



# L'État et les collectivités territoriales

**Il y a des enjeux communs dans le partenariat État-collectivités sur l'organisation des soins de premier recours, la prise en charge des plus fragiles (personnes âgées, handicapées, personnes précaires, jeunes...) et sur les habitudes et conditions de vie qui influencent l'état de santé.**

**Nicolas Prisse**

Médecin de santé publique, chargé de mission auprès du secrétaire général des ministères des affaires sociales

**L**a situation sanitaire française est marquée par divers paradoxes :  
– l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées au monde, mais de profondes inégalités sociales de santé existent ;  
– le système de santé, longtemps qualifié d'exemplaire, coûte cher et ne parvient pas à juguler certaines inégalités d'accès aux soins.

## **L'action de l'État en matière de santé est désormais largement portée par les agences régionales de santé (ARS)**

Ainsi, les 26 agences régionales de santé, établissements publics à caractère administratif, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), ont été chargées de mettre en œuvre la politique de santé, définie au travers de trois priorités nationales :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- promouvoir l'égalité devant la santé ;
- développer un système de soins et de santé de qualité et efficient.

Dès leur préfiguration, puis à leur création, les ARS ont ainsi conduit un chantier colossal de réforme de l'État dans le domaine de la santé par la fusion d'administrations et services, l'élaboration de nouvelles organisations et modalités de travail, et l'accompagnement de personnels, issus d'origines diverses, auxquels on a confié de nouvelles missions.

Elles ont mis en place une programmation ambitieuse et novatrice : le projet régional de santé (PRS), composé d'un niveau stratégique (le plan stratégique régional de santé), de trois schémas sectoriels (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation

des soins et schéma régional d'organisation médico-sociale) et de divers programmes régionaux et territoriaux.

Les ARS se sont appuyées sur un principe, pour partie à l'origine même de leur création : la transversalité entre des secteurs jusqu'alors envisagés et « administrés » de façon distincte (prévention, soins ambulatoires, soins en établissement, accompagnement médico-social).

Dans un contexte épidémiologique marqué par la prééminence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, elles ont travaillé cette transversalité intersectorielle en s'appuyant sur une approche « parcours de santé ». Celle-ci vise à mieux répondre aux besoins des personnes en définissant la bonne intervention au bon moment, ainsi qu'en fluidifiant et coordonnant les interventions des professionnels, au plus près du cadre de vie, tout au long de la vie. Le curatif (définition classique) reste essentiel, mais ses principes d'organisation sont revus pour, dans un *continuum* prévention-soins-accompagnement médico-social, voire social, améliorer l'efficacité et l'efficience des actions de prévention ainsi que les prises en charge.

## **ARS et collectivités : de nouveaux modes de partenariats qu'il faut encore améliorer**

La mise en place des ARS, l'élaboration des PRS, et désormais leur mise en œuvre se sont faites dans une relation renforcée et renouvelée avec les collectivités territoriales, grâce, en particulier, à de nouvelles instances et de nouveaux processus introduits par la loi HPST.

Cette relation avec les collectivités s'exprime dans trois domaines : la concertation, la coordination des politiques et la contractualisation.

### Une concertation organisée autour du PRS, mais difficile à intégrer pour certaines collectivités

La remise à plat complète de la santé en région et au sein de chacun des territoires de santé pour aboutir aux PRS a été un travail particulièrement riche, mais également difficile à mener pour les ARS : caractérisation de l'état de santé de la population, compréhension des déterminants, analyse des forces et des faiblesses de l'offre existante, élaboration de pistes pour les cinq ans à venir pour répondre aux enjeux, intégration des dynamiques des territoires, organisation des partenariats pour définir les meilleures trajectoires, intégration des questions de sécurité sanitaire, respect des cadres nationaux, tout en faisant preuve de créativité...

Les collectivités, membres notamment des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoires, ont été régulièrement consultées lors des phases d'élaboration du PRS et sur la définition des territoires de santé. Les projets régionaux de santé n'ont pu être formellement adoptés qu'après avis du conseil régional, des conseils généraux, et de l'ensemble des conseils municipaux de chaque région.

Certains élus ont cependant émis des critiques, s'agissant des mécanismes de concertation et de l'association des collectivités aux phases d'élaboration des PRS, dont il faudra tenir compte lors de la phase de mise en œuvre et pour l'élaboration des prochains PRS ou programmes. Ils ont eu du mal à trouver leur place dans cet exercice qui leur a semblé très « technocratique », avec des difficultés pour l'appropriation des sujets de fond comme de la méthode, malgré les efforts menés par la plupart des ARS pour rendre plus lisibles et accessibles l'organisation du projet et les documents produits.

**Des coordinations pluri-partenariales parfois délaissées par les représentants des collectivités**  
Présidées par le directeur général de l'ARS, deux commissions de coordination des politiques publiques couvrent les domaines suivants :

- prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile,
- prise en charge et accompagnements médico-sociaux.

Elles comprennent des représentants de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, et visent en particulier à favoriser la complémentarité des actions dans leur domaine de compétences et déterminer les modalités de cofinancement.

Des difficultés ont été ressenties, côté ARS et collectivités, dans le démarrage des travaux de ces commissions. Elles n'ont pas pu immédiatement trouver un rythme opérationnel (dans l'attente des PRS) et certains élus ou cadres des collectivités ont pu reprocher le caractère déséquilibré des relations partenariales proposées. Le niveau de représentation, voire l'assiduité, des représentants des collectivités n'a, quant à lui, pas toujours été à la hauteur des attentes dans certaines ARS pour précisément permettre de décider de politiques coordonnées. Ces difficultés se dénouent aujourd'hui, en même temps que les actions sont mises en œuvre et produisent leurs premiers résultats.

### Un nouvel outil de contractualisation prometteur : le contrat local de santé (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) constitue un nouveau dispositif permettant de faire se rencontrer le projet porté par l'ARS (PRS) et les projets de santé des collectivités pour mettre en œuvre des actions au plus près de la population, dans les domaines de la promotion de la santé, du soin et de l'accompagnement médico-social.

D'un travail en cours portant sur l'analyse qualitative des premiers CLS signés, il est possible d'identifier de véritables dynamiques portées par ces contrats<sup>1</sup> dont les collectivités confirment l'intérêt stratégique.

Les CLS développent en effet un abord transversal des politiques publiques, en décloisonnant des logiques « métiers » et en les croisant avec des approches territoriales. Ils mobilisent les collectivités sur leurs champs de compétences en rapport avec la santé. Le principe même de la contractualisation pose le principe d'une relation équilibrée entre l'État et la (les) collectivité(s). En milieu urbain, les CLS initiés sur des démarches de promotion de la santé permettent, pas à pas, d'aborder les problématiques d'offre dans le champ sanitaire et médico-social. À l'inverse, en milieu rural, le CLS est souvent initié du fait de problématiques d'offre, mais permet ensuite de prévoir des actions dans le champ de la prévention. Les CLS sont, pour les collectivités, l'occasion

d'expérimentations ; ils apportent cohérence et consistance aux dynamiques locales de santé, permettent de travailler les complémentarités entre offreurs de soins et sont même porteurs d'attractivité pour les professionnels de santé, en complément des dispositifs favorisant l'installation et des démarches d'aménagement des territoires. Les CLS apparaissent comme des dispositifs itératifs susceptibles de s'enrichir, au fur et à mesure, de nouveaux partenariats et de nouvelles actions (avenants).

Parmi les difficultés ou craintes mentionnées par les collectivités, les élus redoutent qu'à l'issue de la signature du CLS (qui n'intervient souvent qu'après des mois de travail préparatoire), la dynamique s'essouffle notamment du fait des difficultés à trouver des solutions « simples » et pérennes pour l'animation et/ou le financement du contrat. Ils mentionnent des difficultés pour animer et faire vivre le contrat quand « trop » de partenaires sont impliqués, mais regrettent également lorsque les établissements ou les professionnels de santé et l'assurance maladie n'ont pas été associés dès le début du processus. Certaines collectivités souhaiteraient enfin que les ARS animent et coordonnent les CLS existants au niveau du département ou de la région.

### La dynamique enclenchée est amenée à se développer, sous certaines conditions

La lutte contre les inégalités de santé (sociales et territoriales) nécessite de coordonner l'action publique pour améliorer les conditions de vie, en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au plus près des individus. L'approche « parcours de santé » doit aussi être réfléchie et mise en œuvre autour de la personne, donc dans sa proximité immédiate. Si la personne (notamment lorsqu'elle présente des fragilités sociales, éducatives, ou de santé) est au centre de la réflexion sur l'intervention des services et des professionnels, celle-ci n'a de sens que dans une approche géographique débutant au plus près du cadre de vie des citoyens et, par là même, rencontrant les projets des collectivités territoriales. Les parcours de santé se construisent dans les territoires de vie.

Concrètement, les ARS entrent désormais dans une phase de « territorialisation » des orientations et actions décidées dans le projet régional de santé. Celles-ci devraient nécessairement rencontrer les dynamiques portées par les collectivités et amplifier les processus de concertation, coordination et contractualisation engagés. En effet, les grands enjeux nationaux relayés et contex-

1. Étude en cours de réalisation par Entreprises, territoires et développement. <http://www.projetdeterritoire.com>



tualisés par les ARS dans les PRS mettent en évidence suffisamment d'enjeux communs pour franchir une nouvelle étape dans le partenariat État-collectivités sur des sujets tels que le premier recours, la prise en charge des plus fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, personnes précaires, jeunes...) et sur des thématiques de santé qui touchent au quotidien des individus.

Il faut pour cela que, au sein même des collectivités, diffuse plus largement l'idée – la culture – que leur rôle et leur responsabilité en matière de santé ne se limite pas aux compétences, aussi importantes soient-elles, prévues par les textes : protection sanitaire de la famille et de l'enfance, personnes âgées, personnes handicapées pour les départements, vaccination, VIH/IST, tuberculose, etc.

Le modèle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, établi sur la base de travaux rigoureux, montre que les « gains de santé » que l'on peut attendre si

l'on agit sur ces déterminants sont probablement supérieurs à ceux qui résulteraient d'une action directe sur le système de soins.

De nombreuses politiques menées par les collectivités, à différents niveaux de territoires, souvent en partenariat avec les services de l'État, ont ainsi une influence importante sur la santé : environnement, social, transport, culture, accès aux services... Cette idée de la « santé dans toutes les politiques » ne va pas encore de soi pour de nombreux décideurs, malgré l'effort de certains réseaux d'élus tels que le Réseau français des villes-santé de l'OMS ou Élus santé publique et territoires. Dans les collectivités, comme dans les services de l'État, elle mérite d'être encore diffusée, travaillée, partagée et incarnée, par exemple, en développant les évaluations d'impact sur la santé des autres politiques publiques.

Malgré les difficultés relevées, notamment pour que la démocratie sanitaire s'articule

mieux avec la démocratie locale, des avancées indéniables ont été constatées en termes de partenariat dans le champ de la santé, au sens le plus large, entre l'État et les collectivités. L'accès à des soins de proximité et de qualité, le développement de projets permettant de construire un cadre de vie plus sain, plus durable et plus équitable apparaissent de plus en plus aux décideurs comme des conditions de développement, d'attractivité et de dynamisme des territoires. Conscients que, notamment dans une période de moyens contraints, il y a un intérêt à mieux se coordonner pour offrir le meilleur service possible à la population, l'État et les collectivités tendent ainsi à faire converger les projets régionaux et locaux de santé. ✚