

## **Pour développer des actions locales : laisser s'exprimer le talent de chacun à l'intérieur d'un cadre stratégique**

Gérard Coruble<sup>1</sup> et Chantal Vandoorne<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches du Rhône, 66A rue Saint Sébastien, 13281 Marseille, Cedex 06, France*

<sup>2</sup>*Université de Liège, Liège, Belgique*

### **Résumé**

Le Programme Régional Santé des Enfants et des Jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur (PRSJ) élaboré entre mars 1998 et mai 1999 est caractérisé par son ampleur et sa complexité. Il constitue bien plus un cadre stratégique pour l'action qu'un programme opérationnel. Sa mise en œuvre a été adaptée aux niveaux d'intervention avec, d'une part, des outils à dimension régionale à mettre au service des modalités d'intervention des professionnels et, d'autre part, le développement d'une approche par territoire fondée sur la création de réseaux. Les évaluations montrent que les acteurs ont perçu positivement le cadre offert par le PRSJ et s'en sont saisi. Ils ont exprimé leurs capacités créatives avec plus de spontanéité dans les réseaux à visée thérapeutique que dans les réseaux visant à répondre à plusieurs déterminants de santé pour lesquels un soutien initial local était nécessaire. Les collectivités locales apparaissent comme des lieux privilégiés de diffusion et de continuité des objectifs du PRSJ. Le cadre stratégique offert par le PRSJ a bien permis aux acteurs locaux d'exprimer leur talent. Cette modalité, élaborée en conciliant d'une part, la rigueur de la démarche de programmation avec les réalités des acteurs de terrain et d'autre part, les fondements épidémiologiques avec une intervention socio-géographique, est pertinente. Des éléments renforçant le cadre ont été mis en évidence pour permettre d'aller au-delà des jalons explicites fournis par les orientations du programme.

**Mots clés:** cadre stratégique ; programme régional de santé ; expression des acteurs ; réseaux ; approche socio-géographique

### **Abstract**

*Developing local actions: allowing individual talents be expressed and utilised within a strategic framework.* The Regional Health Programme of Children and Adolescents in Province Alpes Cote d'Azur (PRSJ), developed between March 1998 and May 1999, is characterised by its scope and complexity. It is more a strategic framework for action than an operational programme. To carry out this action, it was adapted to the level of intervention, on the one hand, using instruments at the regional level adapted for professional interventions, and, on the other hand, through the development of territory-based approaches founded on the creation of networks. Evaluations have shown that the actors found the framework proposed by PRSJ positive and adopted it. They expressed their creativity with more spontaneity in the networks with therapeutic objectives, than those responding to health determinants, which needed initial local support. Local communities appeared as the ideal setting for dissemination and sustainability of PRSJ's objectives. PRSJ's strategic framework allowed local actors to express their talent. This mode of action, which accommodates not only programmatic focus within the context of practitioners on the ground, but also, epidemiology and socio-geographic interventions, are pertinent. To go beyond the explicit milestones set by the strategic orientations of the programme, different elements strengthening the framework are highlighted.

Le Programme Régional Santé des Enfants et des Jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur (PRSJ) s'inscrit dans le dispositif visant à élaborer, à partir de priorités régionales, des programmes régionaux de santé centrés sur l'amélioration de la santé de la population, ancrés dans la réalité régionale et portés par l'implication des acteurs locaux (Ordonnance du 24 avril 1996). Le programme a été élaboré entre mars 1998 et mai 1999 par un groupe régional de programmation de dix-sept membres représentant les principales structures sanitaires, universitaires, éducatives et sociales, institutionnelles ou associatives.

Le programme, caractérisé par son ampleur, sa complexité et l'ambition des enjeux et objectifs poursuivis, apparaît bien plus comme un cadre stratégique pour l'action qu'un programme d'actions opérationnel. Il est construit à partir d'une démarche de planification consensuelle et interactive qui s'appuie sur une approche écologique autour de deux problèmes de santé prioritaires : souffrance physique ou psychique et inégalités d'accès à la santé et aux soins. Les facteurs de risque et de protection influençant la santé des jeunes ont été pris en compte.

Cinq objectifs principaux ont été définis ciblant différents niveaux d'intervention :

1. Dans les territoires et les quartiers vulnérables, réduire de 50 % la proportion d'enfants qui présentent des problèmes de développement à l'entrée à l'école élémentaire.
2. D'ici 2005, promouvoir la mise en place d'une communication transversale grand public visant une représentation positive des jeunes.
3. D'ici l'an 2005, diminuer les récurrences de tentative de suicide chez les adolescents et jeunes adultes à environ 10 % (vs 30 à 40 %).
4. Parvenir dans cinq ans à 80 % d'écoles et d'établissements ayant un programme ou un projet d'éducation à la santé (en partant d'une base actuelle estimée à 50 %).
5. Bâtir un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

La construction de ce cadre stratégique résulte de choix du groupe régional de programmation. L'approche territorialisée privilégiée par le groupe pour certains objectifs visait à prendre en compte la complexité de la relation individu/environnement, la richesse potentielle de l'intervention des habitants mise en évidence lors des Etats Généraux de la Santé de 1999 et à améliorer la coordination des interventions des acteurs locaux (*les vrais enjeux sont au niveau du terrain*). De plus, cette construction était la plus réaliste au regard des moyens humains disponibles pour animer et suivre un programme d'actions.

### **Des principes et des modalités pour une mise en œuvre territorialisée**

Le cadre stratégique a été repris localement selon plusieurs modalités : organiser les réponses sur un territoire, créer les conditions d'une meilleure coordination (outils, référentiel commun), développer un réseau (le plus souvent à partir d'un diagnostic et d'une formation des acteurs locaux), appuyer les acteurs de première ligne, définir un programme local. Certains éléments sont apparus comme incontournables. La participation des habitants/bénéficiaires est un objectif à part entière et la création d'une culture commune est toujours nécessaire. L'appropriation d'une démarche d'évaluation doit être intégrée aux actions et aux formations.

Certaines actions mises en œuvre au regard des objectifs 2 et 5 ont une portée plus régionale au service des professionnels comme la création d'un centre de ressources sur la santé des enfants et des jeunes, sur l'éducation et la promotion de la santé et la standardisation du premier bilan de santé en maternelle. Une approche par territoire, fondée essentiellement sur la création de réseaux, a été privilégiée pour atteindre les objectifs 1 et 3. Pour réduire les troubles du développement de l'enfant, la mise en place de réseaux de santé de proximité dans les territoires vulnérables a associé professionnels de santé, de l'éducation, travailleurs sociaux, acteurs associatifs et habitants autour de deux grands axes d'intervention : le soutien à la parentalité et la prévention, le repérage précoce et l'orientation des troubles du développement. En complément de la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide, des réseaux santé ado-jeunes ont été constitués à partir d'une dynamique multipartenariale autour de Points écoute santé ou d'Espaces santé jeunes.

L'objectif de la démarche présentée ici est d'apprécier si les acteurs locaux se sont appropriés le cadre offert par le PRSJ. Nous montrerons à partir d'exemples de stratégies locales comment les acteurs ont pu exprimer leur potentiel de créativité.

### **Méthodologie**

Nous disposons pour atteindre cet objectif de deux rapports d'évaluation. La première évaluation a été menée en 1999 à la fin de la phase d'élaboration du PRSJ dans le cadre de travaux sur les déterminants de l'implantation des programmes régionaux de santé (Avargues, 2001). L'évaluation intermédiaire de 2003 (Demarteau & Detroz, 2004) porte essentiellement sur l'analyse du dispositif et des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs, en

se fondant sur les activités, les perceptions et valeurs des différentes parties prenantes (décideurs régionaux et départementaux, acteurs régionaux, départementaux et locaux).

L'impact spécifique du PRSJ est à rechercher dans les effets du cadre stratégique sur les modalités d'intervention des acteurs régionaux, départementaux ou locaux. On appréciera si le PRSJ a favorisé la coordination de leurs interventions, notamment en orientant, à l'aide des objectifs, les actions à mener sur le terrain et en fournissant le cadre d'une meilleure collaboration entre acteurs de terrain. Sont également attendus : le changement des pratiques, la prise en compte de la richesse potentielle de l'intervention des habitants et l'élargissement du partenariat au niveau départemental.

## Résultats

Les deux rapports d'évaluation du programme montrent à l'évidence que le PRSJ a été perçu par les acteurs de terrain d'abord comme un référentiel stratégique. Ainsi, dès 1999, les acteurs considèrent le programme comme une démarche de construction régionale pour développer des actions concertées, leur donner du sens et changer les pratiques. Il est « ...conçu comme un document de référence suffisamment ouvert pour permettre aux acteurs de s'y reconnaître et pour qu'ils puissent proposer des actions cohérentes avec le cadre général. » (Avargues, 2001).

L'adhésion au programme et à ses principes a été confirmée par l'évaluation intermédiaire (Demarteau & Detroz, 2004). Les bénéfices du programme en termes de communication et d'information sont indéniables ; la mise en place d'un dispositif global régional est le deuxième motif de satisfaction exprimé par les porteurs de projets. Certains demandent même à renforcer l'image et la visibilité du PRSJ. En fournissant un cadre et des objectifs communs, la programmation permet d'orienter les actions à mener sur le terrain et favorise une meilleure collaboration entre acteurs de terrain. Cette adhésion au programme est renforcée par le sentiment d'avoir acquis de nouveaux modes de travail, en particulier la rigueur et l'investissement dans la programmation ainsi que la construction d'une culture commune autour de nouvelles valeurs liées à l'évaluation. L'augmentation en quatre ans de plus de 30 % du nombre d'actions et de promoteurs est un indicateur de son appropriation.

L'adhésion au programme est donc clairement associée aux effets attendus du PRSJ en terme de modification des pratiques professionnelles, de cadrage sur la santé des enfants et des jeunes et d'une modification des représentations qu'ont les professionnels du public avec lequel ils travaillent. Ce dernier élément représente un premier pas vers l'objectif de « *prendre en compte la richesse potentielle de l'intervention des habitants* ».

Deux modalités d'actions complémentaires semblent avoir contribué à l'appropriation du cadre stratégiques par les acteurs locaux. Il s'agit de la communication, qui repose sur une impulsion et une organisation régionales, et la mise en réseaux d'acteurs qui est locale.

La communication a constitué un élément essentiel pour faire largement connaître le cadre stratégique défini par le programme. Elle s'est appuyée sur la diffusion d'un document de synthèse de 8 pages tiré à 10 000 exemplaires. Le centre ressources du CRES a édité à partir d'avril 2001 une publication trimestrielle régionale « Priorités Santé » dans laquelle sont présentées les actions illustrant les objectifs du PRSJ (plus de 60 actions présentées, un tirage annuel passant de 2500 à 4000 exemplaires en quatre ans). Des temps de communication sont organisés localement à partir de 2001 à l'occasion du lancement annuel des appels à projets, pour préciser les orientations du PRSJ, les critères de choix des projets et les exigences des financeurs en matière d'évaluation.

La communication menée à partir du PRSJ est, pour les acteurs de terrain, un de ses principaux bénéfices.

*"Le PRSJ aide les acteurs de terrain : il fournit de l'information, fournit le cadre d'une meilleure collaboration, fédère des actions. Dans une moindre mesure, il apporte aussi un soutien méthodologique et des formations. Ce cadre aurait modifié les pratiques des organisations : un plus grand souci de l'évaluation, la formulation des objectifs "* (Demarteau & Detroz, 2004).

La mise en réseaux d'acteurs à un échelon territorial fin est centrale pour le PRSJ et conforme à la stratégie retenue qui « *repose sur une approche écologique* » (Avargues, 2001). Le rapport d'évaluation de 2001 soulignait la nécessité de concilier la rigueur d'une démarche de programmation avec les réalités de terrain. Quatre ans plus tard, on constate que la programmation régionale a permis d'engranger certains bénéfices attendus et qu'elle a largement bénéficié d'une déclinaison départementale voire locale. Les collectivités locales sont des lieux privilégiés de diffusion et de continuité des objectifs et stratégies programmés au niveau régional. Leur implication est un enjeu fondamental pour l'avenir. Ce point est particulièrement bien illustré par les projets de mise en réseau d'acteurs.

Les résultats doivent être distingués en fonction des objectifs. En ce qui concerne le premier objectif, seulement huit réseaux de santé globaux et quatre réseaux spécifiques (troubles du langage) de proximité ont été créés. L'appropriation, par les acteurs de terrain, du cadre stratégique défini par le PRSJ n'a été possible qu'avec une forte impulsion départementale et avec l'appui local d'un professionnel recruté à cet effet. Cet objectif, couvrant un champ d'action trop large, était ressenti comme le moins opérationnel et selon certains porteurs de projets ne pouvait être mobilisateur (Demarteau & Detroz, 2004). Onze des douze réseaux formés ont pu être implantés dans les trois départements où une démarche volontariste de soutien à la création de réseaux a été menée. Dans le département des Alpes-Maritimes, une coordinatrice a assuré cet appui sur cinq sites. Dans le département des Bouches du Rhône, deux coordinatrices ont été affectées chacune à un seul site. Une évaluation est en cours sur deux sites (Alpes-Maritimes et Bouches du Rhône). Grâce à cette impulsion et à ce soutien, les professionnels de terrain ont pu réellement s'engager dans un travail visant à mieux coordonner leurs interventions (constructions de protocoles, formations communes, création d'associations). Ils ont ensuite prolongé leurs réflexions par l'élaboration (sans soutien extérieur) de projets de promotion de la santé ou de prévention. L'appui initial a donc joué un rôle de catalyseur pour la création de réseaux qui ont ensuite développé leur action grâce à l'énergie et aux talents de leurs membres. Ce processus exige du temps (deux ans dans le département des Bouches du Rhône), son coût trop élevé n'a pas permis d'étendre l'expérience dans le cadre du PRSJ.

Pour ce qui est de l'objectif 3, le cadre formulé par le PRSJ et repoussé ensuite chaque année lors des appels à projets s'est avéré déterminant. Cet objectif a été perçu comme clairement défini et opérationnel même si certains l'ont trouvé trop limité, voire restrictif (Demarteau & Detroz, 2004). Ainsi, plusieurs Espace santé-jeunes et dix-neuf réseaux santé ado-jeunes (dont onze formels) ont été mis en place. La création de ces espaces ou de ces réseaux a souvent été précédée par une importante réflexion entre les différents partenaires concernés par la santé des jeunes. Pour les départements les moins peuplés (Hautes-Alpes et Alpes de Haute-Provence), l'organisation de formations communes a débouché sur des réseaux plutôt informels. Au-delà de l'apport de connaissances, ces formations ont permis de tisser des liens de confiance entre des professionnels d'horizons extrêmement divers.

Il apparaît donc que l'impulsion donnée par la communication du PRSJ couplée à un soutien limité à quelques réunions d'information animées par des acteurs institutionnels départementaux, a été essentielle. La nature des actions à mener répond davantage à des besoins exprimés par le public visé (besoins manifestés par une sollicitation directe dans les Espaces santé ou de façon plus dramatique lors d'une tentative de suicide). Les réseaux créés correspondent d'abord à l'organisation d'une réponse à visée thérapeutique. Ils ont évolué ensuite vers la mise en œuvre d'actions de prévention ou de promotion de la santé, qui ont également permis de favoriser le repérage des Espaces santé.

Au total, les éléments fournis par le cadre stratégique peuvent être repris par les acteurs locaux sous la forme de construction d'un réseau dans la mesure où ils sont directement en relation avec des pratiques qui s'inscrivent dans un parcours de soins. Lorsque de multiples déterminants de santé doivent être pris en compte comme pour l'objectif 1, la construction spontanée d'un réseau est inaccessible et un appui extérieur est nécessaire pour aller au-delà d'actions parcellaires.

Appropriation départementale ou locale ne vont pas de soi. Bien que la plus-value du dispositif régional soit clairement affirmée, le niveau départemental semble rester incontournable pour favoriser l'appropriation du programme par les acteurs de terrain. Ainsi, en 2004, l'élargissement du partenariat au niveau départemental est identifié comme un des atouts du PRSJ par les porteurs de projets. Les acteurs institutionnels départementaux (en particulier services de Protection maternelle et infantile, Services de promotion de la santé en faveur des élèves, Caisses primaires d'assurance maladie, certaines grandes villes, comités départementaux d'éducation pour la santé) jouent un rôle de catalyseur majeur à l'égard des orientations régionales. Toutefois cette appropriation départementale nécessite encore de nombreux ajustements. Les acteurs départementaux et locaux ne perçoivent pas toujours clairement le schéma d'ensemble des décisions et programmations régionales, qui sont partiellement soumises aux aléas des orientations nationales. La programmation repose sur un financement annuel alors que la constitution de partenariats et de réseaux fragilisés par le manque de continuité impose une autre temporalité. Parmi les ajustements à réaliser, le rapport d'évaluation de Avergues (2001) identifiait la nécessité de mettre en relation le point de vue des acteurs et des jeunes avec les orientations du programme. En 2004, la demande est plusieurs fois clairement exprimée d'une ouverture du programme vers d'autres acteurs.

Le niveau régional est perçu comme un lieu de redistribution des ressources mais les départements souhaitent bénéficier de celles-ci en capitalisant sur leurs spécificités. Dans de nombreux cas, les acteurs se saisissent des objectifs et moyens du PRSJ dans la mesure où ceux-ci rencontrent les enjeux et intérêts préexistants. Complémentairement, près de 40 % des actions développées par les porteurs de projets interrogés et qui rencontrent les objectifs du PRSJ trouvent leur financement en dehors de celui-ci. Ce dernier constat montre une

fois encore que le bénéfice direct et spécifique du PRSJ est plutôt à chercher du côté d'une évolution des compétences professionnelles, des méthodes d'interventions et des collaborations que du côté d'une pérennisation des actions.

## Discussion

L'élaboration du PRSJ a suscité des débats importants dans le groupe de programmation qui s'est trouvé confronté à la gestion de contraintes ou de conditions parfois contradictoires. Les objectifs, qui constituent le cœur du cadre stratégique, ont ainsi été jugés trop précis par certains et pas assez par d'autres. En 2001, une première analyse a mis en évidence que certains projets financés étaient trop éloignés de ces objectifs. Ceci a conduit à définir des procédures plus rigoureuses d'examen des projets (Manuel et al., 2001).

Ces hésitations témoignent des contradictions ou des paradoxes (Avargues, 2001) dans lesquels doivent naviguer les programmes régionaux de santé pendant leur conception. Ainsi la rigueur de la démarche de programmation doit s'accommoder de la réalité (les connaissances, les contraintes, les motivations) des acteurs de terrain (environ 300 acteurs de terrain ont été associés à la construction du PRSJ dans des groupes de travail départementaux). Ceci est capital pour assurer l'appropriation du programme par les acteurs pour créer du consensus, les mobiliser et faire évoluer leurs pratiques.

De même, la nécessité opérationnelle de s'inscrire dans une approche socio-géographique privilégiant la proximité pour favoriser la coordination des interventions et l'intersectorialité a pris le pas, dans notre démarche, sur un modèle épidémiologique d'ailleurs jugé réducteur par certains (Philippe, 1999). Ainsi, la mise en évidence, par l'exploitation des bilans de six ans, de problèmes sociaux et sanitaires accrus dans les zones d'éducation prioritaires a conduit à décider d'agir en priorité sur les territoires vulnérables.

On notera que le premier compromis a été plus complexe à obtenir que le second. En effet, les données épidémiologiques disponibles étaient assez limitées. Le groupe régional de programmation s'est plus attaché à approfondir sa compréhension des déterminants de santé présents dans l'environnement des enfants (Comité de Concertation en Prévention et en Promotion, 1998) en particulier lorsque les données démontraient la prépondérance des problèmes rencontrés par les enfants et leurs familles dans les quartiers vulnérables. Le « *triangle famille-école-cité* » comme site d'interventions à privilégier cité par un jeune lors des Etats généraux de la santé a renforcé l'approche socio-géographique retenue.

L'élaboration du PRSJ sous la forme d'un cadre stratégique nous paraît intrinsèquement la stratégie la plus appropriée pour ne pas se trouver confronté aux résistances inévitables auxquelles un programme trop rigide devrait soulever une certaine opposition de la part des acteurs locaux. Cette approche permet de lever un troisième paradoxe auquel sont confrontés les PRS, celui de « *vouloir implanter des outils de changement dans un environnement dont le degré de changement est en lui-même une des conditions de leur implantation effective* » (Avargues, 2004).

Si le bénéfice principal du programme n'est pas à rechercher dans la pérennisation des actions, il a bénéficié au cours de son développement de facteurs externes qui sont venus renforcer le cadre stratégique en confirmant sa pertinence. Des orientations nationales fortes telles que le plan langage ou le développement de la stratégie nationale d'actions contre le suicide, ont montré que le programme avait été précurseur dans ces domaines. Elles favoriseront l'ancrage de certaines actions.

L'expérience acquise dans la construction de réseaux de santé de proximité globaux a pu être mise à profit et prolongée dans le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) qui visent à définir sur des quartiers vulnérables des plans locaux de santé publique. Sept ASV sont en cours dans les six principales villes du département, sur des territoires de forte vulnérabilité sociale. Les spécificités locales mises en évidence au cours de la démarche de programmation confirment la nécessité d'agir sur des problèmes déjà soulevés par le PRSJ ou par des programmes nationaux tels que : troubles du langage de l'enfant, obésité, santé mentale, interruption volontaire de grossesse/contraception, développement de l'éducation pour la santé. Les ASV constituent des dispositifs assurant la continuité du PRSJ à un double titre : sur le fond, mais aussi dans la forme puisque leur modalité de mise en œuvre prévoit l'appui local d'un professionnel recruté à cet effet, la participation active des habitants et qu'ils s'inscrivent comme le PRSJ dans une approche écologique.

## Conclusion

La démarche de mise en œuvre du PRSJ à partir d'un cadre stratégique s'est révélée pertinente. « *Il paraît particulièrement adéquat au contexte de laisser un certain degré de liberté aux différents niveaux (départemental, associatif..) tout en mettant en place des jalons structurants* » (Demarteau & Detroz, 2004). L'évaluation met en évidence différents éléments qui, en renforçant le cadre, ont permis d'aller au-delà des jalons explicites que constituaient les orientations du programme : l'adhésion préalable des acteurs aux objectifs, l'appui apporté aux porteurs pour retravailler éventuellement leurs projets, la volonté des financeurs de favoriser la création de réseaux, la volonté de pérenniser les projets les plus efficaces, le financement d'actions visant à renforcer les compétences en (auto)-évaluation des acteurs de terrain, la volonté de territorialiser la démarche. Le rôle du groupe de pilotage est également mis en exergue. Il doit accompagner, supporter les projets sans être trop intrusif, «... *laisser s'épanouir la créativité des porteurs de projets tout en s'assurant que le cadre prescrit est respecté* ». Enfin, un pilotage proche des projets avec un ancrage départemental est à conserver voire à développer en l'enrichissant de représentants associatifs et de citoyens.

En conclusion, on peut affirmer le caractère fondamental que les collectivités locales sont appelées à jouer dans ce type de programmes. De même, il est capital de créer les conditions qui permettent aux acteurs de s'engager en faisant appel à leurs compétences et en s'appuyant sur leurs capacités d'initiative. Ceci favorise en outre la continuité des actions.

L'ensemble de ces conditions doit sans doute être présent dans la réflexion qui se développe dans les régions pour préparer les futurs plans régionaux de santé publique prescrits par la Loi du 9 août 2004 relative à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

## Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble du groupe régional de programmation et de suivi du PRSJ : Catherine Manuel, Joëlle Durant, Ludovique Loquet, Zeina Mansour, Lucie Bacchioni, Evelyne Bergeat, Alain Bedrane, Jean-Claude Belliere, Dr Anne-Marie Berthiaud, Dr Marie-José Bertolissio, Dr Michèle Blanc-Pardigon, Dr Anne Decoppet, Dr Jacqueline Dor, Isabelle Dupont, Pascaline Durand, Dr Patricia Enel, Monique Estienne, Yves Giovannini, Dr Catherine Grange, Catherine Gross, Nathalie Locuratolo, Pr Martine Myquel, Dr Mylène Pittaluga, Dr Gabriel Pignoly, Nadine Sebaoun, Edouard Solanas.

## Références

Avargues, M.C. (2001). *Les pré-requis à l'évaluation des programmes régionaux de santé -Le cas du programme régional Santé des enfants et des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur*. Rennes : École Nationale de Santé Publique, 124 p.

Avargues, M.C. (2004). Mise en place d'une programmation régionale de santé. 1994-2004 : du concept à la réalité. *Actualité et dossier en santé publique*, 46, 23-30.

Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville et Note DIV de juin 2001 : *Les ateliers santé ville - Éléments d'orientation et de mise en œuvre*.

Comité de Concertation en Prévention et en Promotion (1998). Conseil des Directeurs de la Santé Publique de la Conférence des Régions Régionales de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Groupe de travail 6-17 ans. *Les interventions universelles et sélectives à visée promotionnelle et préventive auprès des milieux de vie des enfants et des jeunes de 6 à 17 ans et de leur famille*.

Demarteau, M., Detroz P. (2004) *Évaluation intermédiaire du programme régional Santé des enfants et des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur*. Observatoire de la Santé du Hainaut - APES-ULG, 77 p.

Manuel, C, Mansour, Z., Comble, G, Orsini. D. (2001).

*Interrogations soulevées au cours de la réalisation d'un PRS* Dans : Actes du 1er colloque international, les programmes locaux et régionaux de santé, un nouveau paradigme pour la santé publique. Amiens, 23-26 octobre 2001,98.

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

Philippe, P. (1999). Epistémologie de la recherche causale et épidémiologie des systèmes complexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 47,474-477.