



# 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. ✚

# Gouverner notre système de santé

**Plaidoyer pour davantage de décentralisation et de participation citoyenne dans le champ de la santé.**

**Dr Laurent El Ghazi**  
Président de l'Association nationale des villes pour le développement de la santé publique,  
«Élus, santé publique & territoires»

**J**e ne parlerai pas du contexte socio-économique et politique largement déterminant et qui, depuis dix ans, dégrade la santé de la population vivant en France, mais plutôt de la nécessité, dans ce contexte, d'approfondir la décentralisation dans le domaine de la santé.

La réforme de la gouvernance du système de santé doit permettre de passer d'une logique de soins individuels à une logique de santé publique, beaucoup plus complexe en ce qu'elle implique la participation active d'une multitude d'acteurs, de services, d'institutions agissant sur tous les déterminants de la santé, dont les premiers sont d'ordre social.

Elle doit avoir comme première priorité la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, qui ne cessent de croître et qui constituent une injustice intolérable pour tous.

Elle doit permettre de rendre visible un projet collectif de protection accrue de la population, redonnant à chaque individu un peu plus d'écoute et de pouvoir sur ce qui le concerne au premier chef.

Elle doit être portée clairement par des responsables élus, identifiés et proches.

Elle ne peut réussir que si elle repose sur plus de démocratie, plus de proximité, plus de transversalité : pas de gouvernance républicaine sans démocratie, à la fois représentative mais aussi participative, pas de réduction des inégalités de santé sans service public de santé, clairement piloté et dans lequel les professionnels libéraux doivent naturellement prendre toute leur place, comme acteurs de santé et plus seulement comme distributeurs de soins.

Agir sur les déterminants, rapprocher la

décision des besoins, rendre les citoyens acteurs de leur santé et de la santé publique impose d'approfondir la démocratie sanitaire, de redonner du pouvoir aux acteurs de proximité, bref, de territorialiser les politiques de santé, car rien ne peut changer sans la participation des citoyens et de leurs représentants locaux légitimes que sont les élus des villes et des agglomérations.

Chargés du bien-être de leurs concitoyens, de la cohésion sociale, du respect de l'égalité entre tous et du pacte républicain – dont la protection sociale et de la santé sont des piliers fondateurs –, mais aussi du développement social local, les maires disposent de multiples services pour faire – ou pas! – de la santé, au plus près des besoins des habitants, en collaboration étroite avec tous les acteurs locaux. Chacune des politiques thématiques conduites par les maires contribue – ou pas! – à l'amélioration de la santé physique, psychique, sociale et environnementale de leurs habitants, mais aussi à l'attractivité du territoire, y compris pour les professionnels de santé que chacun cherche à attirer dans sa commune.

Leurs responsabilités et pouvoirs en matière de santé sont donc considérables, même si beaucoup d'entre eux l'ignorent encore! Leur capacité à donner sens à la politique, garante de l'adhésion de la population, est incontestable.

## **Au niveau régional**

La création des ARS répond à la nécessité, maintes fois soulignée, d'une plus grande transversalité entre la prévention, la promotion de la santé, le soin, le médico-social et d'une autorité reconnue pour mettre en cohérence



ces différents secteurs jusqu'alors éclatés, voire étanches. L'élaboration du programme régional de santé, composé des trois schémas –, prévention et promotion de la santé, organisation des soins et médico-social – va dans ce sens, sous réserve d'une articulation effective entre eux, encore difficile à réaliser.

De plus, les ARS ont été construites dans une logique de recentralisation autoritaire et leurs instances de démocratie sanitaire (CRSA, CC, CT...) ne sont dotées d'aucun pouvoir réel : il faut, à ce niveau, établir de véritables contre-pouvoirs démocratiques à la toute-puissance du directeur général, en y associant plus largement les élus des trois niveaux de collectivités et les représentants des usagers-citoyens. Cette démocratie sanitaire a cependant un coût et demande quelques moyens : disponibilité et formation des représentants, pédagogie, travail d'appropriation et de propositions, outils pour faire partager les informations et réflexions par leurs mandants doivent être imaginés et pris en charge, sinon elle restera une coquille vide ou une affaire de spécialistes.

Il faut aussi limiter le fonctionnement descendant, « *top-down* » des ARS : les plans et schémas régionaux doivent être enrichis par la connaissance fine des réalités locales et trouver à s'incarner sur les territoires, là où vivent, travaillent, souffrent et meurent les gens, avec eux, de manière adaptée à chaque contexte local, aux besoins particuliers de chaque population et aux ressources présentes – ou absentes –, en particulier les professionnels de santé.

### Au niveau local

Le contrat local de santé, qu'ESPT a contribué à faire inscrire dans la loi HPST, est une avancée réelle mais il reste totalement optionnel, sans exigence de contenu et surtout sans financement. Il doit, au regard de notre expérience, devenir l'outil privilégié de la mise en œuvre, adaptée à chacun de nos territoires, des schémas régionaux. Le maire (ou président du groupement de communes), parce qu'il connaît sa population, parce qu'il est informé de ses besoins, parce qu'il détient de nombreux leviers d'action sur les déterminants de la santé – urbanisme, logement, action sociale, éducation, restauration scolaire, politique culturelle et sportive, aménagement global du territoire, etc. –, parce que, enfin, il a, seul, le pouvoir de rassembler autour de lui tous les acteurs de la santé, habitants compris, doit devenir le pilote naturel de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces CLS et contribuer

ainsi à construire le volet local d'un service public de santé.

Je rappelle que les ateliers santé ville – volet santé de la politique de la ville créés en 2000 par le gouvernement Jospin et depuis inscrits dans les contrats urbains de cohésion sociale – ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins et à la prévention, en mobilisant autour d'objectifs prioritaires définis en commun, à partir d'un diagnostic local participatif, tous les acteurs de santé et les habitants, dans une logique transversale et globale. Par leur articulation – dans une volonté de transversalité et d'inscription de la santé dans toutes les politiques – avec les quatre autres axes du Cucs : éducation, logement, emploi-formation et tranquillité publique qui sont des déterminants incontestables de la santé, les ASV ont montré toute leur pertinence, sous réserve d'une application territoriale des actions et d'un engagement résolu et durable du maire et de l'État. Là où ils existent, ils deviennent le pivot et la principale ressource des CLS ; partout ailleurs, ils en demeurent le modèle. Les travaux universitaires, en particulier en géographie de la santé conduits avec ESPT, ont bien mis en évidence les enjeux d'inégalités territoriales, et les freins et leviers pour y remédier.

C'est, en effet, à partir de cette méthodologie – transversalité, participation, proximité –, dans cette logique d'adaptation aux besoins et réalités locaux et avec la même ambition de réduction des inégalités que doivent aujourd'hui se développer les futurs contrats locaux de santé, conclus entre le maire, le directeur général de l'ARS et le représentant de l'État, responsables des autres services de l'État, tout aussi indispensables à l'amélioration de la santé de chacun : logement, éducation, emploi, cohésion sociale... Le conseil général doit y être associé, dans le cadre de ses compétences propres.

Sur la base des besoins en santé identifiés de la population de chaque territoire et en fonction des ressources existantes, des moyens adaptés doivent être alors attribués par l'ARS et l'assurance maladie, permettant la mise en œuvre effective des mesures inscrites dans le contrat, allocation de financement différenciée, facteur de redistribution et de plus grande égalité entre les territoires.

Dans la même logique d'approfondissement de la décentralisation et de la citoyenneté de tous, les conseils locaux de santé mentale, prolongement de la politique

de secteur de psychiatrie inaugurée depuis plus de cinquante ans et toujours inachevée, doivent, sous l'autorité du maire, faire partie du contrat local et apporter, parce que ce sont des nouveaux lieux de partenariats, des solutions plus adaptées aux souffrances et aux difficultés d'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Ces enjeux et ces évolutions récentes, la place qu'y prennent les communes et leurs élus, bien au-delà de leurs compétences réglementaires actuelles, imposent de réfléchir à la place de la santé dans l'acte III de la décentralisation. Il s'agit en effet de construire aujourd'hui, au-delà de l'étape ARS, une nouvelle compétence partagée pour les communes et leurs groupements, dans un champ essentiel à la vie individuelle et collective, facteur majeur de cohésion sociale et de développement du territoire, mais aussi de nouvelles possibilités données à chacun d'agir sur sa propre vie.

Évidemment, comme toute nouvelle responsabilité confiée par la loi aux collectivités locales, elle doit s'accompagner du transfert de financements suffisants et pérennes pour assurer le diagnostic local, le pilotage de la politique territoriale de santé et l'animation de ces nouvelles instances de coordination. Cela suppose la mise en œuvre effective de la « fongibilité asymétrique » des enveloppes et le transfert des personnels correspondant de l'État vers les collectivités locales.

### Pour conclure

Pour améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé, au niveau local comme au niveau national, le but à atteindre est le pilotage démocratique d'un service public de santé mettant en cohérence prévention, soins, médico-social, et capable de mobiliser tous les déterminants et tous les acteurs, dans une dynamique transversale, « interministérielle ». Cette intersectorialité est tout aussi difficile à réaliser au niveau municipal qu'au niveau gouvernemental : elle réclame, comme au niveau régional avec les ARS, le regroupement de l'ensemble des services de la santé dans une future organisation type Agence nationale de santé, fusionnant services de l'État organisés aujourd'hui en tuyaux d'orgue non communicants et assurance maladie unifiée, sous l'autorité d'un ministre d'État. ❖

Voir aussi les actes des Journées nationales d'étude de l'Association ESPT, [www.espt.asso.fr](http://www.espt.asso.fr)

# Le point de vue de l'Assemblée des départements de France

**Les départements sont fortement impliqués dans le maintien d'une couverture médicale suffisante car celle-ci est un élément essentiel pour l'attractivité du territoire.**

**Jean-Pierre Hardy**

Chef du service « Politiques sociales et société » de l'Assemblée des départements de France (ADF)

La répartition géographique des professionnels de santé fait apparaître de très grandes inégalités territoriales : la densité des professionnels de santé est forte en Île-de-France et dans le sud de la France, et beaucoup plus faible ailleurs. Ainsi, ce n'est pas le nombre des professionnels de santé qui pose aujourd'hui le plus de problèmes, mais leur très inégale répartition géographique. Le niveau régional n'est pas le plus pertinent pour analyser la couverture médicale : en effet, des écarts infra régionaux peuvent être très importants, selon que l'on compare les grandes métropoles et leur périphérie proche ou lointaine, plus ou moins enclavée. Les cantons ruraux ou à dominante ouvrière dans les secteurs périurbains connaissent des situations particulièrement difficiles, comme en témoigne la Seine-Saint-Denis, qui aux abords de Paris regrette l'insuffisance de la réponse hospitalière sur l'ensemble du département et la disparition de la médecine ambulatoire notamment dans les quartiers en difficulté où le coût financier de l'accès aux soins constitue un handicap supplémentaire.

De nombreux territoires ruraux se trouvent pénalisés et cumulent l'absence, voire la fermeture d'hôpitaux de proximité, un vieillissement particulièrement important des professionnels de santé et leur faible renouvellement. L'accès aux soins devient donc de plus en plus difficile dans des territoires peu denses, enclavés et éloignés des centres urbains, qui concentrent les services.

Les nouvelles attentes des jeunes médecins influent fortement sur leur localisation. Le corps médical connaît des évolutions qualitatives et culturelles qui influent fortement sur

la répartition géographique et les pratiques professionnelles. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé en 2007 une enquête auprès d'étudiants et de jeunes médecins. Trois attentes apparaissent prioritaires :

- l'épanouissement personnel et familial (pour 81 %) à mettre en lien avec un développement de la féminisation de la profession,
- la compatibilité entre le lieu d'installation et la profession ou les attentes du conjoint (58 %),
- la possibilité d'exercer le mieux possible la discipline choisie (55 %). L'existence d'un plateau technique complet (radiologie, infirmiers...) est mise en avant.

Sur ces trois critères principaux d'installation, de nombreux territoires ruraux s'avèrent malheureusement peu attractifs. Les étudiants ou jeunes médecins estiment en effet que ces territoires sont souvent incompatibles avec leurs attentes : manque de services et de loisirs, problèmes professionnels pour le conjoint, charge surdimensionnée de travail, et notamment obligation de lourdes permanences de soins, présence insuffisante de professionnels de santé...

On observe également une désaffection pour la médecine libérale. En 2011, 46 % exercent en libéral, 42,5 % comme salariés et 11,5 % pratiquent une activité mixte. Cependant, pour la même année, 70 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins avaient fait le choix d'exercer leur activité en tant que salarié. Ce statut offre en effet l'avantage de revenus réguliers, d'un temps de travail plus encadré et prévisible, la possibilité de temps partiels éventuels, une meil-



leure protection sociale, la possibilité d'un transfert vers l'établissement employeur de la responsabilité en cas d'accident thérapeutique, l'allègement des charges financières et administratives liées à la gestion d'un cabinet.

### l'arrivée dans le paysage institutionnel des agences régionales de santé (ARS)

Les ARS sont des établissements publics nationaux de l'État qui ont été constitués le 1<sup>er</sup> avril 2010 et qui ont dans leurs compétences la médecine ambulatoire.

Après avoir élaboré, au cours de l'année 2011, les plans stratégiques régionaux de santé, elles doivent élaborer les schémas régionaux de l'organisation des soins qui ont deux volets : un volet relatif aux établissements de santé et un volet relatif à la médecine ambulatoire.

L'articulation de ces deux volets autour du « parcours de santé » sera essentielle : organisation des soins en réseaux, expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux...

La commission de coordination des politiques publiques de santé, qui est placée sous l'autorité de chaque ARS, devrait traiter de sujets communs avec les départements comme la réduction des durées d'hospitalisation en obstétrique et leurs conséquences sur la médecine pédiatrique libérale, et la protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux.

Les ARS doivent aussi élaborer des schémas régionaux de prévention. La commission de coordination des politiques publiques de santé devra traiter des articulations avec la médecine scolaire, la médecine du travail et la PMI.

Les centres de santé à gestion municipale et associative sont sous le contrôle, en matière de fonctionnement, des ARS qui devront définir leur place dans ces différents schémas régionaux relatifs à l'ambulatoire et la prévention.

Outre avec les ARS, l'État est aussi présent en matière de santé publique par la médecine scolaire qui n'a pas été décentralisée par les actes I (1986) et II (2004) de la décentralisation et est restée sous la coupole de l'Éducation nationale.

### L'implication des départements

Garantir une couverture médicale suffisante n'est pas qu'un objectif de santé publique, c'est également un enjeu stratégique d'aménagement du territoire. En effet, la présence médicale est un élément essentiel pour l'attrac-

tivité du territoire et elle constitue un facteur déterminant de maintien des populations.

C'est pourquoi les collectivités locales ont lancé de multiples initiatives pour lutter contre la désertification médicale. Parmi elles, les départements sont particulièrement concernés. Ils sont en effet en charge :

- d'un volet important du secteur médico-social (gestion des minima sociaux, Protection maternelle et infantile, maintien à domicile des personnes âgées...);

- du financement des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui sont souvent chargés des premiers soins, et de fait des transports vers les hôpitaux. Les SDIS pallient ainsi la disparition des hôpitaux locaux et à la fermeture des services d'urgences hospitalières qui, avec le non-remplacement des médecins libéraux concourent à la désertification médicale;

- ils sont enfin, plus généralement, chargés de la solidarité sociale et territoriale. Or, les territoires les plus concernés par la sous médicalisation sont souvent dotés d'un faible potentiel fiscal, qui limite leur capacité d'intervention. L'aide des conseils généraux est donc déterminante.

### Les départements sont impliqués dans de nombreuses actions visant à maintenir la couverture médicale des territoires

Des aides financières : ce dispositif a été mis en place dans de très nombreux départements (Allier, Sarthe, Saône-et-Loire, Marne, Manche...). Ces aides sont attribuées aux étudiants en médecine, niveau troisième cycle, à condition qu'ils s'engagent à rester pendant au moins cinq ans dans le département, une fois leurs études terminées. Dans certains départements, le montant des bourses peut atteindre 700 euros par mois pour l'année universitaire.

Des aides complémentaires peuvent aussi être accordées par les élus départementaux pour faciliter l'installation de professionnels de santé. Des indemnités de logement ou de transports sont accordées aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires.

Par le passé, d'autres mesures ont été également décidées pour favoriser le maintien des professionnels de santé exerçant en zone de revitalisation rurale (ZRR). Elles ont pris la forme d'une exonération de la taxe professionnelle concernant soit la taxe foncière sur les propriétés bâties, soit la TP, soit les deux taxes.

En parallèle de ces mesures strictement financières, les conseils généraux ont cherché à établir une meilleure coordination des aides des collectivités avec les organismes d'assurance maladie pour favoriser l'exercice de professions médicales en cabinets de groupe et la constitution de pôles de soins.

### La création des maisons médicales pluridisciplinaires

Elles peuvent être créées et financées par le conseil général (ex : Lozère). Dans d'autres départements, l'initiative de la construction d'une maison médicale appartient plutôt aux communes ou à leurs groupements. Dans ce cas, les conseils généraux viennent en appui de ces initiatives en versant aux communes des aides à l'investissement. C'est notamment le cas du département de la Meurthe-et-Moselle.

Les maisons de santé regroupent les praticiens de diverses disciplines : généraliste, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste, pharmacien facilitant la prise en charge globale et concertée du patient. Elles permettent de rompre l'isolement des médecins, de faciliter l'organisation des gardes, de mutualiser les charges de fonctionnement. Cependant, les maisons de santé ne suffisent pas à elles seules à résoudre le problème de la désertification médicale.

En effet, des élus locaux regrettent que certaines maisons de santé restent vides malgré des investissements importants.

### La mise en réseau des professionnels de santé avec la création d'un portail sur Internet

D'autres initiatives se font jour afin de rapprocher les médecins entre eux et de la population. Ainsi, le département de la Manche a créé, en 2004, un portail Internet en partenariat avec la CPAM, l'Ordre des médecins, l'ARS, les chirurgiens-dentistes et, par exemple, le syndicat mixte Manche numérique.

Ce dispositif sur Internet doit permettre d'une part aux professionnels de santé et aux organismes publics d'effectuer des échanges, mais aussi aux habitants du département d'avoir accès à des éléments grand public (notamment l'organisation des gardes).

### Des questions qui restent posées

Au niveau local, d'autres mesures pourraient être testées plus largement :

- La mise en commun de moyens administratifs et techniques (création d'une fonction d'assistant de santé qui pourrait prendre en charge des tâches administratives).

– La délégation de certaines tâches médicales aux pharmaciens.

– Le développement de la télé médecine (téléconsultation, téléexpertise – demande de l'avis d'un confrère –, télésurveillance, régulation médicale – les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel). Le développement de ces nouvelles pratiques nécessite une reconnaissance par l'Assurance maladie.

– Le renforcement de la médecine préventive et notamment la médecine scolaire, en grande difficulté. Les départements chargés d'un rôle social important ne peuvent qu'être attentifs à cette question.

Malgré la mobilisation exemplaire des élus, beaucoup considèrent que la seule action des collectivités territoriales ne suffira pas, à elle seule, à corriger l'inégalité territoriale observée dans le domaine de la santé.

Ces problématiques sont désormais clairement dans le champ de compétences des nouvelles ARS.

Des conseils généraux observent d'ailleurs que, à l'issue de la publication de la loi relative au développement des territoires, ils font l'objet de démarchages de la part des étudiants de médecine qui, ayant parfaitement intégré

le dispositif existant, veulent se vendre aux plus offrants.

Les élus craignent qu'à terme ce système ne révèle toute son ambiguïté par une surenchère financière entre les territoires. D'autres regrettent la disparition des hôpitaux de proximité ou unités de soins, soumis à des contraintes budgétaires lourdes. Bien souvent, ils constatent les pressions exercées par les agences régionales (ARH hier et ARS aujourd'hui) pour supprimer lits et services en dépit des besoins grandissants.

Considérant que cette évolution remet clairement en cause la notion de service public, ils proposent le retour des politiques régaliennes de l'État et suggèrent dans cette perspective plusieurs propositions. Certaines peuvent être incitatives :

– poursuivre l'augmentation progressive du *numerus clausus* en concertation avec les facultés de médecine ;

– revaloriser les études de médecine générale grâce à une meilleure information des grands champs disciplinaires et de leurs enjeux ;

– revoir les compétences réciproques entre médecins, infirmiers et autres professions paramédicales, voire créer de nouvelles professions intermédiaires ;

– relancer la politique de l'aménagement du territoire et présenter aux élus une carto-

graphie des zones déficitaires ainsi que les mesures envisagées pour y remédier ;

– développer des réseaux de coopération médecine de ville-hôpital.

Cependant, la question de mesures plus directives doit être posée :

– Celle concernant la liberté d'installation des professionnels de santé (ex. : que les médecins qui décident de s'installer en zone excédentaire ne puissent bénéficier au mieux que d'un conventionnement en secteur 1 – mesure préconisée par la Fédération hospitalière de France –, ou l'obligation d'exercer dans une zone déficitaire pendant un temps à définir à la sortie des études).

– La possible autorisation donnée aux établissements publics de santé d'organiser au sein du territoire le maintien de l'offre ambulatoire en cas de carence constatée (le financement de cette mesure étant assuré par un prélèvement sur l'enveloppe ville destinée à financer les médecins libéraux).

– Enfin, il convient de garder en mémoire que la proximité géographique d'une offre de soins ne suffit pas à en assurer l'accès, puisque le coût de la santé constitue un frein important pour les ménages à faibles ressources, ce qui compromet au passage le développement d'une médecine préventive moins chère et plus efficace que la médecine curative. ✚





# Santé publique, SFSP et collectivités territoriales

**De par sa composition, ses réflexions, ses engagements, la SFSP est un promoteur actif du rôle des collectivités territoriales dans la santé publique et plus précisément dans la promotion de la santé au niveau local.**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.*

**Flore Lecomte-Aumaître**  
Déléguée générale de la Société française de santé publique

**L**a Société française de santé publique (SFSP) est une association reconnue d'utilité publique dès 1900, dont l'ambition est de rassembler les personnes physiques et morales qui concourent à l'étude de la santé publique et de ses applications. Créée en 1877 sous l'appellation de « Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle », elle a toujours compté parmi ses membres des collectivités territoriales, des professionnels ou des élus de collectivités territoriales – adhérents à titre individuel ou par le biais de leurs associations, ainsi que dans son conseil d'administration. Cette représentation de ces acteurs au sein des instances décisionnaires de la SFSP a influé ainsi sur ses travaux et centres d'intérêt.

Depuis une dizaine d'années, le nombre de membres issus des collectivités territoriales est passé de 2 à 8 sur les 55 personnes morales adhérentes. Cette constante et l'augmentation du nombre de personnes morales adhérentes issues des collectivités ne sont qu'un reflet de leur investissement en santé publique.

## **Des réflexions et travaux de la SFSP qui traduisent l'engagement des professionnels des collectivités territoriales en son sein**

Grâce à cet investissement, la SFSP s'est engagée depuis longtemps sur les questions de santé publique qui les concernent, en contribuant au fil du temps à asseoir et appuyer les collectivités territoriales, par le croisement des compétences et des réflexions de l'ensemble de ses membres. Les enjeux actuels en matière de santé publique, et particulièrement celui d'équité en matière de santé, rendent essentiel pour la SFSP de renforcer cette contribution.

La mission première de la SFSP, offrir un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle, repose sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé. Un regard sur les activités menées ces dix dernières années par la SFSP traduit une partie des préoccupations des collectivités territoriales en santé publique. La SFSP, par le croisement des différentes expertises qu'elle regroupe, a ainsi pu contribuer à enrichir la réflexion, les politiques et interventions menées par les collectivités territoriales. Deux périodes se distinguent, l'année 2009 marquant une charnière.

Avant 2009, les réflexions se sont d'abord concentrées sur les missions réglementaires, les politiques et dispositifs publics existants pour les collectivités territoriales en santé publique. Nombreuses ont été celles consacrées à la santé environnementale, dont certaines concernaient directement les missions des services communaux d'hygiène et de santé. De 2004 à 2006, plusieurs travaux ont été menés en particulier sur le saturnisme : analyse des besoins de recherche, production d'un guide pour les professionnels notamment. En 2005, suite à la parution de l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles et conduites des enfants et adolescents, la SFSP participe au collectif « Pas de 0 de conduite » aux côtés des professionnels de la petite enfance, et en particulier de PMI. Entre 2007 et 2008, elle apporte sa contribution aux ateliers santé ville, par la mise en place d'un forum internet et

participe à l'élaboration de deux colloques de la Délégation interministérielle à la ville. L'audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG en 2007 est un autre exemple des travaux menés par la SFSP.

En 2009, à la fois dans ses prises de position et dans ses activités, et face à la montée des inégalités sociales de santé, la SFSP évolue dans son approche de la santé publique à l'échelon des collectivités territoriales. D'approches préventives plus traditionnelles, elle aborde désormais de manière plus systématique la santé publique dans une vision de promotion de la santé : sous un angle territorial et populationnel et en s'attachant à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. L'attente d'une révision de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et la parution de la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » ont fait l'objet de différents communiqués de presse qui, tous, ont été des occasions de rappeler le rôle clé que peuvent et doivent jouer les collectivités territoriales pour la santé publique et la place qui doit leur être reconnue et laissée : place des collectivités dans les ARS (agences régionales de santé), développement de la promotion de la santé et notamment de l'approche Hiap (*Health In All Policies* – Intégration de la santé dans toutes les politiques), cohérence des politiques de santé à tous les niveaux... Cette approche se traduit également dans les colloques mis en place. Depuis 2009, trois d'entre eux concernent directement les collectivités territoriales et leur thème marque clairement cette évolution : « Transversalité et nutrition dans les politiques territoriales » en 2009, « Ville, santé et qualité de vie » en 2011, organisé avec le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le dernier, en préparation pour les 16 et 17 septembre 2013, sur les liens entre santé publique, transports, mobilités, déplacements et aménagement de l'espace.

### Vers un renforcement en faveur de la promotion de la santé

Ce renforcement des approches en direction de la promotion de la santé dans la réflexion de la SFSP est aujourd'hui conforté et rendu encore plus impératif par le paradoxe entre la conscientisation à tous les niveaux de l'enjeu majeur que représente l'équité dans le système de santé et le contexte national, où la santé publique en général, et les inégalités sociales de santé en particulier, ne font pas encore l'objet d'une politique publique claire et définie. Si la promotion de la santé constitue un cadre

reconnu pour l'action sur les inégalités sociales de santé, elle reste le parent pauvre de notre système.

Au niveau international, sans rappeler les dates clés de la promotion de la santé et de la prise en compte des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux, ces deux dernières années fournissent aux États et aux acteurs les stratégies prioritaires à mettre en œuvre, dont certaines constituent même des engagements pour les États signataires, dont la France. La déclaration d'Adélaïde de 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (Hiap), la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé en 2011, ou encore le cadre politique « santé 2020 » de l'OMS en sont des exemples marquants. Si ces déclarations internationales visent tous les niveaux – mondial, national ou local –, les échelons que représentent les collectivités territoriales en sont une clé essentielle : de par leurs compétences réglementaires qui constituent des leviers pour agir directement sur nombre de déterminants sociaux de la santé, et sur leur territoire, de par leurs savoir-faire en matière de partenariat intersectoriel ou plus naturellement à travers leur légitimité citoyenne.

En France, malgré les rapports clés du Haut Conseil de la santé publique [39] et de l'Inspection générale des affaires sociales [53, 60] sur les inégalités sociales de santé en 2009 et 2011, la promotion de la santé peine toujours à être reconnue au niveau politique national comme stratégie efficace d'intervention en santé et notamment de réduction des inégalités sociales de santé. Même si quelques dispositifs ou lois la mentionnent explicitement, nous sommes toujours confrontés à une absence de politique nationale en ce sens, qui s'accompagnerait d'un réel soutien et d'une structuration de la promotion de la santé au service des populations, dont les collectivités territoriales, notamment, devraient constituer l'un des maillons reconnus et soutenus.

Dans la continuité des propositions aux pouvoirs publics formulées depuis plusieurs années, la SFSP poursuit son plaidoyer sur cet axe, à l'instar de sa lettre ouverte aux candidats à l'élection présidentielle de 2012<sup>1</sup>, où elle appelait à une politique de santé solidaire, soutenable et équitable, une politique nationale de santé publique qui ferait de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité. Elle prône notamment le développement d'une action sur les déterminants sociaux, rappelle l'importance d'investir dans le développement

du jeune enfant ou encore d'intégrer la santé dans toutes les politiques qui constituent des domaines d'intervention privilégiés et naturels pour les collectivités territoriales.

Le second axe que la SFSP s'efforce actuellement de renforcer pour appuyer ce développement de la promotion de la santé est l'intégration et la reconnaissance de l'expertise de ses intervenants aux côtés de l'expertise scientifique. Capitaliser et diffuser les modalités de mise en œuvre efficaces, toujours dans sa logique de réflexion et d'analyse critique pluri-professionnelle, contribuera à cette reconnaissance des apports et de la nécessité de développer des stratégies et une politique de promotion de la santé. Même si les pratiques évaluatives restent inégales et insuffisamment développées, il n'en reste pas moins urgent de capitaliser des pratiques qui semblent prometteuses. La revue *Santé publique*, dont la ligne éditoriale vise explicitement, depuis sa création, la publication d'articles de l'ensemble des acteurs, y compris de terrain, ou les consultations récemment mises en place *via* internet depuis deux ans sur la nutrition et les inégalités sociales de santé en constituent des prémices visibles.

Enfin, elle devra œuvrer à favoriser l'intégration de la santé dans toutes les politiques, notamment en contribuant au développement des évaluations d'impact santé en France.

Parce que mettre la santé au cœur de toutes les politiques et agir sur les déterminants sociaux ne se fera à l'échelon local qu'avec les collectivités territoriales et leurs partenaires, elles doivent être, plus que jamais, partie intégrante de la réflexion et des actions collectives de la SFSP.

### Conclusion

Le consensus international sur l'impact de la promotion de la santé et des déterminants sociaux sur les inégalités d'une part, et les approches qu'ont expérimentées et développées nos adhérents d'autre part, nous confortent dans la nécessité de poursuivre la réflexion sur cette question. De plus, les évolutions politiques en cours ou annoncées dans le champ de la santé publique – stratégie nationale de santé, révision de la loi de santé publique – et pour les collectivités – réforme de la politique de la ville et réforme des collectivités territoriales – rendent encore plus crucial pour la SFSP de jouer son rôle de carrefour des pratiques et de facilitateur de la collaboration des différentes parties prenantes : société civile, chercheurs, professionnels de santé publique, décideurs..., dont les collectivités territoriales. ✚

1. <http://www.sfsp.fr/activites/detail.php?cid=227>