

## **Circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique**

24/09/2004

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 1411-10, L. 1411-11, L. 1411-12, L. 1411-13 et L. 1411-14 du code de la santé publique.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes : néant.

Le ministre de la santé et de la protection sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution])

Le plan régional de santé publique (PRSP) est le principal élément encadrant la politique de santé publique en région. Son élaboration doit se faire sous l'autorité du préfet de région, en étroite collaboration avec de nombreux partenaires, notamment l'ensemble des pôles régionaux, l'agence régionale de l'hospitalisation, les organismes d'assurance maladie, le conseil régional et les autres collectivités territoriales, s'ils le souhaitent, les partenaires économiques et sociaux, les observatoires régionaux de la santé, les professionnels du secteur sanitaire et social et les associations d'usagers du système de santé, les associations familiales, les associations de consommateurs et les associations de protection de l'environnement... Il définit les objectifs et les priorités de santé publique dans chaque région. Il organise la cohérence entre les différentes actions de santé publique conçues et mises en oeuvre dans la région. A cette fin, le PRSP se compose de programmes et d'actions permettant :

- d'atteindre les objectifs régionaux de santé ;
- de mettre en oeuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique, en particulier dans le domaine du cancer, de la nutrition, de la santé environnementale, de la santé au travail, de la santé des jeunes en milieu scolaire, de l'éducation à la santé et des situations d'urgence sanitaire.

Les exigences du calendrier me conduisent à vous demander d'élaborer, dès à présent et pour la fin de l'année 2004, une première version du PRSP. Cette première version vise deux buts :

- réaliser le bilan de l'existant et un diagnostic régional partagé ;
- proposer les axes prioritaires du PRSP.

Dans cette première version du PRSP, les actions retenues privilégieront la continuité avec les programmes et actions existants. Cette première version servira de support à une concertation approfondie en 2005 avec les partenaires de la politique régionale de santé publique rassemblés au sein de la Conférence régionale de santé (CRS), dont la composition et les modalités de fonctionnement seront précisées par décret.

Pendant l'année 2005, vous installerez les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et mettrez en oeuvre les premières actions du PRSP et la conférence régionale de santé (CRS).

Je souhaite tout particulièrement que notre démarche s'adapte au calendrier d'implantation des SROS de troisième génération de sorte que l'on puisse faire un point d'étape global en septembre 2005, date à laquelle le préfet de région devra avoir arrêté la version du PRSP définitif pour les années 2004-2008.

### **1. Le diagnostic régional partagé et le bilan de l'existant**

Ce diagnostic sera élaboré pour caractériser la situation de la région en termes d'état de santé, de sécurité et de veille sanitaire, d'inégalités sanitaires à corriger et de capacités du système de soins à concourir à la résolution des problèmes de santé publique.

### **1.1. Le diagnostic sur l'état de santé**

Ce diagnostic vise à fournir une base de réflexions et d'orientations commune aux partenaires locaux pour élaborer les actions prioritaires du plan régional de santé publique. Il devra permettre d'identifier les problèmes prioritaires au niveau de la région en référence aux 100 objectifs nationaux du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. Il devra également faciliter le repérage des déficits de connaissances sur la santé et les risques sanitaires.

Ce diagnostic devra mobiliser des données concernant :

- les éléments démographiques généraux ;
- la mortalité et ses causes médicales ;
- la morbidité diagnostiquée en médecine de ville et hospitalière.

Ce diagnostic comporte, notamment, des éléments dans les domaines suivants :

- santé mentale ;
- santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (incluant la santé des jeunes en milieu scolaire) ;
- santé des personnes handicapées ;
- santé des personnes âgées ;
- environnement (air extérieur et intérieur, eau, sols, déchets, bruit, risques industriels) ;
- alimentation et nutrition ;
- santé au travail ;
- accidents domestiques et de transports ;
- addictions ;
- facteurs de risques biologiques et comportementaux.

Cette liste pourra être complétée par chaque région en fonction des particularités sanitaires et des études spécifiques qui auront été conduites.

Il est recommandé d'utiliser les informations d'ores et déjà recueillies dans le cadre de la préparation des conférences régionales de santé et des consultations organisées à l'automne 2002 sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Ce diagnostic doit permettre de définir les objectifs de santé pour la région à l'horizon 2008.

### **1.2. Le bilan des programmes et plans existants**

Ce bilan est élaboré à partir de l'ensemble des actions et programmes existants dans la région. Il comprend notamment :

- les programmes régionaux de santé en cours ;
- les actions issues des plans nationaux (tels que les plans cancer, hépatites, VIH-Sida, plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, tabac et alcool, santé mentale, nutrition-santé, périnatalité, etc.) ;
- les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- les programmes régionaux de l'assurance maladie ;
- les actions de santé développées dans le cadre de la politique de la ville ou de l'aménagement du territoire ;
- les programmes ou actions de santé développés par l'éducation nationale, les caisses de sécurité sociale, les organismes de protection sociale complémentaire, les associations et les collectivités territoriales.

Ce bilan reprend en particulier les actions de santé publique qui ont vocation à s'inscrire dans les plans stratégiques nationaux qui concernent :

- le cancer (incluant les programmes de dépistage organisés) ;
- l'impact sanitaire de la violence ;
- les problèmes liés à l'environnement ;
- les maladies chroniques et l'amélioration de la qualité de vie avec des thèmes abordés dans certaines régions comme les maladies cardiovasculaires, l'asthme, le diabète ;
- les maladies rares.

De la même façon que les différents acteurs régionaux sont rassemblés autour du diagnostic partagé sur la situation sanitaire, il paraît nécessaire d'intégrer les partenaires de l'Etat dans la région pour le bilan des actions passées et en cours. Il pourra être opportun de réaliser des évaluations participatives des programmes et des actions menés.

### **1.3. Le diagnostic régional sur les ressources**

Ce volet du diagnostic devra décrire les ressources disponibles et repérer les inégalités dans la répartition des ressources mobilisées. Il s'appuie sur les travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), des schémas régionaux et départementaux médico-sociaux, des schémas des services collectifs sanitaires ainsi que les travaux menés dans le cadre de la permanence des soins et de l'observatoire de la démographie des professions de santé. Il prend en compte :

- les données sur les services et acteurs de prévention (PMI, centres de planification et d'éducation familiale, centres d'examen de santé, santé des jeunes en milieu scolaire, consultations anti-tabac, centres de vaccination, etc.) ;
- le bilan des ressources en coordination, en documentation, en formation et en aide méthodologique réalisé à l'occasion de l'élaboration du SREPS ;
- le recensement des acteurs et des financements mobilisables ;
- les données pertinentes concernant l'offre de soins et le recours aux soins hospitaliers et ambulatoires (offre de soins libérale, centres de santé, etc.) ainsi que les réseaux médico-sociaux (en institution et à domicile) et les réseaux de santé (ville - hôpital), identifiées à l'occasion de la préparation du SROS de troisième génération ;
- les projections démographiques des professionnels de santé.

## **2. La détermination des axes prioritaires du PRSP**

La première version du PRSP doit permettre de proposer des axes prioritaires du PRSP définitif. Ces axes prioritaires devront reposer sur :

- les principes énoncés dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique ;
- les plans nationaux à prendre en compte au niveau régional ;
- les objectifs régionaux issus du bilan de l'existant et du diagnostic régional partagé, en privilégiant les programmes et actions susceptibles de procurer les meilleurs résultats en termes d'amélioration de l'état de santé ou de réduction des risques.

Ils devront prendre en compte :

- les modes d'entrée des programmes ou des actions qui pourront s'énoncer :  
par pathologie, par déterminant, par population ;  
par mode d'intervention (connaissance, prévention primaire - en distinguant les actions visant les personnes, celles visant l'environnement et celles s'appuyant sur les soins et la réadaptation -, dépistage, réduction des inégalités) ;
- la capacité à mobiliser les ressources humaines, financières et les partenariats nécessaires de sorte qu'une stratégie d'intervention puisse être définie avec des chances raisonnables de succès.

Sur ces bases, la première version du PRSP devra proposer à la concertation un texte définissant les axes prioritaires envisageables dans chaque région.

## **3. La concertation à mettre en oeuvre pour la première version des PRSP**

Dans l'attente du décret organisant les conférences régionales de santé qui auront notamment pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation de l'atteinte des objectifs régionaux de santé, il vous est demandé d'organiser une concertation régionale associant les principaux acteurs concernés, en restant attentifs à ce que les représentants des usagers soient associés. Il vous appartient de définir le nombre et la qualité des personnes participant à cette concertation ainsi que ses modalités concrètes d'organisation.

Je souhaite par ailleurs insister sur le fait que cette concertation doit non seulement constituer un lieu d'échanges et d'informations mais aussi un lieu de propositions, de débats et de restitutions non seulement sur le diagnostic mais également sur le bien-fondé des priorités que vous envisagez. Cela est essentiel pour que l'ensemble des partenaires, notamment les professionnels du système de santé, les usagers et les élus, puissent s'approprier la démarche du PRSP.

## **4. L'articulation entre SROS et PRSP**

Le souci de cohérence entre les démarches d'élaboration des SROS et des PRSP se traduit à l'article 3, chapitre II du titre Ier de la loi relative à la politique de santé publique qui dispose que « le schéma d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-1 prend en compte les objectifs du plan régional de santé publique ».

Il vous est donc demandé de vous rapprocher des ARH afin de mobiliser les acteurs et les outils qui peuvent être communs aux deux démarches SROS et PRSP pendant la phase d'élaboration du diagnostic partagé.

Une note DHOS du 8 juillet 2004 (réf. 04044 sur l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération) vous a été adressée. Elle fait suite à la circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004, dont vous avez été destinataires. Elle donne aux ARH des éléments de méthodologie pour un cahier des charges commun pour la préparation des SROS de troisième génération. Cette circulaire fait explicitement apparaître que ce cahier des charges peut également servir de base à l'évaluation des besoins de santé comme, par exemple, les futurs plans régionaux de santé publique ; c'est donc un outil qui permet à la fois de procéder au diagnostic régional partagé et de rapprocher les démarches du soin et de la santé publique pour rendre SROS et PRSP complémentaires.

Des instructions à venir sur les thématiques obligatoires du SROS, qui rejoignent les priorités nationales de santé publique (cancer, santé mentale, etc.), proposeront une démarche intégrant l'ensemble de la prise en charge, depuis la prévention jusqu'à la délivrance des soins.

## **5. Le plan régional d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire**

Cette première version du PRSP doit comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire conformément à l'article L. 3110-6 du code de la santé publique.

Le préfet de département reste le niveau de droit commun de recueil et de traitement des alertes et de gestion des réponses à apporter. La tendance forte à la régionalisation en matière de santé publique fait toutefois qu'une part importante des ressources d'expertise et d'appui à la gestion des crises sanitaires se situe au niveau régional. Une concertation interdépartementale apparaît par ailleurs souvent nécessaire.

La circulaire interministérielle intérieur/santé/personnes âgées n° 213 du 12 mai 2004 définissant les actions à mettre en oeuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule a ainsi précisé, en se référant au plan alerte et urgence prévu dans la loi relative à la politique de santé publique, que le préfet de région s'assure du bon fonctionnement des dispositifs de soutien et d'expertise des services régionaux, met en place, en liaison avec l'échelon zonal, et à la demande du ou des préfets de département, une cellule régionale d'appui, et organise en tant que de besoin et sur demande des préfets de département, les actions de concertation qui pourraient s'avérer nécessaires. Le volet relatif à l'alerte et à l'urgence devrait définir les modalités de ce soutien, de cette expertise et de cette concertation.

Pour ce volet, vous prendrez en compte les préconisations existantes de l'Institut de veille sanitaire en matière de surveillance et d'alerte.

Pour cette première version des PRSP, vous veillerez avec l'appui des CIRE à réaliser :

- un inventaire des données dans le domaine de la surveillance sanitaire et environnementale à finalité d'alerte,
- un inventaire des ressources et des expertises dans ce domaine dont vous pouvez disposer dans la région,
- un inventaire des plans de gestion des alertes incluant la lutte contre le terrorisme NRBC.

Il me paraît opportun également que vous puissiez réfléchir, avec toutes les parties concernées, à la meilleure circulation possible de l'information au niveau régional, au niveau interdépartemental et entre la région et chacun des départements en prenant en compte l'ensemble des dispositifs nationaux de surveillance et d'alerte.

## **6. Le volet santé-environnement : le plan régional santé-environnement**

L'objet de ce volet est de définir les objectifs régionaux de santé publique et les actions pour les atteindre afin de mieux détecter, évaluer et gérer l'ensemble des risques sanitaires liés aux agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie.

Ce volet s'appuiera sur le diagnostic établi par la commission d'orientation du plan national santé-environnement (PNSE). Il déclinera les actions prévues dans le PNSE 2004-2008 qui peuvent être entreprises au niveau régional et départemental. Mais il pourra également les compléter ou les adapter en fonction des spécificités locales.

Des instructions interministérielles particulières vous sont transmises concomitamment pour préciser les modalités d'organisation et de réalisation de ce volet.

## **7. Le programme d'études et de statistiques**

Le plan régional de santé publique doit comprendre un programme d'études et de statistiques. Ce programme devra notamment prendre en compte les travaux statistiques et d'études réalisés au niveau régional dans le cadre des dynamiques partagées d'observation déjà mises en place et notamment des « plates-formes communes d'observation sanitaire et sociale » qui ont pour objet de recenser les informations statistiques et les études détenues par l'ensemble des partenaires impliqués dans ces politiques et qui sont susceptibles de contribuer à l'éclairage des déterminants de la situation régionale en matière de santé.

Il est élaboré pour identifier les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région ainsi que pour accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP et contribuer à l'évaluation de leurs impacts.

Il est important que ce programme s'inscrive dans le PRSP dès son démarrage, pour que les aspects liés à l'observation et à l'évaluation soient d'emblée intégrés à la réalisation. La première version du PRSP devra comprendre les éléments suivants :

- un inventaire des études existantes dans le champ du PRSP ;
- un inventaire des compétences disponibles dans la région pour la réalisation des études et travaux d'observation de la santé.

Les modalités de réalisation des études et travaux d'observation projetés devront être précisément envisagées et, notamment, les partenaires intéressés, le mode d'élaboration des cahiers des charges et de choix des opérateurs, les délais envisagés et les modalités de suivi de chaque opération.

## **8. Les programmes de santé des jeunes en milieu scolaire**

La première version des PRSP devra prendre en compte les enseignements des projets académiques en matière de santé des élèves. Pour cette première version du PRSP, vous réaliserez, en liaison avec les recteurs d'Académie, un inventaire des ressources et des expertises ainsi qu'un inventaire des programmes et des actions.

## **9. Aspects relatifs à la santé au travail**

Compte tenu des spécificités du champ de la santé au travail, un groupe constitué de représentants des deux ministères concernés est mis en place pour définir les modalités concrètes de coopération entre les services déconcentrés des administrations de la santé et du travail et les conditions d'implication des acteurs de la sphère du travail.

Vous serez tenus prochainement informés, par instruction spécifique, des conclusions opérationnelles qui seront tirées des travaux de ce groupe. Mais d'ores et déjà, je vous demande de vous rapprocher des DRTEFP pour les associer à la démarche diagnostique du PRSP.

Je vous remercie pour votre implication dans cet effort imposé par ces échéances proches, dont vous mesurez les enjeux. J'insiste tout particulièrement sur l'importance de la coopération entre DDASS et DRASS dans toutes les phases d'élaboration du PRSP.

Pour la mise en oeuvre de la première version du PRSP, j'ai décidé de constituer un groupe d'appui pour les services déconcentrés qui pourra répondre à vos questions et observations. Ce groupe est composé de membres de la direction générale de la santé (SD1, cellule d'appui scientifique), de la DHOS, de la DREES, de l'InVS et de l'INPES. Il est animé par Jean-Luc Grangeon, adjoint à la sous-directrice « politiques de santé et stratégies ».

Le directeur général de la santé, Professeur W. Dab