

Mise en place d'une programmation régionale de santé

Les programmes régionaux de santé sont des outils privilégiés de la mise en œuvre des priorités régionales de santé. Ils ont eu vocation à favoriser la cohésion et la structuration des politiques, des interventions et des financements existants.

1994-2004 : du concept à la réalité

Marie-Christine Avargues
Médecin de santé publique, Commission européenne, Luxembourg

Introduits dès 1994 par le Haut Comité de la santé publique comme instruments privilégiés de la régionalisation du système de santé français, les programmes régionaux de santé (PRS) ont pour enjeu capital de favoriser l'émergence de nouvelles pratiques des professionnels et des institutions. Centrés sur les besoins de la population, ils reposent sur des approches plus globales, transversales et partenariales. Dix ans après les premiers textes qui fondent leurs bases juridiques, techniques et administratives dans le nouveau paysage des politiques régionales de santé, la parole des acteurs d'aujourd'hui fait écho à leurs principes fondateurs. Elle témoigne de la capacité des PRS à s'inscrire dans de nouvelles dynamiques dont la réussite reste fortement liée aux changements contextuels des politiques de santé.

Les principes fondateurs

Des définitions plurielles
Les «projets régionaux de santé» selon le Haut Comité de la santé publique

La première définition des programmes régionaux de santé est inscrite en filigrane dans le rapport de 1994

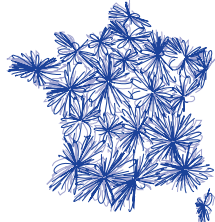
du Haut Comité de la santé publique. Il préconise de renforcer le niveau régional au travers de «programmes stratégiques d'actions de santé» pour une meilleure cohérence de l'action publique, le décloisonnement des centres de décision et la coordination des pratiques professionnelles.

Le cadre juridique et institutionnel des programmes régionaux de santé

En légitimant les projets régionaux de santé de la phase expérimentale devenus programmes régionaux de santé, l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins en donne une définition de nature législative. Sous l'autorité du préfet, ces programmes pluriannuels répondent aux priorités régionales de santé. Ils mobilisent l'ensemble des acteurs concernés par le problème de santé prioritaire, notamment les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions, les professionnels et établissements de santé. Ils concernent les champs de la prévention, de l'éducation pour la santé, du soin et de l'insertion.

«En ce qui concerne la légitimité, il me semble que lorsqu'on tient la légitimité des textes, on tient la légitimité du préfet. On tient aussi la légitimité de l'action quelle que soit la façon dont on la mène ; j'y tiens en tant qu'acteur, que je sois simple citoyen ou que je sois mandaté par mon institution» (PRS suicide, Franche-Comté, 12 mai 1998).

Les paroles des acteurs des programmes régionaux de santé sont issues des tables rondes des journées nationales organisées par le ministère en charge de la Santé le 22 mai 1996 et le 12 mai 1998 et d'entretiens conduits en 2003 dans le cadre de travaux sur l'implantation des PRS.



Les PRS, pourquoi et pour quoi faire : ce qu'en disent les acteurs d'aujourd'hui

Des repères pour plus de cohésion et de partenariat

« Un programme régional de santé est un cadre de travail qui donne de la cohérence et de la visibilité à un existant et des repères pour la suite. La spécificité des PRS n'est pas tant la méthode de travail que l'expression d'une volonté de mettre de l'ordre dans une mosaïque d'interventions éparpillées, de rassembler, mais surtout de mettre autour de la table des gens qui travaillent sur un même sujet, à la fois les institutions, les professionnels, mais aussi d'associer la population pour une démarche partagée de diagnostic et de concertation sur les orientations à donner sur une priorité de santé » (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003).

La valeur ajoutée d'une démarche partagée

« À partir des besoins de la population, il s'agit de déterminer avec les partenaires impliqués les priorités à mettre en œuvre en fonction de l'analyse des moyens disponibles pour améliorer les indicateurs de diagnostic initial [...]. Les objectifs sont travaillés ensemble et non imposés, ce qui permet une meilleure appropriation pour lier des politiques différentes et créer une synergie » (PRS jeunes, Nord-Pas-de-Calais, 2003). « La plus value aux modes de travail classiques doit être recherchée avec des analyses partagées par tous les professionnels concernés tant l'analyse des situations, des déterminants que la recherche de solutions en vue d'une dynamique commune et la recherche de la potentialisation des ressources humaines

et financières » (PRS jeunes, Aquitaine, 2003).

Le croisement des points de vue, des savoirs et des approches

« La qualité d'un PRS, c'est la capacité de réfléchir avec plusieurs sciences, les sciences médicales dans leur dimension technique mais aussi les sciences humaines dans leurs volets ethnologique, anthropologique, sociologique et psychologique. Le croisement des approches recouvre à la fois ces différentes sciences mais aussi les savoirs et les expériences acquises par les professionnels sur le terrain » (PRS jeunes, Aquitaine, 2003).

Des stratégies à traduire dans les faits

« Un programme régional de santé peut se définir comme la mise en forme d'une stratégie d'actions pour modifier les comportements et les pratiques » (PRS jeunes, Nord-Pas-de-Calais, 2003). « Un bon programme doit avoir une vision de la stratégie d'actions à mettre en place et l'appliquer dans la pratique [...]. La qualité conceptuelle des programmes s'améliore mais très peu sont stratégiques dans leur mise en œuvre » (DGS, 2003).

Un cadre pour structurer l'action des professionnels

« Un PRS est un outil d'intervention de l'État pour aider les professionnels sur le terrain à repérer [...] quels sont les vrais problèmes de santé publique et orienter le travail au plus près de la réalité des gens. Il doit aider à structurer les interventions des acteurs d'institutions travaillant en ordre dispersé, sans concertation et sans

efficacité. Il doit faire en sorte que des réseaux s'organisent et que les institutions établissent des conventions qui permettent à chacun de savoir où il va, qui fait quoi et comment » (PRS jeunes, Paca, 1999). « À la différence du schéma régional d'organisation sanitaire qui est opposable, le PRS est un outil de négociation. Il n'est pas souhaitable qu'il devienne opposable » (DGS, 2003).

La prise en compte de la dimension géographique de la santé

« Un PRS est un programme défini au niveau régional pour répondre à une priorité de santé qui peut être reprise au niveau national par les décideurs » (PRS, 2003). « Les PRS sont des outils de réduction des inégalités interrégionales et intrarégionales » (HCSP, 2003). « C'est l'opportunité d'avoir un regard particulier sur les problématiques de santé propres au territoire et de prendre en compte des problèmes locaux de santé » (PRS jeunes, Picardie, 2003).

Une logique de changement et de démocratie sanitaire

« Les programmes régionaux de santé concrétisent le passage d'une logique législative à une dynamique de santé qui associe les usagers. » (DGS, 2003). « C'est la possibilité pour tout acteur de terrain de participer à une vraie démarche de santé » (PRS jeunes, Picardie, 2003). « Si l'objectif ultime des PRS est d'améliorer l'état de santé des populations, l'étape intermédiaire est d'abord de faire travailler les gens différemment » (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003). *

La circulaire de la direction générale de la Santé (DGS) du 20 novembre 1997 conforte les PRS comme des outils privilégiés de la mise en œuvre des priorités régionales de santé.

Dès la phase expérimentale de 1994, le bureau de la DGS en charge de la coordination et de l'animation des politiques régionales de santé explicite leur valeur ajoutée. « Centrés sur l'amélioration d'un problème de santé reconnu prioritaire dans la région, les projets régionaux de santé favorisent la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations. Ils impliquent, dans la recherche et la mise en œuvre des solutions, les personnes,

leurs familles, leurs milieux de vie et les professionnels concernés. Ils structurent, dans une approche globale, les activités de promotion de la santé, de prévention, de soins et de réinsertion ».

Définition méthodologique de la notion de programme

De façon générale, un programme est un « ensemble d'activités qui regroupent pour leur réalisation des ressources humaines, matérielles et financières, en vue de produire des services particuliers à une population dans le but d'en changer l'état ». D'autres approches insistent sur la notion de besoins dans un milieu donné : « ensemble cohérent, organisé et structuré, d'objectifs, d'activités et de ressources qui se justifie sur la base de besoins à

satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité et qui est placé sous la responsabilité d'une personne ou de plusieurs personnes qui en répondent».

Des objectifs ambitieux

L'objectif général des programmes régionaux de santé est d'améliorer la santé de la population d'une région au regard des quatre buts du rapport de 1994 du Haut Comité de la santé publique : réduire la mortalité évitable, réduire les incapacités évitables, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades, réduire les inégalités face à la santé.

Mobiliser et structurer sont les mots clés de leurs objectifs spécifiques. En premier lieu, ils ont pour ambition d'impliquer les institutions, les associations, les professionnels de la santé, du social, de l'éducation et la population autour d'un projet prioritaire de santé partagé. Simultanément, ils revendiquent de contribuer à la structuration et la mise en cohérence des champs, des dispositifs, des structures et des actions.

«Je crois qu'un des enjeux importants qui est devant nous réside dans notre capacité à faire mieux travailler ensemble des acteurs très différents. Je fais le pari qu'il se traduira encore plus dans les années à venir, notamment à travers des changements dans les pratiques» (B. Kouchner, secrétariat d'État à la Santé, 12 mai 1998).

Des valeurs essentielles

Les programmes régionaux de santé s'appuient sur l'expérience existante

Les programmes régionaux de santé donnent du sens. Ils se veulent des outils de cohésion des politiques, des interventions et des financements existants. À la charnière du sanitaire et du social, ils contribuent à une meilleure cohérence des stratégies développées régionalement. Ils sont complémentaires des schémas régionaux d'organisation sanitaire, essentiellement centrés sur l'organisation des soins hospitaliers. Malgré des méthodes, des approches et des procédures différentes, ces deux démarches revendiquent les mêmes objectifs stratégiques, en particulier la réduction des inégalités de santé.

«Avant de se lancer dans un PRS, il est utile de se demander quelles sont les contraintes et les atouts dont on dispose» (PRS sida, Midi-Pyrénées, 12 mai 1998).

Ils s'inscrivent dans la durée

Ces programmes pluriannuels fixent des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population à cinq ans. En s'inscrivant dans la continuité, ils imposent comme condition de leur réalisation de dégager le temps nécessaire pour impliquer les acteurs et mettre en place les actions les plus pertinentes.

«Je ferai assez le pari que le succès d'une telle démarche est peut-être directement proportionnel au temps qu'on se donne en la matière [...]. Une des raisons pour laquelle il faut prendre du temps, c'est qu'il faut tenir compte des institutions existantes. Il leur faut davantage de temps pour se mobiliser» (Ddass du Cantal, 22 mai 1996).

Ils reposent sur quatre caractéristiques fondamentales

● La volonté d'agir

Élément moteur des programmes régionaux de santé, elle se situe dans la mouvance de la nouvelle santé publique. La logique de changement portée par les PRS repose sur le postulat qu'il est possible, par une action volontaire et concertée, de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. L'adhésion volontaire à ces programmes, en particulier du coordonnateur et des membres des différents groupes de travail, est fondamentale.

«La volonté d'agir est [...] le témoin d'une politique volontariste qui rassemble des hommes et des femmes qui se mettent à discuter, à faire des choix et précisément mettre en place un projet [...]. Elle montre clairement une rupture par rapport aux politiques de santé du passé, qui ont été trop souvent des politiques subies» (J.-Fr. Girard, DGS, 22 mai 1996).

● La mobilisation des acteurs

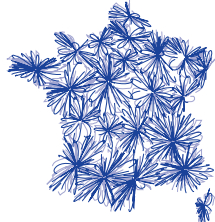
La mobilisation des acteurs se fait dès le lancement officiel du programme régional de santé lors d'une «assemblée générale» présidée par le préfet de région ou son représentant. Un des enjeux de cette mobilisation initiale est de n'oublier aucun des acteurs concernés.

«Prendre le risque de réunir dans un premier temps autant de partenaires permet ensuite d'associer les financeurs, les décideurs et les acteurs qui vont sur le terrain démultiplier les choses» (PRS alcool, Pays de la Loire, 12 mai 1998).

La mise en œuvre effective des PRS suppose que les personnes qui seront amenées à participer s'approprient la démarche. Pour faciliter cette appropriation, est mis en place un groupe projet, le «groupe de programmation», représentatif des institutions, des compétences et des départements, animé par le coordonnateur du programme et des groupes de travail sur le terrain.

Lors de la phase d'élaboration, le processus multipartenarial de concertation et de négociation doit permettre la mise en synergie des acteurs et des décideurs, au-delà des conflits de légitimité, et la construction d'un vrai partenariat.

«Connaître les acteurs concernés [...], c'est reconnaître des savoirs et des savoir-faire, des compétences, des modes de fonctionnement différents, c'est respecter et prendre en compte les spécificités» (Drass de la Réunion, 22 mai 1996).



L'adoption de comportements favorables à la santé contribue largement à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les personnes sont concernées en priorité par la démarche impulsée par les PRS qui doivent faciliter l'expression de leurs aspirations. Leur implication dans les programmes est à rechercher tout au long de leur déroulement.

- La rigueur de la démarche d'élaboration

La programmation stratégique des actions de santé (Psas) est le processus de planification qui permet de construire un programme régional de santé. Celui-ci comporte des objectifs et des modalités d'action explicites. Cependant, la Psas est tout le contraire d'une démarche formelle et linéaire. Il s'agit d'un processus très concret qui vise à approfondir l'état des lieux, à analyser les problèmes, les stratégies des acteurs, à rechercher des solutions et à proposer des actions en mettant l'accent sur la dynamique participative. La participation est la clé de l'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs.

- La réorientation des ressources

Si les ressources allouées à la santé sont globalement suffisantes, une partie d'entre elles pourrait être utilisée de manière plus efficace. Les programmes régionaux de santé sont des outils de réorientation progressive des moyens existants, en particulier vers les champs de la prévention et de la promotion de la santé. Une affectation marginale de crédits supplémentaires spécialement dédiés aux PRS devrait être un levier suffisant pour mobiliser des ressources plus considérables.

La démarche de programmation

Une approche classique de la planification

L'élaboration d'un programme régional de santé repose sur une démarche de planification, la programmation stratégique des actions de santé. Elle se définit comme le processus participatif d'analyse, d'élaboration d'objectifs et d'actions qui permet de développer, avec l'ensemble des personnes concernées, les solutions les mieux adaptées pour réduire le problème de santé identifié comme prioritaire de la région.

Comme toute démarche de planification, elle repose sur un processus de détermination de priorités. Elle débute par une analyse du problème de santé dans l'ensemble de ses dimensions, suivie par une analyse des stratégies des acteurs. Sur cette base, les objectifs du programme (généraux, spécifiques, opérationnels) sont définis et si possible quantifiés pour améliorer l'état de santé de la population dans les cinq ans à venir. Les activités à mettre en œuvre sont ensuite envisagées dans les différents domaines d'application du programme. Elles sont hiérarchisées dans le temps de façon opérationnelle : définition des tâches, des responsabilités, identification des ressources nécessaires et des indicateurs d'évaluation. La démarche prévoit enfin les grandes lignes de l'évaluation du programme pour permettre son suivi et sa réorientation éventuelle.

Une réelle valeur ajoutée

La démarche de programmation stratégique présente cependant des spécificités par rapport aux aspects classiques de la planification.

Elle place la population au cœur de la démarche

La Psas instaure comme principe premier de mettre la population au cœur de la programmation. Il s'agit de concrétiser l'implication des usagers en les associant à l'identification des problèmes et à la recherche des solutions. Du moins, en se plaçant de leur point de vue, les acteurs de la programmation peuvent mieux prendre en compte leurs besoins pour opérer les choix prioritaires et déterminer les actions les plus pertinentes.

« Les PRS doivent toucher le public car c'est lui qui est le plus intéressé par cette histoire, par les différentes actions qui doivent être mises en place » (PRS accidents de la voie publique, Guadeloupe, 12 mai 1998).

Elle est centrée sur les acteurs et leurs stratégies

Le terrain est occupé par des partenaires multiples, aux orientations et intérêts parfois convergents, parfois divergents ou opposés. Leurs stratégies sont au centre du processus d'élaboration des objectifs et des actions. Le bilan de l'existant s'attache à croiser les données épidémiologiques et les données colligées auprès des acteurs sur leur perception du problème, les facteurs qui l'influencent et les solutions à apporter. Le consensus entre tous les participants à la programmation est recherché à chacun de ses moments clés.

« Les acteurs ont été associés dans le cadre du bilan de l'existant à travers un questionnaire [...] : sont-ils confrontés au problème, ont-ils des actions, quelles actions souhaitent-ils voir se mettre en place et dans quel domaine ? » (PRS suicide, Poitou-Charentes, 12 mai 1998).

Le repérage des acteurs, l'analyse de leurs motivations, de leurs contraintes et de leurs moyens d'action, l'évaluation de leurs jeux respectifs et de leurs rapports de force permettent de mieux comprendre les raisons pour lesquelles ils sont amenés à adhérer ou non aux PRS. Cette analyse permet d'identifier les stratégies les plus pertinentes pour nouer des alliances, neutraliser des oppositions, renforcer les savoir-faire en présence. L'appropriation de chacune des étapes de la démarche par les acteurs de terrain est fondamentale. Ils sont amenés à discuter et enrichir les différents documents de la programmation, dont le document final.

Elle repose sur une approche globale de la santé

Le problème de santé est abordé de façon holistique, que ce soit dans l'analyse de ses déterminants ou dans la recherche de solutions dans les différents champs : prévention, prise en charge et soins hospitaliers ou ambu-

latoires, accompagnement et réinsertion. Une attention particulière est accordée au contexte environnemental, à ses dimensions culturelles, socio-économiques à son organisation et ses interactions avec le problème ou la population prioritaires, en particulier pour repérer ce qui doit être conforté ou amélioré.

« Il est intéressant de travailler sur un concept plus global qui réunit toutes les personnes issues du champ sanitaire, social et autres » (PRS santé mentale des adolescents, Midi-Pyrénées, 12 mai 1998).

Elle est régionale mais se décline au niveau le plus local

Si les grandes lignes des actions envisagées sont définies au niveau régional, les activités vont se dérouler sur le terrain. Elles peuvent concerner la région, mais aussi les départements, les cantons, les bassins de vie, les communes, les quartiers, les lieux de vie tels que écoles, milieux de travail, centres de loisirs...

Se former à la Psas

La démarche de programmation s'acquiert au cours de formations-actions proposées de façon optionnelle aux coordonnateurs et aux groupes de programmation. Sur le plan pédagogique, elles doivent permettre aux différents acteurs d'acquiescer un langage et des outils de santé publique pour élaborer et formaliser le programme régional de santé. Elles ont surtout pour enjeu essentiel de leur permettre de forger progressivement une vision commune du problème prioritaire et de ses solutions. Elles se déroulent sur une année et comportent quatre sessions qui sont celles des étapes de la planification. Elles alternent avec des travaux sur le terrain ouverts à un plus grand nombre d'acteurs. Initialement conçues par la direction générale de la Santé et l'École nationale de la santé publique, les formations à la Psas sont ensuite assurées en 1997 et 1998 par des universitaires. Chaque programme est accompagné par un référent pédagogique et par un référent thématique de l'Administration centrale.

Écrire le programme

Le modèle de présentation du document final préconisé au début des PRS peut être qualifié de « fermé ». Il comporte quatre parties : un argumentaire en trois points, les objectifs du programme, les actions détaillées sous forme de fiches-actions, un plan synthétique des actions et du budget prévisionnel du PRS. Toutes les actions sont ainsi inscrites dans le document définitif même si le caractère évolutif du programme permet leur actualisation chaque année. Cette typologie a évolué dans le temps. Le modèle de type « ouvert » est conçu comme un référentiel comportant des principes, des objectifs et des pistes d'intervention. Les actions du programme sont identifiées secondairement, le plus souvent à l'issue d'un appel à projet. Certains PRS dits « semi-ouverts » combinent les deux approches.

Les enjeux de la mise en œuvre

Concrétiser les valeurs des PRS

La volonté de passer à l'action

Le premier enjeu de la mise en œuvre des PRS est d'assurer la réalisation effective d'un certain nombre d'actions quel que soit leur mode d'émergence. La volonté d'agir des acteurs devient une des conditions essentielles du passage à l'action. Elle ne peut perdurer sans un soutien institutionnel unanime. Ce soutien n'évite pas toujours l'écueil de l'institutionnalisation des programmes avec la désignation de « volontaires », la contrainte administrative de production annuelle pour les besoins de la conférence régionale de santé et du comité régional des politiques de santé. Se donner du temps est considéré comme une des conditions de la réussite de l'élaboration des PRS, elle l'est aussi pour leur phase de mise en œuvre.

« Pour passer du projet à l'action, il faut que les gens qui élaborent le projet soient les acteurs de terrain » (PRS cancer, Alsace, 12 mai 1998).

Organiser la mobilisation et la concertation des acteurs

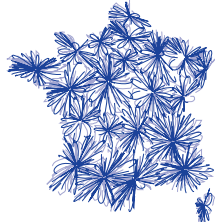
Maintenir l'enthousiasme premier de la démarche d'élaboration, des dynamiques enclenchées et la richesse des échanges suppose de réfléchir à des stratégies adaptées à la phase de mise en œuvre pour les concrétiser dans de nouvelles formes de partenariat. La question de la mobilisation permanente des acteurs ne peut être abordée sans en référer à leurs craintes, leurs stratégies, l'appui des institutions d'appartenance, la reconnaissance et la valorisation de leur travail, leur information régulière, la dimension territoriale de l'action.

L'implication des décideurs est particulièrement cruciale et se mesure à l'aune de leur propension à « payer », que ce soit par la mise à disposition de ressources, de personnes ou le financement du programme (PRS, 22-23 septembre 1997).

« Je crois qu'il est indispensable de rencontrer tous les élus en particulier pour leur expliquer [...] ce qu'est une démarche de santé publique [...], autrement on ne fera rien sans eux » (Drass des Pays de la Loire, 12 mai 1998).

La difficulté de participation des usagers reste entière. De nouveaux modes d'implication sont à rechercher, en particulier à travers la mise en place de programmes locaux de santé. Le rôle actif joué par les personnes, les groupes et les organisations au niveau local contribue à une efficacité accrue des interventions.

« La démocratie est fondamentale dans les PRS ; en même temps, il ne faut pas demander à des usagers ou à la population d'occuper une place qui n'est pas la leur. Leur voix est indispensable mais ce n'est peut-être



Politiques et programmes régionaux de santé

pas dans les groupes de travail qu'ils la feront le mieux entendre» (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003).

Structurer la mise en œuvre

Les éléments indicatifs relatifs à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des PRS sont ceux de la circulaire de novembre 1997. La mise en œuvre est un processus dynamique, actualisé chaque année et qui se déroule sur cinq ans. Le suivi est placé sous la responsabilité du groupe de suivi qui prend le relais du groupe de programmation. Il fait appel à des outils tels que carnet de bord et bilans annuels. La mise en œuvre et le suivi ne sont pas toujours faciles, en particulier pour garder une vision d'ensemble des actions.

«Toute la difficulté est d'arriver à faire la bonne mesure entre ce qui est opérationnel, ce qui ne paralyse pas l'action et ce qui au contraire permettra de la faire avancer, de la maîtriser» (DGS, 12 mai 1998).

Contrairement à la phase d'élaboration, aucun appui formalisé n'a été mis en place au niveau national tel que des formations à la gestion de projets, à l'évaluation ou la mise à disposition d'outils. Les programmes ont été conduits à structurer l'organisation de la mise en œuvre et à élaborer leurs propres outils au cas par cas. Des dénominateurs communs à plusieurs programmes apparaissent cependant au fil des années.

Une vision à plus long terme

L'impossibilité d'obtenir à cinq ans des résultats tangibles en termes de morbidité et mortalité a conduit certains PRS à s'inscrire sur une durée de quinze ans avec un séquençage des objectifs à cinq et dix ans. Il s'agit le plus souvent de programmes portant sur des thèmes dont les tendances ne se modifient qu'à long terme, comme les pathologies chroniques.

Une mise en œuvre territorialisée

L'inscription des politiques de santé dans les territoires est une émergence de santé publique que de nombreux programmes régionaux de santé ont traduite dans leur mise en œuvre. Elle représente un outil privilégié pour la déclinaison locale de la démarche de programmation. Il peut s'agir d'identifier des territoires prioritaires au regard d'indicateurs de santé particulièrement défavorables et contribuer ainsi à la réduction des inégalités infrarégionales. Les plans locaux de santé instaurés à un échelon communal s'adossent aux politiques de la ville lorsqu'elles existent. Dans d'autres cas, elle prend la forme d'une véritable démarche locale de « programmation » aboutissant à la mise en place de programmes territoriaux de santé. Opérer une telle démarche permet de travailler sur leur propre diagnostic local et leurs priorités en cohérence avec les choix régionaux.

« Cette territorialisation ne peut être une déclinaison

servile des programmes régionaux de santé. Elle doit permettre aux communes et aux acteurs locaux de les conjuguer avec les politiques qu'ils conduisent [...]. Privilégier le niveau local pour l'action permet la mise en œuvre de programmes socialement et culturellement appropriés qui s'appuient sur les forces et les institutions locales » (R. Demeulemeester, 2001).

La définition du territoire est cependant plurielle qu'elle réfère à une logique administrative, une logique géographique par bassin de vie, par pays ou à une logique démocratique définie par les acteurs eux-mêmes autour d'un projet commun. Pour les programmes qui reposent sur une approche écologique, la notion de territoire renvoie aux milieux de vie. Ce modèle privilégie les interventions dans les lieux de vie pour être au plus près des besoins des personnes et tenir compte de leurs interactions avec leur environnement. Le territoire peut également s'entendre au sens de réseaux de santé. Le travail en réseau est un autre mode de réponse privilégié pour la mise en œuvre des PRS, qu'ils s'inscrivent dans une dimension géographique ou de communauté d'actions.

Une évaluation en marche

Si peu de programmes régionaux de santé se sont lancés dans une démarche d'évaluation structurée reposant sur la mise en place d'une instance d'évaluation et l'élaboration d'un cahier des charges, il existe dès les premiers PRS un réel consensus sur la nécessité de développer une culture et des outils d'évaluation adaptés (PRS, 22-23 septembre 1997). La démarche portée par les PRS favorise les approches d'auto-évaluation accompagnée des actions de terrain.

« Dans l'esprit des PRS, évaluer est une démarche concertée pour un jugement partagé dans l'optique d'améliorer en continu le programme [...]. L'évaluation est beaucoup mieux acceptée dans son principe, est mieux comprise, est mieux conçue grâce aux programmes régionaux de santé » (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003).

Mieux utiliser les ressources existantes

À défaut d'accroître de façon conséquente les enveloppes dédiées aux programmes régionaux pour permettre une vraie réorientation des ressources, l'harmonisation des procédures d'allocation des ressources de l'État et de l'assurance maladie est un choix souvent fait par les régions. Certaines ont même réussi à convaincre l'ensemble des financeurs de s'accorder sur une démarche commune. L'appel à projets avec un dossier partagé est la formule la plus retenue. Les critères de sélection renvoient souvent à la notion de labellisation des projets, condition sans laquelle les projets ne peuvent prétendre à financement. Elle peut se définir comme la reconnaissance des actions « éligibles » au titre d'un PRS parce qu'elles s'inscrivent dans ses objectifs et

concrétisent ses valeurs. La signature d'une charte entre les principaux partenaires financeurs a été réalisée par quelques-uns des premiers programmes.

« Il y a eu une volonté forte de faire un appel à projets et un cahier des charges appelé cadre de référence pour passer d'une logique d'aide à structures à une logique partenariale [...], c'est-à-dire que l'on allait passer par le filtre d'un cahier des charges pour être labellisé PRS » (PRS jeunes, Aquitaine, 2003).

Relever de nouveaux défis

Si les principes fondateurs des programmes régionaux de santé restent à l'usage pertinents, de nouveaux défis ont émergé au fil des réunions annuelles des programmes instaurées dès 1996.

Apprendre à communiquer

Le séminaire de septembre 1997 identifie la communication comme une des trois conditions clés de la réussite des programmes régionaux de santé. La table ronde consacrée à la communication lors de la rencontre de mai 1998 met en exergue la nécessité de clarifier ses objectifs, son objet et les destinataires. Elle met en balance une communication qui peut être simple, à la portée de chacun, qui repose sur la capacité d'être à l'écoute, et une communication qui nécessite parfois des démarches plus professionnelles. Elle doit prendre en compte que les temps des décideurs, des acteurs du PRS, des porteurs de projets sont différents. Le temps du régional n'est pas celui du local. Ce thème a également fait l'objet d'un atelier de travail lors du séminaire de mai 2000.

« Un programme qui fonctionne bien est un programme sur lequel on a su communiquer aux gens qui vont le faire vivre [...]. Une bonne communication doit se traduire par un accompagnement en continu pour qualifier davantage les opérateurs de terrain, promouvoir l'innovation, améliorer la qualité des actions elles-mêmes » (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003).

Savoir s'adapter

La capacité d'adaptation des programmes régionaux de santé à leur environnement et à ses changements est vraisemblablement un autre facteur de succès. Cet environnement doit être entendu au sens large : politique, juridique, organisationnel, socio-économique que ce soit à un niveau macro ou micro systémique. Inversement, la manière dont l'environnement s'ajuste à ces nouveaux outils peut être un élément favorisant ou bloquant leur réalisation. La capacité à s'adapter suppose également d'anticiper et de repérer les conditions de l'environnement susceptibles de devenir critiques pour éviter des ruptures dans la dynamique des programmes régionaux. Le souci d'une coordination continue et de

qualité a été souligné dès 1997 comme une autre clé de réussite des programmes régionaux de santé.

« Un programme de qualité, c'est un programme qui vit, qui se transforme [...], qui est capable de se réajuster en permanence, d'introduire de la nouveauté quand c'est nécessaire, de laisser de côté certaines orientations [...], de se distiller par imbibition dans tout l'environnement, dans les autres institutions qui sont concernées » (PRS conduites addictives, Nord-Pas-de-Calais, 2003).

Relier les dispositifs et les niveaux

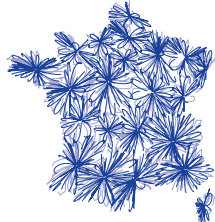
La problématique de l'articulation entre le régional, le national et le départemental a été évoquée dès le 12 mai 1998. A été soulignée la nécessité de clarifier ce qui relève de chaque niveau et de veiller à la circulation des informations. L'articulation des PRS avec les autres dispositifs et structures du système de santé considérée comme essentielle a été documentée lors de la première évaluation nationale menée en 1999. La multiplication des plans nationaux et le développement de la territorialisation des politiques pose avec plus d'acuité la question du partage des responsabilités.

« Libérer et rendre cohérentes une démarche de santé publique globale et des initiatives individuelles et locales sont à la base de ce que l'on fait. Arrêtons de vouloir tout faire au niveau régional, si on commence à vouloir agir à d'autres niveaux [...], on ne respecte pas le principe de subsidiarité » (Drass d'Aquitaine, 12 mai 1998).

Les PRS, un paradoxe à la française ?

Au cours des dix dernières années, les rencontres des programmes régionaux de santé et les évaluations nationales de leur implantation ont permis de dégager les principaux facteurs concourant à leur réussite : volonté des acteurs de s'impliquer et de communiquer, injection suffisante de ressources humaines et financières et pérennisation des moyens, mise en œuvre de réelles stratégies d'action, inscription dans la pluriannualité, adaptation aux contingences environnementales à tous les niveaux. Elles n'ont cependant pas mis en exergue le caractère paradoxal des programmes régionaux de santé fortement contingentés à un environnement marqué par la complexité : « complexité du contexte où se côtoient, s'enchevêtrent et se concurrencent de multiples centres de décision, complexité des modes de décision dont les financements sont l'illustration la plus extrême, complexité des textes législatifs, complexité de l'articulation entre niveaux décisionnels ». Dans ce champ complexe et contradictoire, les programmes régionaux de santé sont porteurs d'un triple paradoxe.

Le premier est qu'ils résultent d'un compromis entre d'une part la rigueur d'une planification reposant sur un modèle épidémiologique visant à optimiser l'allocation



des ressources (programme méthodologiquement acceptable) et, d'autre part, un processus de concertation et négociation entre les acteurs qui cherche à créer du consensus et changer les pratiques (programme légitimé par les acteurs). Le deuxième paradoxe est celui de la démarche de programmation où cohabitent « une approche de résolution de problèmes calquée sur le modèle de l'épidémiologie et une démarche plus globale qui privilégie l'intersectorialité ». Le troisième paradoxe

est de vouloir implanter des outils de changement dans un environnement dont le degré de résistance au changement est en lui-même une des conditions de leur implantation effective. Car il ne suffit pas de partager une nouvelle vision du système de santé pour réussir à le transformer. La démarche de construction des PRS basée sur « une vision commune des problèmes et de leurs solutions possibles » est une première étape. Pour autant qu'elle soit nécessaire, elle n'est cependant pas

Les acteurs de la programmation stratégique des actions de santé de 1994 à 1999

Le préfet coordonne l'élaboration et la mise en œuvre des programmes. « *Quand le programme est lancé au niveau d'un préfet, toute la valeur qui lui est donnée va dans le sens du décroisement des structures* » (PRS alcool, Pays de la Loire, 12 mai 1998).

De nombreux partenaires sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre : outre les services de l'État, les organismes de protection sociale, les professionnels sanitaires et sociaux, les collectivités territoriales, les associations qui agissent dans le domaine de la santé ou qui représentent les usagers. « *On voit bien à quel point ces constructions de programmes régionaux de santé sont éminemment politiques dans le cadre de la région et à quel point les textes ont apporté de l'appui au fur et à mesure de leur mise en place* » (PRS alcool, Pays de la Loire, 12 mai 1998).

Le comité permanent de la conférence régionale de santé, instauré en 1997 puis remplacé par le comité régional des politiques de santé par les textes relatifs à la loi de lutte contre les exclusions, joue le rôle de comité de pilotage des programmes régionaux de santé. « *J'espère qu'au niveau du comité permanent nous aurons des élus, nous tenons effectivement à ce que ce soient eux qui soient présents et ils nous ont assuré que ce serait le cas* » (Drass des Pays de la Loire, 12 mai 1998).

Le coordonnateur du programme joue un rôle central de conduite de projet, de coordination, d'animation et de suivi du travail du groupe de

programmation. Son rôle est central pour amorcer la dynamique de mobilisation et assurer le lien entre les acteurs. « *Le rôle du coordonnateur est essentiel. Il a organisé, il a animé, il a donné du corps, il était déjà porteur en lui-même d'une volonté et cela nous a donné envie de nous y mettre aussi. Enfin, il a servi d'interface entre les différentes administrations, y compris les responsables et y compris les politiques.* » (PRS suicide, France-Comté, 12 mai 1998).

Le groupe de programmation a un rôle technique mais n'est pas un groupe d'experts. Il est constitué d'une douzaine de personnes concernées et motivées, il s'appuie sur une représentativité disciplinaire, institutionnelle et départementale. Formé aux concepts de santé publique et à la programmation, il a pour mission d'élaborer le programme, de favoriser la coopération entre institutions, d'impulser et d'animer les groupes de travail sur le terrain. Il réalise la synthèse de leurs propositions dans ce qui deviendra le programme régional de santé. Sa légitimité est double, politique et technique. Elle repose sur le mandat du préfet et de l'institution, la capacité du groupe à élaborer un programme qui soit lisible, structuré et reconnu.

« *Le choix du groupe de programmation et son action dans la mobilisation régionale est très important* » (PRS handicaps, Centre, 12 mai 1998). « *La composition du groupe de pilotage est stratégique dans tout le déroulement de la Psas et demande de prendre suffisamment du temps. Au niveau de la Psas, il y a le contenu*

mais il y a aussi toute l'ossature qui est peut-être trop laissée de côté, à savoir la composition du groupe de programmation qui va structurer tout le projet et qui est absolument déterminante » (PRS suicide, Bretagne, 22 mai 1996).

Les groupes de travail sur le terrain élaborent les propositions d'action du programme régional et sont animés par le groupe de programmation. La place des groupes de travail est également importante dans cette mobilisation. « *Il faut aussi prévoir sans cesse un travail de remobilisation des acteurs. De ce point de vue, la phase de constitution des sous-groupes de travail issus du groupe de programmation a été très importante. Il s'agissait de ne pas perdre l'énergie de motivation de la méthodologie Psas* » (PRS santé-précarité, Haute-Normandie, 1996).

Les programmes régionaux de santé se situent à l'interface entre usagers et professionnels. « *La population est hautement sensibilisée aux problèmes de santé. Il nous paraît très important de l'informer régulièrement dans une démarche positive [...] avec des points presse et renouveler son information.* » (Ddass du Cantal, 22 mai 1996).

Les pôles universitaires inter-régionaux organisent les formations-actions à la programmation en 1997 et 1998, prenant la relève des premières formations de la phase expérimentale assurées par l'École nationale de la santé publique (ENSP) et la direction générale de la Santé (DGS.) L'équipe pédagogique est constituée d'un responsable de for-

Marie-Christine Avargues
Médecin de santé publique,
Commission européenne,
Luxembourg

suffisante. « La pierre angulaire du changement repose vraisemblablement sur un processus itératif entre les modifications de l'environnement et la transformation des mentalités » [5].

Il y a là matière à réflexion sur l'apport des PRS au regard des enjeux d'un système de santé en quête de réforme. Leurs enseignements sur la conduite du changement pourraient être utiles aux programmes de la future loi de santé publique. ✨

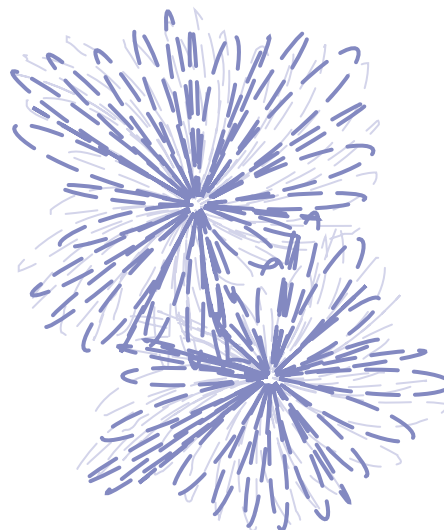
mation et de référents pédagogiques chargés de dispenser la formation, d'accompagner l'élaboration des programmes régionaux de santé et d'assurer si besoin l'appui méthodologique sur le terrain. Parmi ces référents pédagogiques figurent des coordonnateurs des premiers PRS.

L'ENSP élabore le dossier pédagogique de référence et apporte son appui aux équipes pédagogiques. La DGS est le garant de la démarche. Elle coordonne l'ensemble du processus et travaille à l'évaluation et à la valorisation. Elle joue un rôle de facilitateur à travers les correspondants nationaux des programmes. Le référent de l'administration centrale aide le groupe en cas de difficultés d'ordre administratif ou dans la recherche de financements. Il apporte sa compétence sur le thème choisi et fait le lien avec les structures ou organisations concernées. Le Comité de pilotage État-Cnamts, instauré par la première convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'assurance maladie, travaille à la valorisation des programmes et la mise en cohérence des financements. « On a beaucoup apprécié qu'il y ait des personnes référentes au niveau de certaines directions de l'administration centrale » (PRS cancer, Alsace, 22 mai 1996). ✨

Source : d'après Avargues Marie-Christine. *Les Programmes régionaux de santé : du concept à l'élaboration*. ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la Santé, bureau de la promotion et prospective en santé, 1997, révisé 1999, 17 p.

Annie Claude Marchand
Praticien hospitalier,
département
d'information
médicale, CHU de
Reims

Françoise Schaezel
Médecin inspecteur
régional, Drass
Alsace



Structuration des politiques régionales de santé

Un rapide tour d'horizon montre que les régions ont diversement développé leurs politiques et programmes de santé. Même la déclinaison de programmes comme les Praps ou les plans départementaux de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, exercices obligés émergeant aux mêmes politiques nationales, sont protéiformes dans leur architecture et les actions qu'ils initient. Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières, issues de textes réglementaires précis et bénéficiant de financements nationaux, en constituent un autre exemple par leurs contenus très différents : structure sociale pure, cellule médico-sociale identifiée, Pass « informelle » coordonnant les professionnels de soins et sociaux sans identification de lieux précis. De leur côté, les comités régionaux des politiques de santé (CRPS) peuvent être des instances de co-décision entre collectivités territoriales, État et assurance maladie, réellement opérationnelles ou n'avoir que peu de réalité. Enfin, les programmes eux-mêmes ont des périmètres à géométrie variable, certaines régions ciblant exclusivement des actions de prévention alors que d'autres cherchent à intégrer prévention, soins, réinsertion. La diversité de ces politiques régionales et de leurs dispositifs laisse supposer que les processus en œuvre sont marqués de diverses influences.

Des politiques régionales marquées par les particularismes locaux

Notre regard s'est porté plus particulièrement sur l'Alsace, l'Auvergne et le Nord-Pas-de-Calais, trois régions pionnières pour s'inscrire dans la nouvelle dynamique de construction de politique régionale suite au lancement des conférences de santé. Les deux premières ont fait partie de la première vague des PRS (1994-1995), tandis que le Nord-Pas-de-Calais a démarré un peu plus tard (en 1997).

Les contextes environnementaux (l'Auvergne est trois fois plus vaste que l'Alsace, trois fois moins peuplée que le Nord-Pas-de-Calais), socio-économiques et culturels y sont très différents. Les modes d'urbanisation et les typologies de population, les histoires régionales témoignent de ces héritages. Le Nord, très industrialisé et de forte culture ouvrière, a donné naissance à un courant hygiéniste important dès le début du XIX^e siècle et a subi de plein fouet la crise économique et les restructurations industrielles. L'Auvergne, quant à elle, est une région à tradition rurale

Ces contextes locaux marquent évidemment la façon dont se créent et se lisent des événements sociétaux