

Nouvelle gouvernance et ARS : rôle et place des collectivités locales et de leurs élus

**Quelles sont
les conditions
pour une collaboration
efficace, au service
de la santé de tous,
des collectivités
locales et de leurs élus
avec les agences
régionales de santé ?**

Laurent El Ghozi
Président de l'association Élus, santé
publique et territoires (ESPT)

La loi HPST affiche deux objectifs ambitieux : réduire les inégalités de santé et développer la démocratie sanitaire. L'un et l'autre ne peuvent réussir que si les élus locaux sont fortement et durablement impliqués dans la mise en œuvre de politiques locales de santé clairement inscrites dans la politique municipale.

Leur action doit en effet reposer sur une définition large et sociale de la santé, intégrant notamment les déterminants socio-économiques de la santé, et sur la participation de la population.

La santé est ainsi entendue comme résultante finale de multiples politiques, actions, programmes enchevêtrés et relevant de nombreux acteurs et institutions, de même que les dépenses « de santé » se comprennent comme un investissement décisif pour le bien-être des populations (la commission Stiglitz a considéré la santé comme deuxième dimension sur huit pour apprécier le bien-être), tout autant que pour la compétitivité des territoires. Il est donc doublement légitime que les collectivités locales y contribuent.

Les clés d'une collaboration au bénéfice de la santé

Comment faire alors pour qu'une collaboration claire réponde aux attentes réciproques des élus et de l'ARS, au bénéfice de la santé de tous ?

La nouvelle organisation mise en place par la loi HPST est compliquée du fait que l'ARS, malgré l'étendue de ses pouvoirs, n'est pas le seul interlocuteur ni décideur : la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en charge de la

santé des jeunes, des publics vulnérables, de la lutte contre les addictions, de la prévention, de la politique de la ville (dont les ateliers santé-ville), de l'action sociale en général et pour partie des alertes et urgences sanitaires, la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), mais aussi l'Éducation nationale, les conseils généraux, pour ne citer que les principaux.

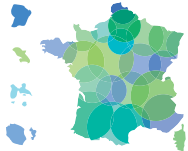
C'est affirmer l'importance de deux facteurs :

- un pilotage partagé et fort de l'ARS comme des collectivités locales ;
- une très grande transversalité : intégration horizontale entre tous les secteurs et verticale de l'État, l'ARS, les instances départementales, les collectivités locales, les acteurs locaux.

Si la coopération avec les élus est incontournable, ils ne peuvent être seulement consultés et exécutants de politiques décidées ailleurs, mais doivent être associés dès la définition des programmes pour la mise en œuvre des actions, dans une approche territoriale et dans le cadre des priorités régionales et de la politique nationale.

Le maire peut en effet être tout à la fois :

- source d'information sur les réalités locales : il a une connaissance approfondie de sa commune et de ses habitants par de multiples canaux. Surtout, de nombreux diagnostics ont été réalisés, en particulier dans le cadre des ateliers santé-ville, mais aussi des diagnostics sociaux ou de l'offre libérale. Ces données doivent être prises en considération ;
- acteur de multiples politiques contribuant à la santé et animateur local assurant la mise en cohérence et l'adaptation aux réalités locales de toutes les politiques nationales ;



- mais parfois, à l'inverse, responsable de politiques qui fabriquent de l'exclusion... ;
- responsable du cadre de vie et de bon nombre de déterminants de la santé ;
- représentant des usagers/citoyens et garant du respect de leurs droits, pour toute la population — des nouveau-nés aux personnes âgées, dépendantes, handicapées ;
- mobilisateur de ses citoyens, susceptible de favoriser leur compréhension des politiques de santé, leur adhésion éclairée aux décisions prises, sous réserve qu'elles soient transparentes et expliquées, voire leur participation active aux actions, dès leur conception ;
- parfois acteur direct en santé lorsque la ville dispose de quelques « outils » : centres municipaux de santé, quand ils existent, ancrage d'une offre de soins maintenue et organisée, mission locale pour l'insertion des jeunes, espaces santé jeunes, conseil local en santé mentale, implication dans les maisons des ados, travail avec la PMI dans les crèches et les maternelles, action périscolaire jusqu'au volet « santé » du dispositif Réussite éducative, et bien sûr les ateliers santé-ville (ASV), dont la mission élargie pourrait être de donner sens et cohérence à tout cela et de préfigurer ainsi les contrats locaux de santé (CLS).

Pour autant, les élus locaux n'ont, pour la plupart, ni compétences, ni culture en santé publique, ni moyens spécifiques, ni services dédiés et, même si beaucoup de leurs actions ont un impact, positif ou non, sur la santé, ils l'ignorent bien souvent.

Les actions/projets locaux de santé — très inégaux et peu valorisés au niveau régional — ont, le plus souvent, été initiés par des acteurs locaux qui ont su articuler différentes thématiques à partir d'un problème identifié localement.

Les intercommunalités sont indispensables — y compris en Ile-de-France avec ses 1 281 communes à l'histoire, la taille, les politiques, les moyens totalement disparates — et bientôt rendues obligatoires par la loi. S'il faut une population suffisamment importante pour dégager des objectifs communs et les moyens nécessaires à une politique locale de santé, comment harmoniser des politiques municipales différentes, d'autant que la santé n'est pas une compétence des communes et encore moins des intercommunalités (sauf la politique de la ville, dont les ASV)? *Quid* alors des territoires ruraux ou hors zones sensibles?

C'est rappeler deux préalables :

- Déterminer ensemble des « territoires de projet en santé », sur la base des besoins identifiés de la population et des ressources loca-

lement disponibles. On peut alors regrouper les communes autour d'objectifs partagés et d'actions convergentes inscrits dans le projet régional de santé (PRS) et leur donner envie — et moyens — d'agir ensemble. À noter le manque de pertinence pour les élus locaux des « territoires de santé », le plus souvent confondus avec les départements par facilité et manque de conviction sur leur réelle finalité, ce qui réduit l'intérêt des conférences de territoire.

- Accompagner leurs réflexions et propositions d'actions avec la nécessité d'établir des instances de concertation rapprochées : échanges des connaissances, discussion sur les enjeux pour chaque partie... autorisant alors des relations de confiance avec l'agence, écartant tout soupçon de subordination ou d'instrumentalisation et permettant une réelle collaboration au bénéfice de leurs habitants.

L'objectif principal est de partager une vision globale, cohérente et territorialisée de la santé avec tous les partenaires — dont les habitants —, en dépassant la question, souvent incontournable, de l'offre de soins.

Les enjeux de la nouvelle gouvernance en santé

Les enjeux de cette nouvelle gouvernance locale partagée de la santé sont considérables.

Démocratie sanitaire

Elle bénéficie d'un affichage fort et recherche la participation de tous, mais seulement pour « avis » et non pour « décision » : démocratie en trompe l'œil ou gage d'efficacité avec un seul décideur, le directeur général de l'ARS? Comment concilier les deux?

L'association de la population aux réflexions et aux décisions en santé est obligatoire, facteur de meilleure compréhension et appropriation des messages de promotion de la santé, d'intégration sociale, de mobilisation du « milieu social local », mais aussi facteur de légitimation des dépenses engagées et de valorisation de la politique menée par les élus. Elle contribue à redonner à chacun l'envie et le pouvoir d'agir sur sa vie, fait reculer les « fatalités » sociales, favorise la cohésion sociale.

Mais la participation des « habitants/usagers/citoyens » aux décisions qui les concernent n'a de réalité que dans la plus grande proximité, au niveau du quartier et demande l'engagement voire la présence du maire.

La place, modeste, des élus locaux est garantie dans toutes les instances de l'ARS : conférence de la santé et de l'autonomie

(3 sur 99 membres) et ses trois commissions spécialisées (1 par commission), les deux commissions de coordination (1 élu), les conférences de territoires (2 élus). C'est positif même si ce n'est qu'à titre consultatif. Notons qu'il a été très ardu, partout en France, de trouver assez de volontaires, du fait de l'ignorance où ils sont des enjeux, de leur rôle possible, mais aussi de la charge de travail (importante et bénévole!) et des moyens alloués pour le faire. Trop souvent encore, les élus ne souhaitent y participer que pour faire valoir l'intérêt de leur ville ou de leur hôpital, non pour co-construire une politique régionale de santé pour tous.

D'où la nécessité pour l'ARS d'apporter de l'information, de l'animation, des temps et espaces d'échanges (site, forum, journées...) et un accompagnement au long cours.

Une des missions que s'est données l'association ESPT est d'y contribuer dans la mesure de ses moyens.

Égalité sur le territoire

La très grande diversité de l'offre, des services, des déterminants, des caractéristiques démographiques, voire de la culture est de mieux en mieux documentée, ainsi que son impact sur les inégalités d'état de santé des populations, aggravées par les inégalités socio-économiques concentrées sur certains territoires. Cela doit être pris en compte dans les programmes et plans régionaux pour les adapter aux disparités locales *via*, en particulier, les contrats locaux de santé (CLS).

Cela signifie afficher clairement une allocation différenciée de moyens selon les territoires, contractualisée sur des critères transparents et acceptés par tous, et ainsi concilier l'émergence de dynamiques territoriales volontaires avec la nouvelle organisation régionale. Cela permettra alors d'espérer le plus haut niveau de coopération des élus dans l'élaboration de la politique régionale et contribuera à donner sens à leur participation aux instances de l'ARS.

La concrétisation de ce travail est le contrat local de santé, spécifique à chaque territoire défini consensuellement, appuyé sur la mobilisation des acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé. Il privilégie la promotion de la santé, l'accès à la prévention avec une attention particulière aux groupes les plus fragiles. Il concerne l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, avec l'objectif de développer un service public de santé, garantissant l'égal accès de tous à tous les services et l'équité des financements, que les opérateurs soient

publics ou privés. Enfin, il cherche à mieux articuler l'offre médico-sociale.

Il appartient à l'ARS de proposer aux élus et à leurs services une méthodologie claire pour l'élaboration concertée des CLS et aux délégations territoriales de la mettre en œuvre au plus près des besoins des habitants.

Les conditions d'une bonne participation des élus

De nombreuses questions restent à travailler et des réponses qui seront apportées dépendra la participation des élus locaux.

Le partage de la connaissance

Il ne peut y avoir de contrat équilibré que si l'accès aux données est assuré également pour tous. Le choix des priorités, la construction des actions, leur évaluation, le suivi du contrat et le pilotage de la politique exigent une connaissance locale fine, à l'échelle de l'action. La mise à disposition des élus d'informations pertinentes pour chaque projet, analysées et mises sous une forme pédagogique et communicable, doit être un engagement de la part des détenteurs et producteurs de données — assurance maladie, ORS, hôpitaux, conseils généraux, Éducation nationale, CAF... — garanti contractuellement par l'ARS. Elle doit permettre l'observation partagée, la comparaison dans le temps et dans l'espace, l'échange avec les autres services de l'État et les autres collectivités, le croisement avec les diagnostics locaux.

C'est sur cette base que seront mises en évidence les inégalités territoriales de santé et pourront être proposés les moyens d'y remédier.

À partir de là devra être construite une cartographie exhaustive et transparente des acteurs et des actions, de leur public cible, des financements rapportés aux territoires, des partenaires mobilisés et, si possible, de l'impact.

Cependant l'excès de données « brutes » provoque méfiance ou scepticisme et rend opaque le débat, en particulier sur des questions aussi complexes et sensibles que la santé. Les « moyennes » régionales lissent les inégalités et empêchent toute politique socialement et territorialement différenciée.

La création de centres ressources régionaux apporterait à tous les acteurs, dont les élus, formation, capitalisation, expériences, ingénierie de projet, et faciliterait le recueil des données pertinentes. Elle garantirait la transparence et la compréhension des décisions par des présentations didactiques susceptibles de parler aux habitants et de mobiliser leurs élus.

La recherche universitaire — épidémiologie, sociologie, économie, géographie de la santé, etc. — doit être beaucoup plus mobilisée, tant pour la production et l'analyse de données que pour l'évaluation des politiques, au niveau local et régional.

L'évaluation

L'évaluation conjointe de ces politiques sera quantitative (nombre de professionnels, de personnes touchées, périmètre de l'action, volume des dépenses...), mais surtout qualitative : impact sur la qualité de vie, le bien-être global, le développement durable, la mobilisation effective des habitants, ce que la population ressent et que ses élus peuvent appréhender.

Il est essentiel qu'elle soit déterminée d'un commun accord et que ses termes fassent partie du contrat : ce que l'on choisit de mesurer a un impact sur les décisions.

L'évaluation de « l'impact en santé » est un nouvel instrument à développer pour aider à la décision, alimenter le débat public et contribuer à la démocratie sanitaire.

La transversalité

La transversalité est une clé essentielle pour le succès de toute politique de santé. Difficile au niveau régional même si le préfet est le président du conseil de surveillance de l'ARS, elle est impérative au niveau local : entre les services et politiques thématiques de la commune, entre les différents professionnels, mais aussi avec les autres acteurs, institutions, administrations, collectivités...

L'introduction de la notion de « santé dans toutes les politiques » permet de légitimer l'engagement de la collectivité dans ce champ nouveau et d'élaborer une politique globale de santé, intégrée dans le projet politique général de la collectivité, en lieu et place d'actions disparates et ponctuelles. C'est ainsi, par exemple, que les politiques de développement durable et les Agendas 21 sont d'excellents facteurs de mobilisation des collectivités territoriales sur les questions de santé. Mais il y a, là encore, besoin de formation pour une large utilisation.

Les financements

Il convient d'abord de stabiliser l'existant en contribuant à l'évaluation et à la mise en cohérence d'actions parfois isolées. Les politiques de santé exigent durée et persévérance, personnel stable, formé et reconnu par les multiples partenaires. Dans le cadre du CLS, les conventions pluriannuelles doivent

être la règle. La procédure d'appel à projets doit être limitée à l'identification d'actions nouvelles et innovantes.

Un poste pérenne de coordination est une condition *sine qua non*. La participation, souvent importante, de la collectivité doit être évaluée et reconnue, et soutenue par des moyens non financiers — expertise, ingénierie, accompagnement, formation... — et financiers qui relèvent de nombreuses sources — FIQCS, ex-PRSP, fonds de prévention de l'Assurance maladie, politique de la ville, etc. — qu'il conviendrait de fusionner. Au-delà, une « labellisation » par l'ARS des autres financements (fondations, entreprises, laboratoires, etc.) serait facteur de transparence et de qualité.

De la manière dont les élus locaux seront considérés et associés à cette grande réforme de la gouvernance de la santé dépendront son succès et l'adhésion de la population à ses enjeux. Il y faut du partage, du temps (et les calendriers imposés ne le permettent guère), une volonté politique sans faille, une pédagogie renouvelée pour faire comprendre où est l'intérêt bien compris de la population, et donc des élus. 🗨️

Actes des Journées nationales d'étude d'ESPT, disponibles sur le site <http://www.espt.asso.fr>, en particulier : Observation locale en santé, Marseille, 10/2009 ; Santé des jeunes, Reims, 09/2008.