d'instance de consultation stratégique,
 - en clarifiant et en uniformisant le rôle des groupes d'accompagnement des priorités,
 - en réattribuant à l'IMSP son rôle central dans la recherche dans le domaine de la santé.
2. Renforcer l'identité PSQ en impliquant chaque partenaire dans la définition de valeurs et de principes d'actions communs.
3. Mettre en œuvre une politique claire et active d'information et de communication déclinée selon les publics cibles.
4. Définir des mandats de prestations liant la DGS et les structures chargées de concrétiser les objectifs stratégiques de la politique en s'appuyant sur les équipes existantes en raison des expériences qu'elles ont acquises et qui doivent être valorisées.
5. Intensifier, conformément à la mission de la DGS, la coordination entre l'ensemble des partenaires internes ou externes à la PSQ. Une attention particulière devrait être portée à l'intégration, d'une part, des deux versants de la planification sanitaire (planification qualitative et quantitative), et d'autre part de l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de la santé.
6. Valoriser, en prévision du prochain débat parlementaire, le travail entrepris en vue de la définition d'un programme finalisé de prévention et de promotion de la santé, coordonné avec l'ensemble des politiques publiques concernées.
7. Ce programme finalisé devrait notamment comprendre la définition d'objectifs stratégiques et opérationnels, la mise en évidence des publics-cibles et des structures de mise en œuvre ainsi que des instruments et des structures de coordination avec les autres programmes soutenus par le DASS.
8. Définir une politique globale de la santé fondée dans une loi cantonale conçue à cet effet.

9. ANNEXES

Liste des personnes interrogées

Bouchardy, Christine ¹	Priorité « cancer », coordinatrice de la priorité
Bourquin, Jean-Fred	Priorité santé mentale, Micro environnement social
Burnier, Mary-Josée	Priorité « accident/handicap », coordinatrice de la priorité
Bury, Jacques-André	Coordinateur général de la PSQ
Dayer, Pierre	Directeur médical des HUG.
De Wolf, Chris	Priorité « cancers », expert cancer du sein.
Delley, Veronique	Axe « système d'information sanitaire », chargée de programme
Erbeia, Pascale	Comité de pilotage, co-présidente de la section genevoise de la FRC
Estoya-Chauvin, Bruce	Priorité « cancers », chargé de projets
Gruson, Bernard	Directeur général des HUG
Hazan, Yael	Axe « communication », chargée de projet jusqu'à l'été 2001
Hunyadi, Mark	Comité de pilotage, maître d'enseignement et recherche, programme plurifacultaire d'éthique de l'Université de Genève
Jacquier, Béatrice	Groupe de prévention des chutes chez les personnes âgées, Infirmière-cheffe de l'EMS Les Châtaigniers.
Kieffer, Bertrand	Comité de pilotage, rédacteur en chef Médecine & Hygiène
Litzisdorf, Natacha	Comité de pilotage, SPE directrice romande
Loew, François	Priorité « accident/handicaps », projets de prévention
Lutz, Jean-Michel	Priorité « cancers », cancer du sein
Maupetit, Christine	Priorité « accident/handicaps », projets de prévention
Mino, Annie	DGS, directrice
Papart, Jean-Pierre	Priorité « santé mentale », coordinateur de priorité.
Robert, Claude-François	DGS, médecin adjoint,
Rougemont, André	IMSP, directeur de l'IMSP
Sappino, André-Pascal	Division d'oncologie, médecin-chef de service
Simos, Jean	DGS, conseiller scientifique.
Sudre, Philippe	Priorité « maladies transmissibles », coordinateur de priorité.
De Tassigny, Marie Françoise	Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein, présidente

¹ Deux entretiens ont été réalisés

Liste des abréviations

AMG	Association des médecins du canton de Genève
ASP	Association actions en santé publique
BPA	Bureau suisse de prévention des accidents
CASS	Centre d'action sociale et de santé
DASS	Département de l'action sociale et de la santé
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DRE	Dispositifs de retenue pour enfants
EMS	Etablissements médico-social
FDD	Fondation du Devenir
FRC	Fédération romande des consommateurs
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IES	Institut d'études sociales
IMSP	Institut de médecine sociale et préventive
IRIS	Réseau communautaire d'informatique médicale
ISIS	Intervention secours information en cas de sinistre
MRSA	Methicillin Resistant Staphylococcus aureus
OCIRT	Office cantonal de l'inspection et des relations du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
OTC	Office des transports et de la circulation
PIPAD'ES	Programme intercantonal de prévention des accidents d'enfants
POLIGER	Policlinique de gériatrie
PSQ	Planification sanitaire qualitative
RPLP	Redevance poids lourds liée aux prestations
SPE	Société pour la protection de l'environnement
SSJ	Service santé jeunesse
SUVA / CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

