



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,