

# Évaluation et bilan

La mise en œuvre des PRS a transformé les modes d'intervention en santé publique et le constat est plutôt positif : décloisonnement institutionnel, mobilisation des acteurs et évolution des pratiques. La loi relative à la santé publique offre l'opportunité de rénover le dispositif et de renforcer une culture commune de santé publique.

## Les articulations entre programmes nationaux, régionaux et locaux de santé

**René Demeulemeester**  
Médecin inspecteur  
de santé publique,  
chef du département  
programmation,  
Inpes

**A**u cours des années quatre-vingt-dix, tandis qu'au niveau national les différents services de l'État, les caisses d'assurance maladie et les grandes associations continuent de développer leurs actions de façon plus ou moins autonome, au niveau régional, les programmes régionaux de santé renforcent les partenariats entre administrations, avec l'assurance maladie, les associations et, dans de nombreux cas, avec les collectivités territoriales. Dans le même temps, émergent à travers les politiques locales des pratiques collectives transversales très éloignées des relations pyramidales traditionnelles [33].

Quels ont été au cours de cette période, et dans le cadre de ces programmes, les différents modèles d'articulation entre niveau national et niveau régional ? Comment ont progressé les relations avec le niveau local ? Quelles sont les leçons de ces expériences ? Quelles nouvelles perspectives d'articulation la loi relative à la santé publique va-t-elle ouvrir ? Autant de

questions auxquelles cet article va tenter d'apporter des éléments de réponse.

### Les expériences

#### *Entre national et régional, des articulations à géométrie variable*

##### *Les programmes nationaux normatifs*

L'antique modèle de gestion par directives persiste dans certains programmes nationaux. Proposés par des experts, avec une faible perception des contraintes des acteurs locaux, ces programmes ont tendance à être focalisés sur ce qu'il faudrait faire et à oublier l'organisation des conditions qui vont permettre de le faire. Ils connaissent de grandes difficultés de mise en œuvre.

##### *Les précurseurs des programmes régionaux de santé*

La lutte contre le sida a initié dès 1990 des programmes départementaux pluriannuels en lien étroit avec un programme national. Le niveau national assurait les formations à la programmation, organisait régulièrement des rencontres entre acteurs locaux, fournissait les référentiels d'action et de prise en charge. Il coordonnait également le recueil et le traitement d'informations standardisées et relativement détaillées. Ces programmes, en dépit de leur logique thématique forte, ont entraîné du niveau national au niveau local un important décloisonnement institutionnel et professionnel. Cela au prix d'une lourde organisation dédiée, nationale et locale, et d'importants crédits fléchés tant pour les soins que pour la prévention.

### *Les programmes régionaux de santé autonomes*

Une programmation stratégique des actions de santé sur la base de priorités définies dans la région est expérimentée à partir de 1994. Elle complète les schémas régionaux d'organisation des soins et permet de développer la coordination des différents partenaires en structurant, notamment, les activités de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de prévention. L'articulation avec les priorités nationales ne répond à aucune règle imposée en dehors d'informations itératives entre Conférence nationale et conférences régionales, sans possibilité d'influence forte d'un niveau sur un autre. Quand un ministre fixe une priorité nationale, aucune règle ne contraint l'autorité déconcentrée à élaborer un programme qui déclinerait le plan national [21]. Au niveau national, une équipe réduite au minimum organise une formation, des échanges de pratiques plus ou moins réguliers et un recueil minimum d'informations sur les programmes. Cette faible visibilité nuit à la reconnaissance des programmes régionaux par le niveau national.

### *L'animation nationale de programmes régionaux obligatoires*

Obligation réglementaire à partir de 1998, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins bénéficient clairement de l'expérience des programmes régionaux de santé. Leur implantation est soutenue par la direction générale de la Santé qui leur attribue financement, soutien méthodologique, échange d'expériences et processus d'évaluation. S'adressant à des populations qui cumulent les difficultés pour lesquelles il existe peu de méthodes d'action et encore moins de méthodes d'évaluation scientifiquement validées, ces programmes ont une image qui pâtit plus que d'autres de la difficulté à mettre en évidence des résultats concrets.

### *Une stratégie nationale fondée sur des expériences régionales*

Dans le cas du suicide, un groupe national utilise les compétences acquises dans les régions pour la mise au point, en 2000, d'une stratégie nationale. Réciproquement, l'existence de ce groupe permet l'intégration dans les programmes régionaux de références nationales et internationales. Il s'agit d'un des rares modèles de relation national-régional à bénéfice mutuel. Ce sont aussi les premiers programmes régionaux pour lesquels une présomption d'efficacité a pu être mise en évidence.

### *La déclinaison régionale d'un programme national*

C'est le modèle récent du programme national nutrition santé. Le succès de cette déclinaison, malgré un départ un peu houleux, tient sans doute à plusieurs ingrédients. Il s'agit d'un programme particulièrement bien construit, avec des références claires et simples, dont le caractère positif répond à une aspiration actuellement répandue à la forme et au bien-être. Son élaboration a donné lieu à une concertation exemplaire entre institutions nationales, dont bénéficie la concertation locale. Le niveau national fournit des supports de qualité et d'appropriation aisée. Les liens avec le niveau régional

reposent sur un référent identifié. Enfin le niveau national n'a pas cherché à imposer la forme de son intégration dans les programmes régionaux, ce qui a facilité son adaptation au tissu local.

### *Quand le régional reconnaît le local*

#### *L'absence d'investissement des collectivités territoriales répond au centralisme régional*

Au moment des premières expériences de programmes régionaux de santé, l'articulation régionale locale n'a pas été pensée. Le niveau régional est peu identifié dans ce champ, alors que les départements sont des entités reconnues depuis très longtemps. À cela s'ajoute que les Drass, rompues à la planification, sont moins habituées au fonctionnement des collectivités locales, aux arcanes de la politique de la ville et au partenariat avec les associations. Dans un premier temps les actions sont assurées par les partenaires contactés directement sur la base de fiches actions réalisées par le groupe de programmation. La mécanique s'enclenche mal. Rapidement cependant les régions inventent les modalités qui vont permettre l'insertion locale des actions.

#### *L'appui sur les départements*

Les départements sont en général retenus comme l'échelon pertinent pour la coordination territoriale des actions. C'est à ce niveau que peuvent se mobiliser les moyens des collectivités territoriales départementales tels que la Protection maternelle et infantile (PMI). C'est le niveau de coordination du sanitaire et du social. Les compétences humaines y sont suffisamment proches pour être mutualisées. Enfin ce niveau a une grande expérience des relations avec le local.

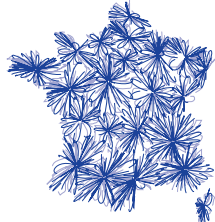
#### *Les appels à projets*

Cette technique permet la transformation des objectifs des programmes en actions concrètes conduites au plus près des populations. Elle est de plus en plus employée. L'appel d'offres est fait sur la base des objectifs du programme et la rédaction des fiches actions à partir des propositions de projets retenus. Sous une forme plus contraignante, les fiches actions servent de cahier des charges pour l'appel à projets.

L'accroissement de la concertation entre décideurs permet la mise en place d'un guichet unique qui renforce à la fois le volume et la cohérence de l'appel à projets et signe le partenariat explicite des décideurs. Dans les meilleurs des cas, ce guichet unique est accompagné d'une aide méthodologique. Les appels à projets peuvent être complétés par des conventions pluriannuelles d'objectifs qui favorisent le financement des actions dans la durée et soutiennent la professionnalisation des acteurs.

#### *Les ateliers santé ville*

Ils sont au nombre d'une soixantaine environ. Issus du mariage entre programmes régionaux de santé et politique de la ville, ils bénéficient du rôle de levier de la politique de la ville et de sa capacité à fédérer les acteurs autour d'une appréciation commune des problèmes qui se posent à un territoire. Tandis que les programmes



## Politiques et programmes régionaux de santé

régionaux de santé y apportent la légitimité d'un débat public au cours de la conférence de santé, la démarche de programmation, l'appui sur une politique régionale claire et l'engagement institutionnel.

### **Les programmes territoriaux de santé**

Ils sont actuellement développés dans la majorité des territoires de la région Nord-Pas-de-Calais ; des expériences similaires sont tentées dans d'autres régions. Ils reposent sur l'idée qu'un projet territorial n'a de chance d'être pertinent que s'il est fondé sur un diagnostic partagé par les acteurs locaux des forces et des faiblesses du territoire concerné.

Ces programmes permettent un investissement important des collectivités territoriales et un engagement fort des bénévoles et associations dans la dynamique des programmes régionaux de santé comme favorisant le développement de leurs actions. Ils reposent sur une démarche, une organisation et des méthodes semblables à celles qui sont mises en œuvre au niveau régional. Les programmes existants comportent en majorité des actions qui s'inscrivent à la fois dans les programmes régionaux de santé et dans le volet santé de la politique de la ville.

### **Les leçons à en tirer**

#### **La région, entre engagement local et centralisation**

Au cours de la prochaine décennie, c'est de l'évolution des modes de vie plus que des techniques médicales qu'il faut attendre les progrès les plus importants dans l'amélioration de la santé. Cette évolution ne dépend pas seulement de choix personnels, mais aussi des conditions de revenu, de logement, de scolarité et d'emploi qui sont des facteurs prépondérants de la santé et de la qualité de vie. Pour agir sur ces déterminants, le ministre de la Santé a besoin de mobiliser les acteurs institutionnels et la société civile, et d'inscrire ses politiques dans des lieux proches des personnes.

C'est ainsi que les trois quarts des actions des programmes régionaux de santé sont des actions locales et qu'une majorité d'entre elles sont mises en œuvre par des associations. Or, au niveau local, le point de départ de ces actions résulte moins du suivi de directives nationales que de la rencontre de personnes ayant en commun la même préoccupation, par exemple des parents et des enseignants qui s'inquiètent des tentations de leurs enfants face aux produits psychoactifs [33]. Réciproquement, pour agir, ces personnes ont besoin de s'appuyer sur des politiques claires et relativement stables dans le temps, et d'un minimum de ressources financières, documentaires et méthodologiques.

Entre niveau national et niveau local, la région occupe une position stratégique de relais. Elle intègre les priorités nationales. Elle prend en compte les variabilités dans la démographie, dans l'importance des problèmes de santé et des déterminants, dans l'implication des collectivités territoriales et dans l'importance du tissu

associatif. Elle est à l'écoute des besoins locaux. Elle-même prend appui sur les niveaux départementaux et les collectivités locales. Ainsi, comme le constate l'Igas, le succès d'un programme régional de santé repose moins sur le bon fonctionnement de procédures administratives qu'il ne dépend d'une forme d'alchimie et de la bonne volonté des uns et des autres [21].

### **Des rôles clairement répartis**

Le niveau national établit lois et règlements. Il affirme les objectifs d'une politique de santé, mais il crée aussi la faisabilité de cette politique nationale. Créer la faisabilité de la politique nationale de santé, c'est donner de la visibilité aux programmes nationaux ; répartir clairement les rôles entre organismes nationaux (ministère, assurance maladie, agences) ; assurer une répartition équitable des moyens ; proposer des modalités de coopération et de contractualisation entre État central et niveau local, entre pouvoir administratif déconcentré et pouvoir politique décentralisé ; dégager les moyens humains et matériels nécessaires à l'assistance technique aux régions. Des programmes nationaux on attend moins une formulation détaillée des actions à réaliser au niveau régional ou local que des stratégies claires qui permettent des formes d'élaboration et de mise en œuvre adaptées à la variété des situations régionales dès lors que les principes généraux sont respectés [10].

Au niveau régional, il appartient d'organiser les débats qui vont permettre aux acteurs institutionnels, professionnels et associatifs d'intégrer dans une politique régionale d'amélioration de la santé les priorités de la politique nationale de santé et les besoins et aspirations locales ; c'est un niveau de concertation où administration déconcentrée de l'État, organismes d'assurance maladie et collectivités territoriales devraient être en capacité d'afficher un partenariat étroit. C'est à ce niveau que devrait se développer l'ingénierie de projet avec aide aux promoteurs dans l'élaboration puis la réalisation de leurs actions.

C'est au niveau local que s'expriment les initiatives, c'est là que se mettent en place les réseaux de professionnels et d'usagers et qu'il est possible de prendre appui sur les acteurs du développement social. C'est aussi le niveau décentralisé par excellence, où pour être efficace toute action doit être soutenue par les responsables locaux et où l'État, exceptionnellement représenté, ne peut agir qu'en position de partenaire.

### **Des relations fondées sur un partenariat**

Dans ce partenariat, les rôles peuvent se répartir de la façon suivante [6] : le niveau national établit les références et procure ressources et conseils, le niveau régional décide de la nature, du contenu et de la stratégie des programmes ; le niveau local les rend opérationnels. La cohérence entre ces différents niveaux repose sur des principes et méthodes partagées, des références communes, des personnes relais, la négociation et le contrat.

**Des informations partagées pour des décisions partagées**

À chaque niveau, le besoin d'un système d'information relatif à la situation, aux références et aux interventions en santé publique est ressenti avec acuité [14]. La condition indispensable du rapprochement des décisions au plus près des personnes est une vision claire par les autres niveaux de ce qui est effectivement mis en œuvre et de l'impact qui en résulte. Ce système d'information devrait dans l'idéal être intégré depuis le niveau local jusqu'au niveau national. Les nouvelles technologies de l'information ouvrent dans ce domaine des perspectives que l'on ne pouvait imaginer il y a encore quelques années.

**Les perspectives****Une organisation renforcée**

La loi relative à la santé publique affiche, pour la première fois en France à un tel niveau, des objectifs et des plans stratégiques nationaux de santé. Elle réaffirme le rôle pilote de l'État dans ce domaine. Elle s'inscrit clairement dans la continuité des expériences antérieures. Les conférences régionales de santé sont maintenues ; le projet de loi prévoit que les programmes régionaux de santé en cours sont poursuivis jusqu'à leur achèvement, il légalise les travaux des schémas régionaux d'éducation pour la santé qui réunissent les éléments

de compétences régionales et les relie aux réseaux locaux. La loi crée, sur la base de ces acquis, des plans régionaux de santé publique, à la fois déclinaison de la politique nationale et support d'une politique globale d'amélioration de la santé dans la région. Elle renforce les capacités de mise en œuvre de cette politique par la mise en place d'un exécutif fort, le groupement régional de santé publique.

**Des articulations à inventer****Entre niveau régional déconcentré et région décentralisée**

Le projet de loi demeure très ouvert sur ce point. Dans le même temps qu'il invite les collectivités territoriales à participer au groupement régional de santé publique, il reconnaît à la région la possibilité de définir ses propres actions de santé. C'est donc, d'une part, de l'attitude de l'État dans l'application de ces textes, de sa capacité à convaincre, rassembler, encourager et, d'autre part, de la volonté de ses partenaires régionaux que dépend la cohésion des politiques régionales de santé.

**Entre niveau régional et niveau local**

Le projet de loi est muet sur ce point. Dans un sens, cela laisse aux niveaux régionaux et aux collectivités locales la capacité d'élaborer progressivement leur propre doctrine, ce qui est plutôt un atout face à la diversité des territoires. D'un autre point de vue, cela risque d'être

**Le site Internet des CRS-PRS-Praps : [www.ensp.fr/prs-crs-praps/](http://www.ensp.fr/prs-crs-praps/)**

Dès 1999, avec le soutien technique de la Banque de données en santé publique (BDSP), l'École nationale de la santé publique a été chargée par le ministère de l'Emploi et de la Santé de collecter et rassembler l'ensemble des documents émanant des travaux des conférences régionales de santé, des programmes régionaux de santé ainsi que des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) depuis leur création, en vue de les mettre en ligne sur Internet.

En 2000, une première maquette de site Internet CRS-PRS-Praps — rassemblant les publications en texte intégral de trois régions-pilotes — est présentée lors de la réunion des coordonnateurs des programmes régionaux. Le mois suivant, Christian Nicolas, chargé du dossier à la direction générale de la Santé, diffuse une note d'information auprès des directeurs

régionaux des Affaires sanitaires et sociales afin que, dorénavant, la totalité des publications existantes soit adressée au Centre de ressources pédagogiques de l'ENSP. Ainsi grâce à la mobilisation et à la coopération des coordonnateurs des CRS, PRS et Praps en région, l'ENSP a pu collecter en quelques mois 350 documents.

La première tâche a consisté à faire numériser l'ensemble des documents (environ 12 000 pages au total) car peu de fichiers complets avaient été à cette période archivés par les services régionaux. Progressivement, l'envoi des fichiers informatiques des rapports, bilans, actes des CRS et PRS et la mise en ligne directe des publications par plusieurs Drass sur leur propre site Internet (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Corse) ont permis des

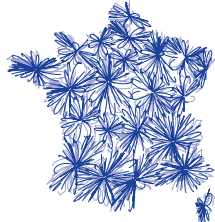
misés à jour régulières de la banque de documents en ligne suivie par l'ENSP et la BDSP.

La collaboration entre l'ENSP, la BDSP, les responsables — coordonnateurs des CRS, PRS et Praps — et la DGS a été et reste un atout majeur de la réussite de ce projet. Les contacts sont réguliers afin de mettre à jour les données, y compris la liste des coordonnateurs.

Afin de faciliter l'accès aux informations, l'architecture du site Internet a été conçue pour permettre des recherches par régions, par thèmes et par années.

Depuis peu, ont été intégrés sur le site Internet les documents relatant l'histoire et le bilan des conférences et programmes régionaux de santé. Les documents en texte intégral sont également disponibles en interrogeant la BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr> ainsi que la base de données de l'École nationale de la santé publique : <http://www.ensp.fr>. ✨

**Colette Bertin**  
Assistante archiviste  
**Jack Garçon**  
Archiviste  
ENSP



compris comme une absence de reconnaissance du rôle fondamental des acteurs territoriaux et des initiatives locales. À défaut de référentiel sur l'organisation des actions de santé dans les territoires, des échanges de pratiques entre régions mériteraient d'être organisés sur ce point de façon à clarifier progressivement les relations entre les actions des communes ou communautés de communes, la politique nationale et la politique régionale de santé publique.

### *Entre institutions, professionnels et citoyens*

Ce sont au bout du compte les personnes qui vont être les principaux acteurs de la santé publique par les modifications de leur comportement. Puisqu'on ne manque pas de faire appel à leur responsabilité, il faut aussi leur donner la capacité de l'exercer et de participer aux programmes et actions de santé dès le stade de leur

élaboration. Pour cela, il faut non seulement maintenir l'organisation de débats publics réguliers en région, mais aussi étudier la mise au point de systèmes de participation des acteurs et de la population à des niveaux territoriaux plus proches, s'inspirer des expériences étrangères et promouvoir les recherches et évaluations concernant la participation citoyenne.

### **Trouver le bon équilibre**

En définitive, l'enjeu majeur dans l'application de la loi relative à la santé publique sera de trouver un équilibre entre une trop grande variabilité de processus et un fonctionnement uniforme, fondé sur un idéal théorique, mais peu acceptable par les acteurs régionaux et locaux et irréalisable en pratique. ❄

## L'évaluation des programmes régionaux de santé

**Françoise Jabot**  
Médecin de santé  
publique, enseignant-  
chercheur,  
École nationale de la  
santé publique

**A**u terme de la décennie qui a vu naître, grandir et prospérer les programmes régionaux de santé, l'heure est au bilan, d'autant que se profilent les futurs plans régionaux de santé publique (PRSP). Le pari, audacieux à l'époque, a-t-il été gagné ? A-t-on réussi à produire les changements escomptés ? Parmi les programmes mis en place dans les régions, certains sont supposés « marcher » versus ceux qui « ne marchent pas ». Un constat partagé qui mérite d'aller plus avant, à partir des informations disponibles en France et de quelques expériences conduites à l'étranger, pour tenter d'explicitier les conditions de succès ou d'échec de ces programmes.

### **De l'expérimentation à la légitimation des programmes (1994–1997)**

Les régions volontairement engagées dans la démarche de programmation ont, le temps de l'expérimentation, bénéficié d'un accompagnement. Une formation-action ponctue alors les avancées balbutiantes de ces premiers programmes. Les bilans issus des regroupements des coordonnateurs et de leur équipe tiennent lieu d'évaluations et jouent un rôle structurant. Au terme de la première année [31], les constats sont partagés sur l'importance d'avoir du temps pour identifier, connaître et reconnaître les acteurs et leur savoir-faire, échanger des informations, établir des relations de confiance, construire des partenariats. Sont également évoqués la légitimité des priorités retenues et le niveau pertinent du pilotage. Chacun s'accorde à souligner l'importance d'une méthode structurante et la constitution d'un groupe motivé et pluridisciplinaire. Impliquer les décideurs, obtenir des financements, créer un espace de concertation, donner la parole à l'usager sont des pré-

occupations récurrentes. Les complémentarités avec les autres dispositifs au niveau régional, en particulier avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), doivent être recherchées ; la notion de « plan régional de santé » est déjà suggérée. La conception d'un État animateur et non plus leader exclusif se renforce.

Dès la phase opérationnelle, le soutien politique, les ressources à affecter, la mobilisation des acteurs — difficile à entretenir en l'absence de formalisation — restent parmi les difficultés à surmonter. Néanmoins, la volonté d'agir des acteurs engagés, les relations de partenariat abouties sont des réalités. Les propositions émanant de ces rencontres [23] seront traduites dans les textes<sup>1</sup> et ceux-ci donneront la légitimité qui faisait défaut. La circulaire de 1997 précise les modalités de mise en œuvre des programmes et signe le passage de l'expérimentation de quelques programmes à la mise en place d'un dispositif qui va se développer sur l'ensemble du territoire national.

Progressivement, les régions s'engagent dans ce mouvement, avec plus ou moins d'enthousiasme : celles qui y croyaient et celles qui n'y croyaient pas... En 1996, trois Drass<sup>2</sup> engagées dans cette démarche organisent une concertation interrégionale autour d'un projet de formation-action-recherche dans le but de développer la culture de santé publique dans les services déconcentrés. Avec l'appui des services du ministère et de l'École nationale de la santé publique, le volet relatif à l'évaluation des programmes se concrétise en 1998.

1. Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins du 24 avril 1996 ; décret n° 97-360 du 17 avril 1997 ; circulaire n° 7-731 du 20 novembre 1997.

2. Les Drass des régions Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes seront rejointes en 1997 par la région Midi-Pyrénées.



Des projets d'évaluation seront élaborés, mais aucun d'entre eux ne sera mis en œuvre. Le manque de communication institutionnelle et une quasi-absence de reconnaissance de la part des directions sont les principales raisons invoquées. À cette époque, la démarche de programmation jugée quelque peu « égotique » bénéficiait d'un crédit limité et la pratique de l'évaluation, guère plus admise, cristallisait des résistances. En revanche, pour les participants, la formation a permis de fonder une réelle connaissance théorique en matière d'évaluation mais aussi, à partir du questionnement évaluatif, de reconsidérer l'argumentaire et la construction des programmes.

### L'essor des programmes dans les régions

Le mouvement de généralisation des programmes s'intensifie à la fin des années quatre-vingt-dix, traduction des priorités issues des conférences régionales de santé (CRS) et de la loi de lutte contre les exclusions en 1998, qui prescrit, à toutes les régions, l'élaboration d'un programme d'accès à la prévention et aux soins (Praps) pour les personnes en situation de précarité.

### La première évaluation nationale

En 1998, la direction générale de la Santé confie à l'Aspher [10] une évaluation nationale afin de déterminer les facteurs facilitants et les obstacles à la réalisation des PRS. Étayé par la revue des quarante-huit programmes en cours et une analyse plus approfondie de quinze d'entre eux, ce travail met en exergue des difficultés liées à un soutien institutionnel inégal, l'insuffisance de ressources humaines et financières, un déficit de temps consacré à ces programmes, des faiblesses méthodologiques, des problèmes d'articulation entre les niveaux régional et départemental, une carence de communication et l'absence de procédures de suivi et d'évaluation. En revanche, il est noté que la mise en place des PRS, sur des priorités rarement contestées, a permis de mobiliser les institutions et les acteurs, de construire des partenariats, d'induire de nouvelles formes de travail. Ces constats donnent lieu à la formulation de vingt recommandations qui s'avéreront assez inégalement suivies. Une étude complémentaire [32], menée par la Société française de santé publique, révèle l'insuffisance de formation des coordonnateurs sur les aspects de management, mais aussi la faiblesse de la coordination nationale. Des échanges seront ensuite organisés, en 2000, pour l'ensemble des PRS, puis sur quelques thématiques.

Plus de cent programmes en œuvre à ce jour, en comptabilisant les Praps<sup>3</sup>, voilà qui a indéniablement modifié le paysage de la santé publique ! En janvier 2004, on dénombre 106 PRS autour d'une vingtaine de thèmes. Bien qu'ils n'aient tous ni le même dynamisme, ni le même degré de reconnaissance, la moyenne de trois

PRS par région atteste de la réalité de la traduction des priorités des conférences régionales de la santé dans les régions.

### Le processus d'évaluation au niveau régional

C'est à partir des années 2000 que les régions (plus du tiers) ont lancé leurs évaluations. Aujourd'hui, un quart des programmes régionaux de santé<sup>4</sup> a fait l'objet d'un processus d'évaluation. Émanant généralement d'une commande du comité régional des politiques de santé, elles s'intéressent principalement à l'état d'avancement et à la gestion des programmes dans l'optique d'un réajustement, qu'il s'agisse de la réorientation des objectifs ou de l'amélioration du pilotage, ou encore en vue de préparer l'évaluation finale. Les questions plus volontiers descriptives portent sur le programme lui-même (contenu, mise en œuvre, innovations, mode de management, mobilisation des partenaires), les effets induits en termes de décloisonnement entre institutions et entre composantes (santé et social), les articulations entre les niveaux géographiques et avec les autres dispositifs. En cohérence avec les textes fondateurs, ces évaluations s'intéressent aux enjeux des programmes et pour cela, privilégient la recherche de la pluralité des points de vue. Là où la dynamique de concertation était la plus forte<sup>5</sup>, un processus d'évaluation résolument participatif a pu se mettre en place. Des séminaires à vocation de réflexion ou de communication ont permis de fédérer les acteurs concernés, de construire le dispositif d'évaluation autour d'une démarche génératrice de transformations au sein des programmes, et d'apprentissage pour les personnes impliquées.

L'analyse d'un échantillon d'évaluations de programmes construits sur des thématiques variées<sup>6</sup> et issus de régions aux caractéristiques différentes<sup>7</sup> confirme les constats antérieurs et met en exergue quelques éléments de contexte.

### Le consensus au prix de faiblesses méthodologiques

Basés sur une approche environnementale large, ces programmes de première génération sont marqués par un souci d'exhaustivité ; il en résulte un champ très vaste, des objectifs généraux, voire généreux, imprécis, des objectifs opérationnels souvent flous, sans spécification de leurs cibles, peu aptes à une évaluation de résultats. Relevées en 1999, ces faiblesses méthodologiques étaient imputées à une insuffisante formation des coordinateurs. Mais on peut aussi invoquer la volonté de jeter les bases d'un consensus solide entre les acteurs mobilisés autour des programmes. Certes approximatives, les formulations retenues, loin de satisfaire aux impératifs méthodologiques, ont le

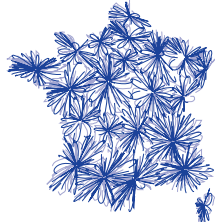
4. Sans compter les Praps.

5. Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

6. Addictions, cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, santé des jeunes, santé mentale.

7. Alsace, Guadeloupe, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

3. Ces derniers, élaborés selon la méthodologie des PRS, leur sont alors assimilés.



mérite de faire sens pour leurs auteurs. À l'évidence, l'argumentaire des programmes n'est pas toujours explicite ; les bases théoriques sous-tendant les choix, tout comme le lien entre l'état des lieux et les objectifs, ne sont pas toujours repérables. C'est davantage un diagnostic partagé qui était recherché et qui, pour bon nombre de programmes, a été obtenu. En effet, au fil du temps, avec les échanges répétés lors des rencontres, s'est construite une approche commune de la problématique, incontournable et peu aisée sur des sujets à construire, comme par exemple la santé des jeunes ou les accidents de la voie publique.

### **La mise en œuvre ; du recueil d'actions au travail de fond**

La composition des groupes, généralement bien équilibrée dans sa représentation institutionnelle et professionnelle, a évolué autour d'un noyau dur, conservateur de la mémoire du programme, faute de traçabilité écrite pour une majorité d'entre eux. Identifiés assez fréquemment par leur coordonnateur, les programmes en sont largement dépendants, ce qui engendre leur fragilité. Pour cette raison, certains ont souffert d'un manque de continuité suite au départ du coordonnateur, toutes les régions n'ayant pas opté pour un double pilotage<sup>8</sup>. Bien que les modalités d'organisation pour la gestion et le financement des projets soient éminemment variables selon les régions, on observe de plus en plus une tendance vers la mutualisation des moyens ; les appels à projets évoluent vers des procédures conjointes avec les partenaires engagés dans les financements<sup>9</sup>. Si l'instruction des projets tend à se faire dans un cadre collégial, il arrive que les arbitrages soient difficiles, faute d'un accord préalable sur les priorités. L'appel à projets peut susciter une réponse excessive, engendrant une charge considérable pour l'étude des projets — au détriment d'autres activités — pour laquelle il est difficile de maintenir l'investissement des personnes dans la durée. Si des recentrages ne sont pas opérés d'une année sur l'autre, le programme peut insensiblement se transformer en catalogue d'actions, avec le risque de perdre en lisibilité et en cohérence. Parallèlement à l'étude des projets, certains programmes ont réussi à entretenir une réflexion sur leur thème, grâce à des groupes de travail constitués en majorité d'acteurs et professionnels de terrain, qui, avec leur technicité et leur savoir-faire, ont contribué à modeler des orientations nouvelles, permettant de valoriser, voire de promouvoir, des expériences innovantes. C'est dans ces lieux que se partagent et se construisent des définitions, se créent des outils et se valident des stratégies d'intervention. Entretenir la flamme, cette mission, non écrite et pourtant essentielle pour la vie — et la cohérence — du programme, repose sur le coordonnateur,

ce qui suppose un temps conséquent pour maintenir des contacts, organiser des échanges et communiquer sur le programme. Tant humaines que financières, les ressources affectées au programme sont généralement jugées insuffisantes.

### **L'émergence du sujet et le ralliement des acteurs**

Le développement d'un programme fait émerger un thème, parfois négligé ou ignoré, qui devient alors considéré et documenté ; progressivement, l'analyse qui en est faite est relayée, puis tend à être adoptée comme référentiel. Tous les acteurs concernés peuvent contribuer à la diffusion de la « culture PRS ». En premier lieu, les membres du groupe de suivi véritablement impliqués sont des relais actifs dans leur structure d'appartenance, tant des orientations de la politique qu'ils élaborent chemin faisant que des expressions et initiatives du terrain. Sur des thèmes requérant une vision large, tels que la santé des jeunes, le suicide, les addictions, convergent les préoccupations des champs sanitaire, social et éducatif, ralliant des acteurs d'horizons variés. Alors qu'une connaissance et une compréhension meilleures des fonctionnements respectifs consacrent les efforts de rapprochement entre institutions, professionnels et associations, la participation des usagers au processus reste insatisfaisante. Vœu formulé tant dans les documents que les discours, elle se heurte à la question récurrente de la « bonne » représentativité, mais aussi au manque de savoir-faire sur les modalités de recueil et d'intégration de leur parole. Des évolutions sont cependant perceptibles avec une participation plus fréquente des associations de malades au sein des programmes « pathologies » et des tentatives variées pour rejoindre les « usagers ». La prise en compte des priorités dans les Sros et projets d'établissements, la contribution de l'agence régionale de l'hospitalisation au financement des PRS participent de la réunification entre le monde hospitalier, la santé publique et le secteur social. Certains rapprochements plus longs à établir, avec le monde libéral par exemple, ont pu aboutir quand des modalités de participation ont été trouvées en accord avec les modes d'exercice. Avec la médecine du travail, les liens — trop rarement — noués sont à renforcer. Les programmes qui sollicitent l'interministérialité, particulièrement avec des secteurs plus éloignés de la santé, se voient confrontés, au-delà du langage commun à trouver, à la question de la légitimité et au difficile partage du champ des compétences. En matière de sécurité routière, qui, des départements de la Santé et de l'Intérieur, peut ou doit porter la responsabilité de la coordination ?

### **Le PRS : opportunité de financements ou de changements ?**

Du point de vue des acteurs de terrain, c'est en premier lieu la nécessité de trouver un financement qui motive une démarche en direction du programme. L'inscription d'un projet dans le PRS permet, avec l'apport de moyens,

8. Malgré les recommandations de l'évaluation de l'Apsher.

9. Notamment l'assurance maladie pour le FNPEIS, le conseil régional dès lors que les PRS sont inscrits dans le contrat de plan État-région, exceptionnellement (région Nord-Pas-de-Calais) dans le cadre d'un « guichet unique » associant tous les partenaires financeurs.

de consolider l'action, de la faire exister et reconnaître. Bien souvent, elle suscite une remise en question du bien-fondé de cette action, des modes de faire, incite à penser des collaborations avec d'autres partenaires, suggère des évolutions. Là où un accompagnement des opérateurs est réalisé, les échanges avec le groupe de suivi du programme, mais aussi avec d'autres professionnels œuvrant sur le même terrain, contribuent à transformer le projet initial. En témoigne l'émergence de l'action « événement naissance » dans le PRS « santé des enfants et des jeunes » en Nord-Pas-de-Calais. À partir de la réflexion de trois groupes de travail thématiques<sup>10</sup> sur l'inscription de l'éducation à la santé dans les pratiques des professionnels de santé, une action commune de formation à l'éducation pour la santé a pu se construire à l'intention des personnels de santé des maternités de la région. Cet exemple illustre bien le rôle de facilitation et d'impulsion du programme qui crée les conditions de la rencontre des professionnels, favorise l'émergence d'un projet, accompagne sa maturation et rend possible sa réalisation avec l'apport d'un financement. Ce faisant, il contribue à la transformation des représentations des acteurs soignants, génère des processus de changement sur les pratiques, avec l'élaboration de nouveaux protocoles de services, et, à travers l'approche globale qu'il met en œuvre, permet de relier prévention et soins au sein d'établissements de santé.

La variété des actions en milieu scolaire a conduit les collectifs des PRS à travailler avec les opérateurs, en lien avec les équipes éducatives, les invitant à repenser la prévention autrement que par la seule diffusion d'une information. Accomplissement de ces réflexions, des chartes élaborées ici et là posent quelques principes qui guident les interventions. C'est une véritable démarche qualité qui se développe, amplifiée par l'instauration de processus de labellisation des actions.

#### **La difficulté d'orchestrer une partition à plusieurs voix**

Organiser, à partir d'un PRS, une réponse globale est un défi de taille, au regard de la complexité de l'environnement où s'entrecroisent des dispositifs multiples et morcelés : schémas de services (Sros, schémas médicosociaux), politiques nationales, autres politiques ministérielles (éducation, jeunesse et sports, justice, environnement...), politique de la ville, dispositifs sociaux, plan départemental de lutte contre les addictions, ainsi que les autres PRS et le Praps avec lesquels une coordination n'est pas toujours formalisée. Il s'agit là de mettre en phase des politiques à géométrie variable et objectifs multiples. L'implication de l'équipe du programme, sur ces dispositifs, favorise l'agencement des complémentarités, ce qui suppose des relais nombreux et actifs. Articulation n'est pas pour autant synonyme de cohérence : encore faut-il une convergence des dif-

férentes approches vers un but commun ! Dès lors qu'il est possible, le rapprochement de professionnels et d'institutionnels impliqués à différents niveaux au sein d'espaces de concertation, parce qu'il permet la confrontation de points de vue diversifiés, favorise l'ouverture vers une approche plus globale des problèmes, instaurant cette cohérence d'ensemble. Avant même que la loi relative à la santé publique n'inscrive les plans régionaux de santé dans le cahier des charges régional, les acteurs locaux avaient perçu la nécessité d'un cadre plus global, intérateur de l'ensemble des programmes et dispositifs (lire page 54).

#### **Les passerelles entre les niveaux territoriaux**

Les questions relatives à l'articulation entre les niveaux de territoires sont omniprésentes. Le niveau national peut intervenir sur le niveau régional, comme lieu de coordination ou de détermination des orientations. Sur le premier point, le cas spécifique des Praps, qui ont bénéficié d'un dispositif d'animation nationale, fournit une bonne illustration. Il s'agissait d'apporter un appui méthodologique à leur élaboration, de permettre des échanges entre les coordonnateurs et de débattre des enjeux de ces programmes. Ainsi, ces rencontres ont eu un effet structurant car elles ont permis la construction d'une culture partagée entre coordonnateurs, culture qui a largement inspiré le contenu donné aux Praps. Les priorités nationales se sont diversement intégrées dans les programmes régionaux, selon qu'elles préexistaient dans les régions (cancer, sida...) ou recoupaient les priorités régionales, accentuant le mouvement d'horizontalisation opéré, du fait des chevauchements entre différents programmes. Du pilotage très centralisé avec une faible déclinaison départementale — et *a fortiori* locale — à l'autonomie de programmes départementaux, la connexion entre les niveaux varie selon les configurations des régions ; elle est d'emblée plus facile dans les régions à faible nombre de départements. La réussite du passage de témoin au niveau local dépend, là encore, de l'implication institutionnelle, du dynamisme du coordonnateur et de l'accompagnement de la démarche pour laquelle un temps de réappropriation est toujours indispensable. À l'œuvre dans certaines régions<sup>11</sup>, le processus de territorialisation pose de façon encore plus aiguë la question de la cohérence entre les niveaux, du lien à maintenir avec le terrain et des outils adéquats. Les expérimentations encore récentes ne permettent pas de conclure.

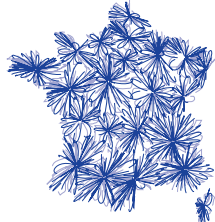
#### **Lisible, vivant, évolutif... les qualités d'un programme « qui marche »**

Tandis que les orientations retenues définissent les contours du programme, le processus de sélection des projets en détermine le contenu, selon que les critères d'inclusion privilégient la conformité aux objectifs, une répartition raisonnée des actions entre les objectifs

10. Allaitement maternel, dépistage sensoriel, compétences du bébé et de ses parents.

11. Nord-Pas-de-Calais, en particulier.





ou les territoires, la qualité des interventions, ou dans une tout autre optique, optent pour le ralliement du plus grand nombre. Ni cadre rigide, ni catalogue, un PRS s'apprécie à travers la dynamique qu'il génère en termes d'innovations, d'échanges, de production de connaissance, de montée en qualification, de construction d'une culture commune partagée. Un programme « qui marche », c'est un programme connu, qui se diffuse et se transforme au gré des apports de ceux qui le font vivre. Consensus et clarté des objectifs, explicitation et transparence des critères de recevabilité des projets, ressources adéquates, soutien institutionnel, implication du coordonnateur et de son équipe, management actif et « déconcentré », communication continue sont les principaux facteurs de réussite<sup>12</sup>.

### Les leçons de l'étranger

Trois exemples ont été choisis en raison, d'une part de leurs caractéristiques autorisant la comparaison avec les PRS et, d'autre part, de la nature des évaluations, conduites dans une démarche compréhensive des dynamiques internes et externes au programme. Il s'agit de trois programmes réalisés en Grande-Bretagne, en Suisse et au Québec.

#### Le schéma des « alliances » en Grande-Bretagne

Le schéma des « alliances » antitabac mis en place en Angleterre avec le soutien de la Health Development Agency évoque le modèle des programmes régionaux de santé. Une publication récente [17], documentée par quatre rapports d'évaluation, décrit les conditions

12. Sur ce point, l'article à paraître de Claudine Blum, René Demeulemeester, Alain Jourdain, Jean-Claude Moisdon, Elisabeth Verite « Les conditions de réussite des interventions en santé publique », à paraître dans la *Revue de la SFSP*, propose quelques pistes de réflexion assorties d'une série de recommandations.

### Le schéma des « alliances » en Grande-Bretagne

**P**ierre angulaire des politiques de santé en Angleterre, une « alliance » est une organisation qui rassemble divers organismes dans un but de promotion de la santé. Elle vise à impliquer les personnes concernées autour d'un projet commun. Le cycle de vie de l'alliance peut être réparti en quatre phases : la naissance qui correspond à l'identification de ses membres, l'élaboration d'un projet commun, sa diffusion dans la communauté, l'identification de ressources disponibles ; une phase de développement avec la mise en place du réseau, la définition des rôles de chacun, l'instauration de

mécanismes de collaboration, une phase de mise en place avec une structure physique bien identifiée, des modalités d'organisation repérées, un plan d'intervention, des projets, des échanges organisés entre ses membres et enfin, une phase de « maturité » établie quand l'organisation, objet d'une reconnaissance locale, est capable de générer des actions à un niveau politique. Les activités qui concernent différents secteurs (santé, éducation, loisirs, milieu du travail...) sont réparties entre des actions auprès des médias, des décideurs, des formations de professionnels et des prestations de services.

de l'implantation de programmes locaux anti-tabac en lien avec un programme national. Les facteurs de succès identifiés renvoient à différents critères : le type d'organisation adapté à l'environnement géographique, les compétences du coordonnateur, le soutien des autorités, l'implication des principales institutions locales, le partage des responsabilités entre les membres, l'organisation du fonctionnement, la qualité du réseau, la visibilité par la collectivité, une bonne connaissance de l'environnement local, une clarification des rôles pour une bonne articulation entre les niveaux national et régional, et un système d'évaluation « sur mesure ». À l'opposé, la compétition entre les promoteurs pour l'obtention de ressources, l'absence de collaboration entre les organismes de santé, le manque de soutien des autorités locales, l'hétérogénéité de la population sans forte identité culturelle sont des obstacles à la formation et à l'essor des « alliances ». En résonance avec les observations antérieures sur le management des PRS, nous voudrions insister sur l'analyse faite, dans ce rapport, du rôle du coordinateur et sur l'aptitude de l'« alliance » à établir des contacts avec tous les niveaux hiérarchiques, sectoriels, communautaires, et à créer des réseaux de qualité. L'expérience et le savoir-faire du coordinateur sont essentiels, en particulier sa capacité à adapter l'animation en fonction de l'environnement et du développement de l'organisation ; tantôt entrepreneur, notamment lors de la mise en place de l'alliance, tantôt facilitateur en présence d'une grande variété de partenaires, apte à déléguer et générer l'« empowerment » au niveau de ses membres quand l'organisation est bien établie.

#### La planification sanitaire qualitative en Suisse

À l'instar de la situation française lors de la phase de développement des PRS, l'évaluation suisse porte sur le processus de mise en œuvre du programme et le point de vue des acteurs impliqués. S'agissant du contenu, les évaluateurs notent l'évolution du programme initialement prévu vers l'action en un programme orienté vers l'approfondissement des domaines choisis, soulignent l'absence de hiérarchie entre les objectifs et d'explicitation de la façon dont ils seront atteints, la diversité des modèles d'intervention selon les priorités et une inadéquation entre les objectifs visés et les ressources demandées. La mise en œuvre souffre d'un flou dans la répartition des rôles entre les différentes instances, d'un manque de langage et de référentiel communs. La faiblesse de la cohérence de l'ensemble, l'autonomie des priorités entre elles et la difficulté à assurer une coordination avec l'ensemble des autres politiques sont également rapportées. En revanche, les acteurs s'accordent à reconnaître la richesse du travail partenarial porteur de changements et d'innovations, même si des efforts sont à consentir en termes de communication. Légitimité des priorités, rigueur de la méthode, clarté des missions et des engagements, accord sur le cadre de référence sont, à l'identique des

PRS, identifiés comme des critères incontournables au succès du programme.

### Le programme québécois d'actions communautaires pour les enfants (Pace)

L'évaluation québécoise de ce programme portait sur plusieurs volets. L'un d'entre eux [36] s'est particulièrement intéressé aux conditions de réalisation et aux variables explicatives du fonctionnement des projets déposés dans le cadre du programme Pace. Le cadre d'analyse se base sur les facteurs d'influence identifiés aux trois étapes jugées cruciales de la vie d'un projet. Lors de la première étape — la conception, jugée particulièrement difficile pour les partenaires, plus habitués à l'action qu'à la planification — le rôle des régies régionales a été majeur pour diffuser l'information et aider les promoteurs de projets à définir les besoins, structurer les projets, identifier les collaborations et comprendre les arcanes des mécanismes de financements. La réussite de la seconde — la mise en œuvre du projet — dépend de plusieurs éléments dont principalement, l'enracinement de l'organisme dans la communauté, le cadre organisationnel dans lequel s'inscrivent les interactions entre intervenants et bénéficiaires, les compétences des intervenants sur le terrain et la nature des relations avec les structures partenaires. Dans cette étude, la précision, le réalisme et la souplesse des modalités d'action, la qualité de l'information diffusée aux participants et les caractéristiques des intervenants sont des facteurs jugés déterminants. En revanche, les obstacles étaient liés à l'imprécision des objectifs du projet, en particulier quand le personnel n'avait pas été associé à son élaboration et aux limites financières. Enfin, réalisée à la troisième étape, l'évaluation, qui s'appuie sur les points de vue des bénéficiaires et les observations des participants, ne permet pas d'apprécier réellement la valeur du programme. Tant sur le contenu des projets retenus que sur le processus de réalisation, ce programme ressemble beaucoup aux PRS sur la santé des jeunes. Comme cela a pu être observé dans les évaluations de PRS, l'interface créée avec les opérateurs, l'accompagnement institutionnel et la communication contribuent largement à la réussite des projets et à l'adhésion des acteurs. L'analyse insiste également sur la nécessité d'adapter le cadre organisationnel aux contraintes de l'environnement et de préserver un caractère de souplesse aux modalités d'intervention autorisant des ajustements, tout particulièrement pour des projets visant des publics dont les besoins sont mal connus.

### Des facteurs d'influence

Chacune de ces expériences, tant françaises qu'étrangères, mettent en exergue trois types de facteurs d'influence :

- facteurs liés à l'environnement institutionnel (volonté politique, clarté et réalité des engagements, existence d'un partenariat formalisé) et communautaire (tradition

## La planification sanitaire qualitative en Suisse

En 1999 est adoptée pour le canton de Genève, une loi pour le financement de la planification sanitaire qualitative (PSQ), politique de santé basée sur les principes de la promotion de la santé et la prévention; il s'agit de faire évoluer les pratiques vers une plus grande participation de la population. La mise en œuvre est confiée à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Genève, sous la supervision de la direction générale de la Santé. Quatre priorités sanitaires (accidents/handicap, cancers, maladies transmissibles, santé mentale) sont retenues et principalement orientées vers des actions sur les déterminants et le système de santé dans son ensemble.

Des axes communs (communication, système d'information, qualité de la vie et inégalités sociales, bases de données) traversent l'ensemble des priorités. Chacune d'elles est confiée à la responsabilité d'un coordonnateur chargé d'organiser la mise en œuvre et la concertation avec les partenaires. Un coordonnateur général assure la cohérence de l'ensemble. Un comité de pilotage veille au bon déroulement du programme. Deux ans plus tard, une évaluation est lancée pour analyser la cohérence des textes fondateurs, identifier la perception des acteurs sur l'organisation de la PSQ et les facteurs influant l'avancement de ce projet [20].

## Le programme québécois d'actions communautaires pour les enfants

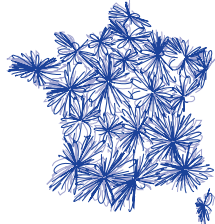
Ce programme fédéral d'aide financière vient en appui aux organismes communautaires et aux établissements publics pour développer des projets d'intervention destinés à répondre aux besoins des enfants les plus vulnérables. Trois axes d'intervention ont été retenus : l'accompagnement, le soutien parental et la stimulation précoce des enfants de 0-5 ans, l'amélioration des relations

entre milieu scolaire et la famille, le développement de l'estime de soi et la mise en place de lieux accueillants pour les enfants de 6 à 12 ans. Une évaluation nationale de ce programme a été réalisée, dans le but d'apprécier l'impact sur les services, la réduction des facteurs de risque et des conséquences de ces facteurs sur les enfants, et les éléments participant au succès des projets.

associative locale, appropriation de la démarche de santé publique) : le terreau sur lequel s'implante le programme ;

- facteurs liés aux personnes (investissement, dynamisme et qualités relationnelles du coordonnateur, implication des décideurs, financeurs, élus) : l'énergie qui alimente le programme ;

- facteurs liés aux procédures concernant le fonctionnement du dispositif (existence et fonctionnement des instances régulatrices, modalités de participation des acteurs, renforcement de réseaux verticaux et horizontaux); mais aussi la qualité du processus (méthodologie de programmation, formalisation des modalités de travail, objectivation et transparence des critères, élaboration de référentiels, accompagnement des opérateurs); et enfin la perméabilité des échanges (circulation de l'information et modes de communication) : l'assurance-qualité du programme.



## Politiques et programmes régionaux de santé

Bien que de nature différente, des possibilités d'agir existent sur chacune de ces trois composantes. Système complexe, soumis à de multiples influences, l'environnement est le domaine le plus difficilement accessible par les acteurs des programmes, avec de surcroît des mutations perceptibles sur le moyen ou long terme. Dix années de mise en œuvre des PRS ont bel et bien transformé les modes d'intervention en santé publique. Eu égard aux changements observés en matière de décou-

sonnement institutionnel, de mobilisation, d'évolution de pratiques, de reconnaissance de la santé publique, voire de structuration d'une politique de santé au niveau régional (lire p. 31), considérons que le pari a été gagné ! Tandis que le contexte institutionnel, en leur conférant une légitimité, créaient les conditions indispensables au déploiement des programmes — même si les résultats ne sont pas homogènes selon les régions — l'environnement de proximité favorisait la plupart du temps

## Évaluation de la politique des PRS en Nord-Pas-de-Calais : quels enseignements ?

**D**ans la région Nord-Pas-de-Calais, les pratiques de partenariat dans l'élaboration et la cogestion d'objectifs de santé pré-existaient aux ordonnances de 1996 et au projet de loi relatif à la politique de santé publique. Pour preuve, les moyens spécifiques au service des programmes régionaux de santé, lorsqu'ils sont apparus, se sont engagés dans le contrat de plan État-région (CPER), cosigné par l'État, la région, les départements et les organismes d'assurance maladie. Entre 1997 et 1999, cinq programmes régionaux de santé se sont développés (« cancers, maladies cardio-vasculaires, conduites de consommation à risque, programme régional d'accès aux soins et à la prévention, santé des jeunes »), puis, en 2000, le « programme régional d'actions en santé et environnement » (le Prase). L'organisation de l'encadrement et de la conduite de ces programmes repose sur l'existence d'un guichet unique et d'un comité de gestion, à l'interface de deux dimensions : opérationnelle (coordination des PRS, groupes de suivi des PRS et mise en œuvre des actions) et politique (comité régional des politiques de santé (CRPS), formalisé en janvier 2000, incluant une instance d'évaluation. En 2001, dans sa mission de management de l'action publique, le comité régional des politiques de santé de la région Nord-Pas-de-Calais, sous la responsabilité du préfet de région et de la Drass, a souhaité engager une démarche d'évaluation des PRS avant la fin du contrat de plan État-région. Cette démarche comportait plusieurs volets complémentaires, dont l'évaluation de la politique des PRS, recentrée sur le « processus » par l'instance d'évaluation. En s'appuyant sur un recueil d'informations multidimensionnel, analysé collégialement, l'évaluation a amené les conclusions suivantes.

### La couverture territoriale de la région par les PRS est un résultat intermédiaire indispensable...

En Nord-Pas-de-Calais, le CRPS et les coordinateurs de PRS ont été les garants d'une importante mobilisation des acteurs de terrain. La diversité des aides mises à disposition pour concevoir les actions comme la proportion de projets acceptés après avoir été retravaillés (98 %) témoignent de cette volonté. Pour autant, malgré une montée en charge devenue très importante

(1 002 projets tous PRS confondus en 2002 et 1 197 en 2004), le territoire régional est resté inégalement couvert (Moniteur de l'ORS, 2002). L'insuffisante utilisation du critère géographique dans l'instruction des dossiers, pourtant d'une grande rigueur technique, est le principal facteur explicatif de ce constat. Cela est favorisé par les modalités actuelles de la mise en œuvre des actions dont l'évolution est suggérée par les questions suivantes : l'appel à projets annuel est-il toujours compatible avec une logique (recherchée) de planification et d'action dans la durée ? Cet appel à projets ne pourrait-il pas être triennal ou quinquennal, au rythme de la définition d'objectifs régionaux puis complété par des appels d'offres ciblés ? Ces appels d'offres ne pourraient-ils pas être construits à partir de l'analyse annuelle des besoins populationnels géographiques non couverts par les actions engagées ? La polyvalence des structures porteuses d'action ne pourrait-elle pas contribuer à la lutte contre les inégalités d'action sur certains territoires insuffisamment dotés de ressources professionnelles ?

### Un résultat indispensable, mais insuffisant pour provoquer des effets sur la santé...

L'heure est aux « services rendus » au public ! L'ampleur d'une dynamique, même si elle couvre l'ensemble d'un territoire, ne peut suffire à rendre compte de la qualité de ces services. Cette « qualité » est possible, comme l'a montré l'expérience du Nord-Pas-de-Calais. La stabilité de l'instruction à travers l'engagement des personnes ainsi que l'élaboration de modalités communes de fonctionnement sont des critères déjà existants dans la démarche. Une évaluation continue serait cependant souhaitable pour limiter la variabilité de ces fonctionnements entre les différents groupes instructeurs de projets. Deux types de référentiels font défaut aujourd'hui pour marquer l'entrée dans une démarche qualité. D'une part, il n'existe pas de coût de référence pour une action, selon sa méthodologie, quel que soit le domaine d'intervention. D'autre part, les opérateurs de terrain ne disposent pas de méthodes et d'outils d'efficacité démontrée « ailleurs », dans la communauté scientifique. Cela permet de préciser que les évalua-

**Nadine Sannino**  
Médecin de santé  
publique, chef de  
projet, Cemka-Eval  
**Anne Duburcq**  
Consultante en  
santé publique,  
Cemka-Eval

leur implantation, en réaction au progrès ressenti. Sur ce terreau fertilisé par les PRS, une culture de santé publique est incontestablement en pleine croissance. Les variations liées aux facteurs humains sont constantes, inévitables, et source de fragilité. Pour en atténuer les effets, il importe de densifier les mailles du réseau et de multiplier relais et animateurs, et, enfin, de consolider l'armature avec des mécanismes qui garantissent le fonctionnement, la qualité — et, de fait, la pérennité

— du programme, indépendamment des fluctuations liées aux personnes. L'adoption d'une loi pour le développement de la santé publique est un levier fort pour amplifier la démarche engagée. Les acquis en matière de pratiques institutionnelles et professionnelles constituent le socle sur lesquels s'appuyer pour intégrer les évolutions. Instruites par l'expérience de cette dernière décennie, les régions disposent des atouts nécessaires pour y parvenir. ✨

tions requises auprès des porteurs d'actions devraient concerner seulement les processus et renseigner sur le degré d'application de méthodes de prévention validées. Le suivi des actions, insuffisamment développé, pourrait alors se centrer sur cet objectif.

### Des territoires et des politiques territoriales... ou la territorialisation d'une politique régionale de santé

Le critère géographique se présente aussi comme le levier d'un processus de régulation des enveloppes financières dédiées aux PRS. Entrer dans une aire de régulation des financements, véritable outil du pilotage, suppose que l'on confronte le « suivi » de la consommation des enveloppes dédiées aux PRS à un fil directeur politique clairement énoncé sous la forme d'objectifs, dont celui de couvrir le territoire. L'arrivée des programmes territoriaux de santé en Nord-Pas-de-Calais, comme ailleurs en France, a souligné l'importance des passerelles à créer avec les dispositifs existants, celui de la politique de la ville en particulier, dans les actions comme dans leur financement. En Nord-Pas-de-Calais, les articulations recherchées ont abouti à des définitions d'objectifs spécifiques aux territoires et au transfert de l'instruction des projets à une instance gestionnaire territoriale. Cette instance comporte des élus locaux, peu présents dans le CRPS. Bien qu'accélérateur la procédure générale d'instruction, l'élaboration d'objectifs spécifiques à l'échelle d'un territoire a mis en exergue le risque, en fonction du cadre qui l'entoure, d'un écartement trop important ou d'une perte de lisibilité de l'action recherchée par la politique régionale. *In fine*, ce risque est de voir des politiques indépendantes œuvrer en parallèle et non en synergie pour une même finalité. L'idée sous-jacente ne remet pas en cause la spécificité des zones territoriales infra-régionales, mais renforce le territoire dans sa contribution à définir la population cible de chaque action. Comme cela a déjà été dit pour le soin (*Territoires et accès aux soins*, Credes 2003), « le territoire en tant que contenant est indissociable de son contenu de services ». Ainsi, en favorisant l'accès géographique, le PTS se positionne plutôt en tant que moyen complémentaire au sein d'une stratégie globale et régionale de programmation.

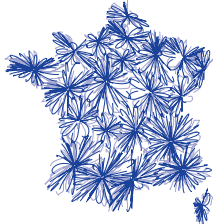
### Il faut du temps au temps...

La culture commune, malgré l'ancienneté de l'expérience du Nord-Pas-de-Calais, est toujours en construction au sein même du CRPS et des divergences persistent dans les définitions fondatrices de l'élaboration d'une politique de santé. Cela doit permettre d'anticiper sur les incompréhensions possibles à l'échelle des territoires en l'absence de débats fédérateurs. De leur côté, les porteurs de projet sont majoritairement satisfaits de la politique inter-institutionnelle régionale, ce qui témoigne indirectement du développement de la culture commune. Des éléments de connaissance et de compréhension leur manquent cependant pour se repérer totalement dans les changements, ce qui confirme l'importance du temps et de la continuité pour faire évoluer les pratiques.

### Vers une politique régionale de santé globale et cohérente

En Nord-Pas-de-Calais comme ailleurs en France, les PRS ont constitué une ligne directrice forte et fédératrice là où existait une vacuité organisationnelle. L'analyse de leur « politique » permet ainsi de rappeler que leur finalité n'est pas spécifique et qu'il s'agit bien d'un élément de la politique régionale de santé. Par la définition des instances constitutives et du plan régional de santé publique (PRSP), la loi actuelle donne une réelle opportunité de continuer de construire à partir des acquis et de préciser : les objectifs politiques (*a minima* et quelles que soient les priorités régionales de santé : offrir les services visant à pallier les inégalités territoriales de santé), les moyens contractuels et financiers de cette politique visibles au sein du groupement régional de santé publique (CPER ? contrats de ville ? enveloppes spécifiques ?), les moyens techniques et méthodologiques au service de cette politique (les PRS, PTS au sein du PRSP). Cela est possible à condition que l'organisation se double de règles de fonctionnement préservant l'espace de décision politique de l'espace de « gestion » de la politique dans toutes ses dimensions et d'une démarche qualité qui s'impose en prévention comme dans l'ensemble de notre système de santé. ✨





# Évaluation nationale des Praps de première génération

**Catherine Gerhart**  
Médecin inspecteur  
de santé publique,  
responsable de  
l'évaluation des  
programmes à la  
direction générale de  
la Santé

**Gérard Pelé**  
Chef du bureau  
Évaluation des  
programmes,  
recherche et  
prospective à la  
direction générale de  
la Santé

La première génération des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) (2000-2002) arrivant à leur terme de mise en œuvre, la direction générale de la Santé a souhaité que soit réalisée une évaluation des dispositifs Praps. Cette évaluation devait permettre, d'une part, une meilleure visibilité des réalisations des Praps sur l'ensemble du territoire, d'autre part, dans la perspective d'une amélioration des Praps de deuxième génération (2003-2006), de répondre aux trois questions suivantes du mandat :

- Dans quelle mesure les actions mises en œuvre par les Praps sont-elles pertinentes par rapport aux besoins constatés localement et cohérentes au regard des objectifs fixés par la loi et les autres programmes de santé et de prévention ?
- Les Praps ont-ils favorisé l'accès au droit commun des personnes vivant dans des conditions précaires ou bien ont-ils contribué à pérenniser des dispositifs spécifiques ?
- Quelles modalités de gestion des Praps pourraient être modifiées pour en renforcer les impacts attendus en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins ?

La direction générale de la Santé a donc lancé en avril 2002 l'évaluation nationale de la première génération des 26 programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) dont les neuf questions évaluatives du cahier des charges peuvent ainsi être regroupées en trois thèmes :

- la pertinence et la cohérence externe des Praps
- l'efficacité et les impacts de ces programmes
- les modalités de pilotage et gestion des Praps permettent-elles de répondre aux enjeux des Praps ?

Le cahier des charges précisait particulièrement que des recommandations étaient attendues pour l'amélioration des processus Praps ainsi que pour l'identification de bonnes pratiques à diffuser.

## Les enseignements de l'évaluation

### Répartition des actions et leur financement

- Répartition des Praps sur les 22 régions métropolitaines : toutes les régions sont couvertes par les dispositifs des Praps, mais de façon inégale (Ile-de-France et Bretagne concentrent plus du quart des actions).
- Typologies des actions et des publics bénéficiaires : l'accès à la prévention a été un axe fort des Praps, avec plus de 50 % des 1 392 actions financées en 2000 qui concernent surtout des actions d'information, d'édu-

cation pour la santé et des interventions dans des lieux d'accueil, d'écoute ou d'orientation prenant en compte la santé. Les publics bénéficiaires sont principalement : les « tout public précaire », qui arrive en tête (28 %), les jeunes de 16 à 25 ans en situation précaire (26 % des publics), les professionnels (11 %).

- Les financements : ce sont principalement l'État avec 18 millions d'euros en 2000, les collectivités locales avec plus de 22 % du volume des financements, la Caisse nationale d'assurance maladie, qui avait abondé les Praps pour 2 millions d'euros avant la création en 2001 de la ligne Praps du FNPEIS.

Cette partie « observation » de l'évaluation a posé de véritables problèmes méthodologiques, influençant d'ailleurs fortement les conclusions et recommandations des travaux : en effet, il n'existait pas au niveau national de recueil de données standardisées des actions des Praps. Les chiffres présentés ne concernent que l'année 2000, au moment où le bureau en charge des Praps à la DGS avait demandé aux régions, selon une grille préétablie, de faire état de la répartition des actions et des budgets alloués pour cette année l... Mais l'évaluateur, en enquêtant sur place, a perçu des variations interrégionales dans la compréhension des définitions des typologies d'action et de populations visées, ce qui l'a amené à ne pas utiliser ces données pour une analyse nationale puisqu'elles recouvraient des objets variables selon les régions. Cette absence de données précises et exhaustives sur l'ensemble des Praps, a fait réagir vivement le comité de pilotage exigeant que l'évaluateur réalise un bilan *a posteriori* des actions. Cela pose la question des difficultés de la phase d'observation quand on ne dispose pas de standards de données.

## Principales conclusions de l'évaluation nationale des Praps I

### Une pertinence et une cohérence externe globalement avérées mais qui méritent d'être améliorées

Pour juger de la pertinence d'un programme au regard des besoins de la population visée, l'évaluateur s'est interrogé sur la qualité des diagnostics réalisés et sur la pertinence des objectifs des programmes pour y répondre. La qualité des diagnostics s'est avérée variable selon les régions : certaines ont privilégié une approche « quantitative » sur la base d'indicateurs statistiques, d'autres ont choisi de les définir selon une approche ascendante et qualitative *via* des groupes de travail ou des études *ad hoc*, d'autres enfin ont combiné les différentes approches. Partout se sont posées les questions du niveau des diagnostics (jusqu'au microlocal) et de leur actualisation.

La définition des objectifs des programmes, pour répondre aux besoins identifiés, a souvent posé de véritables questions de méthode : par exemple, les disparités plus locales n'étaient pas assez prises en compte. De plus, cette élaboration, même si elle a donné lieu à de nombreux échanges et débats, semble

Consulter  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/eval\\_praps1/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/eval_praps1/sommaire.htm)



## Organisation de l'évaluation

L'évaluation a été réalisée par un prestataire externe sous la responsabilité d'un comité de pilotage\*. La composition du comité de pilotage devait garantir l'approche participative. La continuité des travaux était assurée par une équipe projet constituée des bureaux à la DGS respectivement en charge des Praps et de l'évaluation, ainsi que de l'AMO, et du prestataire réalisant l'évaluation.

### Méthodologie

L'évaluateur a travaillé selon quatre axes :

- analyse documentaire des 26 Praps,
- étude approfondie sur site de quatre régions à travers quatre thématiques (régions et thématiques choisies par le Copil) : souffrance psychique en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ruralité en Poitou-Charentes, les jeunes en situation de précarité en Picardie, la formation professionnelle en Rhône-Alpes,
- entretiens individuels et/ou de groupe au niveau régional dans les quatre régions étudiées,
- organisation de trois séminaires

nationaux regroupant les coordonnateurs régionaux et nationaux pour la présentation des étapes intermédiaires et l'approfondissement des questions.

### Le déroulement

Les travaux se sont déroulés de fin mai 2002 à mi-avril 2004 en quatre phases :

- phase de cadrage et de lancement de la mission,
- phase d'analyse de l'ensemble du dispositif Praps et d'état des lieux sur les quatre régions,
- phase d'évaluation approfondie à partir d'études de thématiques dans les quatre régions choisies et phase d'élaboration des recommandations,
- phase d'élaboration des rapports finaux d'évaluation.

Les travaux des différentes phases étaient présentés en comité de pilotage et, pour ceux des trois dernières phases, ont été étudiés lors de séminaires regroupant les coordonnateurs régionaux et nationaux pour validation.

L'évaluation des Praps a été demandée par le DGS, principa-

lement dans le but d'améliorer la connaissance du niveau central sur les réalisations des dispositifs Praps : alors que les questions évaluatives concernaient surtout les processus des Praps (six questions sur neuf).

Concernant la méthode choisie pour l'évaluation nationale de programmes régionaux, l'étude sur site des réponses apportées à quatre thématiques identifiées comme majeures dans l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (étude d'une thématique par région) pose la question de méthode : le choix des thématiques et des régions était-il le plus performant ? \*

\* Prestataire : Bernard Brunhes Consultants. Président du comité de pilotage : Hélène Khodoss, sous directrice à la DGS, secrétariat général : le bureau de l'évaluation des programmes, de la recherche et de la prospective. Composition du comité de pilotage : représentants de coordonnateurs régionaux de Praps, de Drass, de Ddass, de la Cnam, du Collectif interassociatif sur la santé et des principaux services centraux concernés : DIV, DGAS, DHOS et DGS. Une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) était assurée par la société Eureval C3E.

souvent ne pas avoir assez pris en compte la parole des populations concernées.

Pour ce qui concerne la cohérence externe, l'articulation entre les différents dispositifs et acteurs reste insuffisante, sauf entre Praps et PRS où les procédures passent, dans de nombreuses régions, par des appels à projets communs. Enfin, parmi les acteurs concernés par les Praps, il a été relevé très souvent l'absence du secteur privé ou libéral du champ sanitaire.

### *Une efficacité réelle, mais les effets en direction des bénéficiaires n'ont pu être mesurés*

En effet, c'est surtout l'impact sur les processus qui a pu être démontré : les réponses apportées aux publics précaires vont dans le sens d'une meilleure prise en charge au plus près des populations. Les Praps ont aussi permis des actions innovantes ou expérimentales en direction des publics. Par ailleurs, les Praps ont permis la structuration de réseaux santé/social et permis l'amélioration des pratiques de ces deux champs.

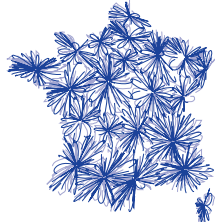
### *Des modalités de gestion, de suivi et de pilotage à homogénéiser et à structurer pour qu'elles ne soient plus le talon d'Achille des Praps*

Si l'on constate une sensibilisation croissante aux

méthodes et outils de suivi, de pilotage et d'évaluation, les « procédures et pratiques » actuelles restent encore trop hétérogènes et insuffisamment outillées par les acteurs locaux (Drass et Ddass) et de portée limitée au niveau national qui rencontre des difficultés à « rendre compte » des Praps.

Faute de méthodes, outils et moyens adéquats, aux niveaux départemental, régional et national, les actions ne font pas systématiquement l'objet de bilans permettant de mettre en évidence et de comparer leurs apports, leurs résultats ou les difficultés rencontrées. Ce défaut de connaissance qualitative (effets constatés sur les publics touchés), mais aussi quantitative (nombre de personnes touchées par les actions), ne permet pas de valoriser comme il se doit les actions financées par les Praps. Ainsi, la reconduction, l'extension (extension territoriale et sur des cibles de publics plus importantes) ou l'arrêt (parce que certaines actions ne sont pas pertinentes, efficaces ou efficaces) des actions ne dépendent donc pas d'analyses formalisées et objectivées.

Enfin, l'évaluation des actions est partout considérée et affichée en tant qu'exigence impérative conditionnant la connaissance des caractéristiques et des besoins des



publics cibles, la pertinence du Praps, l'attribution des financements. Les Drass et Ddass se donnent peu à peu les moyens de pallier cette difficulté via les évaluations régionales des Praps lancées quasiment partout.

Au-delà du pilotage opérationnel, se pose la question de l'animation du réseau des « partenaires institutionnels » du Praps. Or il convient de constater que, parmi l'ensemble des partenaires potentiels ou effectifs (ARH, Urcam et organismes de type caisse d'allocations familiales ou Mutualité sociale agricole, collectivités territoriales, secteur sanitaire libéral...), deux types de partenaires sont impliqués à un niveau moindre que les autres. D'une part, les collectivités territoriales restent trop peu impliquées en amont (définition des objectifs, choix des actions à financer...), d'autre part, le secteur sanitaire libéral, malgré l'adhésion des représentants rencontrés par l'évaluateur à la « philosophie » des Praps, s'implique plutôt dans d'autres dispositifs, comme les réseaux ville-hôpital ou d'autres réseaux.

Cette partie « analyse » de l'évaluation a donné lieu à des restitutions d'abord en séminaires avec les coordonnateurs régionaux puis en comités de pilotage. Au début des travaux, l'évaluation, demandée par le DGS, a pu être mal perçue par l'équipe du bureau en charge des Praps. Mais un véritable travail explicatif soutenu en proximité par le bureau de l'évaluation a permis de faire évoluer les perceptions des constats de l'évaluateur. Ce positionnement d'une structure de l'évaluation des programmes à la DGS, distinct des bureaux thématiques, peut permettre la nécessaire distance entre l'évaluateur et les acteurs des programmes à évaluer, mais peut aussi faciliter l'implication des acteurs dans les travaux, une implication nécessaire à la transformation des pratiques.

Au niveau du comité de pilotage, il faut souligner que celui-ci aurait pu avoir un rôle encore plus important, s'il y avait eu moins de turn-over (lié certainement à une relative démobilité du fait des gels des travaux durant six mois), peut-être aussi si des techniques participatives avaient été utilisées, tant la diversité des origines et des modes de fonctionnement des représentants peut être spontanément défavorable à l'expression.

### Recommandations

Les recommandations du comité de pilotage, s'appuyant sur les recommandations présentées par Bernard Brunhes Consultants, visent à améliorer la conception et la mise en œuvre des Praps de seconde génération (2003–2006). Dans ce cadre, trois orientations ont été proposées.

#### Améliorer l'élaboration des Praps 2

Disposer d'un meilleur état des lieux des besoins des populations : il conviendrait de mieux identifier les besoins des populations en situation de précarité grâce à des diagnostics plus fins, élaborés en fonction des problématiques et non à partir de découpages administratifs ; cette réflexion devrait mobiliser les différents partenaires

ainsi que les usagers et formaliser les démarches visant à recueillir les informations du terrain.

Améliorer l'élaboration des objectifs des Praps : l'élaboration d'une « grille » commune et simplifiée de déclinaison des objectifs (de type « arbre des objectifs ») aiderait la Drass, les Ddass et les autres acteurs concernés à passer des diagnostics à la formalisation des objectifs. Ceux-ci devraient se décliner en objectifs spécifiques définis au niveau régional, et en objectifs opérationnels déclinant les objectifs spécifiques en fonction des contextes départementaux et locaux.

#### Améliorer la mise en œuvre des Praps

Formaliser les liens fonctionnels entre Drass et Ddass : le niveau régional devrait définir la stratégie et les axes prioritaires en concertation avec le niveau départemental, puis valider les projets départementaux ; les Drass seraient également amenées à jouer un rôle d'instance ressource et de transmission à l'administration centrale des données synthétisées ; le rôle des Ddass serait, quant à lui, de mobiliser les acteurs départementaux, de déterminer les axes prioritaires pour le département, d'accompagner les porteurs de projets et d'assurer le suivi et le « reporting » des actions.

Développer la logique de projet : cette nouvelle forme de fonctionnement passe notamment par la mise en place d'une véritable équipe projet et une meilleure définition du rôle de ses membres. Un profil type des coordonnateurs régionaux doit être défini dans l'optique d'un « chef de projet », et un temps minimum d'un demi-poste devrait leur être confié ; les compétences d'ingénierie de projet doivent être développées auprès des référents départementaux.

Généraliser les dispositifs d'appels à projets communs : au-delà des appels à projets communs État/assurance maladie, il convient également de réfléchir à la faisabilité d'un appel à projets associant les services de l'État (y compris l'Éducation nationale), l'assurance maladie, mais également les collectivités territoriales ; cela permettrait de mieux mobiliser les acteurs et de mieux articuler les programmes.

Assurer le suivi des porteurs de projet : il convient de mieux connaître les porteurs de projets existants et potentiels, ce qui suppose que les Ddass aillent plus souvent à la rencontre des porteurs de projets. Les relations directes avec les porteurs de projets pourraient être optimisées par l'organisation de séances de travail régulières visant notamment à leur apporter des soutiens méthodologiques et une aide à la « professionnalisation ». Ce soutien méthodologique pourrait aussi concerner le reporting de leurs actions.

Optimiser les relations contractuelles avec les porteurs de projet : il pourrait être envisagé de développer les conventions triennales et de fonder les modalités de reconduction sur des critères et une procédure claires tenant notamment compte des bilans produits annuellement et au regard des objectifs définis dans les conventions.

## La formation au management des politiques régionales de santé

Les rapports de l'évaluation des programmes régionaux de santé réalisés par l'Aspher [10] et la SFSP<sup>1</sup> avaient souligné en 1999, d'une part, la nécessité de clarifier le profil et les missions des coordonnateurs de programmes et, d'autre part, de renforcer leurs compétences en matière de gestion de projet. En effet, la multiplicité des programmes (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, déclinaison régionale des programmes nationaux, programmes locaux...), mais aussi des acteurs (institutionnels, professionnels, associatifs...), complexifie le champ d'intervention et suppose des modalités de coordination et d'articulation de l'ensemble de ces dispositifs. Ainsi, afin de renforcer les capacités de pilotage des services déconcentrés, la direction générale de la Santé a confié à l'École nationale de la santé publique la mise en place d'une formation qui permette l'acquisition de nouvelles compétences et d'outils pour accompagner les cadres dans l'évolution de ces fonctions, dans l'optique de professionnaliser la conduite des politiques régionales de santé. Un comité scientifique<sup>2</sup> a été chargé de valider les étapes dans la préparation de cette formation et d'en assurer le suivi. Compte tenu des objectifs sur la consolidation d'une culture de santé publique et des techniques de management, un équilibre a été recherché lors de la procédure de recrutement, dans la sélection des stagiaires entre des agents de culture administrative et des agents de culture de santé publique. Par ailleurs, des personnes en charge de politiques nationales ont été associées. Un engagement formel des Drass et des stagiaires était explicitement sollicité.

Deux cycles de formation se sont déroulés depuis 2001.

### La formation 2001-2002

Regroupant vingt-deux stagiaires<sup>3</sup>, cette formation s'est déroulée en deux phases : la première axée sur les politiques de santé, la seconde sur des

aspects de management. L'évaluation de ce cycle a conduit à réaménager les modalités de cette formation en intégrant étroitement les deux approches, en renforçant le caractère opérationnel, en particulier par l'intervention plus fréquente des partenaires du réseau, et en réorganisant les travaux personnels demandés aux stagiaires.

### La formation 2003-2004

Elle intègre, dans sa nouvelle version, des cadres départementaux responsables de l'animation de politiques et programmes de santé, et regroupe ainsi vingt-deux personnes.

Les objectifs sont les suivants :

- acquérir une culture commune en santé publique,
- optimiser le management des politiques régionales de santé à leurs différents niveaux de mise en œuvre,
- développer une réflexion favorisant les évolutions nécessaires du dispositif.

Elle est organisée en 10 modules thématiques de deux jours :

- L'administration face aux changements de l'action publique
- Enjeux et perspectives en santé publique
- Les acteurs et les interactions dans le champ de la santé publique
- La démocratie sanitaire
- La construction des priorités de santé publique
- L'animation de projets dans l'action publique
- Politiques locales, et territorialisation des politiques de santé
- Le suivi et le pilotage des politiques de santé
- L'évaluation des politiques publiques de santé
- L'animation des politiques régionales de santé

### Le processus pédagogique

Il est basé sur l'alternance de travaux de réflexion en groupe et d'interventions d'experts et de professionnels. L'architecture est identique à chaque module. Le premier jour, un cadrage théorique est réalisé par un expert du thème. Le second jour, une table ronde

permet d'une part de confronter des approches différentes et des points de vue contrastés, et, d'autre part, de resituer la problématique dans le contexte professionnel. En fin de session, il s'agit d'élaborer collectivement des repères professionnels en faveur du management des politiques, des programmes et des services. Un document de synthèse, capitalisant les axes forts, les débats et les problématiques de la séquence, est formalisé pour chaque module. Une plate-forme de formation à distance a été mise en place ; elle permet la diffusion de tous les documents utiles et un forum d'échanges entre stagiaires et animateurs.

Cette formation, fondée sur le partage d'expériences et l'interactivité, a permis de construire des repères communs sur l'action publique de l'État en matière de politique de santé. Cet espace de réflexion sur les pratiques a réellement contribué à construire une culture commune et partagée de santé publique.

### Le devenir de la formation

Au terme de la deuxième promotion, il convient de s'interroger sur l'impact de cette formation, d'une part, sur le management des politiques régionales et les évolutions à prévoir en lien avec le projet de Loi relatif à la santé publique et, d'autre part, sur la carrière des personnes formées, au regard des objectifs initiaux formulés. Les groupes projet « GRSP » et « PRSP »<sup>4</sup> mis en place par le directeur général de la Santé pour anticiper la mise en œuvre de la loi de santé publique, auront à traiter de cette question. ✨

1. Société française de santé publique, rapport de décembre 1999 « PRS : Rôle du chef de projet, rédactions des objectifs ».

2. Il rassemble des représentants de la DGS, de la DAGPB et des Drass, de l'ENSF, des coordonnateurs de PRS, des universitaires de santé publique et des chercheurs en économie de la santé.

3. Vingt cadres régionaux médecins et administratifs et deux cadres de la DGS.

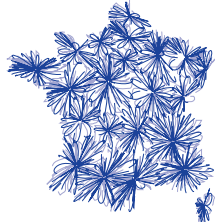
4. PRSP : plan régional de santé publique qui devra être mis en œuvre par le GRSP.

#### Françoise Jabot

Médecin de santé publique, enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique

#### Christian Nicolas

Directeur d'hôpital, chargé de mission à la direction générale de la Santé



### **Améliorer le pilotage régional et national des Praps**

Mieux formaliser le suivi des actions : la Drass, avec les Ddass, doit élaborer des fiches de bilan qui seront renseignées annuellement par les porteurs de projets bénéficiant de crédits Praps ; ces fiches permettront de disposer des éléments nécessaires pour mieux suivre les actions ; les bilans produits offriront une vision globale et faciliteront la diffusion d'une doctrine commune.

Perfectionner les outils de gestion et de suivi : une série d'items minimum obligatoires, définis au niveau national et régional, doivent figurer dans la fiche de suivi des actions renseignée annuellement ; un nombre limité d'indicateurs, constituants des « outils partagés » pour assurer le suivi du Praps doivent être mis en place.

### **Les effets constatés de l'évaluation nationale et les suites données à ces travaux**

L'évaluation nationale des Praps a été demandée dans un contexte de véritable interrogation sur la réalité, sur l'utilité et sur l'efficacité d'un dispositif à caractère réglementaire obligatoire pour les Drass.

Les travaux de l'évaluation ont permis de répondre pour partie à ces questions et de valoriser le bien-fondé de stratégies spécifiques auprès des populations en difficultés sociales. Certes, il y a eu des difficultés pour connaître les résultats précis de cette politique, mais l'évaluation a permis l'analyse des processus et les jeux des acteurs mis en œuvre. Pour tous ceux qui ont participé à cette évaluation, elle a certainement permis l'évolution des pratiques dans le sens d'une meilleure prise en compte des éléments de processus retenus : améliorer le diagnostic au plus près des populations concernées, améliorer la qualité du suivi par la construction d'indicateurs de suivi partagés entre les différents niveaux d'intervention, mais aussi veiller à ce que les principaux acteurs concernés, comme par exemple les représentants du secteur médical libéral et aussi les collectivités territoriales, soient partie prenante dans ces dispositifs.

La démarche de l'évaluation nationale des Praps de première génération a privilégié l'approche participative et stratégique. Les travaux qui y ont fait suite au niveau national prouvent qu'elle a constitué un véritable outil au service d'une politique.

Dans un premier temps, elle a permis d'améliorer les modes de suivi. En effet, dans les suites de l'évaluation, un groupe de travail réunissant le bureau en charge des Praps et celui de l'évaluation, ainsi que des coordonnateurs régionaux, a élaboré un tableau

de bord permettant un suivi harmonisé de l'élaboration des Praps, ainsi que des fiches de suivi des actions des Praps de seconde génération dont il reste à sélectionner quelles données partagées devront être transmises du niveau régional au niveau national pour permettre un suivi cohérent.

Cette démarche a été retenue car la direction a souhaité que les résultats en soient utilisés dans le cadre du marché de définition<sup>1</sup> dont l'objet était la mise en place d'outils et de procédures de gestion permettant de faciliter la gestion courante et de développer le pilotage et le contrôle de gestion à la DGS. Les Praps bénéficieraient ainsi rapidement d'un système opérationnel de suivi performant, qui serait modélisé pour d'autres suivis de programmes.

De plus, pour permettre, dès le début du lancement des Praps de seconde génération, un éventuel réajustement des objectifs des Praps et de leurs modalités de suivi, une évaluation de début de programme, confiée au prestataire Evalua a démarré. Celle-ci devra permettre d'apprécier la pertinence des objectifs des Praps 2 au regard des besoins nationaux et régionaux ainsi que la pertinence des modalités de pilotage des Praps 2.

Dans le contenu de cette évaluation est incluse la problématique de l'articulation des évaluations régionales avec l'évaluation nationale. En effet, une grande partie des Praps ont fait l'objet d'évaluations régionales, dont les méthodes, les conclusions et les apports pour l'amélioration des programmes devront être étudiés.

Les travaux d'évaluation ont bien mis en évidence l'intérêt de cette démarche pour l'amélioration des dispositifs. Dans un contexte où la culture de l'évaluation est encore peu répandue, à la différence des pratiques des pays anglo-saxons, deux textes de loi vont permettre d'intégrer l'évaluation dans notre action administrative : la loi organique relative aux lois de finances du 2 août 2001 qui prévoit la mise en place d'une gestion par programme dont les résultats devront être évalués, et le projet de loi de santé publique modifié le 12 janvier 2004 par le Sénat qui dispose que l'évaluation de la réalisation des objectifs nationaux devra être réalisée tous les cinq ans au niveau national, et que les plans et programmes régionaux font l'objet d'une évaluation. ✨

1. Procédure préconisée « lorsque la personne publique n'est pas en mesure de préciser les buts et performances à atteindre par le marché, les techniques de base à utiliser, les moyens en personnel et en matériel ».