

**Texte de 976 mots à résumer en 98 mots maximum**

**Abréviations autorisées : SNS ; ARS ; PRS**

## **La place des collectivités dans la Stratégie nationale de santé**

La Stratégie nationale de santé (SNS) détermine de manière pluriannuelle des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale. Loin d'en constituer l'unique prolongement, la SNS est un élément essentiel de la politique de santé. SNS et élaboration des politiques de santé contribuent implicitement à un primat étatique que n'aurait nullement renié la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients (HPST) du 21 juillet 2009.

### **Projet régional de santé (PRS)**

Amplifiant le mouvement de déconcentration organique initiée en 2009 avec la création des agences régionales de santé (ARS), la loi Santé du 26 janvier 2016 confie aux directeurs généraux d'ARS (DGARS) le soin d'élaborer un projet régional de santé composé d'un cadre stratégique déterminant les objectifs généraux et les résultats attendus sur dix ans, d'un schéma régional de santé pour cinq ans ainsi que d'un programme régional relatif à l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies (CSP, art L.1434-2).

Définie pour une durée maximale de dix ans, la SNS précise les domaines d'actions prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap (décret du 28 novembre 2016).

Dix-huit mois après l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de notre système de santé, la ministre de la Santé et des Solidarités a relancé le chantier de la SNS, le 18 septembre dernier. Cette annonce est concomitante à la présentation de la loi de financement de l'Assurance maladie et, plus encore du pacte territoire santé destiné à renforcer la lutte contre la désertification médicale.

Quatre priorités sont fixées pour la SNS 2017-2022 : prévention et promotion de la santé tout au long de la vie et de tous les milieux ; lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; nécessité d'augmenter la pertinence et la qualité des soins ; développer l'innovation en santé (télémédecine, télé-expertise).

L'examen des compétences ou plus exactement de la place des collectivités territoriales dans le champ de la santé oblige de dépasser le cadre stratégique et étatique des politiques de santé et, d'autre part, de voir dans les collectivités territoriales, un rôle contributif indirect aux politiques nationales de santé. Différents éléments sont en effet susceptibles d'infléchir l'approche standardisée du projet régional de santé, outil de pilotage de l'offre de soins pour les ARS.

### **Spécificités territoriales**

En premier lieu, les spécificités territoriales sont susceptibles d'être prises en compte dans l'organisation des soins. Aux termes de l'article 98 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les ARS veillent à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

Sans se distraire de l'unité territoriale recherchée par cette stratégie, les ARS peuvent prendre en compte les spécificités des territoires afin d'adapter l'organisation des soins. Aux termes de l'article 18 de la loi du 28 décembre 2016 dite loi Montagne 2, le schéma régional de santé, élément central du PRS, peut comporter « un volet consacré aux besoins de santé spécifiques des populations des zones de montagne, notamment en termes d'accès aux soins

urgents et d'évacuation des blessés en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires ».

Il en est de même pour l'Outre-mer. Afin de compenser les inégalités territoriales d'accès aux soins, la politique nationale de santé est adaptée et vise notamment à soutenir l'attractivité de l'exercice médical et paramédical dans les établissements publics de santé et à développer de nouveaux modes d'exercice professionnel afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins.

## **Territoires de démocratie sanitaire**

En second lieu, afin que les PRS dans leur nouvelle version soient effectifs au 1er janvier 2018, le DGARS délimite (2) au sein de la région, les territoires de démocratie sanitaire afin « de permettre une mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales ». Les conseils territoriaux de santé remplacent les anciennes conférences de territoires et seront chargés notamment de deux missions principales. En premier lieu, ils veillent à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. En second lieu, ils contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. La composition est fixée par arrêté et varie de 34 à 50 membres répartis en quatre collèges.

## **Lutte contre la désertification médicale**

En troisième lieu, la lutte contre la désertification médicale suscitera une attention particulière des collectivités territoriales. Le renforcement de l'accès territorial des soins, présenté le 13 octobre dernier, devrait conduire à une meilleure articulation entre les ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales afin de garantir un égal accès aux soins dans les territoires. Chargées de concevoir une nouvelle géographie des zones prioritaires, les ARS sont invitées à collaborer en la matière avec les professionnels de santé comme avec les collectivités de proximité.

In fine, plusieurs dispositions du projet de loi de financement de l'assurance maladie retiendront aussi l'attention des collectivités territoriales qu'il s'agisse de la fusion entre la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), en charge de l'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux ou de la fongibilité des crédits des ARS et du financement expérimental d'établissements de soins regroupant des structures publiques comme privées, sanitaires comme médico-sociales.

Au-delà du primat étatique de la SNS et des politiques de santé, les collectivités territoriales sont invitées à (re)fonder leurs interventions et expertises : sur les déterminants de santé ; sur l'installation des professionnels de santé ; sur les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Autant d'éléments qui, s'ils ne sont pas partie intégrante de la SNS, en conditionnent très largement sa réussite.