

Projets régionaux de santé : regard à mi-parcours sur leur mise en œuvre

François Baudier
Karin Tröger
Claude Michaud
Cédric Duboudin
 Agence régionale de santé
 de Franche-Comté

Les auteurs remercient chaleureusement les équipes des ARS qui ont accepté de répondre à cette enquête.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 a confié aux agences régionales de santé la mission d'élaborer un projet régional de santé pour 5 ans. L'ARS de Franche-Comté dresse un bilan intermédiaire de leur mise en œuvre.

Institués par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les projets régionaux de santé (PRS) sont aujourd'hui à mi-parcours de leur mise en œuvre. À un moment où se définissent les premières orientations pour des PRS de 2^e génération (Stratégie nationale de santé et projet de loi relatif à la santé), il était intéressant de faire un point de situation sur le développement de ces projets novateurs par leurs ambitions et leur organisation [1]. C'est dans ce contexte que l'agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté a décidé de faire un bilan intermédiaire de son PRS, en y associant un travail comparatif auprès de plusieurs autres agences. Le résultat de cette investigation est présenté ici. Il est précédé d'un rappel de la genèse du développement des PRS et intègre le point de vue des auteurs.

Planification, territorialisation et programmation aux contours variés

Sans revenir de façon détaillée sur l'histoire de la régionalisation de la santé en France, il est important de rappeler qu'au cours de ces dernières décennies, et malgré les nombreuses réformes réalisées, quatre principales ambiguïtés ont marqué ce processus.

Les choix ont été difficiles entre déconcentration et décentralisation, provoquant parfois des demi-mesures rendant la lisibilité des échelons décisionnels incertaines. Par exemple, des compétences en matière de santé ont été incomplè-

tement recentralisées pour le dépistage des cancers ou la vaccination.

Les découpages territoriaux réalisés dans chaque région par les différents services déconcentrés de l'État, notamment ceux qui ont une ambition de proximité, n'ont pas toujours fait l'objet d'une approche cohérente. Le millefeuille territorial, tant décrié par tous, s'est ainsi accru, faisant fi d'un aménagement du territoire qui se voulait cohérent [2].

Les politiques menées en matière de santé et de soins ont connu et connaissent toujours un pilotage différent entre l'État et l'assurance maladie, cette dernière développant une gouvernance très structurée, chaque échelon de son organisation appliquant de manière quasi identique la politique conventionnelle négociée au niveau national.

La planification et la programmation en santé se sont faites de façon cloisonnée (santé publique/prévention, soins hospitaliers, soins ambulatoires, médico-social), chaque domaine ayant son plan, projet, schéma ou programme.

Vers une unicité des plans, projets, schémas ou programmes pour la santé de tous

Si les schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) ont été précurseurs à la fois dans l'exercice de la planification, de la programmation et de la territorialisation (apparition des premiers « territoires de santé » dans les Sros de 3^e génération), les liens étaient exceptionnellement faits avec

les soins ambulatoires et le médico-social, mais également avec la promotion de la santé et la prévention [3, 4]. La loi HPST a donné une réalité de gouvernance (ARS) et d'ambition (PRS) au processus de régionalisation. Si le futur PRS s'inscrivait dans une logique de continuité, suite aux trois schéma/programme/plan(s) préexistants (Sros, programme régional de gestion du risque, plan régional de santé publique), son ambition était beaucoup plus grande. Ce nouveau projet régional mettait en avant la transversalité et l'unicité, en y intégrant le médico-social. Le schéma ci-dessous rappelle de façon synthétique la structuration du PRS (figure 1).

Bien évidemment, la préparation d'un projet aussi ambitieux s'est révélée un vrai défi :

- pour des agences en pleine création ;
- avec des métiers et une culture encore très cloisonnés, héritiers des organisations passées ;
- dans un contexte de territorialisation de l'offre (définition des territoires de santé) ;

- au sein d'un processus de démocratie sanitaire (conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA – mais aussi conférences de territoire) développant une large consultation auprès de tous les acteurs concernés.

Un point de situation sur l'organisation interne des ARS liée au PRS, à son déploiement, pilotage et suivi

« *Alors que l'ambition et l'ampleur du PRS étaient de nature à effrayer ceux qui avaient la charge de conduire son élaboration, force est de constater que l'exercice a été globalement réussi* », telle est la conclusion de l'investigation très instructive réalisée par Bernard Basset et ses collaborateurs [5]. Elle comporte deux limites principales : cette production est intervenue quelques mois après l'adoption des PRS, à un moment où leur mise en œuvre venait de débuter ; sa vision est celle d'un pilote national, certes qui a su rester à l'écoute des équipes des ARS, mais distanciée par rapport à la vie quotidienne des agences.

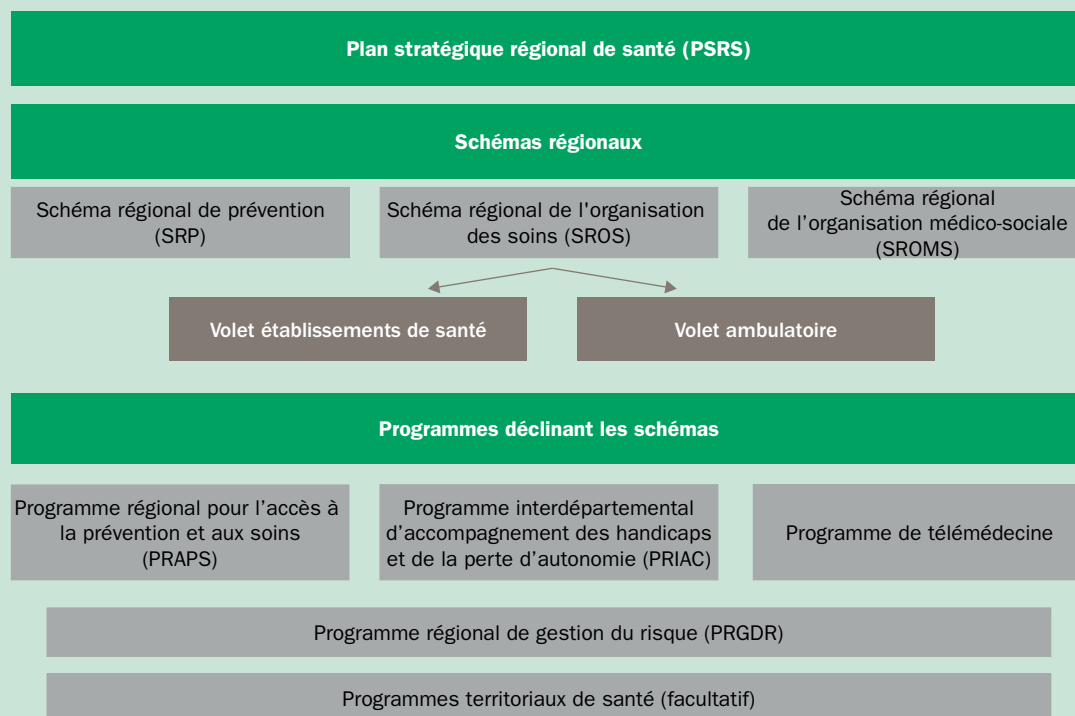
Au moment de s'engager dans un processus de bilan à mi-parcours de son projet régional, il est donc apparu opportun, pour l'ARS de Franche-Comté, de conduire une analyse comparative des PRS de quelques régions. L'exploration des stratégies et des méthodes déployées par certaines agences en matière de pilotage, de suivi et d'évaluation doit permettre de disposer d'une vue plus globale sur ces processus et de s'inspirer de « bonnes pratiques » dans une triple perspective :

- un éventuel réajustement des modalités de pilotage et de suivi à l'issue de l'exercice de bilan intermédiaire ;
- la structuration à venir de l'évaluation finale du projet franc-comtois ;
- la préparation du PRS de 2^e génération.

Une sélection de sept ARS a été effectuée, notamment au regard de leur appartenance au Grand-Est (échanges de proximité), de leur potentiel de comparaison avec la Franche-Comté (taille comparable et/ou choix d'un territoire unique de santé), mais aussi de la pertinence perçue de leur

figure 1

La structure générale du projet régional de santé (PRS)



Source : Atelier interrégional PRS-PRS 18 juin 2010.

PRS en termes de pilotage-suivi-évaluation dans le contexte des échanges réalisés au cours des ateliers interrégionaux organisés par le Secrétariat général.

Cette étude s'est appuyée sur deux approches :

- l'analyse documentaire à partir des comptes-rendus des ateliers interrégionaux autour de la construction et de la mise en œuvre des PRS, mais aussi des PRS eux-mêmes, ainsi que des documents de communication mis en ligne ;

- la conduite d'entretiens téléphoniques semi-directifs auprès des chargés de mission PRS ou directeurs/trices du pôle dédié ; ces interviews ont été effectuées autour de trois items : organisation du pilotage du PRS, organisation du suivi du PRS et évaluation à mi-parcours et/ou finale du PRS.

Ce travail a été réalisé en juin 2014. Toutes les ARS sollicitées ont répondu positivement.

La réalité franc-comtoise en miroir de cette investigation

Ce travail d'enquête et son analyse ont été menés au regard des orientations prises en Franche-Comté. Elles sont rappelées brièvement ci-après. L'ARS de cette région a fait le choix d'un territoire de santé unique, à même de soutenir les mouvements de régionalisation de ses politiques. La logique de territorialisation de l'action, au plus près des besoins des citoyens, prend appui sur 55 territoires de proximité (bassins de vie) organisés autour de l'offre de soins de premier recours. Par ailleurs, une gradation de l'offre a été structurée entre le niveau régional et les territoires de proximité.

Si le PRS franc-comtois se décline en plus de 500 objectifs opérationnels recouvrant les trois schémas régionaux et les quatre programmes obligatoires, 23 priorités stratégiques à vocation transversale ont émergé du plan stratégique, pierre angulaire du PRS. Elles ont été définies pour être véritablement travaillées en mode projet et faire l'objet d'une attention particulière.

La Direction de la stratégie et du pilotage (DSP) a en charge le pilotage, le suivi et l'évaluation du PRS. Les 23 priorités stratégiques sont conduites par un chef de projet se référant à un directeur de projet et s'appuyant sur une équipe projet. Les volets de schéma (prévention/soins/

médico-social), non intégrés aux 23 priorités stratégiques, sont sous la responsabilité des trois départements métier concernés. Les outils de suivi ont été ajustés au fil de l'eau, afin de répondre au mieux aux attentes et pratiques des différents pilotes : passage progressif d'un suivi par tableau de bord exhaustif à un suivi simplifié d'ordre qualitatif.

Le bilan intermédiaire s'appuie pour chaque priorité et volet de schéma sur une fiche de synthèse attachée à son champ thématique (enjeux, principales réalisations, points forts de la démarche et facteurs limitants, chantiers prioritaires pour les deux prochaines années) et associée à une série de fiches action descriptives. Un entretien semi-directif avec chaque pilote parachève le dispositif, dans la perspective d'appréhender plus finement leur degré de satisfaction et leurs difficultés dans la conduite de projet. Par ailleurs, un processus d'élaboration du cadre de l'évaluation finale a été engagé depuis plusieurs mois afin de pouvoir lancer prochainement un appel d'offre pour une évaluation externe [6].

Les principaux constats partagés entre les ARS interrogées et celle de Franche-Comté

À la suite de la phase d'élaboration du PRS, sa mise en œuvre a rencontré trois difficultés principales.

La dimension transversale du PRS

Après une période « euphorique » d'élaboration, cette approche apparemment facilitatrice s'est rapidement confrontée aux dures réalités organisationnelles du quotidien. En effet, les métiers de l'ARS restent principalement liés à des missions verticales : prévention, soin, médico-social. L'approche matricielle est intellectuellement séduisante mais en pratique difficile à mettre en œuvre.

La composante « projet » inhérente au PRS

Elle s'est heurtée très vite à la gestion quotidienne de priorités diverses et variées ainsi qu'à une approche régaliennne encore très forte (contrôle plus qu'accompagnement). Les activités récurrentes ont eu souvent tendance à prendre le dessus et occuper le quotidien. Les enjeux financiers (volume des budgets gérés directement par l'agence) et politiques (en lien avec les élus et la population) font des questions

hospitalières des dossiers très périlleux et à rebondissement. De même, la gestion des événements sanitaires aux conséquences variables occupent journalièrement la scène médiatique et nécessitent un traitement dans l'urgence.

Une multiplication des priorités et donc des projets

Aucune ARS n'a échappé réellement à ce piège et les objectifs principaux, secondaires, opérationnels... se sont comptés par centaine, ainsi que les indicateurs. Cette situation peut paraître paradoxale dans la mesure où les pilotes des PRS étaient tous conscients de ce risque. Cependant, ils n'ont pu se soustraire aux pressions multiples et souvent légitimes des acteurs concernés pour qu'un thème ou une population ne soient pas oubliés.

Les conséquences évoquées

Dans ces conditions, la dimension structurante du PRS a une tendance à « se diluer », voire à disparaître. En d'autres termes, la vivacité du PRS s'est considérablement amoindrie avec le temps pour trois raisons majeures.

Un changement de direction générale ou d'organisation

Les nouveaux directeurs généraux se réapproprient rarement les orientations de leur prédécesseur. Par ailleurs, l'organisation interne à l'agence s'est quelquefois profondément modifiée. On a constaté que dans les ARS où l'équipe initiale de pilotage du PRS est restée « aux commandes » la structuration première du PRS a eu tendance à résister, même si quelques ajustements ont été opérés.

L'actualité

Des orientations nationales ou régionales nouvelles apparaissent régulièrement sur le devant de la scène, ce qui est légitime. La dynamique de la Stratégie nationale de santé et des parcours a eu parfois tendance à faire passer le PRS au second plan. Là encore, le directeur général de l'ARS ainsi que l'équipe de pilotage du PRS peuvent jouer un rôle intégrateur des nouvelles orientations au sein du PRS. Dans le cas contraire, le risque est d'initier des priorités constamment évolutives et donc particulièrement déstabilisantes pour les équipes. Le rôle de colonne vertébrale du PRS s'en trouve alors lourdement affecté.

Les résistances « culturelles »

Elles se cristallisent autour du mode « projet » (évoqué plus haut) mais aussi de l'innovation. Le mouvement et le changement ont toujours un rôle fragilisant quand les repères « métiers » ne sont pas complètement stabilisés. L'ARS est la maison commune de l'État et de l'assurance maladie (suivant la formule consacrée) mais le bâti est récent et les cultures initiales étaient très différentes. L'appropriation de nouveaux modes de travail nécessite donc un peu de temps, notamment pour la mise en œuvre des projets.

Par ailleurs, les acteurs extérieurs à l'ARS (comme les membres de la CRSA) ont eu l'impression d'être abandonnés en cours de route. Le bilan récent réalisé par l'ARS de Franche-Comté auprès des différents présidents des commissions de la CRSA (interviews semi-directifs) ont confirmé cette observation [7]. Après une période intense de mobilisation lors de l'élaboration du PRS, ils ont eu la perception d'être peu associés au suivi de la mise en œuvre et ont exprimé un sentiment d'inutilité après une période participative et productive intense.

Enfin, cette situation complexe de mise en œuvre conduit parfois à une fuite en avant. Certaines ARS se sont déjà projetées dans un PRS de 2^e génération (alors que la plupart des PRS de 1^{re} génération sont à mi-parcours), sans évaluation intermédiaire ou finale vraiment programmée. Cette posture est paradoxale, les ARS exigeant de leurs opérateurs une évaluation solide alors qu'elles ont elles-mêmes du mal à respecter cette nécessité.

Des « bonnes pratiques » à initier ou à consolider

De ce travail, cinq grandes orientations peuvent être retenues pour le futur.

Le rôle de la Direction générale

Le DG doit être le garant des ambitions du PRS dans la durée. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'on annonce pour les PRS de 2^e génération des orientations stratégiques sur 10 ans [1].

La place du pilotage

Une équipe structurée et stable doit opérer un pilotage du PRS avec une animation et un accompagnement à la hauteur des ambitions du PRS. Concernant la transversalité, il serait important de passer d'un

concept séduisant intellectuellement à une réalité plus pragmatique. La question se pose de savoir si la notion de parcours est la réponse univoque à cette question.

Des outils de suivi adaptés

Ils doivent être facilitateurs et ne pas constituer des freins à cette dynamique projet. Beaucoup d'ARS sont toujours à la recherche du produit miracle !

Un PRS mobilisateur au quotidien

L'appropriation de la mise en place du PRS doit s'inscrire dans les activités récurrentes des équipes de l'ARS et s'accompagner aussi d'une mobilisation des acteurs extérieurs (institutions partenaires, opérateurs, élus, usagers...) afin que ces derniers soient non seulement de vrais artisans pour l'élaboration du PRS, mais également des contributeurs éclairés et renseignés.

Un projet aux avancées visibles

La communication sur les réalisations du PRS est indispensable afin de donner au fil du temps une vraie réalité à ce qui pour certains reste encore un processus hautement technocratique.

Deux éléments complémentaires seront également à retenir dans la perspective des PRS de 2^e génération :

- Les premiers PRS avaient une triple dimension : transversale (souvent illustrée

par les parcours), thématique à travers les schémas (prévention/soin/médico-social) et territoriale (programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé) [1]. La prise en compte concomitante de toutes ces composantes s'est révélée particulièrement difficile en termes de pilotage et de suivi, notamment sur les territoires. Une nouvelle structuration de la dynamique territoriale est annoncée dans la future loi : service territorial de santé au public, projet et contrat territorial de santé, conseils territoriaux de santé... Elle devra trouver sa place dans une organisation visible et lisible pour tous.

- Depuis de nombreuses années, le rôle des déterminants de la santé, non liés au système de santé, est mis en avant. Alors que les commissions de coordination des politiques publiques instituées au sein des ARS par la loi HPST avaient vocation à faire dialoguer tous ces acteurs (principalement l'État et les collectivités territoriales), elles ont montré leur relatif échec [8]. Il est donc essentiel que les orientations de la Stratégie nationale de santé, qui ont conduit à la création récente du Comité interministériel pour la santé [9], puissent être prises en compte dans les futurs PRS.

Ces constats et ces propositions devraient aider tous les acteurs concernés à contribuer, avec les ARS, à une politique de santé régionale plus globale, plus compréhensible et encore plus efficiente. ■

Références

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Stratégie nationale de santé*. <http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/>
2. La lettre de la Délégation du territoire et de l'aménagement régional (Datar). *Tout ce qu'il faut savoir sur la loi Voynet*. Supplément au n° 167, automne 1999, 12p.
3. Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, Pratiques et Organisation des soins 1/2010*. (Vol. 41), p. 73-80.
4. HCSP. « 20 ans de santé publique ». *adsp*, n° 80, septembre 2012.
5. Basset B., Collin G., Maione. E. *Les projets régionaux de santé en France : ambitions et réalités*. Presses de l'EHESP 2012, 128 p.
6. Michaud C., Sannino N., Duboudin C., Baudier F., Guillin C., Billondeau C., Mansion S. « Cadre logique du projet régional de santé de Franche-Comté : intérêts et limites pour la démarche d'évaluation ». *Santé publique*, volume 26/ n° 4, juillet-août 2014 (à paraître).
7. CRSA de Franche-Comté. *Faire vivre la démocratie en Franche-Comté : bilan 2010-2014*. <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Bilan-2010-2014-de-la-CRSA-de-174845.0.html>
8. Baudier F., Destaing L., Michaud C. « L'éducation pour la santé dans les agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses ». *Santé publique*, 2013/n° 2 Suppl (S2), 101-109.
9. *Journal Officiel*. Décret 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du Comité interministériel pour la santé.