

Le Plan régional de santé publique (PRSP), un cadre de planification de la politique régionale en santé publique

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2004/4 Vol. 16 , PAGES 679 À 686
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.044.0679

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2004-4-page-679?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Le Plan régional de santé publique (PRSP), un cadre de planification de la politique régionale en santé publique

La loi relative à la politique de santé publique affirme la responsabilité de l'État qui fixe les objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population française et qui définit des plans stratégiques jugés prioritaires. Elle propose d'organiser la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de plans régionaux de santé publique (PRSP), élaborés en interaction avec les conférences régionales de santé (CRS) et mis en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Ce qu'est le plan régional de santé publique

Le PRSP fournit un cadre lisible et cohérent de la politique de santé publique en région, après avis de la conférence régionale de santé. Ce cadre est élaboré en partenariat avec l'ensemble des acteurs et des institutions concernés. Le PRSP est arrêté par le préfet de région.

Ce que ce plan doit comporter :

- des **objectifs de santé publique** reflétant les évolutions souhaitées en termes d'amélioration de l'état de santé de la population ou de sous-groupes spécifiques ;

- des **stratégies d'action** à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs de santé publique, en cohérence avec les **plans stratégiques, les plans et les programmes** définis au niveau national, et spécifiant les groupes cibles et les résultats attendus (objectifs intermédiaires) pour chacune des principales actions composant ces stratégies.

Une première phase, en cours, doit aboutir d'ici la fin de l'année 2004 à un diagnostic régional partagé construit à partir des données disponibles. Ce diagnostic porte sur trois axes :

- l'**état de santé** de la population régionale, mais aussi, lorsque cela sera pertinent, de sous-groupes spécifiques définis par leurs caractéristiques sociales et/ou sur une base territoriale ;

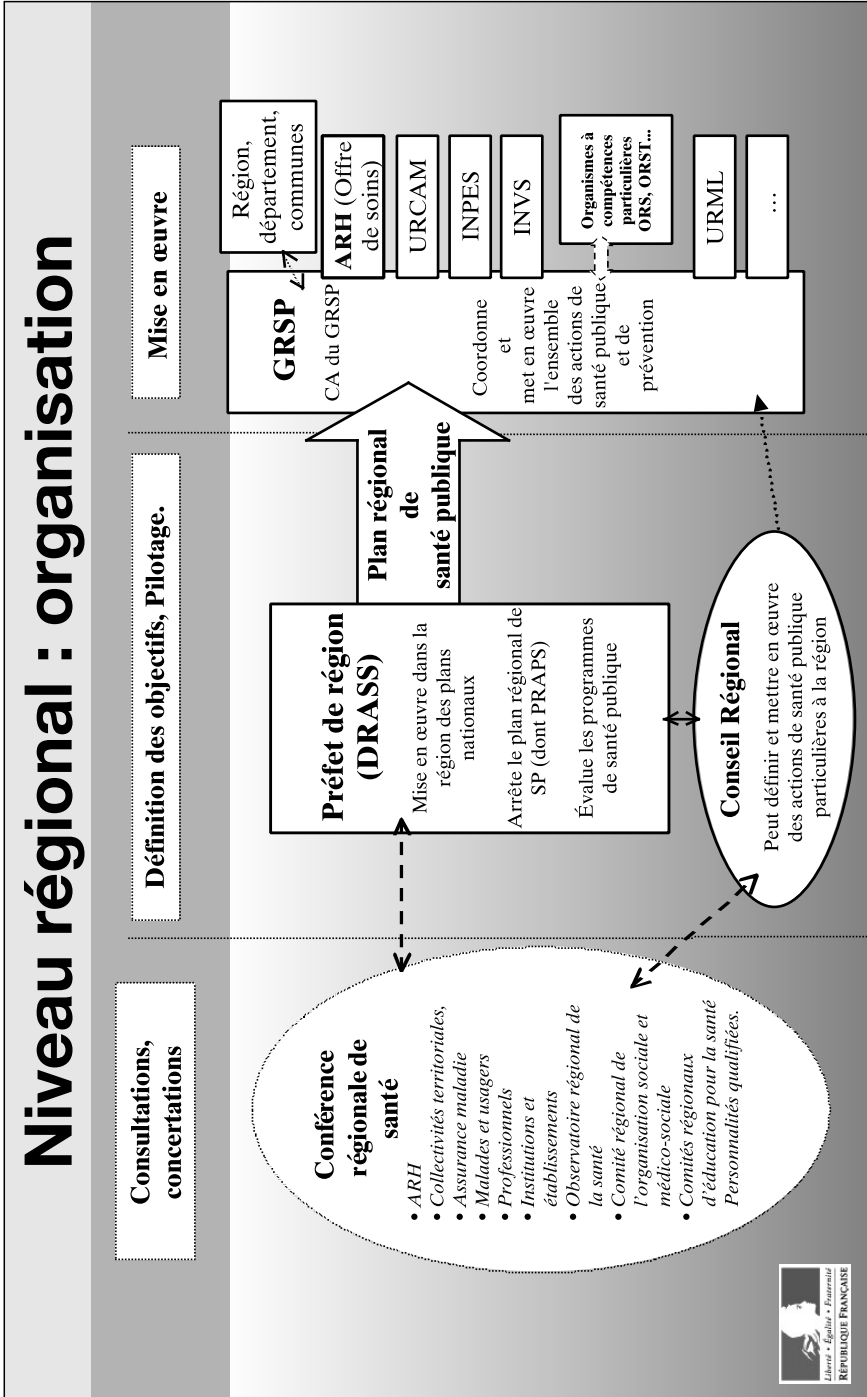
- le **bilan des actions** en cours au niveau de la région, notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS), des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRASP), et des programmes de santé publique conduits par l'Assurance Maladie, l'Éducation Nationale, les collectivités territoriales, etc.,

- les **ressources disponibles** pour mettre en œuvre des actions de santé

publique, ou dont le développement est programmé comme dans le cadre des SROS ou des SRÉPS, par exemple.

L'élaboration de ce diagnostic s'appuie sur une **concertation avec les principaux acteurs** impliqués dans le financement et/ou la mise en

œuvre des actions de santé publique dans la région, qui sont considérés comme des partenaires potentiels des groupements régionaux de santé publique. Cette étape qui préside à l'élaboration du PRSP fera l'objet de **consultations** qui devraient préfigurer les futures conférences régionales de santé.



Le Plan régional de santé publique (PRSP), un dispositif de planification par étapes

Le diagnostic régional partagé, socle de l'élaboration du PRSP

L'élaboration d'une politique de santé publique repose sur les meilleures connaissances disponibles, tant quantitatives que qualitatives et sur leur évolution, même si elles ne sont pas exhaustives. La part des représentations individuelles et collectives dans le rapport au risque fait partie intégrante de ces connaissances.

Le diagnostic de la situation sanitaire et sociale de la région est la base de réflexion, de discussion et d'orientation commune aux acteurs régionaux.

En s'appuyant sur l'expérience acquise, notamment, à l'occasion des conférences régionales de santé et dans la conduite des programmes régionaux de santé, le diagnostic régional partagé va permettre de repérer les déterminants des problèmes de santé sur lesquels on peut agir et les pistes de solutions efficaces et réalisables. Il va donc conduire les partenaires à identifier les progrès réalisables, qu'il s'agisse d'accès à la prévention et aux soins, de réduction des risques environnementaux ou de questions liées à l'accès à un logement adapté ou à l'insertion sociale et professionnelle. Il participe ainsi à la définition des objectifs du plan régional de santé publique et aux choix des priorités

Il s'articule autour de trois axes majeurs : le diagnostic régional sur l'état de santé, le bilan des programmes et actions mis en œuvre et le diagnostic sur les ressources disponibles.

La très grande majorité des régions dispose de travaux sur l'état de santé de la population, réalisés en collaboration avec les ORS, avec les URCAM et les CRAM. Elles ont produit un état des lieux pour les consultations régionales ⁽¹⁾ dans le cadre de la préparation de la loi relative à la politique de santé publique en novembre et décembre 2002. Certaines régions ont lancé un processus d'évaluation de leurs programmes. Elles ont toutes mis en œuvre un bilan des ressources sanitaires et sociales à l'occasion de l'élaboration des SROS de troisième génération et la plupart se sont livrées à un bilan des ressources de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre de l'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS).

Le diagnostic régional peut aussi s'appuyer sur l'analyse des discordances entre la situation observée dans la région et un état souhaitable, apprécié, notamment, par comparaison avec des données nationales, européennes, voire internationales, selon le domaine concerné, ou avec les éléments des plans stratégiques nationaux.

Le diagnostic régional doit se baser sur les meilleures données disponibles par une démarche d'expertise associant les acteurs locaux détenteurs de bases de données ou d'informations sur les besoins de santé ou l'efficacité des actions. Il doit aussi prendre en compte les besoins de santé ou de services

(1) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Société française de santé publique. Synthèse ds consultations régionales dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique. Rapport au directeur général de la santé. Remis le 13 février 2003. 41p.

ressentis par la population et les professionnels. Il est construit pour servir de référence aux différentes démarches de programmation de la région, notamment la démarche d'élaboration des SROS et celle des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Les axes du plan régional de santé publique

Compte tenu des objectifs généraux de la politique de santé publique en France : « *Diminuer la mortalité prématurée évitable, diminuer la morbidité, améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités, réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention* », le plan régional de santé publique prend en compte trois dimensions :

- des objectifs de santé définis par pathologie, par déterminant, par population, voire par territoire ;
- des stratégies d'intervention : prévention, dépistage, soins, réinsertion, formations, études,...
- les compétences et les capacités d'intervention des institutions partenaires.

La mobilisation des acteurs, leur place et leur rôle

En attendant la création de la Conférence régionale de santé, il s'agit d'associer les futures composantes de cette conférence, y compris les collectivités territoriales et les représentants d'usagers et de malades, à tous les stades de l'élaboration du PRSP.

La mobilisation des acteurs peut se faire selon différentes modalités. On peut ainsi distinguer schématiquement quatre niveaux de participation (Fourniau JM, 1996) :

- Communication, qui permet d'énoncer et d'expliquer ; vise à faire adhérer aux choix ; peut se limiter à une simple information ou susciter des réactions (information / rétro - information) ;
- Consultation, qui permet de soumettre à discussion des propositions ; vise à obtenir des éléments avant d'effectuer le choix.
- Concertation, qui permet d'élaborer une solution en collaboration avec les acteurs concernés, vise la recherche de solutions communes ou de connaissances nouvelles.
- Codécision, qui permet de partager la décision avec les intervenants ; implique la négociation pour rechercher un accord.

La mobilisation des acteurs s'opère d'autant mieux que des principes de base sont posés pour créer un débat entre experts, praticiens et usagers du système de santé, aboutissant ainsi à un savoir partagé et facilitant l'adhésion de toutes les parties concernées par la mise en œuvre de la politique de santé publique. Plusieurs critères sont à prendre en compte, notamment : des critères d'ouverture⁽²⁾, des critères de diversité et d'indépendance des groupes

(2) « Plus les groupes sont nombreux et divers, et plus le débat est riche et significatif. » CALLON Michel, LASCOUMÉS Pierre, BARTHE Yannick, *Agir dans un monde incertain*, essai sur la démocratie technique, La couleur des Idées, Seuil, septembre 2001, 358 pages.

mobilisés. Cette mobilisation des acteurs devra se poursuivre dans le temps pour faciliter l'apprentissage collectif.

La mise en œuvre du PRSP.

Pour mettre en œuvre le PRSP, le Préfet dispose du GRSP et peut également, par voie de convention, faire appel à tout organisme compétent.

Plusieurs outils peuvent contribuer à la mise en œuvre du PRSP :

– Des **conventions** peuvent être passées entre services publics (ex : DRASS ou GIP et Rectorat pour des actions en milieu scolaire) ou entre organismes publics et privés (ex : DRASS ou GIP, ARH, URCAM, INSEE, Université et ORS pour la réalisation et l'exploitation d'une déclinaison régionale de l'enquête décennale santé).

– Entre État et collectivités territoriales, ces conventions peuvent être inscrites dans un **contrat de plan**.

– Des **conventions pluriannuelles d'objectifs**, portant sur différents volets du plan, peuvent être conclues avec des associations, telles que les ORS ou les comités d'éducation pour la santé.

– Des **appels d'offre** peuvent être lancés aux entreprises privées (cette modalité est fréquemment utilisée pour la réalisation d'évaluation ou pour le développement d'une action de communication grand public).

– Pour les associations, l'**appel à projets** sur des objectifs bien identifiés des programmes régionaux est largement utilisé en région. Il permet de lutter contre l'émiettement des actions pour les inscrire de façon cohérente dans la politique régionale de santé publique. Chaque acteur de la région peut se saisir d'un ou de plusieurs objectifs opérationnels pour ce qui le concerne : domaine de compétence, territoire concerné.

Les Groupements régionaux de santé publique

L'article L. 1411-11 du code de la santé publique, issu de la loi du 9 août 2004, prévoit que le représentant de l'État arrête, après avis de la conférence de santé publique, le plan régional de santé publique (PRSP) et dispose d'un groupement régional de santé publique (GRSP) pour assurer sa mise en œuvre. Les articles L. 1411-14 à L. 1411-17 précisent la composition de ces GRSP, constitués sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), les principes qui régissent leur fonctionnement et les financements obligatoires dont ils bénéficient.

Il ressort de ces articles de loi trois idées fortes ;

- la volonté du législateur d'éviter toute confusion de responsabilités entre les conditions d'élaboration du PRSP, confiées au représentant de l'État dans la région, et la mission de mise en œuvre des programmes dévolue à un GRSP qui a pour vocation de rassembler les financeurs, à savoir l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales ;

- la nécessité de bâtir un dispositif opérationnel qui conduit, d'une part à constituer le GRSP sous forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) doté de l'autonomie administrative et financière, d'autre part à garantir son financement par une subvention de l'État et une dotation de l'assurance maladie ;

- le choix de donner aux pouvoirs publics les moyens d'assumer pleinement leur rôle de pilote du GRSP, avec pour conséquence la décision de donner au représentant de l'État dans la région, la présidence du conseil d'administration du GIP, l'assurance d'y disposer de la moitié des voix et de lui confier la responsabilité de désigner le directeur du groupement.

La cohérence de la démarche ne doit pas toutefois masquer les écueils qui restent à franchir pour décliner de manière opérationnelle le dispositif sur le terrain et atteindre le résultat attendu, à savoir promouvoir une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles et atteindre une meilleure efficacité dans la réalisation des objectifs assignés à la politique de santé publique.

Partage des compétences et des savoir-faire, coordination des financements ne vont pas en effet de soi. Au-delà des enjeux institutionnels, c'est aussi une remise en cause des habitudes acquises, des visions limitées au pré-carré des attributions supposées qui s'annonce, avec pour corollaire la nécessité de construire un diagnostic partagé de l'existant et une vision commune des besoins.

Les clefs du succès tiennent à trois facteurs.

Il s'agit tout d'abord de dissiper un possible malentendu et de montrer à tous les membres du GRSP que la place occupée en son sein par l'État ne témoigne pas d'une volonté hégémonique mais est intimement liée à son rôle légitime de garant de l'intérêt général. L'engagement de l'assurance maladie et des collectivités territoriales dans le dispositif est en effet une condition essentielle pour garantir la cohérence dans la mise en œuvre des programmes du plan régional de santé publique, étant précisé que le but n'est pas de mutualiser l'ensemble

des moyens mais d'assurer une réelle coordination dans la conduite des actions de santé publique.

Il faut ensuite faire confiance aux différents acteurs dans les régions. Ils se connaissent le plus souvent et sont parfois déjà engagés dans des politiques actives de partenariat. Des marges de manœuvre doivent donc leur être laissées pour qu'ils puissent adapter à leur situation particulière le cadre général fixé pour la mise en place des GRSP.

Il est enfin indispensable de prévoir une montée en charge progressive du dispositif pour se donner le temps nécessaire, d'une part à la prise en compte de la diversité des situations locales, d'autre part à l'établissement d'un diagnostic, partagé par les acteurs, sur les financements qu'il est justifié de mettre à disposition directe des GRSP pour garantir une meilleure utilisation des ressources disponibles.

Ce sont ces principes qui animent les réflexions de la direction générale de la santé, en charge de la préparation des décrets d'application de la loi, et qui l'ont notamment conduite à lancer une large procédure de concertation sur ce dossier clé pour la déclinaison des objectifs de la loi du 9 août 2004. Le but est d'atteindre, dans la mise en place institutionnelle du dispositif, le point d'équilibre qui permettra à tous les partenaires de trouver leur juste place dans ce nouveau cadre et garantira ainsi la motivation de chacun. Il s'agit au demeurant d'un point d'équilibre de départ sachant qu'avec l'expérience acquise les GRSP évolueront nécessairement dans le temps.

La publication de ces décrets est prévue pour le 1^{er} trimestre 2005, ce qui devrait laisser aux régions un temps de concertation suffisant pour mobiliser les acteurs et conduire à la constitution effective de la majeure partie des groupements d'intérêt public au moment de l'adoption des plans régionaux de santé publique. L'enjeu est important. Les GRSP ne sont certes pas un but en soi mais un moyen au service d'un objectif commun, la mise en place d'une politique de santé publique. Pour autant ils seront le lieu de rencontre d'une grande diversité de partenaires qui doivent apprendre à mieux travailler ensemble. C'est donc une maison commune de la santé publique qu'il faut construire et ses fondations doivent être solides.