



L'organisation territoriale en santé publique

Si l'État définit la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, les collectivités territoriales sont très présentes dans sa mise en œuvre. Avec une organisation territoriale complexe, les collectivités mobilisent de nombreux moyens pour développer des politiques locales de santé.

L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994

Armelle Treppoz Bruant
Maître de conférences à l'université d'Orléans, membre du Laboratoire des collectivités publiques

De par le Préambule de la Constitution, la protection de la santé est une obligation constitutionnelle pour l'État¹. Néanmoins si « la France est une République indivisible... son organisation est décentralisée »² et la santé, n'étant pas une compétence régalienne, peut faire l'objet de transferts aux collectivités territoriales. La répartition évolutive des compétences entre ces dernières et l'État est maîtrisée par celui-ci. La volonté de répondre à des besoins de proximité justifie les interventions locales, mais les enjeux économiques et politiques de la santé publique ne permettent pas à l'État de s'en désintéresser.

Une clarification s'impose car, depuis la précédente étude du sujet par la présente revue en 1994, les lois se

sont multipliées, superposées (« Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996 », p. 15) et révèlent une confrontation de dynamiques complexes. Il est facile de mettre en avant l'effacement des collectivités territoriales en matière de santé publique, particulièrement depuis le recul de l'influence communale dans la gouvernance des établissements de santé. Même si l'État définit, certes, la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, il ne faudrait pas oublier les nombreuses interventions ponctuelles des collectivités territoriales en ce domaine sur des fondements juridiques généraux à la fois anciens mais renouvelés.

Les interventions générales des collectivités territoriales en matière de santé publique

Depuis l'Ancien Régime, l'organisation des relations entre l'État et les collectivités territoriales permet l'inter-

1. Selon l'alinéa 11 du Préambule du 27 octobre 1946, la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

2. Article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958.

Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996

- Ordonnance du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011.

vention de celles-ci en matière de santé publique en se fondant sur les règles générales de compétences des collectivités. Il s'agit toujours de rapprocher le pouvoir décisionnel des préoccupations locales pour disposer d'un système de soins efficace tout en maîtrisant l'inflation des dépenses de santé.

L'autonomie des collectivités au sein de l'État suppose qu'elles s'administrent librement et disposent de compétences. Elles ont une vocation générale à gérer toutes les affaires locales. Elles bénéficient d'une clause générale de compétence interprétée extensivement : elles interviennent dans tous les domaines d'intérêt public local non expressément attribués à une autre autorité. Les préoccupations sanitaires répondent à cet intérêt sans que la détermination de l'autorité compétente ne s'impose clairement. En effet, la décentralisation de la loi du 2 mars 1982 est venue altérer cette présentation par le transfert de l'État vers les collectivités de blocs de compétences afin d'éviter les enchevêtrements par une certaine spécialisation des collectivités. Le département est devenu alors la collectivité principalement compétente pour assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfance³, malgré son autonomie relative à l'égard de l'État. Celui-ci continue à définir les objectifs, les modalités des actions sanitaires appliquées localement sous la seule réserve, peu contraignante, de la libre administration.

Néanmoins, l'impossibilité d'attribuer une compétence intégralement à un seul niveau de collectivité conduit nécessairement à un partage pour des raisons techniques ou politiques admis par le juge et donc à des incertitudes dans la répartition des compétences. Ainsi, la commune conserve ses attributions traditionnelles de police en matière de salubrité et d'hygiène⁴. Malgré le rôle privilégié du département conforté par les textes, elle reste en tant que collectivité de proximité un partenaire d'autant plus sollicité que sa capacité financière et son importance favorisent ses initiatives. Si la région a une mission générale de promotion du

développement sanitaire⁵, ses compétences marginales dans le domaine de la santé sont liées à ses principales compétences, la formation professionnelle et l'aménagement du territoire.

À partir de 2003, les réformes du droit des collectivités territoriales ont eu des répercussions sur leurs compétences sanitaires. Ainsi, la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 introduit de nouveaux principes intéressant l'attribution et l'exercice de compétences locales comme la subsidiarité déterminant le niveau de la compétence, la notion de collectivité chef de file renforçant le département dans ses compétences sanitaires mais acceptant implicitement et nécessairement la collaboration entre plusieurs collectivités, ou enfin le droit à l'expérimentation permettant par exemple aux régions de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

Par la suite, de nouveaux et nombreux transferts de compétences sont réalisés par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, mais la santé publique reste à l'écart de ce mouvement. Le département perd même certaines de ses attributions au profit de l'État souhaitant garantir la cohérence nationale des politiques de santé. Le législateur instaure néanmoins des mécanismes de délégation de compétences autorisant les collectivités territoriales à participer aux programmes de prévention et de vaccination de l'État dans le cadre de conventions.

La loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales ne modifie pas directement la répartition des compétences, mais veut la clarifier en affirmant l'exclusivité des compétences, en revenant sur la clause générale de compétences des départements et régions qui en avait permis l'extension continue. Mais cette suppression pourrait être remise en cause avec le projet de loi de décentralisation dont le Parlement devrait prochainement débattre. La mutualisation des services et l'intercommunalité encouragées par le législateur de 2010 avec la création des métropoles pourront également redessiner les contours de la compétence sanitaire apparaissant bien éclatée.

3. Article L. 1423-1 du Code de la santé publique.

4. Articles L. 2212-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales.

5. Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales.



Les interventions fragmentées des collectivités territoriales en matière de santé publique

Les multiples interventions législatives depuis 1996 expriment la volonté de l'État de maîtriser la politique de santé publique, mais aussi la nécessité de sa territorialisation. En effet, les besoins en santé n'étant pas uniformes au sein de l'État; ils doivent faire l'objet d'actions différenciées dont les collectivités territoriales ne peuvent être exclues. Cette nouvelle démarche se traduit au niveau de la région par la mise en place d'institutions de l'État, les agences régionales de santé (ARS), chargées de conduire la politique sanitaire au niveau des « *territoires de santé* » qu'elles délimitent et qui coïncident souvent avec les départements.

Les collectivités territoriales sont le cadre géographique de la politique nationale de la santé publique qu'elles mettent en œuvre. Exprimant alors la déconcentration de l'État, elles n'ont guère de pouvoir d'initiative mais exercent un pouvoir d'influence par leur participation au conseil de surveillance de l'ARS (lire ci-dessous), par leur représentation au sein des organismes consultatifs la secondant telle la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Elles sont associées de manière limitée à la définition étatique de la politique de santé en étant consultées sur le projet régional de santé élaboré par l'ARS. Ce projet définit les objectifs sur plusieurs années de l'action de cet établissement dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé. La représentation et la consultation sont à la fois des outils de concertation des élus locaux et de reconnaissance des spécificités locales. À ce niveau, la région constitue, en raison de ses dimensions, un échelon stratégique de la politique sanitaire alors exclusivement déconcentrée et non décentralisée (lire ci-dessous).

Les collectivités territoriales détiennent ensuite des

compétences dispersées et partagées en matière de santé publique.

Désormais, la santé publique fait l'objet d'une approche globale ou pluridisciplinaire permettant alors aux collectivités d'intervenir ponctuellement à l'occasion de l'exercice d'autres compétences dans les domaines de la politique de la ville ou de l'aménagement du territoire, de la politique d'insertion ou de l'action sociale. Si les compétences locales sont dispersées, elles n'en sont pas moins réelles.

Les collectivités ou leurs groupements peuvent intervenir dans le domaine de la santé par la voie de contrats locaux conclus avec l'ARS mettant en œuvre le projet régional de santé et portant notamment sur la promotion de la santé et la prévention. Les compétences sont alors partagées. Ce mode d'exercice des compétences est encouragé par l'État pour reporter le coût des investissements sur les contribuables locaux et pour mettre en valeur une démarche plus consensuelle et moins autoritaire. Les collectivités territoriales passent également de nombreux contrats avec des associations, des établissements de santé publics ou privés afin de participer à des campagnes de prévention, de dépistage. Ces conventions peuvent prendre la forme de délégations de compétences par lesquelles l'État ne se dessaisit pas de sa compétence mais la confie temporairement à d'autres autorités.

Conclusion

Les enjeux nationaux de la politique de santé justifient la mainmise de l'État sur sa définition, mais la territorialisation dont elle fait l'objet autorise les collectivités territoriales à rester très présentes dans sa mise en œuvre sur le fondement de la déconcentration et de la décentralisation. Les nombreux fondements de ces interventions permettent difficilement d'avoir une vue globale sur ces interventions locales. ✚

Les agences régionales de santé (ARS)

Les ARS, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009, succèdent aux agences régionales de l'hospitalisation de l'ordonnance du 24 avril 1996. Elles sont des établissements

publics de l'État chargés de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé publique et remplacent de nombreux organismes chargés de la politique de santé et dépendant soit de l'État soit de l'assurance maladie.

Déconcentration et décentralisation

Déconcentration et décentralisation sont deux modes d'organisation de l'État unitaire. La première permet à l'État de faire exercer localement son pouvoir dans des circonscriptions administratives par des autorités qui lui sont soumises par la voie hiérarchique tel le préfet. En revanche, la décentralisation est un transfert de

compétences de l'État vers les collectivités territoriales dotées de la personnalité juridique, organes élus gérant les affaires locales et contrôlés par le juge administratif. Les collectivités territoriales expriment la décentralisation mais peuvent aussi exercer des compétences au nom de l'État et agir alors dans le cadre de la déconcentration.