

# Poursuivre une politique régionale de santé

## Quel est l'avenir des PRS ? La loi relative à la politique de santé publique donne-t-elle un nouveau souffle aux politiques régionales de santé ? La loi organique relative aux lois de finances (Lof) aura-t-elle une incidence ?

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

**L**e bilan des dix dernières années de programmation stratégique des actions de santé est considérable. Entre les premiers projets régionaux qui émergent en 1994 et ceux qui démarrent en 2004, comme le PRS sur « la revitalisation du lien social » que la région Auvergne vient de décider, des progrès significatifs ont été accomplis tant sur les objectifs qui sont plus précis et souvent quantifiés que sur les indicateurs de suivi de la mise en œuvre et de résultats. Mais l'évolution positive de ces PRS de dernière génération ne concerne pas seulement la programmation stratégique des actions.

En effet, ces PRS récents s'inscrivent de plus en plus dans une stratégie d'action qui, sur la base de l'état de santé de la population de la région, donne une cohérence aux grandes priorités de la politique de prévention et de promotion de la santé régionale. Cette approche globale des problèmes de santé a conduit certaines régions à privilégier des populations cibles comme les jeunes, les personnes âgées ou bien encore les populations en situation de précarité ou de vulnérabilité, sans pour autant nier une approche plus thématique par l'élaboration de PRS sur des déterminants ou des pathologies. Ainsi dans de nombreuses régions, les PRS « addictions », « cancer », « suicide/santé mentale », « VIH/sida », « accidents de la voie publique » ou bien les déclinaisons régionales du « Plan national nutrition/santé » intègrent une approche transversale populationnelle le plus souvent centrée sur les jeunes ou les populations précaires.

Cependant, malgré les progrès constatés durant ces dix dernières années, grâce aux PRS, dans le développement de politiques de prévention plus rigoureuses,

plus efficaces, plus professionnelles, les politiques régionales présentent quatre types de limites.

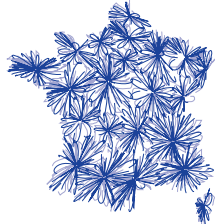
### Le nombre de PRS par région

On constate, d'une région à l'autre, une variation importante du nombre de PRS mis en œuvre, que les différences d'état de santé des populations ne peuvent justifier. Ainsi, certaines régions n'ont que deux PRS centrés uniquement sur des populations, alors que d'autres développent jusqu'à cinq, voire six, PRS ciblés sur des populations ou sur des problèmes de santé très diversifiés. Si chaque PRS reflète une priorité régionale (qui est éventuellement aussi une priorité nationale), on ne peut que s'interroger sur de telles différences dans le nombre de priorités de santé par région.

### Des PRS insuffisamment articulés

Il n'est pas rare de constater une mauvaise, voire une absence d'articulations entre les PRS d'une même région, ce qui conduit à une approche des problèmes de santé de la région en « tuyaux d'orgues », avec son cortège de redondances ou d'incohérences. Ainsi, par exemple dans une région, le PRS « Lutte contre les dépendances aux produits » est mal articulé avec le Praps, ce qui conduit à solliciter les mêmes associations pour la mise en œuvre d'actions qui concernent les mêmes populations. Dans une autre région, c'est la mise en œuvre du PRS « Alcool » qui n'est pas suffisamment pensée en cohérence avec celle du PRS « Promouvoir la santé des adolescents », ce qui provoque de nombreux dysfonctionnements : déperdition d'énergie dans le pilotage alors que la ressource humaine est rare, stratégie régionale peu lisible, sollicitations multiples

Le terme PRS, dans cet article devra être entendu dans une acception large du terme, c'est-à-dire aussi bien les PRS classiques que les Praps voire les priorités régionales fortes qui n'ont cependant pas fait l'objet d'un arrêté du préfet les instituant en PRS.



## Politiques et programmes régionaux de santé

et parfois contradictoires des promoteurs de terrain. De même, l'articulation des PRS, tant avec les Sros qu'avec les programmes nationaux, n'est pas toujours perceptible.

### Des objectifs difficilement évaluable

Un grand nombre de PRS comportent des objectifs généraux quantifiés, mais dont l'évaluation n'interviendra qu'à long terme. Ainsi, le PRS « Santé des enfants et des jeunes » d'une région du sud de la France fixe, en 2000, cinq objectifs généraux dont un centré sur le suicide qui précise : « *d'ici à 2005, diminuer les récurrences de tentatives de suicide chez les adolescents et jeunes adultes à environ 10 % (contre 30 à 40 % en 2000)* ». L'objectif aux termes des six ans du programme est bien chiffré, mais sans indications sur les raisons qui ont conduit à le fixer à ce niveau — pourquoi 10 % et pas 5 ou 15 % — et sans non plus déterminer des objectifs quantifiés intermédiaires. La difficulté à déterminer le niveau de l'objectif à moyen ou long terme et l'absence d'objectifs intermédiaires évaluable à plus court terme, voire annuellement se rencontre dans de nombreux PRS. Mais il faut rappeler que les indicateurs régionaux nécessaires au suivi de ces objectifs intermédiaires ne sont pas toujours déterminés car indisponibles au niveau régional ou difficiles à construire.

### Des partenariats régionaux encore très instables

Parmi les nombreux acteurs qui interviennent dans les politiques de prévention, il est possible d'en distinguer trois sortes qui ont du poids en raison des moyens qu'ils peuvent mettre en œuvre. Ce sont les autres départements ministériels (Éducation nationale, Jeunesse et Sports, Travail, Protection judiciaire de la jeunesse, Environnement, Intérieur, etc.), les caisses d'assurance maladie et enfin les collectivités territoriales.

L'implication des autres départements ministériels dans les politiques de prévention conduites par les services déconcentrés du ministère de la Santé est très inégale selon les régions, principalement en raison de la faiblesse des pratiques interministérielles aux niveaux régional et départemental. La réforme de l'État devrait permettre de progresser sensiblement dans ce domaine.

Par contre, dans toutes les régions, le partenariat entre l'État et l'assurance maladie a connu un fort développement ces dernières années autour des priorités de santé faisant l'objet d'un PRS. Cependant, les situations de coopération sont encore très hétérogènes puisqu'elles vont de la simple gestion d'un appel à projets<sup>1</sup> annuel commun à une gestion totalement coordonnée de l'ensemble des crédits déconcentrés des deux réseaux. Le projet de loi relatif à la politique

de santé publique devrait notablement renforcer ce partenariat en le rendant obligatoire.

Dans quelques régions, le conseil régional et parfois les conseils généraux ont « contracté », dans le cadre des contrats de plan État/région (CPER), avec l'État sur tout ou partie des PRS. Cependant, malgré cette recherche de convergences, de nombreux acteurs régionaux dans le champ de la santé — ARH, collectivités territoriales, mutuelles, assurance maladie — continuent aujourd'hui de développer leurs propres politiques de prévention indépendamment des PRS de la région.

Les deux projets de loi relatifs l'un à la politique de santé publique et l'autre aux libertés et responsabilités locales, ainsi que le projet de réforme de l'organisation territoriale de l'État et l'application de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances<sup>2</sup> (Lolf), vont modifier considérablement le paysage institutionnel, tant au niveau national que régional, du champ de la politique de santé publique. Dès lors, il est important d'examiner en quoi ces diverses mesures législatives ou réglementaires vont donner aux PRS une place renouvelée dans les régions en permettant de dépasser les quatre types de limites évoquées ci-dessus.

### Une loi de santé publique qui ouvre de nouveaux horizons

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique est une innovation majeure car, pour la première fois depuis 1902, une loi traite de la santé publique. Cependant ce texte est peu « médiatique » car il ne comporte pas de mesures d'affichage. C'est un texte de procédures et d'organisation qui vise, en premier lieu, à clarifier les responsabilités de chacun. Il introduit quatre innovations pour assurer le développement de la politique de santé publique en France, et essayer ainsi de combler notre retard dans ce domaine.

La première innovation consiste en une affirmation très claire de la responsabilité de l'État dans la définition et la conduite de la politique de santé publique, tant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé que dans celui de la sécurité sanitaire. Il est d'ailleurs notable que, face à des situations exceptionnelles et d'urgence, les populations comme les élus locaux se tournent immédiatement vers l'État pour qu'il prenne en charge la gestion de la situation et assure la sécurité des personnes.

La seconde innovation du projet de loi est de faire un état des lieux des problèmes de santé de la population vivant en France, et de fixer des objectifs de résultats à atteindre pour chacun de ces problèmes. Ces objectifs font l'objet d'un rapport annexé à la loi et si, pour chacun des problèmes de santé repérés, il n'est pas encore précisé un objectif de résultat, ce devrait être fait pour la fin de l'année 2004. Les 104 objectifs annexés au texte de loi constitueront un véritable tableau de bord

1. Un appel à projets consiste à envoyer un cahier des charges sur les objectifs des PRS à mettre en œuvre durant l'année au milieu associatif de la région pour qu'il fasse des propositions d'actions.

2. Loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001 applicable dans sa totalité au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

de la santé de la population vivant en France. Cette nouvelle approche répond pour partie à la critique, faite tant aux programmes nationaux qu'aux PRS, qui était de laisser généralement beaucoup de flou dans les objectifs, souvent peu quantifiés.

Les deux autres innovations majeures portent sur la structuration de la politique de santé au plan régional. Le niveau régional est reconnu comme le plus pertinent pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique. Cela se traduit par la création de deux outils, d'une part le plan régional de santé publique (PRSP), et d'autre part la création d'un groupement régional de santé publique (GRSP), groupement d'intérêt public (GIP) chargé de la mise en œuvre de ce plan régional.

L'élaboration du PRSP devra se faire en tenant compte de l'expérience acquise avec les PRS et les Praps en matière de diagnostic local, de partenariat et de programmation stratégique. Le choix de privilégier une approche en termes de problèmes de santé au niveau national n'invalide pas pour autant une approche « populationnelle », et en particulier de cibler prioritairement les jeunes ou les populations en situation de vulnérabilité dans les futurs plans régionaux. Les PRS qui s'intéressent aux « jeunes » et les Praps ne vont donc pas disparaître, mais bien au contraire devront être réorganisés au regard des problèmes de santé prioritaires de la région ; leurs objectifs devront être précisés et surtout quantifiés autant qu'il est possible. Le PRS constituera un programme d'actions qui s'inscrira dans une stratégie d'actions dont la cohérence sera donnée par le PRSP.

L'autre outil régional, le GRSP, permettra à tous les financeurs de la politique de santé publique (État, ARH, assurance maladie, collectivités territoriales, mutualité, etc.) de s'assurer de la bonne articulation de leurs interventions au service d'une seule politique de santé publique, dont les axes et la stratégie seront définis en commun et formalisés dans le PRSP.

Enfin, il faut noter que l'Assemblée nationale a réintroduit les conférences régionales de santé (CRS), qui ont été un outil essentiel pour faire sortir le débat sur les priorités de santé publique des cercles autorisés. Ces nouvelles CRS seront bien sûr un élément central dans l'élaboration démocratique du futur PRSP.

Les PRS ont « défriché » le terrain méthodologique pour l'élaboration des futurs PRSP qui devront, compte tenu de l'état de santé de la population, être le reflet des préoccupations de l'ensemble des acteurs régionaux de la santé publique et pas seulement de celles de l'État plus ou moins reconnues par ses partenaires.

### La réforme de l'État introduit une nouvelle donne dans le champ de la santé publique

La volonté de réformer la gestion de l'État se caractérise actuellement par trois textes.

- La mise en œuvre progressive de la Lolf qui assure la modernisation financière de l'État ;

- Le projet de loi sur « les libertés et responsabilités locales », qui constitue une nouvelle étape de la décentralisation, devrait être voté par le Parlement en 2004 ;

- Un projet de décret sur la réforme de l'organisation territoriale de l'État, qui modifie les pouvoirs des préfets de région et de département, est paru au *Journal officiel* le 30 avril 2004.

La politique de santé publique conduite par l'État est bien entendu fortement concernée par ces trois réformes complémentaires des modalités de gestion, d'organisation et de pilotage des politiques publiques.

### La mise en œuvre progressive de la Lolf

La loi organique relative aux lois de finances<sup>3</sup> a trois objectifs fondamentaux :

- favoriser une stratégie pluriannuelle au niveau de chaque ministère dans le cadre des missions dont il a la responsabilité, ce qui permettra à chacun (Parlement, administration, société civile) d'obtenir une plus grande clarté dans les choix stratégiques des finances publiques ;

- améliorer la transparence des informations budgétaires, ce qui donnera aux parlementaires un rôle plus actif dans l'autorisation et le contrôle des dépenses ;

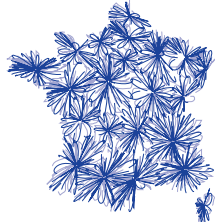
- accroître « l'efficacité de la dépense » publique par une plus grande liberté mais aussi en contrepartie une plus grande responsabilité de l'administration à tous les niveaux.

Ces trois objectifs constituent une véritable révolution car les pouvoirs publics doivent abandonner la culture de moyens à laquelle ils étaient habitués au profit d'une culture de résultats.

La mise en œuvre de cette réforme dans le champ de la santé publique a conduit la direction générale de la Santé à créer un programme intitulé « Santé publique et prévention » pour structurer son action et demander au Parlement les moyens afférents. La définition de la structure de ce programme s'est appuyée sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, sans pour autant le « décalquer » dans la mesure où le champ couvert par ce dernier est plus large que celui de l'intervention directe de l'État. En effet, d'autres acteurs et financeurs interviennent qui s'inscriront dans le cadre du PRSP.

Cependant, il reste encore à définir, tant au niveau de l'administration centrale que des services déconcentrés des objectifs annuels qui seront suivis par des indicateurs pour pouvoir élaborer un rapport annuel de performance à l'intention des parlementaires qui apprécieront l'efficacité du programme et détermineront ensuite les moyens qui devront lui être affectés pour l'année suivante, tout en sachant que l'État ne sera pas le seul financeur de cette politique.

3. Elle remplace l'ordonnance de 1959 qui était considérée comme la « constitution » financière de l'État.



## Politiques et programmes régionaux de santé

### **L'État seul responsable de la politique de santé publique**

Le projet de loi relatif aux « libertés et responsabilités locales » qui instaure une nouvelle étape dans la décentralisation est marqué par un paradoxe pour ce qui est de la politique de santé publique puisqu'il « recentralise »<sup>4</sup> les missions qui avaient été confiées aux départements lors de la phase précédente de décentralisation.

Une telle démarche est conforme au projet de loi relatif à la politique de santé publique qui confère à l'État la pleine et entière responsabilité de déterminer cette politique. Toutefois, dans ces conditions, la question se pose de la place et du rôle des collectivités territoriales qui ont investi ce champ.

Ainsi, les conseils régionaux ou généraux, mais aussi les communes, les agglomérations, voire les pays qui ont développé des politiques de prévention, de promotion de la santé, en particulier dans le cadre des CPER, doivent pouvoir continuer non seulement d'investir des moyens mais bien entendu d'en retirer les bénéfices politiques.

Les partenariats tissés patiemment ces dix dernières années avec les collectivités territoriales, pour définir les priorités régionales dans le cadre des conférences régionales de santé puis pour les mettre en œuvre au moyen de PRS, doivent être poursuivis et même amplifiés.

En ce sens, le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit que « dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé ». Dans ce dernier cas, « il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre ». Les conseils régionaux qui utiliseront cette possibilité pourront, s'ils le souhaitent, intégrer le GRSP pour mettre en œuvre les programmes spécifiques qu'ils auront décidés.

Cette recentralisation des compétences en matière de santé publique était nécessaire pour redonner une cohérence au pilotage de cette politique. Toutefois, les dispositifs prévus par le projet de loi de santé publique, en particulier le PRSP et le GRSP, ouvrent de larges possibilités de poursuivre les partenariats existants, en particulier avec l'assurance maladie, mais aussi de les développer là où des résistances se faisaient jour.

### **Un État déconcentré plus efficace**

La déconcentration de l'État va de pair avec la nouvelle phase de décentralisation. Elle est d'autant plus nécessaire que la complexité des problèmes à traiter est croissante et que le niveau de proximité est souvent le plus apte à la saisir.

Il en ressort que l'État central, moins gestionnaire, doit assurer sa fonction stratégique avec le niveau

régional, alors que le département et les communes (ou leurs regroupements) ont un rôle de gestion de proximité. Dans ces conditions, les mesures indiquées précédemment, à savoir la modernisation financière et la décentralisation, devaient être accompagnées d'une redéfinition de l'organisation territoriale de l'État.

Cette réforme poursuit deux objectifs.

- Simplifier l'organisation administrative en région en constituant un état-major resserré autour du préfet de région.

- Conforter l'échelon régional dans l'animation et la coordination des politiques de l'État, tout en permettant une meilleure rationalité des moyens utilisés.

Ainsi, le décret sur la réforme de l'organisation territoriale de l'État rééquilibre les compétences respectives des préfets de département et de région au profit de ce dernier. Pour assumer ses nouvelles missions, le préfet de région sera assisté par huit responsables de pôles régionaux regroupant les services déconcentrés actuels des divers ministères. De tels regroupements devraient favoriser les approches interministérielles et transversales indispensables, dans la mesure où de nombreuses politiques publiques interagissent les unes sur les autres, et assurer la cohérence de l'action de l'État sur l'ensemble du territoire régional.

Dans le champ de la santé, il y aura création d'un pôle régional de « Santé publique et cohésion sociale » qui sera une force d'élaboration de la politique régionale de santé. Le rôle de ce pôle, dirigé par le Drass, ne se résumera pas à décliner la politique nationale de prévention. Dans le cadre des 104 objectifs et des 5 plans stratégiques fixés par le projet de loi, il aura une grande latitude pour prendre des initiatives dans les domaines suivants :

- l'élaboration du plan régional de santé publique ;
- la définition d'une stratégie d'action régionale ;
- l'identification des populations prioritaires ;
- la mise au point des programmes d'action que le GRSP devra mettre en œuvre.

Il ne s'agira pas d'« empiler » des actions, mais de les organiser dans une stratégie clairement définie au regard des objectifs de santé publique de la région.

Avec le projet de loi relatif à la politique de santé publique et l'ensemble des dispositifs réformant l'État, les PRS ne sont pas voués à disparaître, mais à s'adapter. Ils devront évoluer pour s'inscrire dans le plan régional de santé publique, qui constituera le nouveau cadre de développement des politiques régionales pour améliorer la santé des populations. ✨

4. À l'exception de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance exercée dans le cadre de la PMI.