

# La mobilisation des acteurs... le cœur des programmes régionaux de santé

**Jean-Claude Palicot**  
Enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique

La mobilisation des acteurs (professionnels, citoyens, usagers, décideurs, institutionnels...) revient comme un leitmotiv dans les propos des politiques, des responsables de programmes et de projets... la recherche de l'implication est perçue en effet comme une composante nécessaire pour le succès de l'action... Les programmes régionaux de santé en ont fait un argument majeur. On peut essayer de comprendre pourquoi et en discuter les conséquences.

## Un courant de pensée et une pratique qui privilégient la mobilisation des acteurs

Lorsque démarrent les premiers programmes régionaux de santé (fin 1993), ils ne surgissent pas du néant ; ils reflètent les questions de l'époque, ils sont l'expression d'une histoire, de courants de pensée, d'expériences. Ils sont la concrétisation de rencontres et notamment celle du bureau « Promotion de la santé et prospective »<sup>1</sup> de la direction générale de la Santé et d'enseignants de l'École nationale de la santé publique<sup>2</sup> passionnés de santé publique au plus près des populations et ces rencontres ne sont pas fortuites.

Les programmes régionaux de santé font référence plus ou moins explicitement à quelques moments de cette histoire. On en retiendra quelques-uns.

## Les soins de santé primaires formalisés par l'OMS à Alma-Ata en 1978

Ceux-ci mettent l'accent sur quelques principes :

- La prise en compte du contexte, de la culture de la population et ses besoins réels,
- L'accessibilité des soins, de la prévention au plus près des intéressés,
- L'accent sur le niveau local,
- L'intégration d'autres secteurs qui rendent compte de la santé,
- La participation active de la population à la conception et à la conduite des activités.

Approche globale de la santé, proximité des intéressés, participation de la population... voilà quelques principes que l'on retrouvera dans la conception des programmes régionaux de santé.

1. Le bureau est alors dirigé par René Demeulemeester, animateur principal des programmes.

2. Alain Jourdain, Bernard Junod, Philippe Lecorps, Jean-Claude Palicot, enseignants chercheurs à l'École nationale de la santé publique (ENSP).

## La politique de promotion de la santé (1981-1982, J. Ralite)

L'accent est mis ici sur les inégalités de santé, inégalités géographiques, inégalités sociales. Une volonté se manifeste très fortement de développer des actions spécifiques auprès de publics en difficulté en s'appuyant sur un dispositif original, les comités locaux de promotion de la santé pour lesquels est créée une ligne budgétaire (les crédits régionalisés de promotion de la santé). Les comités locaux se constituent et mobilisent sur des problèmes locaux ressentis par la population, et ils proposent des solutions.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'histoire de ces comités et de la promotion de la santé en France, ce n'est pas l'objet de cet article ; mais incontestablement cette démarche marque le milieu des professionnels de santé publique (administrations, associations, institutions d'enseignement...). Le dynamisme est réel<sup>3</sup>, la mobilisation certaine... même si cette politique aux moyens réduits demeure marginale et ne bouleverse pas fondamentalement le fonctionnement des grandes institutions de santé.

Toutefois, les idées de proximité, de participation, de prévention, de priorités discutées localement se développent... la notion de santé communautaire prend du sens. Elle est reprise dans nombre d'institutions (École de santé publique de Nancy, Faculté de médecine de Saint-Antoine, École nationale de la santé publique, de nombreux IFSI...).

## La charte d'Ottawa (novembre 1986)

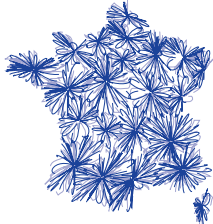
Celle-ci reprend les principes énoncés par l'OMS pour la mise en place des soins de santé primaires. Elle insiste sur les conditions de la santé qui ne sont pas seulement le système de soins mais la création d'environnements favorables. Les notions de déterminants de la santé sont très concrètes, elles légitiment la prévention, l'éducation, l'engagement des citoyens. « *La participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification* » doit être recherchée et développée. Les populations doivent trouver tous les éléments d'information et d'action leur permettant de prendre du pouvoir sur leur environnement.

## La fin des années quatre-vingt, un tournant

Le dispositif promotion de la santé semble s'essouffler ; le bureau Promotion de la santé à la direction générale de la Santé perd une partie de ses « animateurs »...

Néanmoins les idées cheminent, les professionnels d'origines diverses (animateurs, médecins, enseignants, infirmiers(ères), gestionnaires...) sont plus nombreux à s'intéresser à une approche globale de la santé, et en

3. Symposium de promotion de la santé, Vanves, 1985 : plusieurs centaines de personnes rendent compte des projets et actions développés localement.



particulier à la prévention. L'émergence du sida accentue certainement cette prise de conscience.

On s'intéresse peut-être davantage à la fin des années quatre-vingt, au début des années quatre-vingt-dix, à la santé publique dans ses dimensions culturelles, socio-anthropologiques, économiques, sociales, épidémiologiques... Les déterminants de la santé sont mis en exergue, on discute des priorités et des réponses cohérentes à mettre en place. On souhaite mieux planifier et organiser (premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire, plan triennal sida...).

Mais ces réponses restent centrées pour l'essentiel sur l'offre de soins et demeurent assez éloignées des populations. Elles ne mobilisent pas, ou peu. La planification, la programmation semblent se suffire à elles-mêmes... et ce n'est pas suffisant!

Les premiers programmes régionaux naîtront pour partie de ces réflexions, insatisfactions, doutes, de la nécessité de penser des modes d'intervention et d'action complémentaires aux « schémas de planification », de les enrichir; ils naîtront de la volonté de développer des approches plus transversales, moins cloisonnées... bref plus mobilisatrices.

La planification par programme en effet, aussi utile fût-elle, montre ses limites: souvent technocratique, rigide, verticale, peu participative et peu ancrée dans la réalité de l'action...

La rencontre DGS-ENSP arrive à un moment où idées et acteurs sont en mesure de proposer, en cohérence avec les questions du moment<sup>4</sup>, une démarche destinée à mobiliser le plus grand nombre d'acteurs de santé sur des priorités de santé identifiées au niveau régional.

### La mobilisation des acteurs au cœur du processus d'élaboration des PRS

Les premiers programmes régionaux de santé ont été conçus comme une démarche très pragmatique mais avec le souci constant de mobiliser. La méthodologie proposée (programmation stratégique des actions de santé) avait pour but de permettre l'élaboration collective et participative d'un programme régional. Les trois premiers programmes régionaux de santé en Alsace (le cancer), en Auvergne (périnatalité) ou en Pays de la Loire (problèmes d'alcool) témoignent de cette volonté de développer la mobilisation.

On s'arrêtera sur quelques points caractéristiques de la démarche.

#### Créer une histoire commune

En partant du constat que les intérêts, les implications, les points de vue ne sont évidemment pas les mêmes selon les positions sociales ou professionnelles, organiser la rencontre du maximum d'acteurs concernés par la priorité de santé de la région, permettre l'expression des points de vue, la confrontation, la recherche dis-

cutée de solutions paraissait une démarche riche et productive.

Celle-ci devait permettre aussi de mieux entendre et comprendre les mots des autres (le « jargon » de santé publique, entre autres!...) et de leur donner du sens. On parle aujourd'hui de culture commune; ce n'était pas le premier objectif des programmes régionaux de santé, mais cela allait clairement dans cette direction et semblait une condition nécessaire pour une réelle mobilisation. En proposant un accompagnement dans la durée, en faisant en sorte que l'élaboration du programme s'effectue en prenant du temps – ce temps nécessaire aux allers-retours, à l'appropriation, à l'invention – on se démarquait de la démarche spécialisée de l'expert en santé publique, en planification et en programmation. On mettait en place les conditions (même relatives) d'une mobilisation plus grande et efficace des acteurs.

C'est en effet tout le contraire d'une démarche d'expertise. Le groupe de programmation n'a jamais été conçu comme un groupe expert, mais comme un facilitateur de l'appropriation par le plus grand nombre d'acteurs concernés des questions qui font problème dans la région. L'expertise n'est pas niée, elle est au service d'une analyse collective, elle vient au besoin aider à dégager des orientations, définir des objectifs de santé plus clairs; elle doit être utile à l'ensemble de la communauté

Les programmes ont ainsi permis d'entrer dans une démarche au long cours, de se sentir acteur, de pouvoir dire « j'y étais » comme on l'entend parfois, de construire une histoire dans laquelle on se reconnaît comme l'un de ces acteurs.

#### Reconstruire un savoir de référence

Une des consignes données au démarrage des programmes régionaux de santé est de documenter la priorité de santé, en prenant en compte non seulement les données statistiques, épidémiologiques, données d'expertises, mais aussi de rechercher les points de vue, les données portées par les usagers, les professionnels de terrain, les associations, les politiques, etc.

Il s'agit d'aller vers des acteurs souvent peu sollicités et de prendre en compte ce qu'ils ont à dire. Cette démarche oblige à débattre, à confronter des logiques fort différentes, à quitter (même provisoirement) les certitudes institutionnelles, à entendre des points de vue, à faire émerger des solutions, à les discuter et à construire du consensus... La validation des données se fait alors collectivement.

Le savoir initial sur le problème de santé est reconstruit et le temps de la reconstruction permet une appropriation plus importante des problèmes pour un plus grand nombre et une meilleure mobilisation.

#### Construire une démarche collective

L'un des enjeux des premiers programmes régionaux de santé était de rendre concrète et acceptée une démarche qui paradoxalement nécessitait de prendre du

4. Élaboration du rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé des Français publié au début 1994 et qui fera date.

temps, d'inscrire l'action dans la durée, de multiplier les rencontres et donc les réunions, de trouver des moyens qui n'étaient pas d'emblée à disposition, de s'appuyer sur des coordinateurs (chefs de programme) décidés à accompagner et à faire vivre le projet<sup>5</sup>.

Nous étions bien conscients des difficultés, des arguments qui pouvaient nous être opposés (les moyens, la légitimité...), mais en même temps s'affirmait une conviction de plus en plus partagée qu'il fallait développer des projets d'action en santé publique moins administratifs, moins hiérarchiques, moins technocratiques, plus ouverts à une approche globale de la santé et s'appuyer pour ce faire sur l'ensemble des acteurs concernés par les problèmes de santé retenus comme priorités de santé (professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, du logement, de l'environnement, de la justice, responsables politiques, animateurs d'associations, représentants de la population).

C'est pourquoi a été mis en place fin 1993 début 1994 une démarche d'accompagnement à l'initiative de la direction générale de la Santé et de l'École nationale de la santé publique, une formation-action dont l'objectif était de permettre l'élaboration des réponses collectives à des problèmes locaux et régionaux.

Cette formation-action (programmation stratégique des actions de santé, Psas), accompagnement pendant le temps de la fabrication du programme, visait principalement à la mobilisation des acteurs en valorisant les connaissances et les compétences de chacun. Il ne s'agissait en aucun cas (cf. ci-dessus notre conception

de l'expertise) de former un groupe d'experts aux connaissances pointues, mais de permettre à un groupe qui s'est largement coopté d'animer une politique sur des objectifs discutés et partagés.

Les groupes de programmation, s'ils n'avaient pas pour vocation d'élaborer seuls le programme, d'en formuler les objectifs, se devaient de faire vivre une démarche d'élaboration participative jusqu'à l'action.

Tout cela s'est réalisé évidemment avec des fortunes diverses, parfois de manière rigoureuse, parfois très « souple », tantôt assez bureaucratique, tantôt très participative. Le temps d'accompagnement (qui a été appelé formation-action, temps de fait très court...) ne pouvait à lui seul gommer toutes les difficultés mais il faut le considérer comme un temps d'impulsion, un temps qui permet de se connaître, d'apprécier les savoirs réciproques, de se dire qu'il est possible de multiplier les potentialités d'action en mettant en commun toutes les volontés liées aux métiers et positions sociales des uns et des autres.

L'expérience a mis en exergue l'intérêt des temps de formation, mais souligne aussi que la liaison avec l'action n'est pas simple. Si l'on souhaite sortir d'une démarche abstraite, il y a nécessité de coordinateurs mobilisateurs formés et compétents ; il y a nécessité de reconnaissance, de légitimité ; et se pose très vite aussi la question des moyens, et paradoxalement pas tant pour les actions (pour lesquelles on réussit généralement à mobiliser des ressources) que pour le temps de l'élaboration.

Il demeure que la démarche de programmation, en démultipliant (raisonnablement) les rencontres, les niveaux d'intervention, les débats, en s'efforçant d'écrire le déroulement (comptes-rendus), en validant les étapes, a permis l'expression, la participation (de plusieurs centaines de personnes parfois).

Avec un recul de près de dix années maintenant, on peut certes souligner les difficultés, les insuffisances de la construction d'une démarche collective. On peut

5. Les documents pédagogiques ayant été utilisés pour l'élaboration des premiers programmes régionaux de santé sont disponibles sur le site de la BDSP, [www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr). Le programme des formations actions, les modalités de déroulement peuvent être consultés sur le site. On y trouve la plus grande partie des PRS. Ces documents ne rendent pas nécessairement compte des dynamiques, des difficultés, des choix faits par leurs auteurs... Mais leur diversité permet de « mesurer » de quelle manière chaque région s'est engagée dans le processus d'élaboration des PRS.

## Exemple d'un travail demandé aux groupes de programmation Psas 2<sup>e</sup> regroupement, les stratégies des acteurs

**L**e travail réalisé se réfère aux théories sociologiques de l'action et plus explicitement à l'analyse sociologique des organisations (au moins pour ce qui concerne les stratégies d'acteurs).

- On soulignera l'importance qu'on accorde aux « jeux des acteurs », à leurs stratégies, aux logiques en œuvre et à leurs points de convergence ou de divergence.

- On regardera de près les buts

poursuivis par chacun d'entre eux.

- On examinera attentivement les relations qu'ils ont entre eux.

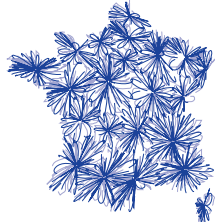
- Des problèmes sont relevés — mise en évidence des problèmes.

- Des points de vue émis sur leurs solutions.

- Les acteurs (l'ensemble des gens concernés à un titre ou à un autre) sont identifiés.

- Focalisation sur ces acteurs et analyse des liens qu'ils ont entre eux (la nature des liens, leur intensité, les interactions).

- De l'analyse des « stratégies » des acteurs, on dégage des « enseignements » pour l'action, dont on sait que les seules règles de la planification ne suffisent pas à la définir (l'action n'obéit pas nécessairement au raisonnement logique). ✨



aussi souligner tout ce que semble avoir apporté l'élaboration des programmes régionaux de santé :

- partage d'une culture de santé publique
- approche transversale des problèmes de santé
- décloisonnement professionnel
- reconnaissance des compétences et spécificités des uns et des autres
- réflexion sur les enjeux de la programmation
- affirmation du travail local et régional
- meilleure prise en compte des points de vue, des problèmes très concrets des populations concernées par le programme, etc.

### **Construire une légitimité... se positionner en tant qu'acteur**

Au cours de la formation-action, une place assez importante a été accordée à une réflexion et à un travail sur les positionnements de chacun des acteurs. Cela paraissait non seulement utile mais nécessaire pour comprendre où se trouvaient les acteurs concernés par le problème de santé, quels étaient leurs objectifs, quels étaient leurs intérêts institutionnels voire personnels ; en mettant autant que faire se peut les cartes sur la table, on pouvait faire l'hypothèse que ce travail de clarification rendrait possible une meilleure prise en compte des problèmes de la population. Ce travail (inspiré de la sociologie des organisations) a pu parfois paraître un peu abstrait (ou déroutant ?). Néanmoins, quand les participants ont joué le jeu, il a permis de mieux cerner certaines contradictions, les conflits d'intérêts, les résistances, les verrous à ouvrir, de prendre conscience qu'il ne suffit pas d'énoncer des buts ou des objectifs communs pour qu'un programme fonctionne, que la « position » des acteurs est déterminante et toujours à interroger. Ce travail a facilité la reconnaissance des différences, une meilleure connaissance des acteurs et de leurs logiques (professionnels et population) une meilleure évaluation des niveaux de responsabilité et une argumentation plus cohérente des exigences pour les mobiliser.

Quelques années plus tard, certains participants des formations-actions disent que ce travail, qui paraissait lointain au cours de la formation, a été et reste un moment important pour eux, ayant pu par la suite sentir très concrètement que la légitimité ne s'écrit pas seulement sur le papier dans un organigramme, mais qu'elle se reconstruit dans la pratique en prenant en compte une multiplicité d'intérêts et de contradictions.

### **Construire et partager une conception de l'action et de la formation en santé publique**

Le travail de formation-action a été effectué jusqu'en 1996 par la direction générale de la Santé et l'École nationale de la santé publique : la généralisation de la mise en œuvre des programmes régionaux de santé a conduit à proposer un élargissement de la formation à d'autres acteurs.

Six universités ont été associées à la mise en œuvre

du processus de formation et d'accompagnement des programmes régionaux de santé.

Le travail ENSP, universités, DGS, Drass s'est révélé passionnant. Outre les rencontres humaines qu'il a générées, il a obligé à questionner sur le fond les conceptions et les méthodes d'intervention en santé publique... L'échange entre formateurs, chercheurs, administratifs dans un processus de formation-action rendait concrets les interventions et l'engagement sur le terrain.

La généralisation de la démarche et le transfert pédagogique ont été incontestablement très positifs et ils ont d'ailleurs permis de pérenniser quelques liens et expériences.

Pour l'ENSP, on pourra souligner l'ouverture sur l'université et pour les universités, l'ouverture sur d'autres logiques, en particulier celle de l'intervention sur le terrain pas toujours aisée à valoriser dans le système de la recherche universitaire ! Cette démarche a permis parfois de proposer aux internes de nouvelles perspectives de travail et de recherche.

- La formation sort des « murs » ; elle peut aussi se définir hors des références académiques.
- La réflexion sur la définition des priorités, les indicateurs, les méthodes, l'évaluation... beaucoup de thèmes restent en suspens ; ils ont cependant pu être débattus et ont permis à chacun de progresser.

Ce type de collaboration dessine (aurait pu dessiner !) les contours de collaborations plus ouvertes en santé publique où sont reconnus les apports pluridisciplinaires, pluriprofessionnels et les complémentarités. La collaboration ENSP-départements de santé publique universitaires préfigure peut-être un type de collaboration avec reconnaissance et valorisation des compétences respectives. Les retours (informels certes !) des professionnels du terrain ont souligné fréquemment le caractère mobilisateur de ces collaborations.

L'aspect simple mais rigoureux du schéma de programmation donne une bonne lisibilité aux intervenants et permet de bien se situer dans un processus approprié par un très grand nombre d'acteurs.

Cette mobilisation pourrait sans aucun doute être réactivée pour développer des complémentarités nécessaires à la mise en œuvre, à l'évaluation des actions, dans les domaines de la prévention, de l'éducation, de l'accès à la santé.

Cet engagement pourrait donner des arguments, de la réalité, de la visibilité et du sens à la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé.

### **Construire la citoyenneté**

Peut-être n'a-t-on jamais autant entendu parler de responsabilisation, de citoyenneté, de mobilisation citoyenne, de participation... Et en même temps il est facile de faire le constat de déresponsabilisation, d'impuissance, de désengagement (la mobilisation ne serait-elle qu'un mythe, une aventure impossible ?). Si les arguments du pessimisme sont nombreux, il reste que les tentatives et les dispositifs pour donner la parole aux citoyens

## Extrait du cahier des charges des Psas

### Les programmations stratégique des actions de santé (Psas) en 1996-1997

Six centres interrégionaux en lien avec l'ENSP

- Nancy (J.-P. Deschamps).
- Paris (P. Lombrail).
- Bordeaux (S. Maurice-Tison).
- Lille (J.-L. Salomez).
- Marseille (R. Sambuc).
- Rennes (J. Chaperon).

### Le centre interrégional

- Il organise les formations dans l'interrégion conformément à la méthodologie « Psas ».
- Il assure l'accompagnement.
- Il soutient la mise en œuvre des projets régionaux de santé.

### Le groupe de programmation

- Il est constitué lors (et après) la première réunion régionale de lancement de la Psas.
- Il comprend entre 12 à 15 personnes, concernées par le thème de santé qui s'engagent dans la durée.
- Il est souhaitable que la composition du groupe reflète des positions et des intérêts variés par rapport au thème de santé retenu.

### Les principes

- La population est au cœur de la démarche.
- L'accent est porté sur les stratégies de l'ensemble des acteurs.
- Il s'agit d'une approche globale du thème de santé : prévention, prise en charge et suivi.

### La méthode

- Formation-action.
- 4 rencontres de deux jours, séparées par des travaux sur le terrain.
- 10 à 15 personnes par région.
- Une échéance : la formulation d'un projet régional de santé.
- Un suivi sur le terrain conforme au « modèle » des premières programmations (ENSP, universités, DGS, référents DGS, coordonnateurs Drass).

### Programme des rencontres

#### 1<sup>er</sup> Regroupement

- Argumentation de l'état des lieux au regard du thème de santé retenu (déterminants).
- Identification des acteurs concernés et recherche d'une démarche pour les rencontrer.
- Validation des données avec le maximum d'acteurs concernés.

#### 2<sup>e</sup> Regroupement

- Les stratégies des différents acteurs.
- Forces et faiblesses des dispositifs de prévention et de prise en charge.

#### 3<sup>e</sup> regroupement

- Élaboration des objectifs du programme régional de santé.

#### 4<sup>e</sup> regroupement

- Présentation du PRS, conditions de mise en œuvre.

sont des réalités — exemple ces dernières années : les conférences régionales de santé, les États généraux de la santé, la loi sur le droit des malades, la méthodologie d'élaboration des Praps et des PRS...

Les programmes régionaux de santé se sont en effet inscrits dans une philosophie de l'action publique.

Au-delà des choix techniques, c'est penser que les gens sont porteurs d'une histoire personnelle et collective, qu'ils peuvent donner leur avis, qu'ils ont des propositions de solutions; qu'il est possible en créant des cadres favorables de les prendre en compte. C'est rediscuter les priorités du point de vue des populations concernées.

Les PRS, c'est croire au niveau local (les développements récents des programmes locaux, territoriaux de santé, renforcent ces convictions...).

C'est développer des démarches (parfois incertaines mais participatives).

C'est se repositionner au sein des institutions.

C'est permettre aux populations de prendre du pouvoir sur leur environnement, leurs conditions de vie et tout

ce qui rend compte de leur état de santé (cf. charte d'Ottawa).

Vœux pieux, bonnes intentions pour certains. L'élaboration de tous ces programmes n'est ni comprise ni appropriée (appropriable!) par tous... Il y a une tendance forte à retrouver de vieilles ornières pour faire de la planification à teinture locale...

Si la mobilisation doit être au cœur des programmes, elle est sans cesse à travailler. Partager un diagnostic, s'entendre sur des objectifs, assurer la mise en œuvre d'actions suppose de l'adhésion et de la conviction... et cela ne se décrète pas!

Il y a urgence à former ou à poursuivre la formation de professionnels et d'équipes suffisamment reconnus et légitimés pour animer ce processus en respectant les principes et les valeurs.

La mobilisation, on a tout à y gagner. En l'améliorant et la développant, le temps dépensé n'est pas du temps perdu... L'action est plus efficace, on développe de la responsabilité et peut-être et surtout de l'engagement et de la citoyenneté. ✨