



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

"Collectivités locales et santé publique en région"

– Groupe n° 3 –

- BELLOT Olivier D3S
- FERNANDES Nicolas D3S
- KLING DIETERLEN Sylvie D3S
- MOULLART Nathalie DS
- VERSTAVEL Florent EDH
- BERNIAC Stéphane EDH
- HANOTEAUX Sandrine D3S
- LEMAHIEU Reynald IASS
- SIFFERLEN Brigitte DS

Animateur/trice(s)

LONCLE Patricia

PETITJEAN François

Sommaire

INTRODUCTION	3
1 LES RECENTES LOIS DE SANTE PUBLIQUE ET DE DECENTRALISATION CONDUISENT A UNE REPRISE EN MAIN PAR L'ETAT DES ACTIONS LOCALES DE SANTE PUBLIQUE	5
1.1 Bien que les collectivités locales aient toujours mené des actions en matière de santé publique	5
1.1.1 A chaque échelon un acteur de santé publique	5
A) Les communes et les structures intercommunales	5
B) Le Pays	6
C) Le Département	7
D) La Région	8
1.1.2 Une logique de partenariat en région	9
A) L'appel à projets	9
B) La participation aux structures stratégiques régionales	9
1.2 ...l'Etat réaffirme actuellement son rôle de "chef de file".	10
1.2.1 Les fondements de son action	10
A) La réforme de l'Etat.	12
B) La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF)	12
C) La politique de santé publique : les Programmes Régionaux de Santé.	13
1.2.2 La loi du 9 Août 2004 : enjeux et perspectives	14
2- LES COLLECTIVITES LOCALES ONT EU DES REACTIONS CONTRASTEES ET ATTENDENT UN DIALOGUE RENOUVELE.	18
2.1 Bien que très engagées dans les actions de santé au niveau local, certaines collectivités hésitent à adhérer à l'organisation établie.	18
2.1.1 Certaines collectivités locales ne souhaitent pas adhérer au GRSP	19
2.1.2 Certaines collectivités s'engagent sans conviction	20
2.1.3 D'autres s'investissent complètement dans les nouveaux dispositifs	21
2.1.4 Les facteurs explicatifs de leur positionnement	21
2.2 Pour une meilleure implication des différents acteurs dans la politique de santé publique, le partenariat entre les collectivités territoriales et l'Etat devrait être renouvelé	22
2.2.1 Les relations institutionnelles entre l'Etat et les collectivités territoriales devraient être améliorées	22
A) L'Etat : mieux communiquer pour mieux coordonner	23

B) L'Etat devrait repenser sa façon de travailler avec les collectivités territoriales	24
C) Les collectivités territoriales : coopérer pour renforcer leur légitimité	25
2.2.2 L'organisation régionale actuelle mériterait d'être aménagée	26
A) Le rôle joué par les villes et les « pays » devrait être mieux appréhendé par l'Etat	26
B) L'édifice institutionnel pourrait à terme être simplifié	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES ANNEXES	I

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à :

? Monsieur BEDOUET, conseiller régional des Pays de la Loire en charge des questions de santé

? Monsieur le Docteur BOUSSIN, responsable du pôle santé publique de la ville d'ANGERS

? Madame le Docteur DANIEL, médecin inspecteur régional adjoint, DRASS des Pays de la Loire, NANTES

? Monsieur DOKI THONON, DRASS adjoint Bretagne

? Monsieur DUTERTRE, vice président du Conseil Général de Mayenne et président de la Commission Solidarité et cohésion sociale

? Madame le Docteur LE BRIS, directeur du service hygiène et santé à la ville de RENNES

? Madame le Docteur LEPOIVRE, directeur de la mission santé publique, mairie de NANTES

? Monsieur LENORMAND, premier adjoint au maire de LORIENT, chargé des affaires sociales

? Madame le Docteur LEVEQUE, responsable de la santé publique au Conseil Général de Loire Atlantique – NANTES

? Monsieur RAULT, chargé des politiques de santé au Conseil Régional de Bretagne

? Monsieur SIZ, maire adjoint de LORIENT, délégué à la santé et à la sécurité alimentaire

? Monsieur le Docteur THERY, responsable de la direction de la santé publique, Conseil Général du Finistère

pour leur disponibilité

Nous exprimons, également toute notre gratitude à nos animateurs, Patricia LONCLE et François PETITJEAN, pour leur aide précieuse et leurs conseils avisés.

Liste des sigles utilisés

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ATS : Animateur Territorial de Santé

CPER : Contrat Plan Etat Région

CRS : Conférence Régionale de Santé

DATAR : Direction de l'Aménagement des Territoires et de l'Action Régionale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

LOLF : Loi Organique relative aux lois de Finances

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention des Soins

PRS : Programme Régional de Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

MÉTHODOLOGIE

Le Module Interprofessionnel avait pour objectif, à partir d'un problème de santé publique, de permettre la confrontation de la culture et des connaissances des élèves issus de filières et de concours différents.

La composition du groupe – Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux, Directeurs d'Hôpital, Directeurs de Soins et Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales – a permis de mieux connaître les logiques et les attentes de chaque corps de métier et de dégager ainsi des approches complémentaires par rapport à la thématique de travail.

L'enjeu de ce travail était de taille car il devait mesurer notre capacité à travailler ensemble et à concilier les expériences de chacun.

Nous avons tout d'abord nommé parmi nous, un référent chargé notamment de faciliter le lien avec les animateurs de notre groupe et avec le bureau du MIP.

Il a fallu ensuite définir notre méthodologie pour appréhender un sujet sur lequel certains d'entre nous avaient des acquis tandis que d'autres découvraient la problématique du sujet.

Notre réflexion a par ailleurs été encouragée et encadrée par les deux animateurs de notre groupe. En effet, plusieurs rencontres ont eu lieu de manière à nous assurer du respect de la problématique du sujet et à présenter régulièrement l'évolution de notre travail

Puis nous avons organisé notre réflexion à partir de recherches bibliographiques autour du thème proposé, en vue de disposer d'éléments fiables à comparer aux données recueillies lors des entretiens individuels.

Cette démarche réalisée, nous nous sommes répartis, dans un premier temps, les entretiens à effectuer auprès des différents acteurs locaux et représentants de l'Etat en fonction d'un calendrier de travail.

En second lieu, nous avons recueilli les informations des acteurs de terrain lors de nos déplacements en Bretagne et dans les Pays de Loire (Angers, Nantes, Rennes, Lorient et Le Mans).

Soutenus par un questionnaire élaboré par le groupe, ces entretiens ont été particulièrement riches d'enseignements et ont permis de dynamiser le contenu de notre rapport.

Les entretiens -semi directifs- ont été menés généralement par binôme, à partir des thématiques de la grille d'entretien ; ceci afin de faciliter les comparaisons.

Les échanges nous ont ainsi permis de tester la pertinence de cette grille mais des questions supplémentaires ont pu être posées en fonction de l'intérêt des participants. Après chaque entretien, les points essentiels ont fait l'objet d'une restitution orale auprès du groupe.

A l'occasion de séances de travail collectif, des tableaux comparatifs ont été constitués à partir des informations qui nous semblaient les plus pertinentes au regard de la problématique

Nous avons ensuite réalisé en commun un plan détaillé et nous nous sommes répartis le travail d'écriture. Une nouvelle division du travail s'est mise en place : le choix a été fait de rédiger chaque partie du rapport en petit comité (de deux ou trois personnes), ceci dans l'optique d'une rédaction rapide et cohérente.

Puis, les corrections sur chaque partie spécifique du texte, ainsi que la rédaction de l'introduction et de la conclusion ont été réalisées collectivement ; après quoi nous avons soumis notre production aux animateurs.

Une ultime révision a pris acte de leurs commentaires.

La démarche du groupe tout au long de ces deux semaines de travail collectif a été animée par un objectif essentiel : que chacun de ses membres soit pleinement informé du travail réalisé par l'ensemble des autres, pour être en mesure d'en discuter. Par ailleurs, la répartition du travail au sein du groupe s'est faite en fonction des intérêts et des expériences de chacun, mais également en fonction des contraintes spécifiques de chacune des formations. Enfin, la méthodologie a pris en compte la « contrainte temps » qui nous était imposée.

Cette expérience nous a donné l'occasion d'unir nos connaissances et nos savoir-faire tout en mettant à profit nos différences pour réfléchir à un sujet particulièrement d'actualité.

INTRODUCTION

La première loi relative à la hygiène publique date du 15 février 1902. Un siècle plus tard, l'Etat décide de légiférer de nouveau sur ce thème. Durant cette période, la politique de santé publique s'est dotée de moyens administratifs afin de s'occuper des problématiques de santé et aux fléaux sociaux.

Tout d'abord, définissons la notion de «Santé publique ». On entend par santé publique toutes les actions qui tendent à favoriser le bien-être et la qualité de vie des citoyens en s'appuyant sur la prévention et la promotion de la santé. Parmi les acteurs intervenant sur cette compétence, l'Etat, les organismes de protection sociale et les collectivités locales ont par leur intervention un positionnement majeur afin d'améliorer le bien être de leurs concitoyens. Nos interlocuteurs ne limitent pas la santé publique à sa composante sanitaire.

Pour les communes, au contact direct des administrés, la santé publique, tout comme la sécurité ou l'éducation, est une priorité d'action afin de favoriser la qualité de vie des usagers. Pour la plupart, la santé publique s'inscrit depuis toujours dans leurs actions et leur politique.

La place des collectivités locales dans les dispositifs de pilotage et d'animation des réseaux de santé publique s'est construite depuis une vingtaine d'années avec les premières lois de décentralisation.

Les compétences que l'Etat a souhaité décentraliser aux collectivités, ont été transférées principalement de 1982 à 1986. A l'époque, le Conseil Général s'est vu doté d'attributions relatives à la santé publique. Puis les évolutions législatives successives jusqu'en 2004, instituant notamment les pays (loi Voynet de 1999) ou les communautés d'agglomération (loi Chevènement de 1999), influent à la marge sur les champs de compétences des collectivités dans le domaine de la santé publique.

Les lois d'août 2004 caractérisent une évolution profonde dans le paysage institutionnel de notre pays. En effet, il semble impossible de dissocier les lois relatives à la politique de santé publique¹, à l'Assurance Maladie², et aux libertés et responsabilités locales³ (acte II de la décentralisation), promulguées en moins d'une semaine. Ces trois lois ont été votées dans un esprit de rationalisation de l'action publique et de clarification de la répartition des compétences entre les différents acteurs institutionnels.

¹ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

² Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

³ Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Le législateur a décidé que l'Etat reprendrait en main la santé publique et deviendrait le « chef de file ». Cette recentralisation de la santé publique est nuancée par le fait que les Conseils Généraux pourront conserver les compétences qui leur avait été transférées en 1983, en les réalisant dorénavant, pour le compte de l'Etat. Dans le même temps, ce dernier transfère des compétences non négligeables aux Régions et Départements. Enfin, concernant l'assurance maladie il redéfinit le pilotage des organismes de sécurité sociale en conférant de nouvelles attributions aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

La loi du 9 Août 2004 relative à la santé publique, détermine également des plans d'actions et des outils qui doivent au terme d'un quinquennat favoriser et améliorer l'état de santé des français. Pour cela "100 objectifs" sont définis et des indicateurs sont ou vont être élaborés pour permettre l'évaluation de ceux-ci. La loi propose l'échelon régional comme le niveau pertinent de pilotage.

Cet échelon de pilotage n'est pas propre à la santé publique. Dans la continuité, de la mise en place des conférences régionales de santé en 1995, les ordonnances Juppé (1996) positionnent le pilotage de l'offre de soins au niveau régional en créant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) s'inscrivent dans cette même approche géographique. En 1997, l'instauration des programmes régionaux de santé (PRS), élaborés à partir des priorités des conférences régionales de santé (CRS) valident définitivement la régionalisation des politiques de santé et l'approche multidisciplinaire de celles-ci.

Dans cet enchevêtrement, entre décentralisation, recentralisation, échelon régional des politiques de santé, les collectivités territoriales jouent un rôle prépondérant dans l'opérationnalité des plans, programmes et priorités. Chacune à leur niveau, elles investissent ce domaine de compétence, et peuvent participer à l'élaboration des PRS.

La loi relative à la santé publique positionne désormais l'Etat comme pilote et lui accorde une voix prépondérante dans la mise en œuvre des futurs plans régionaux de santé publique (PRSP) et groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Notre propos s'intéressera au positionnement des collectivités locales face à un Etat qui réinvestit la santé publique et face à des compétences qui certes ne sont pas au cœur de leur action, mais qui s'inscrivent en transversalité avec leurs domaines d'interventions. Ainsi, le rapport proposera une comparaison entre les régions Bretagne et Pays de la Loire. En effet, ces régions présentaient des organisations différentes avant la mise en œuvre des PRSP et GRSP. Dans le cadre de ces évolutions, il semble pertinent d'interroger le poids des organisations précédentes et du positionnement politique dans les nouvelles structurations.

Le rapport se présentera en deux parties : les récentes lois de santé publique et de décentralisation, quelque peu contradictoires, conduisent à une "reprise en main" par l'Etat des actions de santé publique au niveau local (1). Ces récentes évolutions institutionnelles conduisent à des réactions contrastées de la part des collectivités territoriales qui attendent un dialogue renouvelé et un pilotage concerté (2).

1 LES RECENTES LOIS DE SANTE PUBLIQUE ET DE DECENTRALISATION CONDUISENT A UNE REPRISE EN MAIN PAR L'ETAT DES ACTIONS LOCALES DE SANTE PUBLIQUE

1.1 Bien que les collectivités locales aient toujours mené des actions en matière de santé publique...

1.1.1 A chaque échelon un acteur de santé publique

A) Les communes et les structures intercommunales

Les communes ont une compétence légale en matière de sécurité et d'hygiène depuis le XIXème siècle, notamment avec la loi de 1850 sur les logements insalubres, qui fixe les premières règles modernes de salubrité publique. La loi du 15 février 1902, loi importante relative à la protection de l'hygiène publique, offre la possibilité à chaque commune d'élaborer un règlement sanitaire mis en oeuvre par arrêté municipal, la déclaration obligatoire de certaines maladies, des mesures de désinfection et d'hygiène dans les habitations.

De même, le maire applique le règlement sanitaire arrêté par le Préfet de département notamment en cas d'épidémies ou catastrophes sanitaires. Il préside également le Conseil d'administration de l'hôpital implanté dans sa commune, ce qui lui permet d'influer sur l'offre hospitalière disponible pour les citoyens.

Les villes dans le cadre de l'action sociale mettent en place des structures et des programmes de prévention et d'éducation à la santé à destination de toute la population. En charge des écoles maternelles et primaires, les communes interviennent pour sensibiliser les enfants sur les questions de santé : prévention bucco-dentaire en lien avec l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire, vaccination, dépistage des parasites (poux, gale). Concernant les populations jeunes, les villes conduisent des actions de prévention des conduites à risques : alcool, drogue, tabac. Par exemple, la ville de Rennes souhaite se focaliser sur les comportements et non sur les produits. Des chartes "vie lycéenne" signées par certains lycées, le Conseil régional et la Commune,

contribuent à la mise en place de "lycées sans tabac" en lien avec des centres de sevrage. Une attention particulière est accordée à la prévention des conduites à risques en milieu festif. Des actions telles que "Prév' en ville " ou "capitaine de soirée " sont menées la nuit en lien avec l'association "Collectif Orange Bleue". Ces campagnes permettent de sensibiliser les jeunes aux dangers de l'alcool, de la drogue et de prévenir des accidents de la route ou des troubles de l'ordre public.

Les villes d'Angers et de Rennes travaillent également à la prévention en santé mentale par la mise en place et le suivi d'actions spécifiques. Dans certains quartiers, la direction chargée de la santé publique réunit des professionnels, des membres d'associations, des acteurs locaux institutionnels pour traiter des situations qui posent problèmes. Cela permet de faire sortir la prise en charge psychologique de l'hôpital et d'associer les différents acteurs dans un des aspects de la lutte contre l'isolement, la précarité et l'exclusion sociale des personnes en souffrance.

Certaines villes participent au réseau villes santé de l'Organisation mondiale de la santé (Rennes, Nantes, Angers). Ce réseau international de villes labellisées pour leurs actions fortes en faveur de la santé de la population a permis de développer une logique partenariale avec une exigence de résultat. En effet, le label "Ville Santé" fait régulièrement l'objet d'une remise en cause à l'issue d'audits conduits par l'OMS pour évaluer les actions menées et leur impact sur la santé de la population.

La signature des contrats de ville dans le cadre de la politique de la ville incite les communes à mener des actions en concertation en matière de prévention et d'éducation à la santé pour les individus en situation précaire. A Rennes, des actions sont proposées aux publics fragiles dans les cinq quartiers en contrat de ville. Les communes préfèrent se positionner sur des actions au plus près du citoyen en étroite collaboration avec des associations.

B) Le Pays

Le Pays est un territoire de projet pertinent pour la mise en œuvre opérationnelle des politiques territoriales de santé. La région Bretagne, bien engagée dans cette démarche, a été divisée en 21 pays qui correspondent à des spécificités locales et à des enjeux particuliers d'un bassin de vie cohérent. Les animateurs territoriaux de santé (ATS) en charge d'un pays élaborent des diagnostics sur la santé de la population et d'engager des actions dans une logique de proximité. Ces ATS favorisent le travail en réseau et la coordination des acteurs que ce soit les structures intercommunales, les professionnels de santé et les nombreuses associations. Le Conseil régional finance le tiers des sept postes d'ATS de Bretagne, tout en sachant que l'objectif à terme est de 40 ATS dans la région à l'échelle des pays, des regroupements de communes ou des villes (Rennes seulement pour l'instant).

Cette politique de pays ne connaîtra un succès qu'à la condition que les élus locaux se mobilisent et que les ATS ne se surajoutent pas ou ne fassent pas doublons avec d'autres acteurs de terrain (les animateurs de développement local par exemple).

C) Le Département

Le Département, conformément aux lois de décentralisation⁴ (lois de 1983 et 2004), a une compétence de principe dans le domaine médico-social. Le Conseil Général participe à la rédaction des Plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en direction des personnes en situation précaire. Il axe sa politique surtout sur la prise en charge des personnes âgées (Allocation Personnalisée d'Autonomie APA et hébergement), des personnes handicapées, des individus en situation d'exclusion avec le RMI-RMA et la petite enfance.

Depuis l'acte I de la décentralisation, le Conseil général est responsable de la protection maternelle et infantile (PMI). La PMI regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire. Le but poursuivi par le département n'est pas seulement de lutter contre la maladie mais aussi de réaliser une véritable promotion de la santé : dépistage précoce des maladies, visites à domicile avec écoute et conseils pour les femmes connaissant une grossesse à risques. Cette compétence obligatoire est menée en collaboration avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Depuis 1983, le Département a également la compétence de principe pour le dépistage du cancer (sein, colorectal), la vaccination, la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les Infections sexuellement transmissibles (IST). Des centres de dépistage ont été mis en place en collaboration avec des associations qui mettent en œuvre les projets. Par exemple, en Mayenne, l'association CAMELIAS (Campagne Mayennaise d'Etude et de Liaison Inter régime des Affections du Sein) s'est vue confier le dépistage du cancer du sein dans le département en étroite partenariat avec le Conseil général. Cette attribution tend à être remise en cause par la loi du 9 août 2004⁵ qui recentralise cette compétence. Cependant, des conventions de délégations peuvent être signées par la DDASS et le Conseil Général afin que ce dernier garde la gestion de cette activité de prévention.

⁴ Lois du 2 mars 1982, du 7 janvier et du 27 janvier 1983 ; Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁵ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

D) La Région

Le Conseil régional est une collectivité locale récente consacrée par les lois de décentralisation de 1982 et 1983. Si la Région n'a pas de compétences spécifiques en matière de santé, elle dispose d'une compétence générale au titre de laquelle « le Conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la Région. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, *sanitaire* [...] de la région et l'aménagement de son territoire » (article L4221-1 du code général des collectivités territoriales). Cela n'a pas empêché certaines régions volontaristes de s'engager fortement en matière de santé publique. Ces interventions sont cependant restées d'ordre ponctuel et quasi expérimental, consistant notamment en des abondements aux investissements hospitaliers (Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France, Languedoc-Roussillon en particulier), en un soutien aux actions de santé publique (Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine) ou plus récemment en un appui aux jeunes en formation médicale ou paramédicale (Nord-Pas-de-Calais, Centre, Lorraine, Alsace). Elles ont contribué à l'émergence de l'idée d'un rôle accru des Régions en matière de santé.

De plus, depuis le début des années 1990, la tendance est à la régionalisation des politiques de santé avec la création des SROS, URCAM, ARH. Face à cette dynamique, les Conseils régionaux ont été conduits à prendre position et de faire entendre leur voix dans cette démarche qui se situe à leur échelon.

2004 marque un tournant pour le Conseil Régional. L'arrivée de nouvelles majorités notamment en Bretagne et Pays de la Loire, conjuguée aux dispositions de la loi de santé publique a produit un élan fort des régions en faveur de ces politiques. La nouvelle majorité dans les régions étudiées s'est davantage saisie des problèmes de santé en termes de prévention des conduites à risques et d'éducation à la santé. La loi du 9 août 2004, de plus, leur permet de mettre en œuvre des programmes propres renforçant ainsi la pertinence de leur action. Chaque Région peut dès lors, piloter des actions spécifiques au contexte sanitaire local. Par exemple, la région Bretagne s'est saisie du problème du suicide, des dangers de l'alcool et de la drogue auprès des jeunes. Ces actions sont menées sur la base d'études épidémiologiques réalisées par l'Observatoire régional de la santé (ORS), co-financées par les Conseils régionaux et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dans le cadre des Contrats de Plan Etat - Région (CPEP)

Les Régions peuvent alors déterminer les axes prioritaires de leur politique de santé publique. Ainsi, les Pays de la Loire connaissant un fort taux de suicide des jeunes, leur action s'est tournée vers la promotion du bien-être de cette population. De même, en région Bretagne une conférence sur le suicide aura lieu en décembre 2006.

La loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert aux Régions du financement et de la gestion des formations sanitaires

et sociales. Ce transfert de compétences confirme la vocation des Conseils régionaux à gérer la formation professionnelle et constitue la première compétence obligatoire de la région touchant le domaine sanitaire. Pour l'instant, les Régions Bretagne et Pays de la Loire mènent une évaluation des charges de fonctionnement et des besoins de ces écoles afin de fixer le coût de cette nouvelle attribution. Toutefois, elles craignent le poids financier que ces structures vont engendrer, notamment au niveau du transfert des personnels et des charges.

Les Régions se sont intéressées récemment aux problèmes de démographie médicale de leur territoire. Ce dossier, qui concerne tant l'aménagement du territoire que l'égalité d'accès aux soins, a conduit les Conseils régionaux à mettre en œuvre des dispositifs incitatifs pour les médecins afin qu'ils assurent la permanence des soins. La loi du 23 février 2005, relative au développement des territoires ruraux, donne un véritable rôle aux collectivités territoriales pour inciter les professionnels de santé à s'installer dans les zones déficitaires ou leur permettre de maintenir leur activité. La Région peut accorder des aides consistant en un financement des maisons médicales de garde en zone déficitaire, des primes à l'installation, des indemnités de logement.

1.1.2 Une logique de partenariat en région

A) L'appel à projets

Les collectivités territoriales collaborent avec les services déconcentrés de l'Etat dans la mise en œuvre locale de la politique de santé publique. Les projets d'actions de prévention ou d'éducation à la santé font l'objet d'un cahier des charges et d'un « appel à projets » auprès des associations. Le choix de l'association se fait de manière conjointe par la DDASS l'URCAM et le Conseil régional. L'association responsable du projet pourra bénéficier de financements croisés de la part de l'URCAM, de la DDASS et des collectivités locales en fonction de leur implication dans le programme. Elle pourra également profiter de l'expertise des Observatoires régionaux de santé (ORS), de Comité régional d'éducation à la santé et du Comité départemental d'éducation à la santé qui apportent un soutien méthodologique dans la réalisation des projets. Ainsi, d'une manière générale, les collectivités territoriales et les services déconcentrés de l'Etat se concertent souvent dans la mise en œuvre de projets à l'échelon local. L'objectif est d'obtenir un large consensus et une synergie des acteurs autour de programmes structurants axés sur la santé des populations du territoire.

B) La participation aux structures stratégiques régionales

De plus, les collectivités locales se sont engagées, depuis les années 1990, dans des structures et des institutions, qui définissent et orientent les politiques de santé. Conformément à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les

collectivités locales sont membres des Conférences régionales de santé (CRS) qui contribuent à la définition des objectifs régionaux de santé et donnent un avis sur le Plan régional de santé publique (PRSP) arrêté par le Préfet de région. Expérimentées depuis 1993-1994, les CRS ont suscité un engouement des collectivités locales qui y voient une véritable instance d'adaptation des programmes de santé publique aux spécificités territoriales. De même, les Régions, Départements, Communes ou Groupements de communes se voient offrir la possibilité de participer aux actions de nouveaux Groupements régionaux de santé publique, qui mettent en œuvre le PRSP.

Depuis l'ordonnance de 1996, le conseil régional dispose d'une voix consultative à la commission exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). L'idée avait été avancée que le conseil régional participe avec voix délibérative mais la contrepartie aurait été une participation financière des Régions au fonctionnement des hôpitaux. Cette proposition n'a pas été retenue par les élus régionaux au vu de la charge financière que représentent les hôpitaux. Toutefois, la loi du 9 août 2004 a offert la possibilité aux Conseils régionaux d'investir, dans le cadre de sociétés d'économies mixtes, dans la conception, la réalisation, l'entretien ou la maintenance ainsi que, le cas échéant, le financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux (article L. 1522-6 du code général des collectivités territoriales).

Les collectivités locales participent largement aux instances de concertation au niveau régional ce qui pose les fondements d'une véritable démocratie sanitaire et poursuit la territorialisation des politiques de santé. Issus du suffrage universel, les élus bénéficient d'un enracinement leur offrant une excellente connaissance des enjeux et rapports de force locaux. À ce double titre, ils disposent d'une légitimité incontestée tant pour exprimer les attentes des citoyens-usagers que pour jouer auprès d'eux un rôle d'explication des orientations retenues. Toutefois, les changements institutionnels apportés par la nouvelle loi de santé publique ont quelque peu modifié les positions des élus et créé des incertitudes sur la démarche participative des collectivités locales.

1.2 ...l'Etat réaffirme actuellement son rôle de "chef de file".

1.2.1 Les fondements de son action

L'amélioration de la santé des français passe par une approche visant à réduire la mortalité prématurée, à lutter contre les inégalités de santé et à prendre en compte dans leur globalité les déterminants de la santé. Toutefois, l'analyse de l'état de santé de la population met en évidence des disparités territoriales importantes.

Dans ce contexte, l'Etat, qui doit d'être le garant d'un égal accès à la santé pour tous dans l'ensemble du territoire, définit une politique de santé publique conçue au niveau national et inscrit dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique. Ce

positionnement de l'Etat est à replacer dans un contexte socio-économique et politique en pleine évolution. En effet, depuis 20 ans, il décentralise ses compétences au profit des collectivités locales. Décentralisation, dont l'un des enjeux majeurs est d'amener la décision au plus proche du citoyen. De plus, l'Etat prône et structure également le pilotage de ces interventions et de ses moyens à un échelon régional.

La loi du 2 mars 1982 dite loi Defferre, inscrit notre pays dans une première vague de décentralisation qui consacre notamment la suppression de la tutelle administrative de l'Etat sur les collectivités. Cette prérogative va engendrer un renforcement du pouvoir de l'élu local, qui va s'accroître avec les années et positionner ce dernier comme l'interlocuteur et le partenaire privilégié des représentants de l'Etat. La loi du 13 août 2004 détermine des collectivités comme « chef de file », à compter du 1er janvier 2005, sur des compétences propres.

L'apparition de la notion de « chef de file » pour l'Etat mais aussi pour les collectivités locales et les nouveaux transferts prévus par la loi du 13 août 2004 visent à recentrer l'action du pouvoir central sur ses compétences régaliennes, ses fonctions de conception et de réglementation, son rôle de garant des grands équilibres territoriaux et économiques et de la solidarité nationale.

Nous sommes face à une évolution politique induite par les positionnements du législateur. Alors qu'il reprend les compétences relatives à la santé publique, il transfère aux collectivités nombre d'autres compétences notamment sociales. Il faut semble-t-il s'interroger sur ce double mouvement. Il semblerait qu'à l'occasion du transfert de compétences, le transfert de charges ne soit pas complètement atténué par des crédits d'Etat, et que si les premières compensations sont égales aux dépenses prévues, les futures évolutions n'aient pas été prises en compte dans les dotations versées par l'Etat. Les déficits abyssaux des comptes de la Nation pourraient être une première explication.

De plus, pourquoi la santé publique serait-elle une prérogative de l'Etat alors que depuis 20 ans, les collectivités se sont inscrites en partenaires des actions mise en œuvre avec les services de l'Etat ou les caisses de Sécurité sociale ? La loi du 13 août 2004 sur les responsabilités locales transfère au Conseil Général le pilotage de l'action sociale. Il semble qu'à l'opposé de l'action sociale, la santé publique permettrait de mettre en place des logiques libérales, comme le souligne Patricia LONCLE.⁶

De plus, les fonctions régaliennes de l'Etat, de conception et de programmation peuvent également expliquer ce nouveau positionnement. En effet, la santé publique, en

⁶ P. LONCLE, «Entre régionalisation et recentralisation : les incertitudes du positionnement de l'Etat en santé publique », article soumis à la *Revue française de science politique*

lien avec les crises sanitaires de ces dernières années oblige le pouvoir central à vouloir maîtriser l'ensemble des moyens, des acteurs et des échelles décisionnelles. En ce sens, l'Etat aurait toute latitude à utiliser ce positionnement en renvoyant au principe de précaution. Cette posture expliquerait également, comme nous le verrons ci-dessous, que la loi prévoit que les représentants de l'Etat en région ont toujours la majorité dans les instances décisionnelles.

Enfin, la loi sur la santé publique est une des premières lois en France qui détermine des objectifs aussi précis à atteindre sur une période donnée. Elle s'inscrit dans la logique de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) qui organise l'action publique en objectifs opérationnels et détermine des indicateurs qui doivent évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre.

A) La réforme de l'Etat.

Face au mouvement continu de décentralisation, l'administration de l'Etat au niveau local s'est adaptée. Plusieurs innovations ont été définies en 2004, par décrets et circulaires.

En particulier, le caractère stratégique de l'échelon régional a été renforcé. A ce titre, les compétences du Préfet de région ont été élargies à de nouveaux domaines. Les services de l'Etat sont désormais rassemblés en 8 pôles régionaux autour de grandes politiques publiques, notamment un pôle "santé publique et cohésion sociale" piloté en règle générale par les services déconcentrés des ministères de la santé et de la cohésion sociale.

Un rôle de coordination et de mise en cohérence de l'action de l'Etat a été confié par ailleurs au préfet de région. Le projet d'action stratégique de l'Etat (PASE) matérialise ce travail de coordination et de mise en cohérence de l'action de l'Etat. Les PASE déterminent depuis le début de l'année 2005 jusqu'en 2006 la stratégie de l'Etat dans chaque région et chaque département (PASER et PASED). Ils se caractérisent notamment par quatre à cinq grandes orientations, déclinées en objectifs et indicateurs de performance. L'esprit d'évaluation de l'action publique issu de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) est donc ici présent et c'est l'affichage d'une "feuille de route" qui rend possible une évaluation de l'action de l'Etat.

B) La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF)

Dans le cadre de la réforme de ses organisations, la loi organique du 1er août 2001 réforme profondément le budget de l'Etat. Au-delà de la nouvelle architecture budgétaire, la gestion publique est amenée à passer d'une culture de moyens à une culture de résultats.

Cette nouvelle gestion reposant sur la performance doit constituer un important levier de réforme de l'Etat et conduire à un renforcement des pouvoirs du Parlement. La

déclinaison régionale de la LOLF en terme de santé publique se caractérise par la mise en œuvre d'un Budget Opérationnel de Programme « Santé publique et prévention », piloté par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Un renforcement du pouvoir des collectivités locales, un renouvellement de la stratégie de l'Etat sur les échelons régionaux et départementaux, la politique de santé publique s'est inscrite également dans l'écriture et la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

Outre les enjeux politique et socio-économique, les raisons du positionnement du pouvoir étatique relève d'une histoire spécifique au pilotage de la santé publique.

C) La politique de santé publique : les Programmes Régionaux de Santé.

Le concept de programme régional de santé (PRS) est né et le décret du 17 avril 1997⁷ : « *Le Préfet de région détermine parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion* ». Le PRS, qui relève donc de la responsabilité du Préfet de région, doit nécessairement tenir compte des spécificités régionales, du SROS et relève d'un processus de déconcentration. Les PRS "sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation". A partir de 2004, les nouveaux PRSP intégreront également le Schéma Régional d'Education pour la Santé⁸ (SREPS) qui a été mis en place en 2002. L'objectif de ce schéma est non seulement de développer "une culture commune" d'éducation pour la santé élaborée à partir de concepts validés et partagés, d'en faire reconnaître l'importance et la légitimité, mais aussi de consolider ce secteur d'activité en définissant mieux ses moyens d'actions et en garantissant son financement. Ce volet « éducation à la santé » des PRSP est construit avec la contribution de tous les acteurs (Education Nationale, services déconcentrés de l'Etat, réseau CRES/CODES, associations, INPES) sur la base d'un état des lieux partagé par les membres de la Conférence régionale de santé.

Les PRS sont élaborés en lien avec les Conférences régionales de santé (CRS). Ces CRS sont composées de représentants (nommés par arrêté du Préfet de région) :

- des collectivités locales

⁷ Décret 97-360 du 17 avril 1997 relatif au Conférences régionales de santé

⁸ Circulaire du 22 octobre 2001 de la Direction Générale de la Santé

- de l'assurance maladie
- des malades et usagers du système de santé
- des professionnels du secteur sanitaire et social
- de l'observatoire régional de santé et des comités régionaux d'éducation pour la santé
- du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

Celles-ci se sont vus confier par la circulaire de 1997⁹, deux objectifs que sont : un lieu de débat et de proposition pour une politique régionale de santé et une source d'enrichissement de santé pour la conférence nationale de santé. Les CRS contribuent à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé (PRS et futur PRSP) arrêtés par le Préfet de région. Conformément à la loi du 9 août 2004, ces CRS évaluent les conditions dans lesquelles sont respectés les droits des malades et émettent un avis sur les orientations relatives à la répartition des professionnels de santé et l'organisation de la permanence des soins.

Les PRS et les CRS ont connu un vif succès auprès des collectivités territoriales qui y voient des moyens de concertation des élus locaux et de reconnaissance des spécificités locales. De fait, ils ont conforté la régionalisation des politiques de santé et favorisé l'émergence d'une démocratie sanitaire.

1.2.2 La loi du 9 Août 2004 : enjeux et perspectives

La loi 806-2004 du 9 août 2004 n'est que la deuxième loi relative à la politique de santé publique dont la France se dote en un siècle après celle du 15 février 1902. Texte porteur d'enjeux fondamentaux, la loi du 9 août 2004 esquisse un nouveau paysage de la santé publique. Elle vise en effet à définir les instruments d'une politique de santé publique davantage orientée vers la prévention et la protection de la santé des populations. A cette fin, elle clarifie la répartition des responsabilités dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes de santé publique et affirme le rôle « central » de l'Etat en ce domaine puisqu'elle fixe dans son article 2 : « *La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en oeuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat* ».

⁹ Circulaire DGS 97/731 du 20 novembre 1997

Dans cette optique sont ainsi identifiés des objectifs de santé publique à atteindre au cours des prochaines années, et dont la réalisation doit intervenir dans le cadre de plans nationaux : la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence ; les comportements à risque et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares.

Même si la santé publique doit être pensée de façon globale et donc à l'échelle nationale, c'est indéniablement sur le terrain que se joue la pertinence et l'efficacité des actions mises en œuvre. Aussi diverses dispositions de cette loi concernent plus ou moins directement, les collectivités territoriales.

Le titre III par exemple de la loi vise à améliorer le système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire. Ainsi, tous les acteurs concernés, et notamment les collectivités territoriales, sont tenus de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département « *les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée* » (art .L1413-15 du Code de la santé publique). Le représentant de l'Etat transmet alors ce signalement à l'Institut de veille sanitaire.

Le titre IV quant à lui comporte les dispositions relatives aux Plans nationaux de santé. Il crée l'Institut national du cancer. Il renforce la lutte contre le tabagisme, la protection des ressources en eaux et la prévention du saturnisme. Le titre V a pour objet la formation et la recherche dans le domaine de la santé. Il crée l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et actualise la loi sur la recherche biomédicale et la protection des personnes qui y participent. Il aménage également les dispositions relatives à la formation médicale continue. Le titre VI enfin contient diverses dispositions relatives aux professions médicales et paramédicales.

Les titres I et II de la loi, sur lesquels nous concentrerons plus particulièrement notre analyse, concernent la définition de la politique nationale de santé publique et ses instruments d'intervention, notamment au plan local.

La responsabilité de la définition de la politique de santé publique incombe comme nous l'avons déjà souligné à l'Etat, sur la base de plans nationaux pluriannuels. Les objectifs de ces plans sont ainsi définis et évalués tous les cinq ans, sur proposition du Haut Conseil de Santé Publique. Ils sont ensuite déclinés au niveau régional sous l'autorité du Préfet de région qui définit les conditions de leur mise en œuvre « *en tenant compte des spécificités régionales* » (art L.1411-10 du Code de la Santé publique).

La loi du 9 août effectue donc une répartition des compétences et des pouvoirs qui privilégie l'Etat. Il s'agit d'une mesure de déconcentration de l'Etat à l'échelon régional et non de transfert de pouvoirs à la collectivité territoriale de la région : la prépondérance de l'Etat sur les collectivités territoriales dans le domaine est ainsi fortement affirmée, le pouvoir local appartenant dès lors au Préfet de région et à ses services. On est dans ce contexte à l'opposé des mesures décentralisatrices énoncées et annoncées par ailleurs...

La composition des GRSP est à ce titre édifiante et reflète particulièrement bien le paradoxe ou à tout le moins les relatives incohérences nées de la loi du 9 août 2004. En effet, cette loi se propose d'organiser la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de plans régionaux de santé publique (PRSP), validés après avis des conférences régionales de santé (CRS) et mis en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Le choix a été fait par le législateur de donner aux pouvoirs publics les moyens d'assumer pleinement leur rôle de pilote du GRSP. Cette décision a pour conséquence de donner au représentant de l'Etat dans la région, la présidence du Conseil d'administration du Groupement d'Intérêt Public (GIP). Le Préfet de région dispose ainsi de la moitié des voix¹⁰ et désigne le directeur du groupement. Cela fait dire à certains qu'au final, le législateur en réorganisant la politique de santé publique autour d'un GIP majoritairement aux mains de l'Etat, ne laisse que la portion congrue aux collectivités locales et fait bien peu de cas de l'existant ainsi que les dix années de mobilisation et de travail en région.

Au sein de ces GRSP, les collectivités territoriales ne se voient donc attribuer qu'un rôle modeste : elles peuvent se joindre à l'action de l'Etat et apporter leurs ressources propres à la réalisation de priorités choisies majoritairement par l'Etat, en y participant, *"si elles le souhaitent"*. Dans cette perspective, la dialectique entre les orientations nationales et les initiatives d'inspiration régionale qu'avaient mises en place les "ordonnances Juppé" en avril 1996 est remplacée par une « démarche descendante très jacobine » selon Bernard GOUDET¹¹ : *"le niveau régional n'ayant dès lors plus qu'une fonction d'adaptation opérationnelle des orientations parisiennes aux contingences"*

¹⁰ « Chaque membre du conseil d'administration dispose d'une voix délibérative, à l'exception du président qui dispose du nombre de voix nécessaire pour que ses voix additionnées à celles des membres mentionnés au 1° de l'article R.-1411-19 (c'est-à-dire les représentants de l'Etat) représentent la moitié des voix du conseil d'administration », article R1411-20 du CSP.

¹¹ « Santé publique – la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 » - *Revue de la société française de santé publique* – décembre 2004 –

propres à chaque territoire" ; ceux qui ont la charge de cette mission étant les représentants de l'Etat.

La déconcentration administrative qui préside à la mise en œuvre des grands programmes de l'Etat renforce donc les pouvoirs exécutifs de l'administration et plus souvent aux dépens des élus locaux, des analyses de situation de leurs experts, de la connaissance de terrain des associations locales. Dès lors se pose la question de savoir « *quelle serait la raison qui ferait que les collectivités locales iraient volontairement se mettre sous la férule de l'Etat au sein du GRSP et abandonner ainsi les fonds de la santé publique régionale ? N'y auraient-elles pas tout à perdre : libre-arbitre, identité, argent ?*¹² »

Le risque à moyen terme étant l'apparition ou plus précisément l'aggravation d'inégalités entre régions en matière de santé publique, entre celles qui seraient richement dotées et intéressées et celles refusant d'adhérer au schéma proposé. Apparaît en filigrane l'idée d'une rupture du principe d'égalité des citoyens et d'égal accès à la prévention et aux soins. Pour autant, en essayant de ne pas tomber dans une approche trop manichéenne de cette loi, nous pouvons nuancer notre propos en préférant au terme de paradoxe, celui de malentendu lié à cette loi et suggérer ainsi que la place occupée par l'Etat au sein du GRSP ne témoigne pas d'une volonté hégémonique mais est intimement liée à son rôle légitime de garant de l'intérêt général.

Dès lors, le but des GRSP et des PRSP est non seulement de mutualiser l'ensemble des moyens des collectivités territoriales, mais aussi d'assurer une réelle coordination dans la conduite des actions de santé publique. Toutefois, les collectivités locales, acteurs de santé publique majeurs dans le territoire, ont accueilli de façon assez mitigée ces nouveaux dispositifs de la loi de santé publique. De fait, plusieurs scénarii quant à leur engagement dans le domaine se dessinent.

¹² Philippe LORENZO, « Le bruissement d'une aile de papillon », *Santé publique*, n°4, 2004, p690.

2- LES COLLECTIVITES LOCALES ONT EU DES REACTIONS CONTRASTEES ET ATTENDENT UN DIALOGUE RENOUVELE.

Les membres du groupe MIP « Collectivités Locales et Santé Publique en Région » ont pu rencontrer différents acteurs de la santé publique à tous les échelons : Villes, Conseils généraux, Conseils régionaux et Etat, dans le cadre d'entretiens d'une durée de une à deux heures.

Les Régions témoins qui ont servi de comparaison ont été la Bretagne et les Pays de la Loire

Une grille d'entretien commune a été établie afin d'harmoniser l'étude et de faciliter les comparatifs (voir annexe I).

Les points suivants ont été abordés lors des entretiens :

- Le rôle et la compétence de la collectivité en matière de Santé Publique
- Les changements induits par les lois du 9 Août 2004 et du 13 Août 2004, et la position des différents acteurs face aux nouveaux dispositifs en matière de Santé Publique (PRSP, GRSP, CRS).
- Le ressenti des acteurs locaux face à la politique de recentralisation de certaines compétences par le gouvernement.
- Les priorités en matière de Santé Publique de la collectivité, les partenariats existants ainsi que les perspectives envisagées.

Cette partie, dans un premier temps, présentera une synthèse des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain des diverses collectivités territoriales. Une analyse des raisons qui ont motivé la participation ou non des collectivités au sein du GRSP sera menée.

Dans un deuxième temps, une étude plus prospective engageant les auteurs de ce rapport, s'attachera à présenter des moyens concrets permettant d'impliquer plus activement les acteurs de terrain dans la nouvelle organisation.

2.1 Bien que très engagées dans les actions de santé au niveau local, certaines collectivités hésitent à adhérer à l'organisation établie.

Quel que soit le niveau géographique et administratif de la collectivité, la Bretagne et les Pays de Loire ont une tradition d'implication importante en matière de santé publique.

Les actions entreprises se caractérisent par une grande diversité issue d'une part de compétences transférées par l'Etat et d'autre part grâce à des politiques volontaristes plus axées sur des réalités et des problématiques locales (action sociale de proximité, dépistage, vaccination, hygiène bucco-dentaire, prévention des infections sexuellement transmissibles, programmes de nutrition, lutte contre l'exclusion, alcoolisme, toxicomanie...)

Dans ce contexte, les récentes évolutions législatives en matière de santé publique et de décentralisation revêtent une importance particulière pour les collectivités de ces deux zones.

C'est pourquoi, compte tenu de ces considérations, les avis des différentes collectivités locales en matière d'organisation de la santé publique sur le territoire national ne sont pas homogènes, en particulier face au Groupement régional de santé publique (GRSP).

2.1.1 Certaines collectivités locales ne souhaitent pas adhérer au GRSP

Si la participation des collectivités locales à l'élaboration des Plans régionaux de santé publique (PRSP) et aux Conférences régionales de santé n'a pas posé de problèmes particuliers, il en est autrement pour l'implication dans les GRSP.

Ainsi le Conseil général du Finistère a participé à l'élaboration du PRSP, mais il se désengage du GRSP considérant que les choix politiques ont été faits sans concertation. Le GRSP est alors considéré comme l'outil d'une politique qui n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs.

D'une façon générale, le processus de recentralisation peut être assimilé à un réel frein à l'implication des collectivités territoriales au GRSP. Ces dernières considèrent que le rôle joué par l'Etat est ambigu. D'un côté, l'Etat incite fortement les collectivités à participer à une organisation régionale. D'un autre côté, il les prive des moyens financiers dont elles disposaient jusqu'à présent au niveau local (tuberculose, vaccination,...).

La couleur politique des départements bretons semble être à l'origine du maintien ou non des actions de santé publique existantes dans le cadre des politiques de recentralisation effectuées par l'Etat ...). Alors que la majorité des départements bretons renoncent à leurs compétences en matière de santé publique, seul le Morbihan (politiquement à droite) en conserverait la totalité en passant un conventionnement avec l'Etat.

Selon le directeur du pôle santé du Conseil général du Finistère, une "bonne politique" de santé publique passe par une coordination de l'ensemble des acteurs. Or pour lui, à ce jour, la DRASS dispose de la quasi-totalité des compétences. L'organisation actuelle ne confère au Conseil régional que des compétences limitées en santé publique

(gestion et financement des formations paramédicales par exemple) et aux communes les ateliers "villes-santé". Le Conseil général quant à lui, est dépossédé de ses compétences antérieures.

2.1.2 Certaines collectivités s'engagent sans conviction

A l'instar du Conseil général de la Mayenne et de la ville de Nantes, certaines collectivités expriment la volonté d'être présentes au sein du GRSP mais ne comptent pas s'impliquer très activement car le positionnement de la collectivité dans la structure n'est pas à ce jour très lisible.

De plus le problème de la représentativité des collectivités locales dans le GRSP se pose avec acuité : la Région ne dispose que de 2 voix dans le groupement, tout comme les communautés de communes, tandis que les départements ont chacun une voix. L'Etat dispose quand à lui de la moitié des sièges dans le GRSP.

Le représentant du Conseil régional de Bretagne déplore la faible représentation de la Région au sein des nouvelles instances mises en place par la loi de 9 août 2004, d'autant plus qu'il considère que « *ce qui est fait dans le GRSP est déjà fait à l'heure actuelle par le Conseil régional* » ; avec la crainte qu'à terme le GRSP ne soit qu'une « *coquille vide...* ». En Bretagne, la difficulté majeure réside dans le fait que les communes ne disposent que de 4 sièges. La convention constitutive n'est pas encore mise en place mais les collectivités locales se sont engagées à l'exception du Département du Finistère, en particulier du fait de la mauvaise lisibilité du mode de fonctionnement du groupement (contrairement à certaines autres régions).

A cela s'ajoute le problème de la visibilité des actions de santé sur le territoire. En effet, les élus craignent pour la visibilité de leurs actions auprès de leurs électeurs, tant au niveau des initiatives déjà existantes qui tomberaient dans une sorte de « *pot commun* », qu'au niveau des nouvelles politiques que souhaiterait mettre en place la collectivité au regard des spécificités des problèmes locaux.

Se pose aussi la question du maintien de certains partenariats, des relations avec les associations relais et de la participation des usagers dans certains domaines d'intervention. Quelle sera, dans le cadre d'un groupement public, la marge de manœuvre dévolue à ces acteurs ?

L'aspect financier a un impact important dans les hésitations de certaines collectivités à participer au GRSP.

Tout d'abord, se pose le problème du « *ticket d'entrée* » (modalités de participation notamment financière) qui serait exigé dans certaines régions pour participer au GRSP, et dont le principe n'est pas accepté par tous les acteurs. Ainsi la Ville de Lorient souhaite

qu'il soit mentionné dans la convention constitutive du GRSP qu'aucun droit d'entrée ne sera exigé des collectivités locales pour leur participation.

Ensuite, parmi les collectivités hésitantes vis-à-vis de leur implication active au groupement, certaines (comme la Ville de Nantes) désirent se recentrer sur leurs propres missions dans un contexte financier difficile, puisqu'il leur est impossible d'augmenter indéfiniment les impôts. Aussi le financement des actions mises en place par le GRSP ne se ferait qu'à la marge.

2.1.3 D'autres s'investissent complètement dans les nouveaux dispositifs

Officiellement constitué le 11 mai 2006, l'ensemble des collectivités territoriales des Pays de la Loire a adhéré au GRSP.

La participation active du Conseil régional se traduit par un investissement financier de 700.000 euros dans les actions du GRSP, ce qui permettrait de financer la diminution des crédits DRASS de l'ordre de 1 million d'euros. Ces crédits doivent permettre le financement de projets de prévention et autres actions spécifiques sans participer à des actions d'investissement. Le groupement confirme et formalise ainsi le rôle de la Région Pays de Loire comme chef de file du champ de la prévention.

En ce qui concerne les municipalités, les deux villes de Nantes et d'Angers (appartenant au réseau Ville Santé de l'OMS) participent au GRSP comme suite logique à leur implication dans le PRSP et dans la Conférence régionale de santé (CRS). Ces villes désirent appartenir à cette structure car elles souhaitent défendre les intérêts des associations locales et que soient prises en compte les contraintes territoriales en terme de santé publique. Toutefois, les deux villes ne seront pas co-financeurs et il n'y aura pas de transferts de personnel. En revanche, les villes apporteront au groupement leur technicité, notamment en matière de connaissance du terrain et de faisabilité des politiques de santé.

2.1.4 Les facteurs explicatifs de leur positionnement

Ainsi, les différentes réponses des collectivités face aux nouvelles organisations sont déterminées par des raisons historiques, conjoncturelles, financières et politiques.

En effet, les actions de décentralisation du RMI et de l'APA notamment laissent un sentiment d'amertume auprès des départements désignés comme gestionnaires par l'Etat. D'une part, ceux-ci ont du mal à assumer la charge financière non entièrement compensée à ce jour par l'Etat et, d'autre part, les marges de manœuvre sont quasi-inexistantes dans ces domaines, ce qui politiquement est difficile à assumer au regard de l'autonomie prévue par la Constitution.

L'observation de cette situation par les autres collectivités locales suscite une certaine méfiance : la crainte de devenir à terme un service déconcentré de l'Etat, qui plus est ne bénéficiant pas des transferts de ressources correspondantes.

De plus, la recentralisation de certaines compétences par l'Etat et la reprise des financements correspondants, a un impact sur le budget santé des collectivités concernées. Par exemple, le Conseil général du Finistère souhaite maintenir des actions de prévention de lutte contre le cancer (politique de santé publique primordiale dans ce département). Or, le processus de recentralisation remet en cause le financement de cette action. En effet, jusqu'à ce jour, les actions de lutte contre le cancer étaient financées par le plan tuberculose (1 600 000 €) qui est désormais repris financièrement par l'Etat. La Direction de santé publique du Conseil général devrait donc être privée de la majeure partie de ses ressources d'intervention.

Enfin, si un consensus se dégage quant aux politiques à mener en matière de santé publique et quant au rôle de l'Etat comme garant de l'égalité territoriale, des divergences apparaissent sur le niveau pertinent de la mise en œuvre de ces politiques.

En effet, les collectivités locales ont des engagements, souvent anciens, auprès des associations pour la mise en place effective de leurs politiques de santé. Qui plus est, l'aspect électoral n'est pas à négliger, car ces actions de santé publique sont porteuses d'une image importante pour les élus locaux (la population étant en général très soucieuse de l'attention portée à la qualité de vie dans son territoire).

Une importante mobilisation de tous paraît nécessaire afin de parvenir à un minimum de consensus sur les rôles de chacun en matière de santé publique, et pouvoir mener des actions efficaces sur l'ensemble du territoire en la matière.

2.2 Pour une meilleure implication des différents acteurs dans la politique de santé publique, le partenariat entre les collectivités territoriales et l'Etat devrait être renouvelé

2.2.1 Les relations institutionnelles entre l'Etat et les collectivités territoriales devraient être améliorées

La vision étatiste de la nouvelle organisation régionale de santé affecte considérablement les relations établies progressivement entre l'Etat et les collectivités territoriales. Elle n'incite pas ces dernières à s'investir pleinement dans le nouveau dispositif.

Afin de recueillir l'adhésion de l'ensemble des acteurs à la nouvelle organisation, il convient dès lors pour l'Etat, de mieux communiquer, de modifier sensiblement l'actuel dispositif, de tirer partie des expériences locales qui ont fait leur preuve et de proposer des pistes de réflexion visant à simplifier un édifice institutionnel complexe et peu lisible.

A) L'Etat : mieux communiquer pour mieux coordonner

Les conférences et programmes régionaux de santé présentaient la particularité de reconnaître l'existence de spécificités locales. Ils permettaient également de mobiliser les acteurs locaux qui formaient progressivement des réseaux locaux et régionaux de santé. Cette démarche avait notamment pour avantage de permettre une bonne articulation des politiques nationales avec les politiques locales.

Le nouveau dispositif régional constitué par le GRSP affirme une place prépondérante de l'Etat et n'accorde aux collectivités territoriales qu'une part modeste dans le fonctionnement du GRSP.

La loi fait de l'Etat le principal coordonnateur de la santé publique pour assurer cette mission de « pilotage ». Cette mission n'est pas remise en cause par l'ensemble des représentants des collectivités territoriales rencontrées au cours des entretiens. En ce qui concerne les Pays de Loire, si l'orientation politique des collectivités territoriales est différente de celle de l'Etat, le partenariat instauré de longue date entre ces différents acteurs n'est pas remis en cause. Il est même constaté un élargissement de ces partenariats comme en témoigne la participation, depuis 2004, des doyens des facultés de médecine de Nantes et d'Angers à l'élaboration du PRSP.

L'Etat ne saurait mener seul une politique régionale de santé publique. L'implication de tous les partenaires est incontournable, l'Etat ne disposant ni de l'expérience, ni des ressources suffisantes tant au niveau humain, matériel, que financier. Les DRASS ont des moyens limités. Aussi, pour assurer la mise en œuvre effective des projets, elles doivent accepter certaines négociations proposées par les collectivités territoriales.

Afin de pouvoir assurer un pilotage efficace des actions de santé en région, l'Etat doit coordonner l'ensemble des projets de santé publique et fédérer tous les acteurs. Pour cela, un cadre de référence commun est indispensable pour garantir une cohérence et une meilleure lisibilité et ainsi, parvenir à l'engagement des collectivités territoriales dans le GRSP.

La volonté de l'Etat, en région Bretagne comme en Pays de Loire, est :

- de développer au maximum des partenariats au niveau local : recueil de données pertinentes afin de mettre en place un plan d'action mobilisateur impliquant les élus
- d'animer les territoires de santé.

Cependant il est à noter, d'une part, une certaine inquiétude et, d'autre part, une certaine réserve des différents acteurs locaux déjà très engagés dans différents projets mis en œuvre sur la base d'initiatives locales en lien avec les réalités du terrain. Aussi, dans ce contexte, il semblerait pertinent que l'Etat développe une campagne d'information et de communication. L'objectif de cette campagne serait de clarifier le rôle, les responsabilités et les attributions de chacun. L'Etat ne peut faire l'impasse sur les prises en considération des préoccupations locales.

Néanmoins, comme le souligne le représentant de la DRASS de Bretagne l'échelon régional permet une prise de recul. En effet, la proximité des acteurs locaux ne permet pas toujours de garantir une objectivité suffisante dans la définition des priorités.

B) L'Etat devrait repenser sa façon de travailler avec les collectivités territoriales

Les services de l'Etat devraient apporter des gages quant à une meilleure représentativité de leur collectivité au sein du GRSP. Un règlement intérieur ou encore une convention élaborée entre les représentants de l'Etat et des collectivités territoriales permettraient d'assouplir les règles de fonctionnement du GRSP et permettraient de mieux prendre en considération les avis exprimés par les collectivités. Les questions relatives notamment au financement des actions, à la pérennité des politiques engagées localement doivent être abordées sans a priori.

A titre d'exemple, dans la Région Pays de la Loire, en négociant avec la DRASS les modalités de participation au nouveau dispositif, le Conseil régional de la Région Pays de la Loire a obtenu la Vice-présidence du GRSP.

C) Les collectivités territoriales : coopérer pour renforcer leur légitimité

Actuellement, la qualité des actions menées par les différents comités locaux démontre l'implication des élus au service de la prévention et de la promotion de la santé des populations en Bretagne et en Pays de la Loire. Il s'avère indispensable de mutualiser les compétences humaines et les moyens (réseaux, structures) ainsi que de clarifier les organisations pour assurer une cohérence et une pérennité de l'ensemble de ces projets à l'échelon pertinent désigné par les différents représentants des collectivités territoriales : la région.

Dans un objectif d'engagement des collectivités territoriales, il est indispensable de clarifier le rôle de chacun pour leur garantir une identité ainsi que la prise en compte de leur positionnement en matière de politique de santé publique.

Comme le précisent les représentants des différentes collectivités territoriales de Bretagne et des Pays de la Loire, il semble essentiel de développer au maximum des partenariats au niveau local. Ce partenariat peut prendre la forme d'animation des territoires de santé. La mise en place de plans d'action mobilisateurs, car proche du terrain, entraînera ainsi une implication des élus. De ce fait, ces derniers prennent conscience que les déterminants de santé ne sont pas limités au curatif mais aussi orientés sur d'autres déterminants comme, par exemple, le transport, l'aide à domicile. Ceci contribue à tendre vers une conception de la santé proche de celle définie par l'Organisation mondiale de la santé.

Parallèlement, il semble nécessaire d'harmoniser les politiques locales en les corrélant avec les priorités nationales. A cette occasion, il paraît opportun de réfléchir sur l'efficacité des actions mises en place. Ceci ne pourra se faire qu'au travers d'une référence commune en lien avec des recommandations et guides de bonnes pratiques édités par les sociétés savantes et des experts en matière de santé publique. Cette réflexion permettra non seulement une cohérence mais aussi de garantir la reconnaissance et la pérennité des actions entreprises au sein des différentes collectivités territoriales.

Il semble évident que l'Etat a besoin de l'implication de l'ensemble des collectivités territoriales, pour donner du sens et de la pertinence aux actions déclinées dans les politiques de santé publique.

2.2.2 L'organisation régionale actuelle mériterait d'être aménagée

A) Le rôle joué par les villes et les « pays » devrait être mieux appréhendé par l'Etat

Les politiques urbaines devraient être appréciées au regard des impératifs de proximité et d'efficacité. Elles pourraient être utilement le relais de la politique régionale de santé sur le terrain.

D'un point de vue légal, les compétences conférées aux villes en matière sanitaire et sociale se limite au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, aux préoccupations municipales en matière de sécurité et de protection de l'environnement et à l'aide sociale facultative en général.

Les "politiques de la ville", évolution majeure contribuant à une affirmation du niveau urbain, intègrent pleinement les dimensions sanitaires et sociales dans leurs finalités. Si la santé publique apparaît comme le "parent pauvre" des politiques de santé en France, elle tend néanmoins à être intégrée de manière croissante au niveau urbain sous l'effet notamment des évolutions internationales (en particulier l'OMS) mais aussi de façon croissante avec les programmes de la Commission européenne qui ont conduit à la structuration du réseau ville/santé dont font partie un nombre croissant de villes françaises.

L'exemple de la Ville de Rennes

Membre du réseau européen des "villes-santé" dès son origine (1987), la ville de Rennes a souhaité expérimenter et faire vivre concrètement la démarche "Ville-Santé" à travers la mise en synergie des acteurs de terrain (notamment associatifs) au travers d'un plan « Agir ensemble pour la santé de chacun » en lien étroit avec les dispositifs et programmes régionaux existants en matière de santé publique. Les actions menées concernent notamment les problèmes liés à la nutrition, de lutte contre le cancer à l'échelle communale ou encore de lutte contre les comportements à risque.

L'expérience des "pays" pourrait être utilement valorisée. Si l'essentiel des actions de santé publique sont coordonnées au niveau régional (DRASS), le « pays » peut apparaître comme l'échelon incontournable entre la DRASS et les acteurs de terrain.

Certaines régions comme la Bretagne ont fait le choix d'ancrer à ce niveau intermédiaire les programmes régionaux de santé.

L'expérience des «pays » en Bretagne

Aujourd'hui sept initiatives sont financées conjointement par la DRASS, l'URCAM ou la Direction de l'Aménagement du Territoire et de l'Action Régionale (DATAR) et les pays : Saint-Malo, Vitré-Portes de Bretagne, Guingamp, Centre Ouest Bretagne, Centre-Est Bretagne, Trégor-Goëlo et Rennes.

Ce modèle de développement territorial reçoit le fort soutien du représentant de l'Etat en région ainsi que celui du Conseil régional et de l'Assurance maladie qui ont annoncé depuis mai 2005 leur intention de cofinancer ce dispositif. Cette démarche entre, en effet, en adéquation avec à la fois la réforme de l'intervention de l'Etat en santé et la Politique de la nouvelle équipe du Conseil Régional qui s'appuie fortement sur les pays pour organiser ses interventions dans le domaine de la santé

B) L'édifice institutionnel pourrait à terme être simplifié

Il en va ainsi des différents comités de santé publique qui se sont créés au cours des dernières années. La multiplicité de ces structures institutionnelles visant à définir des politiques publiques de santé au niveau des communes et des départements peut légitimement aujourd'hui être remis en cause.

Alors que l'ensemble des collectivités territoriales considèrent que le niveau le plus pertinent du pilotage des actions de santé doit être situé au niveau régional, le maintien de comités définissant la politique de santé à l'échelon local (au niveau des villes et des départements notamment) ne semble plus adapté. De l'avis des collectivités territoriales, ces politiques définies localement nuiraient même à la cohérence des priorités de santé retenues par l'ensemble des acteurs dans le cadre du PRSP. En outre, le manque de moyens humains évoqué par les différentes collectivités pour participer à l'ensemble de ces comités milite pour leur suspension provisoire.

CONCLUSION

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique pose de nouvelles bases en faveur de la territorialisation des politiques de santé. Dans le texte, elle prévoit une démarche participative dans la définition et la mise en œuvre des programmes stratégiques notamment en matière d'éducation à la santé. L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle qu'elle a été définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986 dans la charte d'Ottawa. Le nouveau dispositif pose les jalons d'une démocratie sanitaire et participe au mouvement de régionalisation des politiques de santé.

La reprise en main de certaines compétences par l'Etat a pu être mal comprise par des collectivités qui voyaient d'un bon œil la décentralisation des politiques sanitaires. Cependant, l'Etat étant le garant de la cohésion nationale, il se devait de réagir face à la profusion des initiatives locales et l'accroissement des inégalités territoriales en matière de santé : inégalités d'accès aux soins, inégalités de prise en charge. Cette tension est récurrente entre les collectivités territoriales et l'Etat sur la question de l'acteur légitime et compétent pour mener des actions spécifiques. La nouvelle organisation mise en place par la loi du 9 août 2004 a conduit des réactions mitigées des collectivités locales, qui voyaient en le GRSP un retour en arrière par rapport à la pratique depuis le milieu des années 1990. Certes, les communes, départements et régions sont conviés dans des instances stratégiques, mais ces dernières restent noyautées par les DRASS ce qui a créé certaines réticences. Comme nous l'avons vu, divers scénarii restent possibles en fonction des choix notamment politiques des élus. Toutefois, au vu du mouvement de régionalisation des politiques de santé, ce nouveau cadre institutionnel mérite l'attention et l'implication des collectivités territoriales. Cela permettrait une mise en œuvre cohérente et efficace du PRSP, document phare à la base d'actions en santé publique spécifiques à un territoire.

Cette tendance s'inscrit dans une évolution plus globale d'Europe des régions et d'application du principe de subsidiarité, qui tend à consacrer théoriquement l'échelon régional comme l'échelon pertinent d'intervention en terme d'efficacité et de proximité. La loi du 9 Août 2004 contient donc en germe les interrogations liées à la poursuite d'un mouvement qui reste inachevé : convient-il de poursuivre la déconcentration et en cela d'affirmer une « exception française » ou au contraire faut-il s'engager dans la voie de la décentralisation de la santé à l'instar d'autre pays européen tels l'Espagne ou l'Italie ? Une bonne partie des régions françaises souhaite une décentralisation accrue du pilotage

et de la mise en œuvre des actions sanitaires avec les moyens correspondants. Toutefois, dans la pratique, l'Etat et les collectivités locales essaient de trouver un équilibre dans les diverses structures afin de parvenir à un consensus.

Bibliographie

CHAUDIEU Emmanuelle – les nouveaux territoires de la santé – dossier - *Revue Santé Social* – n°13 novembre 2005 – p 28 - 36

LONCLE Patricia – « Santé : l'Etat ne peut plus agir seul » – *Revue Sciences Humaines* – hors série n°50 – septembre – octobre 2005 – p 29

HASSENTEUFEL Patrick – LONCLE Patricia – « Territorialisation n'est pas décentralisation » – revue *Pouvoirs Locaux* n°58 mars 2003 – p 49 à 54

LORENZO Philippe – « Le bruissement d'une aile de papillon » - *Santé publique*, n°4, 2004, p690.

« Santé publique – la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 » - *Revue de la société française de santé publique* – décembre 2004 –

BRECHAT Pierre Henri – DEMEULEMEESTER René – « dossier : politiques et programmes régionaux de santé » – *Revue actualité et dossier en santé publique* - Mars 2004- p 15 à 61

« La politique régionale de santé », Séminaire de la Promotion Léopold Sédar Senghor 2002-2004, site de l'ENA

Dossier « La régionalisation vue par le Commissariat général au Plan : La déconcentration », *Les Cahiers hospitaliers*, Avril 2006

DE LEGGE Dominique, « Etat contre régions, une caricature », *Le Monde*, 17 mai 2006

Sites Internet

www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr: DRASS des Pays de Loire

www.bretagne.sante.gouv.fr: DRASS de Bretagne

www.paysdeloire.fr: Conseil Régional des Pays de Loire

www.region-bretagne.fr: Conseil Régional de Bretagne

www.cg29.fr: Conseil Général du Finistère

www.lamayenne.fr: Conseil Général de la Mayenne

www.ville-rennes.fr: ville de Rennes

www.nantes.fr: ville de Nantes

www.angers.fr: ville d'Angers

www.villes-sante.com: réseau des villes santé OMS

www.sante-pays-de-la-loire.com: Observatoire régional de santé des Pays de Loire

www.orsb.asso.fr: Observatoire régional de santé de Bretagne

www.santebretagne.com: URCAM de Bretagne

www.pays-loire.assurance-maladie.fr: URCAM des Pays de Loire

Liste des annexes

Annexe 1 : grille d'entretien

Annexe 2 : Architecture du PRSP Bretagne

Annexe 3 : Maquette présentant les acteurs de la Politique de santé en région Bretagne

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

1-Quel est votre rôle au sein en matière de santé publique ?

2-Quelles sont vos compétences ?

3-Pour l'Etat, comment vous pilotez ses actions ?

4-Quels sont, pour vous, les changements induits par la loi du 9 août 2004 et loi du 13 août 2004 ? (Avantages/limites) ; recentralisation.

5-Allez-vous participer au G.R.S.P, au P.R.S.P et à la conférence régionale?

-Si oui, comment envisagez-vous votre participation?

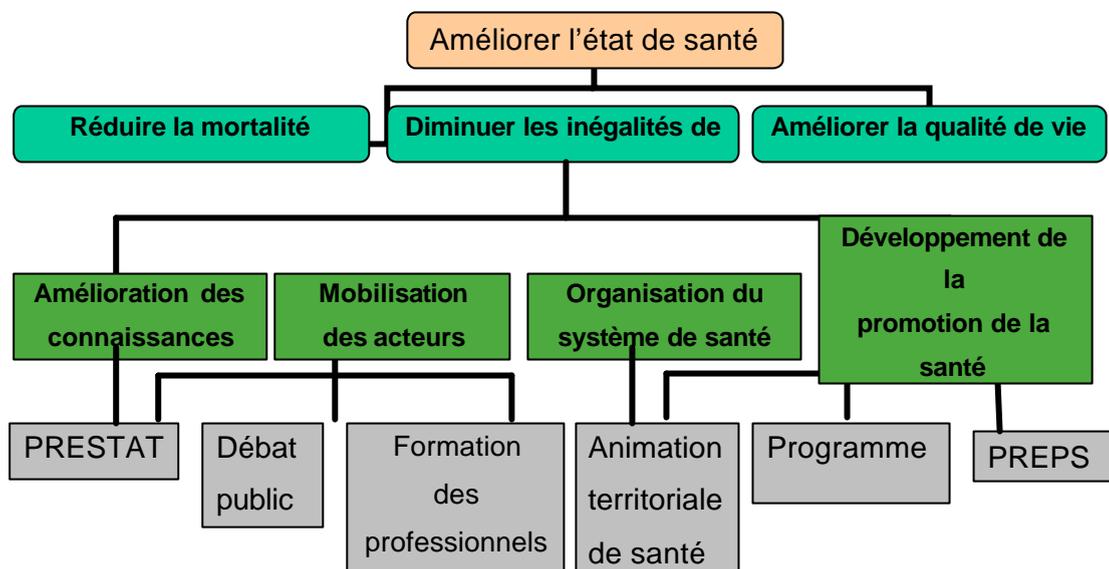
6-Quel est, selon vous, l'échelon pertinent pour la mise en œuvre des politiques de SP ?

7-Quelles sont vos priorités en matière de SP (avant/après 2004) ?

8-Quels sont vos nouveaux partenariats et quelles formes prennent-ils ? (avant/après 2004)

9-Comment concevez-vous votre implication dans les actions de santé publique dans l'avenir ?

ANNEXE 2 : Architecture du PRSP Bretagne



ANNEXE 3 : Maquette présentant les acteurs de la Politique de santé en région Bretagne

