

INTRODUCTION

À la suite d'un long cheminement intellectuel, politique et législatif, le système de santé français s'est profondément réformé en 2009 sur le plan structurel et organisationnel par la création des agences régionales de santé, mais aussi, et plus profondément, sur les fondements de la conduite de la politique de santé. Alors que le système français s'est enorgueilli longtemps d'être le meilleur du monde, les crises sanitaires puis la crise économique ont conduit l'ensemble des acteurs à s'interroger sur la primauté du curatif au moment où, d'une part, le poids des déterminants en dehors du champ de la santé est de mieux en mieux connu et où, d'autre part, la démographie de notre pays accroît les besoins d'accompagnement consécutifs aux maladies chroniques et à la perte d'autonomie.

Cette prise de conscience, portée longtemps uniquement par le seul petit cercle des spécialistes de santé publique, a conduit à l'élaboration de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

Si les aspects de la loi consacrés à la gouvernance de l'hôpital et à la disparition des anciens services déconcentrés de l'État au profit des agences régionales de santé (ARS) ont donné lieu à de nombreuses analyses, celui, plus fondamental de l'élaboration et de la conduite de la stratégie régionale de santé est resté relativement peu commenté.

Pourtant, l'exercice imposé par la loi est totalement innovant pour les responsables de la santé aussi bien au niveau national que régional, et il rompt avec des décennies pendant lesquelles la croyance que la bonne gestion de l'offre (de soins surtout, et en premier lieu de soins hospitaliers) suffisait à assurer les bons résultats de l'ensemble du système. L'outil majeur de cette nouvelle conduite de la politique est le projet régional de santé (PRS). Il repose sur une approche globale de la santé et de ses

déterminants, et représente un défi considérable par sa nouveauté et son ambition, d'autant que son élaboration est revenue à des équipes nouvelles, dans des structures nouvelles (les ARS) et dans un contexte où les moyens humains et budgétaires sont de plus en plus comptés.

Les projets régionaux de santé, conçus par l'ensemble des régions dès 2010, ont mobilisé l'administration de la santé à tous les niveaux, ainsi que de nombreux partenaires localement. Ils ont nécessité de nombreuses réflexions aux niveaux national et régional, la production de plusieurs documents de référence, ainsi que de nombreux échanges sur les différentes expériences régionales.

Cet ouvrage porte sur les choix qui ont été faits tant par l'administration centrale que par les ARS sur les méthodes retenues pour conduire des projets, leur pertinence et leurs limites. Les contenus des PRS, multiformes et particuliers à chaque région, nécessiteront une analyse spécifique.

Cet ouvrage se propose simplement d'étudier la manière dont le défi représenté par les projets régionaux de santé a été relevé par l'ensemble des acteurs et les enseignements qui peuvent en être tirés, notamment dans la perspective de la préparation de la prochaine génération de PRS.

1. Origines et cadre du projet régional de santé (PRS)

Le concept de projet régional de santé est l'aboutissement d'un long mûrissement dans le contexte du système de santé français, historiquement marqué par le poids du curatif et, dans les dernières décennies, par des crises sanitaires à répétition qui ont fortement contribué à un renouvellement de la réflexion des acteurs et des décideurs. Les méthodes de programmation et de planification ont évolué largement, souvent sous la pression de l'actualité, mais aussi par une prise de conscience progressive de la part relative du curatif dans les résultats de santé à l'échelle de la population.

1.1. L'histoire récente de la programmation/planification à la française

L'évolution de ces quarante dernières années a été marquée par un glissement progressif d'une régulation exclusivement centrée sur l'offre de soins à une recherche d'atteinte de résultats en termes d'état de santé, avec des outils sophistiqués couvrant un champ de plus en plus large, associant la prévention, le premier recours et le médico-social.

1.1.1. Les années 1970 : la carte sanitaire

Historiquement, le premier outil de régulation, la carte sanitaire, était assez rudimentaire. Elle reposait sur la fixation d'indices formulés en nombre de lits hospitaliers (en médecine, chirurgie et obstétrique) ou d'équipements lourds rapportés à une population. Le terme « carte sanitaire » provient du découpage du territoire en secteurs géographiques auxquels s'appliquent ces indices — en fait des fourchettes. Bien qu'ils

aient été dénommés « indices de besoins », ils ne reposaient sur aucune étude de besoins à satisfaire, mais essentiellement sur le principe très jacobin d'égalité du citoyen sur l'ensemble du territoire national, et donc d'égalité de l'offre qui devait lui être proposée. La carte sanitaire permettait une régulation en volume des moyens en étant associée à un régime d'autorisation de lits et d'équipements lourds. Elle reposait implicitement sur le postulat d'une offre de soins assez homogène en prestations et performances sur l'ensemble des établissements hospitaliers. L'instrument a vite trouvé ses limites devant le progrès des techniques médicales, le développement des spécialités et sous-spécialités, et la différenciation progressive des établissements hospitaliers entre eux. La carte sanitaire a été supprimée en 2003.

1.1.2. Les années 1980 : le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Sous l'impulsion du D^r François Piednoir, médecin-inspecteur de santé publique, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Basse-Normandie, propose de compléter la régulation quantitative de l'offre de soins hospitaliers, par une organisation territoriale de cette offre, définissant les rôles respectifs et les liens des établissements entre eux pour répondre aux besoins d'une même population. Selon son concepteur, les deux outils de régulation de l'offre se complètent : « la carte sanitaire encadre l'offre, le SROS l'organise ». Il préconise explicitement une hiérarchie des hôpitaux et cliniques au sein, d'une part, d'un même secteur sanitaire, d'autre part de la région, ce qui provoquera des oppositions dans les petits établissements qui comprennent alors que leur avenir est sinon totalement remis en cause, du moins limité. Cette dynamique nouvelle va cependant emporter la conviction du gouvernement et du législateur, et le schéma régional d'organisation sanitaire sera intégré dans la loi de 1991 portant réforme hospitalière. Trois générations de SROS seront élaborées par les services de l'État en régions jusqu'à la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, dite loi HPST. Pour chaque génération de SROS, l'administration centrale du ministère a élaboré des directives de plus en plus précises.

La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1996 sanctuarisera pour une longue période cette approche sectorielle consacrée au soin, et le SROS intégré dans le PRS par la loi HPST sera de fait la quatrième génération des SROS, enrichie d'un volet ambulatoire.

1.1.3. Les années 1990 : les programmes régionaux de santé

Les différentes crises sanitaires (épidémie due au VIH, sang contaminé, amiante...) ont démontré aux autorités sanitaires et à la population que la seule intervention sur le secteur curatif ne suffisait pas à répondre aux enjeux nouveaux que le système de santé devait affronter. Les interventions dans les champs de la prévention, de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, classiques dans une approche globale de santé publique ont trouvé une légitimité nouvelle, alors que leur efficacité dans la période « hygiéniste » du début du XX^e siècle, était passée au second plan devant le développement rapide des techniques du soin. Les interventions pour prévenir les comportements à risques, les gestes d'hygiène de base, la vaccination, etc. ont ainsi vu leur intérêt réévalué. Dans ce contexte général, les acteurs de la santé publique ont progressivement proposé des outils pour répondre à ces nouveaux défis.

C'est ainsi qu'à partir des années 1990, la dynamique de programmation en santé se développe sous le double effet de la logique de priorisation promue à la fois par la Direction générale de la santé et la Conférence nationale de santé, et de l'offre de formation proposée par l'École nationale de la santé publique (ENSP). La priorisation à l'échelon régional conduit à une démarche de programmation relative à quelques problèmes de santé. La méthode mise à disposition des acteurs régionaux est celle de la programmation stratégique des actions de santé (PSAS) développée par l'ENSP, et présentée comme « un compromis entre une démarche rigoureuse par étapes, une analyse de la stratégie des acteurs déjà présents sur le terrain et une participation de la population aux actions entreprises¹ ».

Le champ de ces programmes régionaux de santé est essentiellement celui de la prévention et de la promotion de la santé, et représente de fait un complément à la logique planificatrice classique des SROS. Les moyens mobilisés sont quasi exclusivement des crédits de prévention.

On note également l'apparition de ce qu'on appellera ultérieurement les acteurs de la démocratie sanitaire. Les militants de la lutte contre le VIH ayant redonné vigueur et légitimité à la participation de la population aux décisions prises dans le champ de la santé, les autorités sanitaires ne se contentent plus d'informer, après-coup, des décisions, comme c'était souvent le cas auparavant, mais favorisent désormais systématiquement la participation des associations d'usagers à l'élaboration des plans et programmes au niveau national et local.

1. Alain Jourdain, « Politiques et programmes régionaux de santé », dossier, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 46, mars 2004.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) créé par la loi de 1998 relative à la lutte contre l'exclusion, est un programme obligatoire, destiné à répondre aux problèmes de santé des plus démunis. Compte tenu de l'aggravation de la crise économique, il sera maintenu au fil des lois successives ayant trait à la santé.

1.1.4. Le tournant de 2004 : les plans régionaux de santé publique

Dans sa phase préparatoire, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a mobilisé de nombreux experts et une grande partie de l'administration centrale de la santé, notamment la Direction générale de la santé (DGS). Elle procède de la volonté de donner une assise à la politique de santé publique, en fixant des priorités nationales, des objectifs quantifiés, et des outils pour l'action des services déconcentrés du ministère.

La phase préparatoire de cette loi, présentée comme la première loi de santé publique depuis plus de cent ans, a reposé sur le travail d'un groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) chargé de définir les priorités et actions à mener dans les cinq ans, ainsi que les indicateurs d'évaluation et de suivi. Ce GTNDO, piloté par la DGS, a rassemblé de nombreux groupes de travail thématiques confiés à des experts et représentants associatifs. Mais les effets de lobbying habituels sont apparus : ceux des défenseurs d'une partie des usagers ou d'une partie des malades, voire ceux qui défendaient leur propre discipline. Le résultat a été une juxtaposition d'objectifs non hiérarchisés, d'importance variable dont une partie proposait des indicateurs de suivi impossibles à renseigner. La lutte contre certains grands déterminants de la santé (tabac, alcool...) est de fait mise sur le même plan que des problèmes de santé à l'impact plus circonscrit comme la migraine. L'examen par le Parlement n'a fait que confirmer cette tendance, et la principale critique sur cette loi portera sur le nombre d'objectifs annexés à la loi — une centaine —, à l'encontre de la volonté initiale de prioriser. Les dispositions consacrées à la lutte contre la consommation d'alcool se heurteront comme toujours au Parlement à la défense des intérêts des régions viticoles et brassicoles. Les cent objectifs ont été artificiellement regroupés en cinq plans prioritaires, mais l'adjectif « prioritaire » ne suffisait pas à résoudre, *a posteriori*, la dispersion initiale.

La loi crée par ailleurs 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. Leur mise en œuvre est soutenue par la création d'un groupement régional de santé publique (GRSP), associant les possibles financeurs des actions (État, assurance maladie, collectivités territoriales...). La complexité du dispositif, sur le plan tant juridique qu'institutionnel, a fait qu'il n'a véritablement été opérationnel que deux ans avant sa remise en cause par la loi HPST.

1.1.5. Depuis 2009, les PRS

La loi HPST va être élaborée par le gouvernement et examinée par le Parlement dans un contexte marqué par :

– le constat assez partagé que le mode d'organisation de l'administration sous sa forme classique (national, régional et départemental) ne permet plus de répondre aux enjeux du moment. Les diverses tentatives de fusion des échelons départementaux et régionaux, ou de subordination hiérarchique de l'échelon départemental au niveau régional ont toutes échoué, essentiellement pour deux raisons :

- la résistance des préfets qui voyaient se profiler un rétrécissement de leur champ de compétences au niveau départemental,
- la crainte des échelons d'encadrement de voir se restreindre le nombre de postes qui leur seraient offerts en cas de simplification structurelle de l'administration de la santé ;

– la prise de conscience que la séparation entre l'État et l'assurance maladie est contre-productif en ce qui concerne l'évolution du système de santé et sa régulation ;

– un essoufflement de l'administration de la santé, en particulier au niveau déconcentré (DRASS et DDASS), qui doit faire face d'une part à une augmentation de ses missions, sans priorisation venant du niveau central dans un contexte externe soumis à d'importantes évolutions structurelles (agences nationales de sécurité sanitaire, missions interministérielles...), d'autre part à des changements dans le contenu même des missions qui lui sont confiées (sécurité sanitaire, prévention des comportements à risques, réorganisation de l'offre...) ;

– un empiement des structures (régionales et départementales), aux responsabilités partagées (voire redondantes) donc peu lisibles, difficile à piloter ;

– une politique de rationalisation des moyens de l'administration de l'État à travers la révision générale des politiques publiques (RGPP).

C'est dans ce contexte que la loi HPST a créé les agences régionales de santé (ARS), établissements publics nés de la fusion, au niveau régional, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires

et sociales (DRASS et DDASS), de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), et d'une partie des services régionaux des organismes nationaux chargés de l'assurance maladie — caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mutualité sociale agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI) — consacrés antérieurement à la planification de l'offre. L'analyse de cette réforme considérable n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage, mais on peut en noter les principes directeurs qui influent sur l'élaboration des projets régionaux de santé :

- régionalisation de l'ensemble de la politique de santé sous la conduite d'une autorité unique, le directeur général de l'ARS ;
- autonomie plus importante au niveau régional qui résulte du statut d'établissement public des ARS, par rapport à la situation antérieure où les directeurs des services déconcentrés étaient dans une chaîne hiérarchique classique remontant au niveau central ;
- regroupement au sein d'une même entité de la responsabilité sur les leviers permettant de piloter et organiser les interventions au niveau régional sur un champ de compétences allant de la prévention au médico-social.

1.2. Les fondements du PRS : santé globale, logique de priorisation, démocratie sanitaire

Le concept de santé retenu par la réforme s'écarte du modèle biomédical réduisant la santé à l'absence de maladie. Il est ainsi dans la suite logique de l'évolution du regard porté par le corps social sur le système de santé qui ne se limite plus aux soins, mais prend en compte l'ensemble des déterminants, et une vision de la santé et de l'autonomie, proche de la réalité et de sa complexité.

Cette approche globale a été modélisée de différentes manières. Nous pouvons en signaler deux, classiques, qui sont explicitement citées comme références dans tous les documents du ministère chargé de la santé traitant des projets régionaux de santé :

– Le modèle global de santé

« Les premiers modèles de ce type datent des années 1975. Ils reposent sur l'idée que la santé d'un individu dépend à la fois de caractéristiques qui lui sont propres comme le genre ou l'âge et d'autres déterminants comme l'environnement, les modes de vie, la situation sociale ou les soins. Ces déterminants exogènes sont particulièrement importants en santé publique car ce sont ceux sur lesquels l'on peut agir. Ces déterminants

peuvent avoir une influence néfaste sur la santé (facteurs de risque) ou au contraire une influence bénéfique (facteurs de protection). Ces déterminants sont eux-mêmes soumis à un contexte plus général démographique, économique, social et culturel² » (figure I).

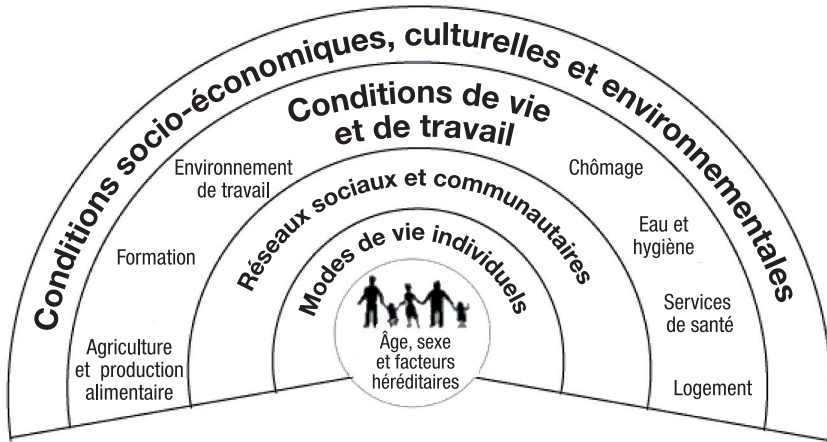


Figure I. Les fondements d'un projet régional de santé, modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

– *Le modèle du fonctionnement, du handicap et de la santé*

« Ce modèle est extrait de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé publiée par l'OMS en 2001. Il prend en compte les structures et fonctions du corps (dont les altérations correspondent aux déficiences), les activités (dont les limitations évoquent la notion d'incapacité) et la participation sociale (dont la restriction est considérée comme le handicap vécu par la personne dans sa vie quotidienne). Il accorde également une part plus importante à l'environnement (environnement architectural, personnel, socioculturel...) qui peut se révéler comme un facilitateur ou un obstacle. La notion de handicap n'est pas abordée uniquement par le repérage des insuffisances, mais aussi par celui des ressources qui permettent de réduire l'expérience négative. Ces apports conceptuels sont en adéquation avec les attentes des personnes handicapées³ » (figure II).

2. Extrait du *Guide méthodologique d'aide à l'élaboration des PRS*.

3. *Ibid.*

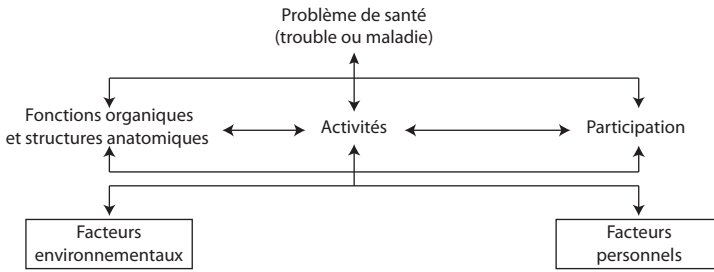


Figure II. Les fondements d'un projet régional de santé, modèle de l'Organisation mondiale de la santé (2001)

1.2.1. Un modèle porteur de transversalité et d'intersectorialité

Quel que soit le modèle retenu, dans la pratique l'enjeu principal du PRS est de développer le système de santé sur la base d'une logique transversale, plus cohérente que celle qui prévaut le plus souvent et se traduit dans l'organisation en secteurs séparés : promotion de la santé, prévention médicalisée, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales. La démarche qui est promue est de centrer la réflexion et les décisions sur le parcours des personnes au sein du système tout au long de leur vie, et donc sur leurs besoins et non plus sur l'organisation de l'offre.

Le modèle invite également à chercher en dehors de l'ARS, c'est-à-dire en dehors du champ classique de la santé, des complémentarités avec des politiques portées par l'État, les collectivités locales et l'assurance maladie.