



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. ✨