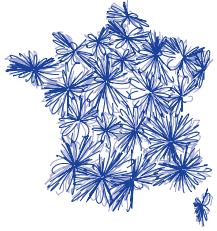


Évaluation et bilan

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

Au 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.

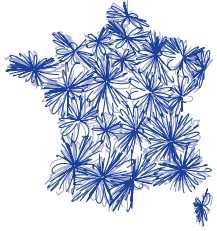
Les appels à projets

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



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/

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.

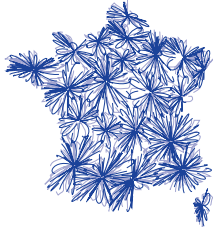
La première tâche a consisté à faire numériser l'ensemble des documents (environ 12 000 pages au total) car peu de fichiers complets avaient été à cette période archivés par les services régionaux. Progressivement, l'envoi des fichiers informatiques des rapports, bilans, actes des CRS et PRS et la mise 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 mises 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

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'expliciter 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 préoccupations 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[1] 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[2] 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.