

Politiques et programmes régionaux de santé

● certains pays porteurs d'une forte culture de santé publique, comme le Québec, ont considéré qu'un consensus des acteurs, et en particulier des usagers, est indispensable pour légitimer les actions à mettre en œuvre pour modifier les comportements.

À la suite de ces rapports, un développement des politiques de santé publique régionales a été impulsé par la direction générale de la Santé (DGS) entre 1994 et 1995. Une méthode préparatoire proposée, la programmation stratégique des actions de santé (PSAS), a favorisé la naissance des actuels programmes régionaux de santé. Ils ont été expérimentés dans trois régions pilotes, respectivement sur la consommation d'alcool, le cancer et la périnatalité, trois priorités identifiées dans ces rapports. Dans le même temps, les conférences régionales de santé (CRS) [9] ont été expérimentées sous la forme de conférences régionales sur l'état de santé de la population et les priorités de santé publique.

Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de soins ont légitimé ce dispositif. Les CRS ont pour objet d'analyser les besoins de santé et leur évolution afin d'établir des priorités et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet choisit parmi ces priorités celles qui feront l'objet d'un PRS, ainsi que leur échelonnement dans le temps. Cette décision s'appuie sur une concertation au sein du comité régional des politiques de

santé. Ce dernier est composé par les représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), services de l'Éducation nationale et collectivités territoriales régionales et départementales. Il comprend également des représentants des acteurs régionaux du milieu associatif (figure 1).

Un programme régional de santé peut comporter des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Chaque programme doit être complémentaire avec les autres procédures d'allocations des moyens, en particulier le schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (Sros II).

Naissance d'une dynamique d'actions de santé publique régionale

Une construction ascendante où le niveau régional a pu s'approprier des outils méthodologiques proposés par le niveau national

Près de 90 sujets ont été traités par les conférences régionales de santé et une soixantaine de priorités régionales ont été retenues [9]. La méthode préparatoire proposée par le niveau national (l'étude Delphi qui

Histoire et perspectives

novembre 1994

Le rapport du HCSP La santé en France

Histoire et perspectives de la régionalisation des politiques de santé en France.

Marie-Christine Avargues

Médecin de santé publique, Commission européenne, Luxembourg

Christian Nicolas

Directeur d'hôpital, chargé de mission à la direction générale de la Santé

Des propositions du HCSP pour une politique de santé adaptée au niveau régional

Un état des lieux des problèmes de santé en France qui montre

une amélioration globale de la santé des Français mais aussi des zones de faiblesse :

- un taux élevé de mortalité et d'incapacités évitables,
- la persistance de graves inégalités entre régions, entre catégories sociales, entre hommes et femmes,
- l'accroissement des problèmes liés au mal-être,
- une qualité de vie insuffisante des personnes handicapées ou malades.

... et comme autres constats :

- un système de soins incapable de résoudre tous les problèmes de santé.
- la multiplicité des centres de décision, le cloisonnement des acteurs
- l'émergence de la région pour aborder les problèmes de santé.

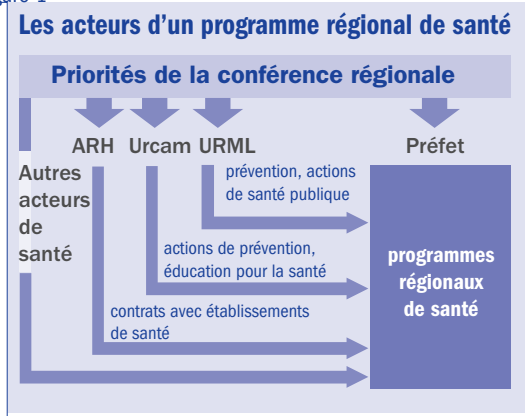
Des orientations proposées dans le rapport du Haut Comité de la santé publique :

- Les quatre grands buts pour une politique de santé à moyen terme :
- la réduction des décès évitables
- la réduction des incapacités évitables
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées ou malades
- la réduction des inégalités face à la santé.
- La déclinaison des buts en objectifs spécifiques autour de problèmes de santé et de déterminants prioritaires assortis de propositions d'actions et de leurs indicateurs d'évaluation.

La pertinence du niveau régional pour prendre en compte les spécificités régionales, organiser l'observation de la santé, permettre une réorientation stratégique des ressources.

L'identification de priorités régionales de santé à partir des priorités nationales du rapport du Haut Comité de la santé publique.

figure 1



proposait des critères de priorisation clairement explicités) a pu être utilisée pour établir, parmi les priorités du rapport sur la santé en France de novembre 1994, celles qui répondent le mieux à la situation de chaque région. L'établissement de ces priorités de santé a été complexe. Il a essentiellement reposé sur les membres des CRS, ce qui a été contesté. La question des choix qui auraient été faits si les citoyens avaient été directement consultés a souvent été posée (lire page 20).

Une vingtaine de priorités ont été mises en œuvre sous forme de PRS³. Une fois que les membres du

jury de la CRS ont fait connaître leurs conclusions au préfet de région, celui-ci détermine les sujets, et leur nombre, sur lesquels il estime opportun que soit lancé un PRS. Aucune règle n'a été imposée pour ce faire. Pour les priorités régionales, il est important de constater que peu de régions se sont référées au critère de prévalence des pathologies mais que, en revanche, la situation défavorable de la région par rapport à la moyenne nationale pour un problème de santé donné a souvent été un critère déterminant pour faire de ce problème une priorité régionale. Par ailleurs, les régions ont plutôt retenu des programmes pour lesquels elles pressentaient qu'une meilleure coordination des acteurs locaux et une plus grande place accordée à la prévention auraient une influence significative [9].

Une montée en puissance progressive et constante du nombre de programmes régionaux de santé est constatée : de moins d'une dizaine en 1995, ce nombre est de 106 en janvier 2004 (dont 26 programmes régionaux

3. Un tableau synthétique de l'évolution des sujets traités, des priorités de santé publique et des programmes mis en œuvre par les régions et les départements d'outre-mer (Dom) lors des CRS de 1995 à 2002 peut permettre de réaliser une lecture verticale de ce qui se fait (thèmes, priorités et actions) ou de ce qui ne se fait pas. Ce tableau donne la possibilité de s'y déplacer pour comparer régions et années en abscisse et ordonnée — cela permet de faire des comparaisons interrégionales (disponible auprès de l'auteur).

1994-1996

Le temps de l'expérience

Les premiers projets régionaux de santé et les premières conférences sur l'état de santé de la population

Un volontariat fort et porteur, mais une légitimité fragile

Trois régions volontaires dès 1994 pour expérimenter la démarche d'élaboration de « projets régionaux de santé », la programmation

stratégique d'actions de santé : Alsace contre la cancer, Auvergne autour de la périnatalité, Pays de Loire sur les conduites d'alcoolisation à risque.

Huit nouvelles régions en 1996 pour poursuivre l'expérimentation de la PSAS et élaborer onze nouveaux programmes.

Un premier temps fort de valorisation et d'appui à la démarche le 12 mai 1996 : « projets régionaux de santé, premier bilan ».

Quatre objectifs en 1996 pour ces conférences sur l'état de santé de la population et les priorités de santé publique :

- mieux faire connaître le rapport du HCSP
- sensibiliser à la démarche de santé publique
- identifier les priorités de santé de la région
- permettre aux acteurs et à la population de se les approprier.

1996-1997

Le temps des textes

Des priorités régionales aux programmes régionaux de santé, les conférences régionales de santé en 1997

Une première légitimité acquise par les textes

● 24 avril 1996 : ordonnance sur la

maîtrise des dépenses de soins

● 17 avril 1997 : décret relatif aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé

● 20 novembre 1997 : circulaire relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé

À partir des priorités régionales, élaborer des programmes régionaux de santé centrés sur l'amélioration de la santé de la population, ancrés dans la réalité régionale et portés par la réflexion des acteurs.

Pour réduire le problème de santé prioritaire, s'appuyer sur une démarche de programmation volontaire, rigoureuse, concertée qui facilite :

- la mobilisation et la coordination des partenaires

- l'implication de la population
- la structuration des activités de prévention, d'éducation pour la santé, de prise en charge et de réinsertion.

● la réorientation des ressources existantes

● la mise en œuvre opérationnelle au niveau le plus local.

Trente-deux programmes élaborés en 1997

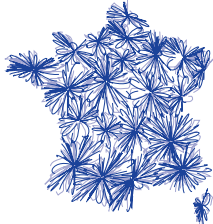
Quatre objectifs pour 1997 :

● porter une première appréciation sur la prise en compte par les acteurs des priorités régionales de santé

● faire des propositions sur les priorités régionales

● expliquer le rôle des conférences dans le nouveau dispositif

● participer à la thématique de la conférence nationale sur la prévention et la promotion de la santé des enfants et des adolescents.



Politiques et programmes régionaux de santé

d'accès à la prévention et aux soins : Praps⁴, qui peuvent être considérés comme des PRS), correspondant globalement à 20 priorités [9]. Chaque région a mis en œuvre en moyenne 4 programmes (3 en 2002 [9]) pour 10 priorités identifiées par région.

Si seulement deux cinquièmes des priorités de chaque région ont été mises en œuvre sous forme de PRS, cela ne veut pas dire que les autres ont été forcément abandonnées. En effet, selon les régions, elles ont pu être prises en compte par l'ARH (Sros II, réseaux), l'Urcam et l'Urmel. D'autres priorités ont aussi été mises en œuvre en dehors des PRS comme la vaccination, la gérontologie, etc. [9].

Des formations ainsi que des plans, stratégies et programmes nationaux de santé ont pu inciter à la construction de programmes régionaux de santé.

Certains de ces PRS, en particulier les PRS « suicide », ont bénéficié d'un suivi par l'administration centrale. Les Praps ont fait l'objet d'une obligation réglementaire. La DGS a soutenu leur implantation : attribution de financement, échanges d'expériences et processus d'évaluation. Tout cela a favorisé l'adoption de ce programme par toutes les régions.

4. Art. L. 1411-5. du Code de la santé publique tel qu'il a été codifié le 15 juin 2000 et Art. L. 1411-5 du Code de la santé publique tel qu'il ressort de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002.

La participation des usagers : pierre angulaire des CRS, PRS, Praps et PTS

Les quatre possibilités d'implication des usagers dans les programmes en garantissent la qualité et l'effectivité⁵ [7] :

1. les usagers et leurs représentants ont été associés à l'élaboration des priorités régionales de santé publique lors des conférences régionales de santé. L'ensemble des CRS est encore à la recherche d'une participation accrue du « citoyen » ou de l'« usager », même si certaines ont réalisées de nombreuses expériences exemplaires,

2. des représentants des associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion ont été associés aux consultations préalables aux travaux d'élaboration du Praps,

3. les usagers et leurs représentants ont participé, ou participent aux groupes de travail qui élaborent puis assurent le suivi des PRS⁶. Afin de conforter ces démarches, des « formations-actions » ont été réalisées par l'École nationale de la santé publique (ENSP), la DGS et l'Université. Elles ont permis de former, à partir de 1995, plusieurs centaines de personnes, dont des représentants d'associations, à la méthodologie de

5. Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux Praps.

Histoire et perspectives

1997-1999

Le temps des premiers bilans

Les programmes régionaux de santé, des constats aux propositions concrètes, les conférences régionales de santé en 1998

enseignements et perspectives »

En 1998, 13 nouveaux programmes élaborés et 32 mis en œuvre.

Une mobilisation des acteurs laborieuse, du temps et des moyens insuffisants, la phase critique du passage à l'action, des difficultés techniques et financières...

Mais la volonté d'agir, la globalité de l'approche et son caractère participatif, le travail en partenariat.

Des clés pour la réussite des programmes : l'implication des décideurs, une coordination à tous les niveaux, une communication au plus près du terrain.

Un appui technique aux programmes de santé : les formations à la programmation,

Des difficultés et des avancées

Un séminaire fructueux à Chantilly, les 22 et 23 septembre 1997 : « Les programmes régionaux de santé,

les ressources documentaires, les ateliers d'aide à la mise en forme

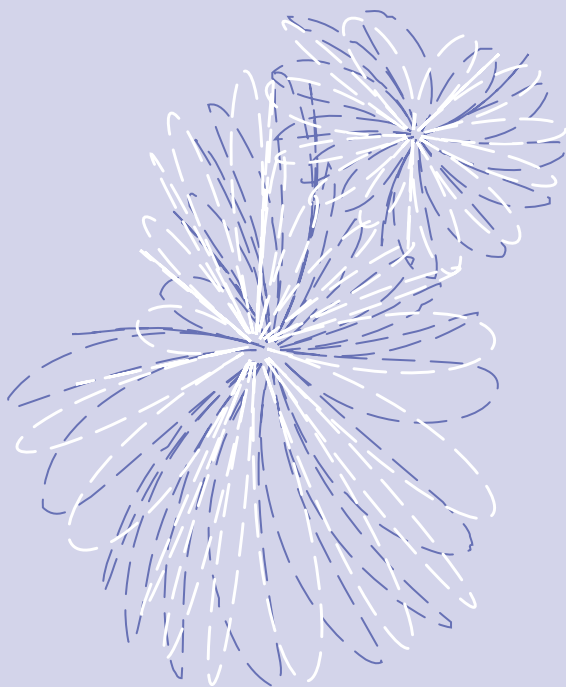
Le soutien des échanges entre programmes de même thème : suicide, précarité, cancer, alcool...

La valorisation des programmes : la rencontre du 22 mai 1998, « Les PRS, trois ans après ».

La création d'une banque de données des CRS et PRS.

Quatre objectifs pour 1998 :

- faire le bilan des actions menées, notamment des programmes régionaux
- mettre l'accent sur un problème prioritaire susceptible de devenir un programme régional de santé
- rendre compte des retombées de la conférence nationale 1996
- participer au débat national sur le thème des inégalités de santé.



projet (état des lieux, objectifs de santé, appels d'offres et évaluation),

4. les usagers proposent et mènent des actions dans les PRS et les Praps, et sont contactés lors des évaluations de ces programmes. D'une façon générale, il semble que plus le programme régional de santé est proche du territoire et plus les usagers y sont associés. Dans le Nord-Pas-de-Calais, une adaptation territoriale des PRS se met en place avec l'élaboration de programmes territoriaux de santé (PTS). La place des usagers y est la même qu'au niveau régional : ils sont acteurs des différents comités (programmation, suivi et pilotage), proposent et mènent des actions. Cette organisation favorise la mise en œuvre de « micro-projets » et rejoint celle de la politique de la ville.

L'éducation pour la santé et de la promotion de la santé sont présentes dans tous les PRS, même si certains programmes, de par leurs thèmes « Santé des enfants et des jeunes » ou « Nutrition », sont plus naturellement portés à développer ces dimensions. La promotion de comportements alimentaires favorables à la santé est un objectif qui s'est décliné dans plusieurs programmes régionaux de santé. Aussi, un « inter PRS » a-t-il été créé pour permettre aux différents acteurs concernés d'établir,

6. Circulaire n° 97/731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences et programmes régionaux de santé.

en commun et en lien avec les experts reconnus, les stratégies d'actions à développer (grille d'analyse des projets, modalités des formations, etc.). Les projets déposés dans les PRS sont le plus souvent portés par des associations : à ce titre, les usagers sont associés à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé ou d'éducation à la santé et, aussi, aux formations qui sont mises en place dans ce cadre.

La participation citoyenne à la construction de politiques publiques de santé témoigne d'une tendance de la transformation de l'action publique et de changements culturels et des mentalités pouvant encore évoluer. Cette dynamique semble irréversible (lire page 21).

Réussites et limites d'une première étape de la régionalisation des politiques de santé

Les bénéfices observés des PRS

L'observation de ces expériences montre plusieurs lignes de force, dont les principales portent sur :

- l'élaboration d'une politique novatrice par les capacités de coordination et de pilotage de l'État qui ont favorisé la structuration et l'articulation des actions, la mobilisation des acteurs, le décloisonnement des institutions et la confrontation des pratiques professionnelles [10],
- le début d'un partage des informations, un dia-

1999-2000

Le temps des perspectives

Un dispositif conférences et programmes régionaux de santé renforcé

Des politiques régionales de santé en construction

En 1999, 11 nouveaux programmes

- Une priorité : mieux articuler les programmes régionaux et nationaux
- Une première évaluation des programmes régionaux de santé
- Un temps fort de mise en commun : la rencontre des coordonnateurs de programmes en mai 2000
- La mise en place du comité de pilotage national pour plus de cohérence
- Un appui méthodologique aux programmes régionaux
- Une évaluation des conférences régionales de santé
- Une première réflexion prospective sur le dispositif régional et son évolution

2001-2004

Le temps de l'évolution

Vers une déclinaison régionale de la politique nationale de santé

Des programmes régionaux à consolider

En 2000-2001 : 24

nouveaux programmes régionaux
Au total, 80 programmes régionaux de santé et 26 Praps, soit 106 PRS-Praps dans les 26 régions

La poursuite des échanges entre programmes de même thème : cancer, pratiques addictives, santé mentale et suicide, ingénierie administrative des PRS, addiction santé des jeunes et sécurité routière, schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) et intégration du programme national nutrition-santé dans les PRS

Le premier colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé qui a eu lieu à Amiens du 23 au 26 octobre 2001

La synthèse des évaluations des programmes de santé

La mise en place de la formation au management des politiques régionales de santé

Une refondation de la politique régionale de santé

- La loi du 4 mars 2002 : une première amorce
- La loi de santé publique à venir : une nouvelle organisation
- Le deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé qui aura lieu à Québec du 12 au 15 octobre 2004