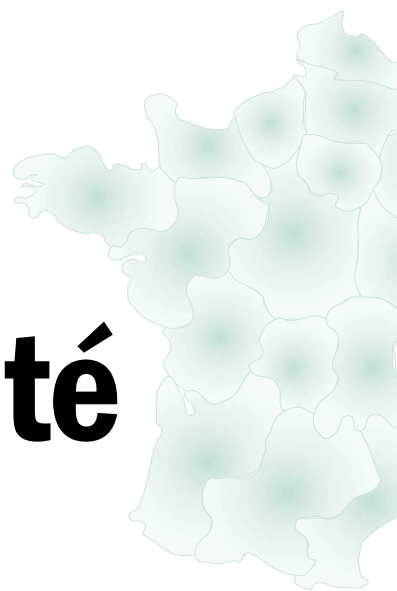




Les programmes régionaux de santé



Christian Nicolas
Directeur d'hôpital,
chargé des programmes
régionaux de santé,
Bureau Promotion et
Prospective en santé,
direction générale
de la Santé

Élaborés à partir des priorités des conférences régionales de santé, les programmes régionaux de santé ont permis un développement de la régionalisation et une approche multidisciplinaire des politiques de santé.

En 1994, le rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP) fait plusieurs constats : la santé de la population vivant en France s'est constamment améliorée durant ces dernières décennies. Cependant, des faiblesses existent, notamment en termes de mortalité et de morbidité évitables, de fragilisation de certaines catégories sociales avec toutes ses conséquences sur le plan de la santé, d'une prise en compte insuffisante de la qualité de vie des personnes handicapées ou malades et des inégalités persistantes entre régions, sexes et catégories sociales.

À cela, il faut ajouter l'incapacité du système de soins à résoudre tous les problèmes de santé, la multiplicité des centres de décision et le cloisonnement des acteurs ainsi que le maintien des usagers dans un rôle passif.

Pour dépasser ces limites, il est proposé fin 1994 de décliner la politique nationale au niveau régional. Cette approche régionale des questions de santé s'inscrit dans le droit fil des lois de décentralisation et de déconcentration de l'action de l'État.

Deux mesures marquent alors cette volonté de faire émerger une politique régionale :

- l'expérimentation, dès 1994, par la direction générale de la Santé (DGS) en partenariat avec l'École nationale de la santé publique (ENSP) et trois régions volontaires (Alsace, Auvergne, Pays de Loire), d'une formation-action à la programmation stratégique des actions de santé (PSAS) pour élaborer un projet régional de santé,

- la proposition de tenir des conférences régionales sur la santé à partir de 1995.

Les trois régions volontaires vont ainsi concevoir leur projet ; il s'agit respectivement du cancer en Alsace, de la périnatalité en Auvergne et des conduites d'alcoolisation à risques dans les Pays de Loire. On peut d'ailleurs remarquer que ces projets sont nettement marqués par des thématiques issues de priorités identifiées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), seul cadre alors, limité aux soins, d'une approche régionale en matière de santé.

Cette influence des priorités des Sros va se retrouver dans les projets d'au moins six des huit autres régions¹ qui vont aussi expérimenter la PSAS en 1995.

Par ailleurs, les premières conférences régionales vont se tenir durant l'année 1995 avec un double objectif :

- s'approprier les recommandations du rapport du Haut Comité de la santé publique pour les mettre en œuvre,

- identifier les spécificités régionales en matière de santé et mobiliser les acteurs sur ces problèmes.

Une telle approche va permettre d'élargir le champ des problématiques régionales qui était jusqu'ici largement déterminé par le cadrage des Sros. C'est l'amorce d'un débat public sur les questions de santé.

Le succès de ces deux mesures expérimentales va conduire à leur institution-

1. Cancer en Champagne-Ardenne, diabète, alcool, sida à la Réunion, cardio-vasculaires en Picardie, périnatalité en Bourgogne, suicide et dépression en Bretagne et Lorraine

nalisation. Ainsi les ordonnances du 24 avril 1996 définissent les missions des conférences régionales en leur confiant le soin : « d'établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. »

Au niveau régional, les conférences et les projets de santé, qui s'intituleront maintenant programmes, sont légitimés. La législation entérine la région comme un niveau adapté pour traiter des problèmes de santé, soit dans leurs spécificités locales, soit comme déclinaison d'actions nationales.

La légitimité de cette première traduction réglementaire des expériences en cours est confirmée par le bilan tiré lors d'une réunion organisée au ministère le 22 mai 1996.

De cette rencontre, deux principaux constats ont, en effet, été dégagés :

- les conférences régionales sur l'état de santé de la population chargées de définir les priorités de santé publique et les projets régionaux de santé ont rencontré un intérêt certain,

- les projets régionaux sont perçus comme le complément nécessaire des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Et l'administration a conclu que les priorités de santé régionales pourront faire l'objet de programmes pluriannuels sur le modèle des projets régionaux de santé.

Une institutionnalisation logique

Le concept de programme régional de santé (PRS) est né et le décret du 17 avril 1997 en précise les contours par l'article R. 767-6 du code de la santé publique : « Le Préfet de région détermine parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation. ».

Durant cette période de définition du cadre réglementaire des PRS, la mise au point de projets régionaux de santé va se poursuivre. Ainsi le résultat des « formations-actions » expérimentales à la PSAS, jugé très positif lors de la journée de bilan de mai 1996, va conduire à les généraliser grâce au partenariat entre la DGS et l'ENSP, renforcé par des universitaires de santé publique. Le déploiement de cet outil se réalisera en cohérence avec les objectifs de régionalisation de la politique de santé puisque ce sont les Universités qui mettront en place les formations PSAS en inter-région sur la base d'un cahier des charges élaboré conjointement avec la DGS et l'ENSP.

Ainsi, de 14 projets régionaux de santé fin 1996, on va passer à l'élaboration de 44 PRS fin 1997. Une telle montée en charge reflète l'enthousiasme des acteurs locaux, l'opérationnalité de la PSAS pour élaborer des PRS et démontre la pertinence d'un traitement régional des problèmes de santé.

Cependant, il ne faut pas nier que derrière ces chiffres positifs, la réalité des PRS est plus contrastée. C'est pourquoi la DGS organise en septembre 1997 un séminaire pour analyser cette montée en puissance des programmes et ajuster le dispositif en conséquence.

De cette rencontre, il est ressorti que les programmes qui connaissaient un certain succès remplissaient en général trois conditions : une coordination forte des acteurs, une implication réelle des décideurs et une bonne communication. Le séminaire a donc tracé des perspectives de travail et pointé les ajustements du dispositif souhaitables pour favoriser l'émergence de ces trois conditions.

En ce qui concerne les axes de travail, il s'agissait essentiellement de créer une banque de données sur les PRS et les CRS, de mettre au point un guide d'élaboration d'un programme, de renforcer les réunions thématiques et de mettre en place le comité national État-Cnamts² de pilotage des PRS notamment pour répartir les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Quant aux ajustements du dispositif PRS, c'est par la circulaire du 20 novembre 1997 que la DGS a cherché à répondre aux points

2. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

faibles décelés, notamment en instaurant un comité permanent de la conférence régionale de santé. Celui-ci sous l'égide du Préfet, composé des principaux décideurs en matière de santé, était conçu comme le lieu de concertation pour la mise en œuvre et la coordination des priorités régionales de santé et des propositions de la conférence régionale. Sa mission était d'assurer la coordination des programmes régionaux de santé et plus largement un rôle de pilotage de la politique régionale de santé.

Sur ces bases renforcées et clarifiées, les équipes de terrain ont développé de nouveaux PRS et donné une nouvelle dimension à ceux en place. Ainsi, de 44 PRS fin 1997, on passe à 73 PRS fin 1999 dans 26 régions ce qui est significatif, même si certains n'en sont encore qu'à la phase d'élaboration. À cette étape du développement des PRS, il est apparu nécessaire d'évaluer le dispositif régional cinq ans après les premières expériences.

Une réussite qui s'accompagne de maux de jeunesse inévitables

En conséquence, la DGS passe commande fin 1998 d'évaluations tant des PRS que des CRS auprès de plusieurs organismes. Pour les programmes, le choix s'est porté sur l'Association of schools of public health in the european region (Aspher) et la Société française de santé publique (SFSP) qui devaient par une analyse quasi exhaustive des PRS :

- déterminer les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés par les coordinateurs afin d'améliorer le dispositif,

- indiquer si ce nouveau mode d'intervention avait permis de répondre aux problèmes de santé soulevés par le rapport du HCSP.

Les résultats de ces évaluations ont été présentés lors d'un séminaire organisé par la DGS en octobre 1999. En ce qui concerne les programmes, plusieurs points sont apparus.

Tout d'abord, le choix du programme résulte bien de priorités retenues par les CRS et a été, dans la plupart des cas, validé par le comité permanent. Une telle procédure implique les principaux décideurs en matière de santé de la région (direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, Drass ; Agence régionale de l'hospitalisation, ARH ; Union régionale des caisses d'assurance maladie, Urcam ; Union



régionale des médecins libéraux, URML) et confère au programme une légitimité qui s'impose à tous.

Ensuite le développement du partenariat entre les principaux acteurs de la santé est un des grands acquis de cette politique. Ainsi, la première expérience de collaboration entre Drass, ARH et Cram lors de l'élaboration des Sros a pu être capitalisée et amplifiée dans le cadre des programmes prioritaires. Autour de ce noyau dur sont venus s'agréger de plus en plus souvent les médecins libéraux au travers de leurs URML et même si cette participation est encore très variable selon les régions c'est une évolution considérable. En revanche, la participation des collectivités locales, sauf exceptions, est encore assez faible quoique de très bonne qualité lorsqu'elle existe.

Autre acquis de ces programmes, en lien avec les conférences régionales, c'est leur contribution à la diffusion d'une culture de santé publique, restée souvent marginale jusqu'ici. L'approche historique des questions de santé au travers de l'offre de soins est ainsi aujourd'hui contrebalancée par cette nouvelle façon d'aborder les problèmes. C'est un changement culturel fondamental dont on devrait mieux mesurer les effets dans les décennies à venir à la faveur de la consolidation du dispositif CRS et PRS.

Enfin, les études ont permis de mieux cerner le profil des coordonnateurs sur trois aspects :

- Qui sont-ils ?
- Comment sont-ils désignés ?
- Quelles sont leurs compétences ?

Sur le premier point, il apparaît que le coordonnateur est le plus souvent un médecin inspecteur de la Drass ou de la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass ; deux tiers des cas) ou un inspecteur (8 % des cas). Mais parfois, en raison de la thématique retenue, le coordonnateur choisi est un Ingénieur du génie sanitaire ou une Conseillère technique en travail social. Au total, 82 % des coordonnateurs sont issus des services déconcentrés de l'État, ce qui laisse peu de place à d'autres professionnels qui seraient issus des principaux organismes partenaires de la Drass.

En ce qui concerne la désignation du coordonnateur, celle-ci obéit à des procédures très variées. Elle est assurée le plus souvent par la Drass, parfois par le Pré-

fet ou le Comité permanent, plus rarement par le Comité technique régional inter-institutionnel, voire exceptionnellement directement par la CRS. Une telle variété dans la procédure peut être la source de dysfonctionnements dans la conduite du projet, en particulier en ne conférant pas toujours une légitimité indiscutable au coordonnateur.

Dans le domaine des compétences, les coordonnateurs de programmes se sont largement formés à la PSAS (85 %) qu'ils ont beaucoup appréciée, ce qui a certainement renforcé leur motivation et permis de démarrer autant de projets dans un si court laps de temps. Ce résultat est le fruit d'une bonne coopération entre la DGS, l'ENSP, les régions et les universitaires de santé publique. Pour autant, l'enquête menée par la SFSP auprès de la quasi-totalité des coordonnateurs a montré qu'ils souhaitaient acquérir des nouvelles compétences dans la gestion de projet et plus largement dans le domaine des techniques de management.

Cette demande reflète une double difficulté des chefs de projet :

- la coordination de plus en plus complexe de programmes qui couvrent de vastes champs et impliquent de très nombreux partenaires
- les stratégies des décideurs/financeurs qui deviennent plus difficiles à maîtriser au fur et à mesure que les PRS prennent de l'importance.

Une mise en œuvre difficile inhérente à la conception des programmes

Les évaluations ont aussi apporté un éclairage intéressant tant sur la phase d'élaboration et de mise en œuvre que sur les problèmes de financement des programmes eux-mêmes.

Ainsi, l'élaboration d'un programme demande en moyenne 501 jours, mais ce chiffre cache toutefois de fortes disparités puisque 7 PRS sur les 48 analysés ont nécessité plus de deux ans pour leurs conception et écriture. En moyenne pour élaborer un programme, le chef de projet a disposé, par an, de 0,44 équivalent temps plein (ETP), et le groupe projet y a consacré un total de 2,48 ETP. Ces moyennes masquent là encore de fortes différences puisque dans certains cas, trop rares, le chef de projet a pu se consacrer à plein temps à cette mission.

Cette faiblesse relative des ressources humaines consacrées à l'élaboration explique sans doute pour partie l'analyse faite par la SFSP sur la qualité des objectifs des PRS.

Ainsi, le mélange, dans certains programmes, des objectifs généraux et spécifiques est révélateur des difficultés des acteurs à préciser leurs intentions.

De même, le très grand nombre d'actions, parfois jusqu'à trente pour un programme, et la multiplicité des objectifs pour une seule action rendent difficile l'obtention de résultats en raison des moyens limités prévus pour la réalisation.

Enfin, dans certains cas le manque de précision des objectifs empêche de définir des indicateurs pertinents et donc l'évaluation des résultats.

Dans sa phase de réalisation, il apparaît qu'en moyenne c'est 1,8 ETP qui est consacré au programme par le groupe projet, ce qui n'est pas sans poser de questions sur l'implication d'une partie des concepteurs du PRS. Cet apparent et relatif désengagement de certains partenaires dans la phase active du programme est peut-être à mettre en relation avec l'absence de conventions d'application qui préciseraient les conditions du pilotage des opérations. Le fait de travailler conjointement à l'élaboration d'un programme ne suffit pas à réduire les forces centrifuges qui peuvent réapparaître lorsque les partenaires doivent s'engager concrètement.

Les travaux d'évaluation ont aussi souligné que les moyens financiers étaient, de l'avis des coordonnateurs, insuffisants et complexes à mobiliser. Au-delà de cette remarque générale qui recouvre des situations très diverses, il est un point commun à tous les PRS celui d'un financement annuel d'un plan prévu pour 5 ans. Cette situation complique inutilement la tâche des chefs de projet.

Par contre l'analyse des financements des programmes n'apporte pas un éclairage suffisant sur la réorientation des ressources existantes en vue d'une utilisation optimale. Cette question mériterait d'être approfondie car elle apporterait des éléments de réponse à la prise en compte des priorités de santé publique par les principaux acteurs de santé de la région. Ainsi, la complémentarité entre les Sros et les PRS, qui s'est renforcée à l'occasion de l'élaboration des Sros de deuxième génération, devrait trouver sa traduction

dans de nouvelles utilisations des crédits existants. Une étude sur ce point reste à faire.

Enfin, les bilans dressés tant par la SFSP que par l'ASPHER soulignent la nécessité d'une coordination nationale des PRS qui a pu faire défaut à certains moments. En effet, en corollaire du mouvement de régionalisation, une animation, un accompagnement technique et surtout la mise en place d'un système d'évaluation des résultats obtenus doivent être renforcés au niveau central.

Un dernier point mérite d'être souligné dans ce bilan des PRS ; c'est la place qu'ils occupent dans les contrats de plan État-région. Le constat qui se dégage est encore provisoire, puisque tous les contrats ne sont pas encore signés : à l'exception de la région Nord-Pas-de-Calais qui a fait de la santé une véritable priorité de ce contrat, comme lors du précédent, trois autres régions ont abouti à des engagements financiers significatifs réciproques. C'est une évolution importante comparée aux précédents contrats. On peut d'ailleurs espérer en voir les effets dans les contrats ville en cours d'élaboration. Cette dernière approche va dans le sens d'une « territorialisation » plus fine de l'action qui, en améliorant son efficacité, rendra plus aisée son évaluation.

L'état des lieux dont on vient de brosser les grandes lignes mériterait d'être affiné et donc nuancé sur certains points. Néanmoins, il ressort que, malgré leur relative jeunesse, les PRS font maintenant partie du paysage et sont des instruments précieux de la construction des politiques régionales de santé. Ce constat, à lui seul, est le signe que les acteurs locaux, au premier rang desquels les Drass, ont par leur mobilisation et leur ténacité accompli une petite révolution dans le domaine de la santé publique. Ce succès incontestable n'est donc pas terni par les insuffisances constatées du dispositif. Ce sont là les erreurs et défauts de jeunesse propres à toute ambition novatrice.

Un renforcement indispensable

La perspective est donc au renforcement du dispositif des PRS en lien avec les CRS pour poursuivre le développement incontournable de la régionalisation des politiques de santé.

Ce renforcement passe par la poursuite de la clarification de la place des PRS au

sein des Drass mais aussi, par une série de mesures concrètes qui sont en cours d'élaboration.

Les évolutions en cours des organigrammes des Drass montrent qu'à l'évidence la santé publique est devenue une préoccupation majeure qui devrait se traduire par une amélioration des moyens attribués aux PRS. De plus, la décision de créer par décret, en 1999, un Comité Régional des Politiques de Santé présidé par le Préfet, qui remplace le comité permanent de la CRS, va renforcer les moyens de pilotage des programmes par l'ensemble des décideurs/financeurs de la région.

Par ailleurs, quatre mesures concrètes sont en préparation et devraient voir rapidement le jour.

Deux formations nouvelles vont être proposées tant aux personnels des services déconcentrés qu'à ceux de l'administration centrale en charge des programmes. La première sera un cycle long de formation aux techniques de management qui se déroulera sur un an, en plusieurs modules d'une durée totale de 20 à 25 jours, et la deuxième sera consacrée à une approche très concrète des modalités d'évaluation d'un programme.

Au premier semestre 2000, un séminaire des coordonnateurs sera organisé pour s'accorder sur l'état des lieux, réfléchir sur l'articulation des programmes nationaux et régionaux et construire ensemble le dispositif de renforcement des PRS.

Il est prévu d'ouvrir pour l'été prochain la banque de données, tant attendue, sur Internet des informations concernant les PRS et les CRS.

Enfin, des questions importantes doivent être traitées telle que l'appropriation par les usagers des programmes, mais aussi la définition fine des territoires d'intervention à partir d'informations enrichies au niveau local. Pour cela, de nouveaux outils devront être mis en place.

Une nouvelle période s'ouvre pour les PRS qui devraient prendre encore plus de place dans le développement des politiques régionales pour l'amélioration de la santé des populations locales. ■

Éditorial

- Se donner des limites, *Bernadette Roussille*

Écho

- Interview de Svetlana Alexievitch par *Alain Douiller*

Nutrition

- L'alimentation des collégiens et des lycéens et la précarité, *Claude Michaud, Elisabeth Feur, Pascale Gerboin-Rérolle, Catherine Leynaud-Rouaud, Stéphane Chateil, Muriel Gourdon*

International

- Éducation pour la santé en pays francophones, remise du 11^e grand prix, *Régine Cavalier*

Éducation du patient

- Une enquête sur les pratiques au centre hospitalier de Dreux, *Isabelle Aujoulat, Hélène Bois, Jacqueline Guyot, Leila Moret, Chantal Neves*

Dossier Création pour la santé

- Cultures, création et éducations, *Stéphane Tessier*
- De la compréhension à l'action : l'apport de l'anthropologie, *Sylvie Fainzang*
- Créativité et pratiques éducatives, *Bernard Monnier*
- Promotion de la santé et théâtre : un art savant du dosage, *Bernard Grosjean*
- Corps et santé : un atelier théâtre à la Maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, *Bernard Grosjean, Odile Choukroun*
- Interactivité et créativité dans le théâtre forum, *Lorette Cordrie*
- Pratiques créatives : qu'en pensent les acteurs de prévention ? *Stéphane Tessier*

Création d'une comédie musicale dans le Doubs

- Appel sans retour : Interview de Michel Dodanne par *Alain Douiller*
- Les tout-petits, la peinture et la santé, *Loïc Chevrant-Breton*
- L'évaluation des pratiques créatives ou la nécessité du leurre, *Stéphane Tessier*

Aide à l'action

- Photolangage, un outil pour mobiliser les représentations sociales et personnelles, *Claire Bélisle*

La santé à l'école

- De l'écoute à l'expression des jeunes, *Régine Cavalier*

Environnement

- Tcherno-byll : ce nucléaire qu'on nous cachait... *Denis Dangaix*

Cinésanté

- Rosetta, *Michel Condé, Agnès Granier*

Lectures-outils

Comité français d'éducation pour la santé

CFES, 2, rue Auguste Comte, BP 51,
92174 Vanves Cedex tél. : 01 41 33 33 33