



stratégiques du projet, les objectifs qui déclineront ces orientations, puis les plans d'actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs⁵ (figure 1). Son élaboration a été l'un des premiers défis que les toutes nouvelles agences régionales de santé ont eu à relever. D'abord parce qu'il s'agissait d'un projet, mobilisant l'agence et ses partenaires, pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble face à de nouveaux enjeux et non de la juxtaposition d'un schéma directeur pour orienter les autorisations d'activités, d'un programme d'actions de prévention et d'un programme d'allocation de ressources pour la création de places d'accompagnement médico-social. Ensuite parce qu'il devait être le point d'ancrage du fonctionnement en mode projet des ARS, une modalité nouvelle, du moins à cette ampleur, de conduite de la régulation de l'offre en santé.

L'élaboration du PRS devait être saisie comme une opportunité de décloisonner les décideurs, les acteurs et les opérateurs de santé autour d'un document unique et transversal, du soin à la prévention et à l'accompagnement médico-social. Il fallait donc repenser complètement la façon de structurer ce document pour ne pas risquer de se limiter à une simple actualisation et juxtaposition des documents existants. Il fallait éga-

5. Le PRS rassemble et hiérarchise trois séries de documents : (i) les orientations stratégiques, (ii) les trois schémas, de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale puis (iii) les programmes territoriaux de santé et quatre programmes régionaux – le programme interdépartemental de l'accompagnement médico-social, le programme de télémédecine et des systèmes d'information, le programme d'accès à la prévention et aux soins, le programme de gestion du risque. Actualisé en 2013, il est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr>

lement repenser la façon d'associer les acteurs à son élaboration.

Afin d'assurer la cohérence globale du projet, il a été décidé que le plan stratégique régional de santé définirait les orientations stratégiques pour l'ensemble du projet, que les trois schémas fixeraient les objectifs concrétisant ces orientations et que les programmes régionaux et territoriaux déclinaient les plans d'actions pour atteindre ces objectifs. Ainsi l'ensemble des documents devenaient irrémédiablement liés.

Afin de relever le défi de la transversalité, il a été décidé que les schémas ne seraient exclusifs ni d'une thématique ni d'un secteur. C'est pourquoi les objectifs concernant l'engagement dans des activités de prévention des médecins généralistes ou des hôpitaux telles que la vaccination ou le développement de la culture du risque et du signalement dans les établissements de soins ou les services et établissements médico-sociaux sont inscrits dans le schéma de prévention plutôt que dans les schémas d'organisation sanitaire ou médico-sociale. De même, l'objectif de prévention de la perte d'autonomie dans les établissements médico-sociaux concernant par exemple les chutes, la dénutrition ou l'iatrogénie est inscrit au schéma de prévention. Ainsi, le schéma de prévention ne s'adresse pas aux seuls professionnels ou associations de prévention, ni le schéma d'organisation des soins aux seuls professionnels du soin, ou le schéma d'organisation médico-social aux seuls responsables et professionnels des services et établissements médico-sociaux. Inversement, des objectifs de promotion de la santé sont traités ailleurs que dans le schéma de prévention. Ainsi, par exemple,

Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

En dotant les agences régionales de santé d'une gouvernance renouvelée, la loi HPST a confié à deux instances la mission de traiter des questions de prévention :

- la conférence régionale de santé et de l'autonomie, qui participe à la définition de la politique régionale de santé et sa commission spécialisée sur la prévention,
- la commission de coordination des politiques publiques associant les services de l'État, les organismes de Sécurité sociale et les collectivités territoriales, compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions de prévention dans chaque région et territoire. Ces dernières sont les lointaines héri-

tières des comités de pilotage État/assurance maladie mis en place à l'époque des programmes régionaux de santé (1997-2005), puis, plus récemment, des groupements régionaux de santé publique (2005-2011). Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention répondent, comme leurs aînés, au constat de la diversité des promoteurs et des financeurs dans ce domaine.

Le décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 prévoit la participation des services de l'État exerçant des compétences dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, des représentants des collectivités territoriales ainsi que des repré-

sentants des organismes de sécurité sociale pour :

- organiser la mise en commun des données en vue du diagnostic,
- contribuer à l'élaboration du projet régional de santé,
- favoriser la complémentarité des actions et déterminer les modalités de cofinancement.

Aujourd'hui, toutes les commissions de coordination sont en place, elles ont rédigé leur règlement intérieur et elles se réunissent pour définir thèmes, publics et territoires prioritaires, et mettre ainsi en œuvre de façon concrète les orientations du projet régional de santé. ↑

Véronique Mallet
HCSP