

plan national d'action devient à la fois la méthode de référence et l'outil de déblocage de crédits. Chaque groupe de pression se mobilise pour obtenir son plan national, gage de moyens dans la durée et d'obligation d'agir pour les services de l'État, nationaux ou déconcentrés.

Cette période révèle aussi de manière de plus en plus aiguë l'inadaptation des structures du ministère pour piloter cette évolution irréversible. Alors que les services déconcentrés, dans une logique de régionalisation, avaient les premiers initié la programmation stratégique des actions de santé dans les années 1990, le niveau central produit plan national sur plan national, considérant que les services déconcentrés ont pour fonction de les mettre en œuvre fidèlement (on parle de « décliner » au niveau régional). Ce présupposé trouve rapidement ses limites, qui sont en premier lieu celles des moyens humains dans les services déconcentrés. De fait, les décideurs au niveau régional et départemental font le

tri, selon des critères plus ou moins explicites, parmi les nombreuses directives qu'ils sont censés appliquer.

Si cette période, qui va de 1998 à 2004, s'ouvre ainsi par l'affirmation d'une participation démocratique au choix de santé, qu'ils soient individuels ou collectifs, elle est aussi celle de l'émergence de questions cruciales qui seront posées dans les années suivantes :

- La place grandissante des usagers nécessite-t-elle une nouvelle formalisation de leur rôle et de leurs modalités d'expression ?
- L'approche globale, transversale de la santé est indiscutée, mais est-elle compatible avec l'organisation des acteurs, qu'ils appartiennent au monde associatif, à l'État, ou à l'Assurance maladie ?
- L'approche globale de la santé doit-elle et peut-elle conduire à un rééquilibrage des moyens entre la prévention, le soin et l'accompagnement médico-social ?
- La répartition des rôles entre le niveau national et les niveaux régionaux et départementaux, héritage

2004 : les plans régionaux de santé publique

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a mobilisé dans sa phase préparatoire de nombreux experts et une grande partie de l'administration centrale de la santé, notamment la Direction générale de la santé, pour proposer les objectifs nationaux de santé publique. Mais elle comporte également des dispositions pour la définition de la politique régionale de santé et sa mise en œuvre par les services déconcentrés du ministère.

La loi crée ainsi un nouvel outil, le plan régional de santé publique (PRSP), présenté comme le cadre stratégique d'actions de santé au niveau régional, dont les programmes régionaux de santé sont la traduction opérationnelle. Il a pour finalité de fixer les grandes orientations de santé au niveau régional et de fédérer autour d'objectifs partagés les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région. Les plans régionaux de santé publique, formellement arrêtés par les préfets de région, sont élaborés, suivis et évalués en lien avec la conférence régionale de santé.

La mise en œuvre des PRSP est soutenue par la création d'une instance dotée d'une autonomie administrative et financière, le groupement régional de santé publique (GRSP), associant les possibles financeurs des actions (État, Assurance maladie, collectivités territoriales...).

La dynamique de déconcentration progressive des politiques de santé se poursuit donc, mais le bilan demeure mitigé, comme le montre le rapport du HCSP [33] à la veille de la loi HPST.

En effet, l'élaboration et la mise en œuvre des PRSP se sont heurtées à plusieurs difficultés dont toutes n'ont pas été surmontées :

- Malgré des progrès évidents dans l'observation de la santé au niveau régional, la mobilisation de données pertinentes pour dégager des priorités restait insuffisante.

● L'articulation entre les 100 objectifs nationaux de la loi de santé publique, les différents plans nationaux et les choix des priorités régionales n'a jamais été définie de manière claire par le niveau central, laissant l'initiative à des acteurs régionaux parfois désarmés devant cette complexité. Les PRSP ont ainsi pu parfois se traduire par des « catalogues » de programmes ou d'actions sans ligne stratégique claire.

● La juxtaposition persistante de logiques cloisonnées pour les différents secteurs du système de santé (PRSP pour la santé publique, Sros pour les soins hospitaliers, plan régional commun de l'Assurance maladie, programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie - Priac - pour le domaine médico-social) a renforcé la faible lisibilité des priorités dans les régions.

● Les PRSP n'ont connu qu'une seule génération, par définition perfectible pour un exercice innovant, avant la réforme de la loi HPST, mais ont préfiguré ce qui deviendra le schéma régional de prévention des projets régionaux de santé.

● La mise en place des GRSP a été laborieuse, essentiellement pour des raisons de rivalités institutionnelles, et ils n'ont pu fonctionner véritablement que deux ans avant la création des ARS, mais le GRSP a été la première forme institutionnelle de travail en commun des financeurs régionaux.

● La logique d'appels à projets renforçait le soutien à des actions parfois au détriment d'approches plus globales ou permanentes dans le champ de la promotion de la santé.

Au total, les PRSP ont constitué une étape dans le long cheminement de la régionalisation des politiques de santé en régions. Malgré leurs limites, ils ont permis de maintenir opérationnelles les compétences des acteurs de santé publique et leur mobilisation dans cette phase de transition avant la réforme profonde de la loi HPST.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

Bernard Basset
Médecin de santé publique