



Loi de santé publique : architecture, principes et place des acteurs locaux

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 repose sur cinq principes opératoires majeurs : la responsabilité de l'État en matière de santé publique, la culture de résultat et de l'évaluation, la rationalisation et la clarification des responsabilités, le renforcement du niveau régional, le développement des réseaux et des partenariats. C'est à ce titre que s'élaborent des plans locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre d'une commune, d'un quartier, d'un groupement de commune ou encore d'un territoire de projet (pays, agglomérations). Didier Eyssartier, chef du service politique de santé et qualité du système de santé à la Direction générale de la santé¹, présente les grands principes de la loi et les nouvelles instances qu'elle installe. Il dessine les contours futurs des modalités de participation des différents acteurs de la santé à l'élaboration des politiques.

LES PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE

L'action de santé publique est de nature diverse et repose sur la **pluridisciplinarité**. Elle a une dimension collective, avec la volonté de développer une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé. La santé publique suppose une volonté politique forte, mais elle doit aussi faire l'objet de débats entre les institutions, les professionnels de santé, les usagers du système de santé et les acteurs privés et publics. C'est une **condition essentielle d'acceptabilité et d'efficience**. La loi réaffirme la responsabilité de l'État qui doit rendre compte à la représentation nationale des démarches qu'il a engagées pour améliorer l'état de santé de nos concitoyens (à partir de 100 objectifs et de cinq plans stratégiques pour les cinq prochaines années). Cette responsabilité exige une **culture de résultat** : des démarches de qualité sont désormais requises pour la conception et l'évaluation des politiques et des projets au niveau national et régional et local.

LE NIVEAU RÉGIONAL DE PLANIFICATION

Le niveau régional est le niveau optimal pour planifier, mettre en œuvre la politique de santé publique et développer une véritable culture de réseau. L'État organise le partenariat avec l'assurance maladie, les associations, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les établissements de santé. Cette démarche doit permettre de **rationaliser les interventions des différents acteurs** (en particulier pour l'accompagnement méthodologique des projets), et clarifier les responsabilités en matière d'expertise, de

concertation et de décision. C'est l'objet du Plan régional de santé publique (PRSP). Les Conférences régionales de santé (CRS) organiseront le débat et donneront des avis sur les objectifs, le suivi et la mise en œuvre du PRSP. Les élus y trouvent leur place dans le premier collège. Il est indispensable que ce plan puisse bénéficier d'un **ancrage territorial** permettant aux collectivités locales de s'engager sur le thème de la santé, au regard des attentes importantes de la population. Cet ancrage s'exprime notamment dans le cadre des politiques territoriales de l'État pour la ville et l'aménagement du territoire ; il doit donner lieu à l'élaboration de plans locaux ou territoriaux de santé publique.

LA PLACE DE L'INITIATIVE LOCALE

La santé fait partie intégrante des **projets de développement**, au même titre que l'éducation ou le logement. L'implication des élus sur les questions de santé, au regard des enjeux est déterminante. Les territoires de projet (pays et agglomérations) ou les territoires de la politique de la ville (contrat de ville, zone urbaine sensible) constituent les cadres d'intervention. Les Ateliers santé-ville (ASV), pour lesquels l'État apporte des financements, sont des exemples de la mise en œuvre de cette politique. Ils facilitent l'identification au niveau local des besoins des publics en difficulté. Ils favorisent la mobilisation et la coordination des différents intervenants. Ils permettent de faire le lien entre l'État et les partenaires locaux sur des actions efficaces. Ces derniers définissent les leviers de mise en œuvre, définissent des partenariats et contractualisent avec des prestataires ou opérateurs régionaux ou locaux (ORS, CRES, CODES...). Un des objectifs est de créer **les articulations et les cohérences nécessaires dans le secteur de la santé et de l'action sociale**. Ces démarches locales doivent être suscitées, accompagnées (méthodologiquement notamment) et mutualisées au niveau régional dans le cadre du comité des programmes constitué au sein du groupement régional de santé publique (GRSP). Ce groupement est l'organe de mise en œuvre du PRSP. Les représentants des collectivités territoriales et notamment des communes adhérant aux GRSP porteront l'ensemble des expériences locales. Ils auront également un pouvoir d'interpellation fort au sein du conseil d'administration sur l'ensemble des actions menées par le GRSP. ■

Didier EYSSARTIER

¹ Ministère de la santé et des solidarités