



Les programmes régionaux de santé, un outil d'acculturation en santé publique ?

Jean-Louis Salomez
Professeur de santé publique, Service de santé publique, Centre hospitalo-universitaire de Lille

Il n'y a pas eu, à notre connaissance, d'évaluation de cette acculturation. Le contenu de cet article est basé sur une expérience de formateur et de témoin de ce qui s'est passé dans une région française, le Nord-Pas-de-Calais.

Les programmes régionaux de santé n'ont pas seulement été une régionalisation des politiques de santé publique. Ils ont inauguré, dans notre pays, un nouveau mode de pensée faisant passer la programmation des actions de santé publique d'une démarche descendante à une méthode participative qu'on pourrait qualifier d'ascendante. Traditionnellement, la démarche de programmation est pilotée par les acteurs institutionnels, en règle l'État. Elle fait souvent appel à des groupes d'experts consultés sur les orientations du programme, parfois sur ses modalités de mise en œuvre. Le programme ainsi réalisé est décliné au niveau régional ou local, laissant peu d'espace de liberté aux acteurs. Une telle méthode, valide lorsqu'elle s'attache à des actions de santé publique qui se décrètent, a ses faiblesses lorsqu'il s'agit de modifier les attitudes ou les comportements¹. Le modèle prescriptif ou rationnel connaît là ses limites. Certes les fondements de la promotion de la santé nous ont appris à faire reposer sur la communauté le choix des priorités et les orientations du programme, mais cette approche était souvent en France confinée aux acteurs de terrain et limitée aux actions locales. L'apparition dans le milieu des années quatre-vingt-dix des conférences et des priorités régionales de santé, la reconnaissance des programmes régionaux de santé ont introduit un nouveau paradigme dans la construction des stratégies de santé publique. Désormais l'élaboration des programmes de santé publique était confiée à un groupe de programmation, certes piloté en règle par un acteur institutionnel, mais composé d'acteurs de terrain, d'usagers, de professionnels des institutions sanitaires et sociales, de représentants des organisations concernées par le programme. Cette démarche peut être qualifiée d'ascendante dans la mesure où la validation institutionnelle se fait *a posteriori*.

Les formations-actions : outils d'une méthodologie commune

Dès sa mise en œuvre, elle s'est cependant heurtée à une difficulté : comment confier une telle mission à un groupe non formé aux méthodes de programmation en

santé publique ? L'idée a été de confier en 1996 à six équipes universitaires², en collaboration avec l'ENSP, le rôle de formateur des groupes de programmation. Dans ce contexte, il n'était pas envisageable de mettre en place des enseignements traditionnels. Le choix s'est porté sur des formations-actions organisées sous forme de séminaires (6 journées au moins) où les groupes seraient accompagnés dans l'élaboration de leur programme tout en se formant aux méthodes de projets en santé publique. De cette première expérience quel bilan peut-on tirer ? Une réussite semble-t-il, du moins dans la région Nord-Pas-de-Calais. L'appropriation de la méthode a été importante, comme en témoigne certes l'élaboration du programme mais, surtout l'acquisition d'un langage commun et d'un mode de pensée qui s'est pérennisé après la publication du programme. Les concepts de diagnostic de santé publique, d'objectifs, d'évaluation sont désormais au centre des débats des groupes de suivi de la mise en œuvre des programmes. Le cahier des charges de l'appel d'offres annuel, l'évaluation des projets présentés par les acteurs de terrain se font désormais selon les critères méthodologiques classiques des programmes de santé publique, sans qu'il y ait besoin d'une intervention d'expert. Les membres des groupes de programmation ont également joué un rôle de relais dans les sous-groupes qu'ils avaient mission d'animer. Dès cette époque cette acculturation a gagné le monde des décideurs dont le discours s'est progressivement teinté de méthodologie et d'exigence de rigueur dans l'élaboration des projets. La méthode s'est imposée dans les débats du comité régional des politiques de santé et de la commission exécutive des PRS.

L'acculturation s'est faite aussi chez les porteurs de projets. Soumis à des exigences méthodologiques inhabituelles, ils ont dû s'adapter à de nouveaux modes de rédaction et de présentation de leurs actions. Certains ont pu être désorientés, qui depuis de nombreuses années voyaient reconduits des financements d'actions sur de simples intentions ou sur une position sociale reconnue. La nécessité d'objectifs clairs, de modèles d'intervention en adéquation avec ces objectifs, d'un plan d'évaluation rigoureux s'est progressivement imposée. Des ateliers d'écriture de projets, des séminaires sur l'évaluation ont été organisés pour leur venir en aide. L'importance du nombre de porteurs de projets (plus de 1 000 projets ont été déposés en 2002) a entraîné un phénomène de démultiplication de la méthode.

Un effet démultiplicateur auprès de tous les acteurs

En région Nord-Pas-de-Calais, la démarche des PRS s'est rapidement accompagnée de programmes locaux ou territoriaux. Dans chaque arrondissement a été initié un programme territorial de santé. De nombreuses communes, dans le cadre de contrats de ville ou d'agglomération, parfois en partenariat avec les conseils généraux, ont bâti des projets de santé. Les pilotes

1. Nous ne développerons pas ici les problèmes éthiques qui s'attachent aux politiques visant à agir sur les comportements.

2. Bordeaux, Lille, Marseille, Nancy, Paris, Rennes.

de ces programmes territoriaux sont issus d'institutions (État, conseils généraux, hôpitaux, assurance maladie...) ou ont été recrutés spécifiquement pour cette mission. Ici encore, la nécessité d'une formation de ces pilotes nous a conduits à mettre en place des séminaires dès le départ de la démarche puis, au fil du temps pour les accompagner dans leurs projets. Ces séminaires avaient également une fonction d'échange, de mise en réseau, parfois même de groupes de parole. L'effet démultiplicateur s'est également produit à ce niveau en direction des groupes de programmation et de pilotage locaux.

La logique d'une formation des acteurs en amont nous a conduits, au sein du département universitaire de santé publique du CHU de Lille, à introduire dans les enseignements traditionnels sur les programmes de santé des séminaires calqués sur les formations-actions des PRS. Ces formations font désormais partie des programmes du diplôme d'université de santé publique, de la licence et de la maîtrise en sciences sanitaires et sociales, du DES de santé publique, du DESS éducation et santé. Elles seront intégrées au master santé publique, sciences humaines, sciences sociales dont le projet sera bientôt déposé

Sept ans après le début des PRS dans la région, quels sont les acquis de cette démarche ? À l'évidence une réelle acculturation générale des acteurs quelle que soit leur position institutionnelle. Le discours de santé publique, la méthodologie générale de programmation se

sont imposées dans la plupart des projets. Probablement aussi peut on constater à cette occasion l'émergence d'un nouveau mode de programmation en santé publique « à la française », à mi-chemin entre le groupe d'experts ou de professionnels et le « tout-usager » auquel certains veulent réduire la démarche de santé communautaire. Cette acculturation a certainement permis d'augmenter les compétences méthodologiques des acteurs de terrain. Elle a permis aux acteurs institutionnels de développer un modèle de travail en commun allant au-delà de la simple empathie ou des jeux d'acteurs. Elle a été également l'occasion de construire un langage commun entre usagers et experts. Pour les universitaires, le bénéfice est également important. Les PRS ont été l'occasion pour certains d'entre nous de sortir de nos facultés, de mieux prendre en compte la réalité du terrain, de coopérer avec les institutions. Ce décroisement nous a permis de mieux professionnaliser certaines de nos formations et de confronter nos messages théoriques aux réalités de l'exercice de la santé publique.

Cet acquis paraît fondamental. Il semble cependant fragile. L'époque est aux plans nationaux, aux objectifs inscrits dans la loi, à la réaffirmation de la place de l'État dans la conduite des politiques de santé publique. Il n'est pas ici question de critiquer, ni même de discuter ces orientations. Il est cependant souhaitable qu'à cette occasion ne soit pas perdu ce qu'ont apporté les PRS, notamment en matière d'acculturation en santé publique. ✨

Contenu des séminaires de formation à la programmation

Le diagnostic

- La définition du champ du programme.
- La recherche des déterminants du thème de santé.
- Le recueil des données utiles pour bâtir le programme.
- L'analyse des actions déjà effectuées.
- Le recensement et l'analyse des acteurs.
- L'analyse des jeux d'acteurs.

Le modèle conceptuel

- La hiérarchisation des déterminants et leur classement en fonction de leurs modes d'action.

L'élaboration des objectifs

Les modèles d'intervention en santé publique

- Quels sont les types d'intervention à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs en fonction des connaissances scientifiques ou profanes ?

Les actions

L'évaluation

- Les différentes modalités d'évaluation.
- L'assurance de la qualité du programme.
- L'évaluation des objectifs, des résultats.
- L'évaluation des moyens.

Ces formations ne sont pas théoriques. Elles s'appuient sur un programme « réel » qui est bâti tout au long des séminaires.