

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. ✨

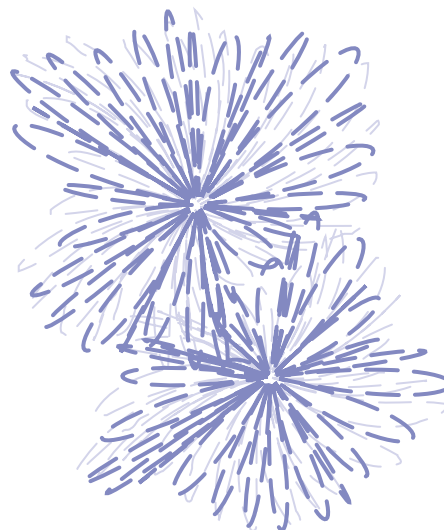
mation et de référents pédagogiques chargés de dispenser la formation, d'accompagner l'élaboration des programmes régionaux de santé et d'assurer si besoin l'appui méthodologique sur le terrain. Parmi ces référents pédagogiques figurent des coordonnateurs des premiers PRS.

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

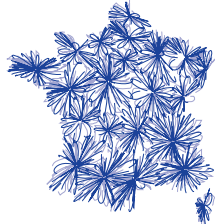
Un rapide tour d'horizon montre que les régions ont diversement développé leurs politiques et programmes de santé. Même la déclinaison de programmes comme les Praps ou les plans départementaux de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, exercices obligés émergeant aux 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



Les programmes régionaux de santé : principes et stratégies de financement

Le financement des programmes régionaux de santé repose sur le principe de réorientation des ressources existantes en vue d'une utilisation optimale. Les ressources existent, elles sont importantes, mais elles ne sont pas toujours connues ou leur utilisation n'est pas forcément la meilleure. Au lieu de financer des actions dispersées, ce qui est encore souvent le cas, certaines ressources peuvent être réorientées vers les programmes régionaux de santé qui permettent de les utiliser de façon plus satisfaisante, par exemple à travers une mise en commun de ressources et de moyens pour certaines actions. L'expérience des premiers programmes régionaux de santé a montré qu'une allocation supplémentaire de ressources à la marge est utile pour mobiliser les ressources existantes. Ces crédits additionnels proviennent de deux sources : l'État (crédits régionalisés de promotion de la santé) et l'assurance maladie (Fonds national d'information et d'éducation sanitaire de la Caisse nationale d'assurance maladie).

En fait, dans la mise en œuvre de projets de santé, les ressources les plus importantes sont les motivations, les connaissances, le savoir-faire, le temps, en somme le potentiel humain. Avant de s'engager dans une activité, il convient de repérer s'il n'existe pas déjà des ressources directement mobilisables, d'identifier où elles se trouvent et d'imaginer comment elles pourraient être mobilisées. Moins un projet nécessite de

moyens supplémentaires, plus il a de chances d'être mis en œuvre. Il est plus facile d'obtenir les moyens nécessaires à une formation complémentaire des intervenants que d'obtenir des personnels supplémentaires. Il est plus facile d'obtenir l'utilisation d'un matériel ou d'un local existants que d'en obtenir l'achat ou la location. Après avoir épuisé les possibilités de mobilisation des ressources, il est toujours possible de revoir à la baisse les activités, voire de diminuer l'ambition des objectifs. Il est exceptionnel qu'un projet répondant à un besoin prioritaire, bien conçu et défendu par des intervenants motivés, ne trouve pas les moyens de sa réalisation.

L'obtention de financements et leur pérennisation sont sans doute importantes pour la mise en œuvre d'un projet. Mais disposer de financements sans pouvoir les utiliser revient à ne pas en avoir. Le problème, en règle générale, est moins de trouver des financements que d'être capables de les mobiliser autour d'un projet structuré. Lorsque l'on parle de programmation stratégique des actions de santé, il s'agit également de réfléchir aux stratégies financières à mettre en œuvre pour repérer les financements existants, les mobiliser et les rendre utilisables.

Plusieurs stratégies peuvent être utiles pour convaincre les décideurs financiers. La constitution du groupe de programmation doit prévoir la participation de membres

d'institutions concernées à double titre par le programme (acteurs et financeurs comme les caisses d'assurance maladie, les collectivités territoriales, l'agence régionale de l'hospitalisation, les autres services de l'État...). S'ils sont persuadés de l'importance et de la pertinence de tels programmes, ils sauront négocier auprès de leurs institutions d'appartenance de s'impliquer dans le financement de ces programmes.

Pour convaincre, il faut être crédible. Pour être crédible, il faut être légitime. La légitimité du groupe de programmation est double : politique et technique. Le groupe est mandaté par le préfet, chacun de ses membres est mandaté par son institution d'appartenance. Sa légitimité technique repose sur la qualité des analyses qui fondent le programme (état des lieux, axes prioritaires), la formalisation d'un document qui soit visible, lisible, structuré, cohérent et reconnu par le plus grand nombre : « *le produit doit être bon sur le fond et beau dans la forme* ». Le groupe de programmation doit être capable de s'entourer des compétences nécessaires pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme (planification, aspects financiers, communication...), d'en assurer le suivi et d'établir les bases de son évaluation (mobilisation des moyens et des compétences, outils de suivi tels que carnet de bord et indicateurs nécessaires pour le bilan annuel du programme).

Il s'agit également de mettre en place une véritable stratégie de com-

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

(violences urbaines, mal-être...) et leur médiatisation, avec des conséquences sur la demande sociale et la manière dont elle va émerger. Tout laisse à penser que ces particularismes régionaux ont influencé la représentation que la population et les responsables politiques ont de la santé publique et du rôle qu'il faut lui donner. On peut à cet égard rappeler que le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais a été le premier, dès les années soixante-dix, à tenter de développer des politiques de prévention en créant notamment la maison de promotion de la santé. C'est aussi dans cette région qu'a été

« inventée » la politique de la ville, première tentative de politique intersectorielle et transversale, fondée sur un partenariat État - collectivités territoriales. Ces contextes ont certainement tracé la voie sur laquelle les politiques régionales « nouvelles » se sont négociées entre les différentes autorités publiques et ont pu s'ancrer dans les réseaux de professionnels et d'acteurs.

Notre propos se limitera à la courte histoire des PRS, et plus particulièrement à la façon dont l'État par le biais des Drass a réussi à impulser des politiques régionales de santé publique et à les structurer. Sans

munication pour convaincre les décideurs, pour informer régulièrement sur la mise en œuvre et les résultats du programme pour maintenir la mobilisation et l'implication des élus, des acteurs de terrain et associer la population dans des actions de proximité la concernant.

Le rôle du comité régional des politiques de santé est essentiel. Composé des principaux décideurs et le plus souvent financeurs de la région dans le domaine de la santé, il assure la fonction de comité de pilotage des programmes dont il valide les grandes orientations. Les réunions de ce comité sont une réelle opportunité de communiquer régulièrement sur le programme.

Ainsi, si les aspects financiers sont importants, ils n'interviennent pas au premier plan dans la réussite d'un projet. La mobilisation dans la durée des acteurs, la qualité de la coordination, l'implication des décideurs, la structuration et la visibilité du projet et les procédures d'évaluation sont essentielles. Les financements viennent, de surcroît, une fois ces conditions réunies. ✨

Source : d'après Avargues Marie-Christine, ministère du Travail et des Affaires sociales, direction générale de la Santé, bureau de la promotion et prospective en santé. *Programmes régionaux de santé : principes, sources et stratégies de financement*, 1997.

le HCSP [18] disait : « Il ne suffit pas de proposer des objectifs de réduction des problèmes de santé... et les modalités d'actions qui apparaissent comme les plus efficaces...il est également nécessaire d'organiser les conditions qui permettront aux institutions et aux professionnels de contribuer à la réalisation de l'ensemble des objectifs proposés ... »

Si on fait sienne cette assertion, on peut en déduire que rendre compte de la façon dont se sont structurées les politiques régionales de santé renvoie à deux problématiques. L'une porte sur la mise en évidence d'objectifs partagés et lisibles fédérant acteurs et institutions autour d'un projet et d'une méthode et reposant sur une adhésion forte ; l'autre sur la capacité à réunir les conditions de leur développement.

Se donner des objectifs globaux de santé en région a obligé l'État, au moment du lancement de ce processus en 1995, à une rupture significative par rapport à ses pratiques antérieures en santé, essentiellement à deux niveaux : le premier concerne le passage d'une approche sectorielle s'appuyant sur des dispositifs ciblant une thématique et un secteur d'intervention précis (le dépistage d'un cancer, un programme de vaccination) à une démarche transversale, intersectorielle, cherchant à intégrer autour du concept de santé d'autres préoccupations d'ordre social, éducatif, de prise en charge, etc. Le deuxième enjeu, territorial, vise le passage d'une démarche élaborée de façon très centralisée puis déclinée localement, à un processus de décision et de gestion s'inscrivant dans un cadre régional. Ce double défi oblige les Drass à acquérir une nouvelle légitimité ne pouvant plus se fonder sur la logique antérieure d'administration par circulaires [22].

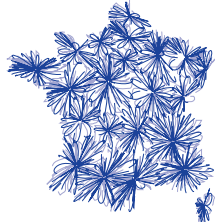
Une vision de plus en plus large de la santé

En 1994, au début de la démarche, le pari consiste à rendre possible le changement en tablant sur l'organisation de processus participatifs censés susciter l'adhésion et l'implication des acteurs. C'est l'heure des premières conférences régionales de santé, construites sur des méthodes proches des conférences publiques de consensus, ouvrant le débat sur les questions de santé. C'est dans ce cadre que les trois régions observées font émerger leurs priorités de santé. Leur intérêt réside moins dans les thématiques ciblées, tout compte fait assez classiques (pathologies ou déterminants bien connus tels que cancer, alcool...), que dans la méthode utilisée pour les déterminer. Partagées par l'ensemble des acteurs, ces priorités reçoivent de fait une légitimité, finalement suffisante pour qu'elles puissent s'inscrire dans la durée et fassent encore aujourd'hui l'objet de dispositifs de programmation.

Ces priorités de la première heure sont souvent complétées par des thématiques plus globales, pluri-factorielles et populationnelles : lutte contre la perte d'autonomie et le handicap en Auvergne, questions de santé environnementale dans le Nord-Pas-de-Calais. En dépit des critiques techniques souvent faites (manque de

prétendre avoir l'ambition d'apporter des explications qui demanderaient un travail d'observation et d'analyse plus approfondi, nous essaierons d'avancer quelques hypothèses explicatives.

Tenter de préciser la notion même de « politique régionale structurée de santé » amène à dire que, au niveau d'un territoire donné, ont été individualisés, explicités des objectifs en termes de gain de santé pour la population de ce territoire, eux-mêmes déclinés en programmes, actions et dispositifs. Il n'est pas inutile, à ce stade, de rappeler que, dans son rapport de 1994,



fiabilité des données épidémiologiques, prise en compte insuffisante de la santé perceptive et des notions de qualité de vie...), l'émergence de ces priorités a tout compte fait bâti des fondements solides, condition nécessaire mais non suffisante à d'éventuelles structurations.

Des démarches de plus en plus transversales et coordonnées

Afficher des priorités est un premier pas. Il s'agit ensuite de les faire vivre, de convaincre les acteurs pour leur donner une réalité. Ce fut sans aucun doute la contribution des formations-actions à la programmation stratégique des actions de santé, réunissant autour d'apports communs techniciens des institutions, acteurs et professionnels d'horizons différents. Le cadre méthodologique, fortement impulsé au début par le niveau national, ne sera plus aussi soutenu à partir de 1998. Mais l'approche fédérative est suffisamment installée pour trouver dans chaque région un dynamisme propre teinté de spécificités locales. C'est ainsi que le Praps, profitant de la promulgation de la loi contre les exclusions, joue un rôle déterminant en 1999 en Alsace, région de forte tradition judéo-chrétienne et de centrisme chrétien démocrate, et annonce une évolution vers une logique plutôt sociologique, populationnelle et sociale.

Les programmes se multipliant en région, le constat d'une base commune de déterminants oblige à les faire communiquer. Ainsi, l'Auvergne met en place en 2000 une coordination portant sur l'observation sanitaire et sociale et des outils communs pour faciliter le financement des actions. En Nord-Pas-de-Calais, tandis que chaque PRS reste animé de façon autonome, est développé le concept d'« inter-PRS » grâce à l'individualisation d'équipes apportant en transversal les ressources et compétences nécessaires à tous : formations communes à la démarche projet ou à l'évaluation fortement soutenues par l'université, système transversal de suivi des dispositifs soutenu par l'observatoire régional de la santé. De plus, affichant leur volonté d'avancer ensemble, le conseil régional et l'État formalisent leur accord dans le contrat de plan État-région (CPER). Cet acte fondateur va faciliter la mise en place d'outils permettant une coordination institutionnelle très élaborée, comme en témoigne le comité de gestion des PRS qui réunit des techniciens de l'État, des collectivités territoriales et d'organismes d'assurance maladie.

Pas à pas, à des degrés d'avancement différents selon les régions, les prémices de politiques régionales structurées apparaissent.

Des acteurs de plus en plus impliqués au sein de leur territoire

Très vite, suite à l'émergence d'un processus de planification au niveau régional, se pose l'ardente obligation d'un ancrage territorialisé de niveau local voire micro-local. Son développement se heurte aux dynamiques institutionnelles et professionnelles en place, chacune

ayant sa propre logique. Il faut alors regrouper autour de questions de santé des décideurs et financeurs multiples, trouver des consensus chez les opérateurs sans affaiblir les expériences antérieures et en évitant de stimuler les rivalités.

Les Drass vont tenter d'y répondre en recherchant une architecture fonctionnelle pouvant prendre des formes multiples en termes d'interventions *infra-régionales* comme de prises de décisions et de gestion. Les modes opératoires imaginés témoignent d'une créativité réelle, et sont probablement influencés par les personnalités des agents et directeurs investis dans ces problématiques. Ils sont également la preuve d'une véritable recherche d'adaptation à des contextes socioculturels différents.

En Alsace, le Praps offre l'opportunité de mieux s'appuyer sur les niveaux départementaux et les réseaux locaux. La continuité en sera ensuite facilitée dans le Schéma régional d'éducation pour la santé qui affiche clairement dès le départ une volonté de territorialisation et l'intègre dans son processus d'élaboration par le biais de consultations territoriales micro-locales.

En Nord-Pas-de-Calais, dès la fin des années quatre-vingt-dix, les programmes territoriaux de santé (PTS) intègrent les volets santé de la politique de la ville (15 % des crédits des politiques de la ville ont été en principe affectés au programme). Ils ont des liens forts avec les politiques publiques menées par les conseils généraux dont l'organisation des services évoluent parallèlement. Des référents territoriaux de santé sont créés par mutualisation de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales. Un financement des PRS et PTS est inscrit dans le CPER 2001-2006 en Nord-Pas-de-Calais [24].

Aujourd'hui, où en est-on ?

On peut sans doute affirmer que « dix ans de PRS » ont permis de construire le socle de politiques régionales de santé structurées. On peut relire la construction des politiques régionales de santé selon une grille à plusieurs entrées questionnant l'implication des décideurs et financeurs, le niveau technique et d'expertise mobilisé, et enfin le dynamisme des acteurs. Ces trois dimensions sont présentes dans chacune des régions à des degrés divers, selon une répartition pas toujours harmonieuse, susceptible par-là même d'engendrer des déséquilibres.

Sans aller jusqu'au constat d'échec, force est de noter que le premier niveau peut apparaître comme le maillon faible. Les tentatives de développer des dispositifs associant les principaux décideurs se révèlent difficiles à monter, précaires et d'une fragilité structurelle endémique. La cohérence avec la politique hospitalière menée par les ARH ou les politiques de prévention menée par les Urcam s'avère souvent possible, par le biais d'appels d'offres communs ou d'articulations fortes entre programmation de santé et schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ainsi, les équipes pilotant des

PRS portant sur le cancer, la périnatalité ou les conduites addictives travaillent aussi souvent sur les volets correspondant des Sros. Par contre, les relations avec les collectivités territoriales sont moins faciles à mener, l'acceptation mutuelle d'un cadre d'action commun grâce aux CPER se faisant sur la pointe des pieds. La place effectivement prise par les CRPS témoigne de ces difficultés. Si leurs missions sont affichées de manière formelle conformément aux textes réglementaires, ils se réunissent à des rythmes divers (de une à trois fois par an). S'ils ont un rôle effectif en Nord-Pas-de-Calais, ils semblent être moins investis en Alsace et en Auvergne.

Face à cet élément de faiblesse, les stratégies fédératives semblent alors se reporter sur les experts, techniciens et professionnels de terrain. Les principes sous-tendant les PRS ayant facilité le décloisonnement institutionnel, intellectuel et des pratiques professionnelles, il devient possible de créer des plates-formes de services, portant sur l'observation, l'analyse ou l'aide méthodologique. Des espaces organisant motivations et compétences pour « *dire l'état des connaissances* » dans un objectif d'expertise partagée se font jour.

Le niveau technique s'est ainsi regroupé dans les trois régions, de façon plus ou moins formalisée. Partout existent des instances permettant l'élaboration d'outils communs de gestion aboutissant à l'apparition de « *guichets uniques* ». En Alsace, l'initiative est récente même si un appel d'offres commun rapprochant les enveloppes budgétaires émanant de l'assurance maladie et de la Drass préexistait. Le comité de gestion des PRS du Nord-Pas-de-Calais est en place depuis plusieurs années. L'instruction commune des dossiers y est pratiquée, le copilotage trans-institutionnel de dispositifs devient monnaie courante : en Alsace, copilotage Drass-Urcam pour le SREPS, ARH-Drass pour le plan cancer, régime local d'assurance maladie pour le programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires. En Nord-Pas-de-Calais, des pilotages associatifs ont été introduits.

L'Auvergne a poussé la réflexion en créant en 2000 le comité régional exécutif des actions de santé (qui regroupe les financeurs des actions de santé), le pôle « stratégie régionale de santé » (dont font partie les administrations régionales de l'État) et plusieurs plates-formes de ressources (de l'observation sanitaire et sociale, des associations, des formations en éducation pour la santé). Petit à petit se met en place un cadre suffisamment souple pour que chaque institution portant une intervention de santé publique trouve sa place, rendant alors possible l'émergence d'un plan régional de santé publique. La loi de santé publique, en discussion parlementaire actuellement, s'inspire de l'expérience auvergnate. C'est alors l'occasion de s'engager dans une démarche de cohérence globale entre des politiques et des dispositifs ayant tendance à se multiplier (PRS, Sros, schémas médico-sociaux, plans régionaux de l'assurance maladie...).

La participation et l'implication des acteurs de terrain restent un thème central, même si les débats publics portant sur le choix des objectifs ou l'évaluation des dispositifs au niveau régional semblent s'affadir. Les programmes développant des approches populationnelles, comme les Praps, favorisent la place des acteurs. Dans les trois régions, le milieu associatif se révèle dynamique (acteurs de terrain, porteurs de projet), mais l'implication des professionnels de santé est souvent moins facile [34], comme en témoigne par exemple la lenteur du développement de l'éducation thérapeutique. Le management participatif des PRS, en s'appuyant sur des groupes projets associant les acteurs, sur l'organisation régulière de journées d'échanges de pratiques, permet le développement au niveau local de lieux formalisés de concertation, de travail, de discussion. Cette stratégie renforce encore les dynamiques de proximité, faisant de la territorialisation de la politique de santé, qui cherche à être plus opérationnelle en se déclinant micro-localement, un des défis émergents actuels.

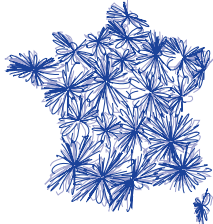
Décloisonnement institutionnel et de l'expertise, renforcement des dynamiques territoriales à partir des acteurs, affaiblissement des logiques politiques en terme de processus de codécision, la démarche peut porter en elle des germes de déséquilibre dont les ingrédients sont connus. De façon plus abrupte, ils peuvent se résumer dans les dangers d'une recentralisation démotivante pour certains partenaires, d'une bureaucratisation et d'un déficit démocratique qui viendraient freiner l'élan patiemment et souvent difficilement développé par les Drass.

Malgré tout, en moins de dix ans, les capacités d'inventivité et d'adaptation, ainsi que les partenariats qui se sont développés en région, permettent sans doute d'augurer du devenir positif de ces processus de régionalisation des politiques de santé, et ce d'autant plus que l'expérience accumulée a permis de mieux connaître les conditions à aménager pour les conforter.

Que conclure sur les conditions de développement d'une politique régionale de santé ?

Sans vouloir en faire un relevé exhaustif, nous reprendrons quelques éléments tirés de la relecture de nos trois histoires régionales.

Disposer de données au niveau régional est sans conteste un élément facilitateur. Privilégier une approche globale, choisir des priorités obligent à valoriser collectivement des données sanitaires et à les rapprocher des données sociales, comme l'illustrent parfaitement les Praps. L'émergence de nouvelles problématiques doit probablement beaucoup aux conférences régionales de santé dont la diversité de composition a permis la rencontre, bien que parfois conflictuelle, entre experts et acteurs de terrain. L'exercice fut souvent difficile, peu transférable d'une région à l'autre. Mais, malgré un caractère peu systématique et mal standardisé, des interrogations sur leur exactitude et leur validité, toutes ces informations ont une richesse potentielle réelle. Il



en découle la nécessité d'améliorer et d'articuler les systèmes d'information.

Les premières évaluations et les échanges entre régions travaillant sur les mêmes thèmes ont mis en lumière les variations considérables dans l'implantation des PRS selon les acteurs et les partenariats mobilisés. Le constat est maintenant établi que la politique régionale doit s'arrimer aux territoires si elle ne veut pas se limiter à un effet d'affichage ou d'habillage. Cela a d'autant plus de sens dans les logiques préventives qui ne s'inscrivent pas dans des espaces institutionnels précis. Le partage de préoccupations communes aux acteurs locaux et à des responsables de politiques publiques autres que sanitaires est nécessaire. Mettre en place localement des actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé amène à rencontrer les maires qui, notamment en milieu rural, ont un leadership indiscuté sur les questions préoccupant leurs administrés. Le développement d'actions sur le terrain peut être confronté à des préoccupations d'aménagement du territoire ou de formation des professionnels portées par les conseils régionaux. Ces exemples multiples ont enseigné l'importance des négociations pour éviter la superposition à des actions transversales préexistantes, émergeant à des politiques publiques diverses.

Le positionnement de l'État vis-à-vis des autres institutions se redessine. Obligés d'évoluer, les pilotes des dispositifs de santé passent d'une position de contrôle à des relations contractuelles fondées sur des financements communs renvoyant à une même problématique [22]. Non sans quelques difficultés au départ, les agents de l'État apprennent à ne pas être systématiquement et automatiquement chefs de file. Suivant la transformation concomitante des institutions, telle la mise en place des ARH, l'évolution est profonde, modifiant les façons de travailler et les relations inter-institutionnelles.

Au-delà de la valorisation des données et du développement des compétences techniques, il faut aussi diffuser largement les dispositifs de santé, sous une forme accessible et transparente perçue comme d'autant plus indispensable que leur construction a été participative [6]. Développer une politique de communication s'impose, mais elle reste largement reconnue comme le parent pauvre. Pour diffuser, la culture de santé publique doit faire l'objet d'un travail en soi et mobiliser plus de compétences, plus de réflexion dans un domaine qui reste le plus souvent limité à des tentatives de médiatisation par l'intermédiaire de présentations à la conférence régionale de santé, lettres, séminaires, journées de concertation... Les nouvelles technologies de l'information qui font leur apparition peuvent y jouer un grand rôle.

L'orientation des services vers des stratégies de santé publique renvoie à l'intérêt d'élargir la palette d'interventions du système de soins de ne pas enfermer les professionnels dans un rôle exclusif d'éducation ou de soins, de rendre visible ou faciliter les actions faites

par les professionnels de soins en particulier de ville, qu'ils soit médicaux ou para-médicaux.

Parallèlement, la question de la méthode retrouve de l'importance. Le développement d'une politique de santé ne repose pas seulement sur une technique, mais devient une véritable démarche qui promeut une dynamique de coopération, ce qui renvoie à la professionnalisation de ses acteurs. Initier, conduire et mener à bien des programmes de santé demande dynamisme, souplesse, innovation, et repose sur des capacités de management, de communication et de gestion qui doivent être renforcées au risque de dériver vers une bureaucratisation des procédures. De plus, le risque d'un retour à un management plus traditionnel reste toujours présent, notamment dans une période marquée par l'incertitude des évolutions institutionnelles qui peut favoriser des replis frileux

Pour être légitime en région, l'État ne doit plus être un simple exécutant et doit bénéficier d'une certaine autonomie. À l'heure où le niveau régional prend de l'importance pour toutes les politiques publiques, une centralisation excessive peut nuire d'autant plus que la santé publique nécessite une approche intersectorielle. L'adaptation des priorités aux spécificités régionales en est un des éléments. La réussite relative des plans nationaux qui se sont multipliés prouve que l'articulation national/régional reste d'actualité. Mais l'État en région doit également être crédible : trop souvent, la faiblesse et la volatilité des moyens en personnels affectés à la santé publique, les enveloppes financières en accordéon mettent à mal le travail engagé.

Toutes ces problématiques nous semblent en plein cœur de l'actualité au moment où commencent à s'élaborer les Sros III. La question des territoires y représente l'enjeu futur, à l'heure où de nouveaux instruments de coordination sont mis à disposition des acteurs (réseaux, consultations avancées, paiements au forfait...). ✨

