



## Collectivités territoriales et santé

**Pierre Czernichow**  
Membre du  
Haut Conseil  
de la santé publique

Les collectivités territoriales (communes ou regroupements de communes, départements, régions), au cœur de ce dossier, désignent des lieux de proximité avec des groupes de population : inscrire les actions de santé publique dans cette proximité conditionne leur efficacité et permet, outre le contact direct, de s'intégrer dans la culture locale, d'identifier la diversité des groupes, de prendre en compte leur environnement immédiat et certains déterminants de la santé. Mais les collectivités territoriales désignent aussi des acteurs politiques étant habilités pour décider au nom de l'intérêt général, quand bien même la santé et les soins ne font guère partie de ces compétences aujourd'hui.

Outre l'efficacité qu'elle permet, la proximité est d'abord le point d'accès des usagers au dispositif de soins de premier recours. Le contenu restreint qu'en a donné la loi HPST laisse ouverte la question des relations de ce dispositif avec celui de la promotion de la santé, inscrit dans les politiques de la ville, et illustrée dans plusieurs contributions de ce dossier. Mais s'agit-il d'une organisation parallèle ? La promotion de la santé est-elle renforcée par son externalité vis-à-vis des soins ? Et l'offre de soins de proximité peut-elle encore se dire globale sans intégrer la promotion de la santé ? L'intégration des diverses réponses apportées à la santé (prévention, environnement, soins...) n'est pas qu'un débat éthéré ; elle conditionne la lutte contre les inégalités sociales de santé, certes grande cause nationale, mais dont la mise en œuvre s'inscrit surtout dans la proximité. C'est moins la faiblesse du droit de la protection sociale, ou de l'offre de soins, que l'accès à ces droits et l'entrée dans les soins qui expliquent les difficultés constatées à réduire ces inégalités. La mise en œuvre des droits et l'accès aux soins pour les personnes en situation sociale difficile nécessitent l'implication dans le dispositif de soins de premier recours d'acteurs du champ social et médico-social, au-delà des seuls professionnels de santé.

D'après la loi du 9 août 2004, l'articulation entre niveaux national et régional est au cœur de la mise en œuvre des politiques de santé en France. Dans plusieurs évaluations de plans et programmes de santé publique par le HCSP, l'analyse du déploiement des mesures dans les régions suggère que celle-ci n'ont pas toujours vocation à y être déployées, et que celles qui le sont ne sont pas toujours associées aux indicateurs et sources de données qui permettraient de suivre leur mise en œuvre. En outre, le « format » de ces mesures, exprimées dans une logique de programmation, se prête mal à leur intégration dans l'un ou l'autre des schémas d'organisation qui structurent les projets régionaux de santé. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'une même mesure concerne plusieurs de ces schémas, de sorte que son « éclatement » soit difficilement évitable, menaçant sa cohérence et son suivi. Ainsi dans le plan national Hépatites B et C, la vaccination relevait du schéma régional de prévention, la prise en charge des malades du schéma régional de l'offre de soins et les actions en direction des usagers de drogues du schéma régional médico-social. *A contrario*, certains plans ont véritablement donné lieu à des développements sur le terrain, notamment lorsque les collectivités territoriales s'y sont investies.

La santé et les soins sont restés à la marge des politiques de décentralisation successives. On pouvait y voir l'affirmation d'un principe national d'équité entre les territoires. Cependant, l'état de santé et ses déterminants (facteurs sociaux, environnement, dispositifs de formation, niveau de l'emploi, etc.), d'une part, l'offre de soins (y compris dans sa dimension médico-sociale), d'autre part, sont l'objet de profondes inégalités inter- et intrarégionales. Et autant la conscience des inégalités sociales de santé a progressé en France, autant cette autre inégalité, tout aussi insupportable, reste admise comme une fatalité, un fait historique, un élément de cadrage avec lequel il faut composer, plus qu'une « fracture géographique » à réduire. Ainsi, le dispositif d'observation de la santé, à la base de toute démarche de santé publique, est particulièrement cloisonné : d'un côté des observatoires régionaux de la santé et de l'autre l'Institut national de veille sanitaire. Comment partager un constat de disparités interrégionales qui sont mesurées séparément depuis l'État et depuis les régions ? Dès lors, la correction des inégalités territoriales s'éloigne un peu plus. La définition très extensive d'objectifs de santé à atteindre dans la loi de 2004 était déjà peu lisible ; mais ici, c'est la possibilité de prise en compte de problèmes de santé particulièrement représentés, ou de segments de l'offre de soins particulièrement faibles, dans une région ou une autre, qui paraît alors hors de portée.

La « stratégie nationale de santé » annoncée par le Premier ministre, est donc l'objet d'une attente forte. Elle devrait définir un meilleur équilibre entre la nécessaire maîtrise nationale des politiques de santé publique, condition de la cohérence et de l'équité entre les groupes, et une implication plus directe des acteurs de terrain, régionaux et intrarégionaux, dans sa mise en œuvre sans laquelle la démocratie sanitaire n'existerait pas. ■