

# Les projets régionaux de santé

## De la théorie à la pratique

**Depuis 1994, l'Alsace, l'Auvergne et les Pays de la Loire sont engagés dans une démarche de programmation régionale des actions de santé. Avant l'extension de cette démarche à l'ensemble des régions, une première évaluation des actions entreprises a été réalisée.**

**L**a programmation stratégique des actions de santé (PSAS) vise à développer progressivement, avec l'ensemble des acteurs concernés, les actions les mieux adaptées en vue d'apporter des solutions à moyen terme à un problème de santé identifié comme prioritaire pour une population (cf. « Vers une programmation régionale de santé », *AdSP* n°11).

Les projets régionaux de santé ont donc été initiés dans trois régions « test » qui, par l'intermédiaire de leur direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), se sont portées volontaires. Le choix des priorités de santé (la périnatalité pour l'Auvergne, l'alcool pour les Pays de la Loire et le cancer pour l'Alsace) s'est effectué tant sur des critères épidémiologiques que stratégiques. Chacune de ces régions a organisé une consultation de l'ensemble des acteurs concernés pour valider la démarche et choisir ses représentants regroupés au sein d'un groupe de réalisation. Ce groupe avait pour but, en partant des concepts théoriques de planification et de l'expérience professionnelle de chacun, d'animer le

processus de programmation des actions à engager pour répondre à la priorité de santé choisie. Pour être les plus représentatives possibles des différents acteurs de la région, ces personnes devaient former si possible un ensemble multidisciplinaire, multi-institutionnel et multi-départemental. Y ont été adjoints un référent de la direction générale de la Santé qui possède la maîtrise technique des dossiers concernés par les priorités choisies, ainsi qu'un référent de l'École nationale de la santé publique (ENSP).

### **Le processus de formation-action : un temps fort**

L'ENSP a en effet été intégrée très tôt à la réflexion sur le processus de programmation stratégique. Les membres des groupes de réalisation venaient d'horizons très divers et n'avaient, de fait, pas toujours une culture de santé publique conséquente. Il était donc important qu'ils acquièrent un minimum de connaissances théoriques avant d'envisager

une plate-forme de travail commune pour l'élaboration des projets régionaux de santé. Un partenariat avec l'ENSP s'est immédiatement imposé comme étant le moyen de fournir aux groupes l'apport méthodologique dont ils avaient besoin. Cet apport a pris la forme d'une formation-action où la logique d'enseignement était très différente de ce qui avait été fait précédemment. Il ne s'agissait pas cette fois de fournir un programme de cours clé en main adapté à un projet extérieur à l'institution, mais plutôt d'abandonner le côté formel de l'enseignement pour travailler sur les enjeux, la logique d'acteurs et initier les participants à l'approche globale des problèmes de santé et à l'intervention en santé. Cette formation-action s'est déroulée en trois rencontres de deux jours séparées par des travaux sur le terrain. L'évaluation *a posteriori* de la pertinence d'une telle formation a montré que l'hétérogénéité de la culture médicale et de l'expérience des participants n'a pas toujours été un atout ; certains se sont en effet sentis dépassés par une approche à leurs yeux trop théorique, éloignée de leur manière habituelle d'appréhender les problèmes de santé (sans doute plus proche des difficultés quotidiennes des personnes). Par ailleurs, le passage de la théorie aux réalités de terrain s'est par moment heurté à de gros problèmes

pratiques ; une certaine contradiction a par exemple pu être notée entre le message enseigné (qui insistait beaucoup sur l'importance de la réflexion avant le passage à l'action) et les réalités du calendrier de réalisation. En dépit de ces obstacles, la formation-action s'est révélée être un temps fort de la démarche de programmation. Même si la méthodologie proposée a pu paraître évidente, pas assez approfondie ou, au contraire, trop dense, elle a été essentielle à certains par son rôle catalyseur d'efforts vers un objectif commun. Elle a permis de fédérer des individus aux compétences professionnelles variées et aux intérêts individuels multiples autour d'un projet motivant. Moment d'échanges privilégié entre tous les acteurs, la formation-action a finalement jeté les bases d'un projet de santé publique original et novateur, qui a enthousiasmé la plupart des participants.

### Le travail de terrain : la mobilisation des partenaires

Instaurées au niveau de chaque région entre les sessions de formation-action, les réunions de travail ont été un autre moment privilégié de cette période d'élaboration des projets régionaux de santé. C'est surtout entre les sessions de formation que se sont consolidées les relations de partenariat entre les membres des groupes de réalisation, les enseignants de l'ENSP (dont certains ont assisté à toutes ces réunions), les référents de la direction générale de la Santé, les directeurs de Drass (sans l'appui institutionnel desquels un tel travail n'aurait pu être mené à son terme) et les trois coordonnateurs régionaux (tous médecins inspecteurs dans les Drass des régions-pilotes). La validité d'un projet régional de santé et, à terme, sa viabilité sont principalement conditionnées par le degré d'appropriation des acteurs en présence et leur implication personnelle dans son déroulement. Ceci est très proche de l'esprit de la santé communautaire, où seule l'adhésion et l'appropriation de la situation par les participants garantissent le succès des actions à mener. Il s'est avéré que l'im-

plication de nombreux partenaires a été corrélée à l'intérêt professionnel qui pouvait résulter de leur participation à ce type d'action. Cela a notamment été l'occasion pour beaucoup de travailler avec des institutions qu'ils ne sont habituellement pas amenés à côtoyer (services centraux et déconcentrés de l'État entre autres). Les coordonnateurs, quant à eux, ont vu dans la PSAS l'initiative idéale pour enfin porter le message selon lequel le système de santé français ne peut plus se limiter seulement à l'organisation de la demande et de l'offre de soins. Ce n'est sans doute pas un hasard si, en définitive, ils se sont trouvés au point névralgique des échanges entre les différents partenaires ; le rôle central des médecins inspecteurs de Drass et Ddass dans la mise en place des politiques régionales de santé en sort légitimé.

### Les projets

Ces nombreuses séances de travail collectif ont finalement abouti au choix d'un certain nombre d'objectifs à atteindre pour améliorer, dans les cinq ans à venir, la situation de la région par rapport au problème de santé prioritaire choisi. Parallèlement, la liste des actions de santé envisagées pour y répondre a été établie, se doublant de la définition d'un certain nombre d'indicateurs de suivi nécessaires à l'évaluation opérationnelle. Ces données ont été réunies au sein d'un projet régional de santé, diffusé sous forme de plaquettes auprès d'un large public et de dossiers techniques à l'intention des acteurs locaux concernés. Il existe *a priori* une troublante ressemblance entre cette démarche de programmation et celle employée pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (Sros), initiée dès 1991. Bien que ces derniers concernent plus spécifiquement la planification hospitalière, la démarche de PSAS procède d'une même logique méthodologique dans le choix des priorités. N'y a-t-il donc pas répétition d'un même processus pour deux objectifs de planification qui devraient se compléter ? Au niveau des services déconcentrés, chaque projet régional de

santé a été, en fait, très lié au Sros. En Alsace tout d'abord, l'élaboration du projet sur le cancer a largement précédé la rédaction du volet du Sros portant sur l'organisation des soins en cancérologie. Le chapitre portant plus spécifiquement sur les soins hospitaliers sera donc intégré dans le Sros dit de deuxième génération. Dans les Pays de la Loire, la cohérence a été recherchée dès le départ comme étant une condition *sine qua non* à la rédaction du projet. Quant à l'Auvergne, un même comité technique a supervisé les deux démarches, donc la complémentarité a semblé être un processus logique.

La dernière étape, avant que ne se mette en place la phase de mise en œuvre et de suivi des actions engagées, a concerné la reconnaissance officielle des projets. À côté de la diffusion des documents de présentation, la signature d'une charte a été retenue comme symbole de l'engagement de tous les acteurs locaux, régionaux et nationaux envers chaque programme. Celle-ci a eu lieu au cours de l'été 1995 dans les trois régions, en présence de représentants de l'État (préfets, ministre ou ses représentants), des collectivités locales, des caisses d'assurance maladie, de la presse et des groupes de réalisation. Cette étape était très importante pour les partenaires qui s'étaient impliqués dès le début dans la démarche, car elle seule pouvait, à leurs yeux, être le témoin de la reconnaissance politique et institutionnelle de leurs travaux. Malgré la signature de cette charte, quelques appréhensions subsistent chez les membres des groupes de réalisation quant à la légitimité de ces projets, principalement au regard du financement. En effet, l'une des règles qui a présidé aux travaux de programmation était le fonctionnement des projets à moyens constants, c'est-à-dire par réorientation des ressources existant déjà dans la région et des crédits déconcentrés (prévention, études, éducation pour la santé, etc.). Cette position de l'administration centrale a été difficilement admise par les partenaires locaux qui, dans certains secteurs tels que l'alcoolisme, étaient déjà contraints de travailler depuis longtemps avec des ressources

jugées trop faibles. Malgré ces problèmes de financement dont l'une des solutions peut se trouver au niveau de la région (partenariat actif avec des collectivités locales), les projets pourraient créer à terme un débouché intéressant pour des médecins de santé publique, au regard de la charge de travail supplémentaire qu'il faudra fournir pour la coordination et le suivi des actions de santé.

### Le passage aux conférences régionales de santé

Alors que se mettent en place dans les trois régions-pilotes les actions de santé prévues par chaque projet régional de santé, la programmation stratégique s'étend aux autres régions françaises. En avril 1995, huit nouvelles régions ont été incorporées au processus d'élaboration des projets régionaux de santé. À terme (début 1996), les régions restantes seront aussi impliquées. Dans le même temps, se préparent les conférences régionales de santé. Partie intégrante de la même démarche de planification, elles permettent de restituer à la région et aux professionnels qui y travaillent la maîtrise de la première phase du processus de programmation, c'est-à-dire celle de l'identification des problèmes et de la détermination des priorités, à partir de laquelle, progressivement, seront développés dans chaque région de nouveaux projets régionaux de santé. ■

#### Karine Lacombe,

Interne de santé publique,  
direction générale de la Santé

# alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Décembre 1995, tome 17, n° 4

#### Éditorial

Alcoolisme : traitement et recherche en Allemagne, *Karl Mann*

#### Mémoires

- Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique, *Henri-Jean Aubin, Samir Tilikete, Marie-Catherine Rouillet-Volmi, Dominique Barrucand*
- Apport de l'histoire de vie dans l'accompagnement des alcoolodépendants, *Christophe Niewiadomski, Marion Husson, Jean-Yves Bénard, Jean-Pierre Ferrant, Catherine Martinay*
- Comorbidité anxiété-dépression-alcool validation du « general health questionnaire » dans une population de patients hospitalisés pour sevrage alcoolique, *Frank Dejour*
- Estimation de la prévalence de l'alcoolisation excessive dans la population hospitalisée au CHU de Nîmes, sur une période de trois mois, *Jean-Louis Balmès, Jean-Pierre Daurès, Pascale Peray-Fabbro, Pascal Possoz, Brigitte Trétarre*
- L'alcoolique et l'armée : le malentendu, *François Lebigot*

#### Varia

- Quel « objet de relation » pour le généraliste en alcoologie ? *Jacques Rayet*

#### Alcoologie de terrain

- Prévention du risque alcool chez les jeunes en milieu scolaire, *Chantal Venon*
- Vitaminothérapie B1 B6 chez le patient alcoolique : conséquences du déremboursement, *François Planche, Isabelle Planche-Fourthin, Roger Planche, Thierry Bautrant, Michel Reynaud*

- Voyage en terre d'alcool, au-delà des illusions et des désillusions... Réflexions d'un groupe de médecins généralistes réunis par la société Eurorga (groupe Jouveinal), *Marc Lemaire*

#### Vie de la SFA

- Les CHAA, 20 ans après. 23 septembre 1995, *Val-de-Grâce, Paris*
- Alcoologie et prise en charge familiale. 20 mai 1995, *Auxerre*
- Groupe de travail : les associations d'aide aux personnes ayant un problème
- Réunions de la SFA. Nouveaux membres.

#### Informations

Actualités. Enseignement. Thèses. Livres. Agenda. Index 1995.

Supplément au n° 4, tome 17

Éditorial, *Pr Maurice Bazot*

#### Lectures alcoologiques

*Aperçus historiques, Professeur Bernard Hillemand*  
Alcool, alcoolisme, alcoologie : repères historiques et nosologiques. L'évolution du savoir des fondamentalistes en alcoologie. Les « asiles pour alcooliques » au cours du XIX<sup>e</sup> siècle aux USA et en Grande-Bretagne. Les « asiles pour alcooliques » au XIX<sup>e</sup> siècle dans quelques pays d'Europe continentale. Premières structures spécifiques de soins pour alcooliques en France. Centenaire. L'évolution de l'organisation des soins pour alcooliques en France. L'évolution conceptuelle de la thérapeutique de l'alcoolodépendance. Structures d'hospitalisation et d'hébergement pour alcoolodépendants. Évolution.