

Plan régional de santé publique (P.R.S.P.)

1. Présentation :

L'article 3 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prescrit l'établissement d'un plan régional de santé publique tenant compte à la fois des objectifs nationaux et des spécificités régionales. Le plan régional de santé publique est **l'outil de la politique de santé publique** de l'État, de l'Assurance maladie, du conseil régional et des collectivités territoriales qui le souhaitent. Il vise à fixer les grandes orientations de la politique régionale de santé publique et à fédérer autour d'objectifs partagés, les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région..

Le P.R.S.P. se présente sous la forme d'un arrêté pris par le préfet de région, après avis de la Conférence régionale de santé (C.R.S.). Les C.R.S. ont été créées par décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005. Elles regroupent, en 6 collèges, tous les acteurs qui concourent au niveau régional à l'élaboration et à la mise en œuvre du P.R.S.P. : représentants de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des professionnels de santé, des institutions et établissements de santé, des malades et usagers du système de santé et des acteurs économiques.

Selon la loi relative à la politique de santé publique, les P.R.S.P. doivent obligatoirement comprendre des actions dans les domaines couverts par les cinq plans stratégiques : cancer, environnement, maladies rares, maladies chroniques, violence et santé.

2. Enjeux :

Le P.R.S.P. a vocation à être un cadre consensuel (élaboré en concertation avec tous les acteurs régionaux de santé notamment les principaux décideurs) et dynamique (programmes pluriannuels dont l'orientation peut être adaptée). Plusieurs enjeux se font jour en ce qui concerne les P.R.S.P. :

- la mise en œuvre par les Groupements régionaux de santé publique (G.R.S.P.) 2006-2007,
- un suivi des P.R.S.P. au niveau régional et national qui devra se fonder sur des données harmonisées entre partenaires et notamment entre l'Etat et l'Assurance maladie,
- la (re-) structuration des financements régionaux et l'effet d'entraînement autour des priorités dégagées.

3. Etat d'avancement :

En août 2006, **18 PRSP sur 26 ont d'ores et déjà été arrêtés par les préfets de région.**

Une première analyse du contenu de ces documents permet d'observer que les P.R.S.P. commencent systématiquement par l'examen de l'état de santé de la population de la région concernée, puis qu'ils décrivent des principes d'actions tels que la réduction des inégalités sociales de santé, l'inscription territoriale, l'implication des usagers, la communication, le partenariat. Ils identifient également des enjeux pour leur région : réduire la morbidité et la mortalité évitables, promouvoir des comportements et des environnements favorables à la santé. Ils proposent des stratégies d'intervention : la complémentarité des acteurs ; une

structuration des actions autour de prévention / dépistage / prise en charge ; la qualité des actions ; le suivi et l'évaluation ; l'information.

Cette analyse met en évidence une reprise systématique dans les P.R.S.P. arrêtés des cinq plans stratégiques nationaux.

Les priorités spécifiques des P.R.S.P. sont les suivantes : nutrition, conduites addictives, maladies infectieuses (VIH/sida/hépatite/IST), périnatalité/contraception/IVG, santé mentale/suicide et constituent des champs d'intervention prioritaires. **Les jeunes apparaissent comme une population spécifique prioritaire dans tous les P.R.S.P. ainsi que les personnes âgées.**

Enfin, comme le prévoit la loi tous les P.R.S.P. développent des programmes dans les domaines suivants : accès à la prévention et aux soins (PRAPS), santé des détenus, santé scolaire, travail et santé, alerte/urgences.