

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

Au 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 textes¹ 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 Drass² 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 Praps³, 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 santé⁴ 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 forte⁵, 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 variées⁶ et issus de régions aux caractéristiques différentes⁷ 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 généraux, 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

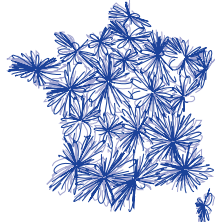
4. Sans compter les Praps.

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 pilotage⁸. 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 financements⁹. 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 thématiques¹⁰ 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

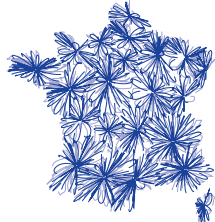
Les questions relatives à l'articulation entre les niveaux de territoires sont omniprésentes. Le niveau national peut intervenir sur le niveau régional, comme lieu de coordination ou de détermination des orientations. Sur le premier point, le cas spécifique des Praps, qui ont bénéficié d'un dispositif 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 régions¹¹, 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 réussite¹².

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

Pierre 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

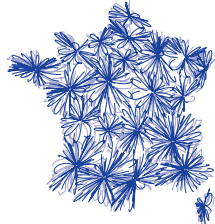
Ce programme fédéral d'aide financière vient en appui aux organismes communautaires et aux établissements publics pour développer des projets d'intervention destinés à répondre aux besoins des enfants les plus vulnérables. Trois axes d'intervention ont été retenus : l'accompagnement, le soutien parental 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 ?

Dans 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 terrain 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. ✨