

Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique

Bilan depuis la loi du 9 août 2004

Florence de Maria, Isabelle Grémy

Dans ce document, l'ORS souhaite souligner l'expérience positive que constitue pour l'Ile-de-France, l'intégration des collectivités territoriales à la politique de santé publique à l'heure de l'examen parlementaire du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » qui confie la gouvernance de la politique régionale de santé à une Agence spécifique rassemblant l'Etat et l'Assurance maladie.

Le décloisonnement institutionnel - même timide - entre les collectivités territoriales, l'Etat et l'Assurance maladie tel que voulu par le législateur de la loi du 9 août 2004¹ afin de permettre une plus grande cohérence entre les actions entreprises pour améliorer la santé des Français et réduire les inégalités de santé, semble marginalisé dans la version actuelle du projet de loi.

Or depuis 2004, cette organisation decloisonnée en charge du pilotage de la politique régionale de santé publique est source d'apports mutuels en Ile-de-France : ciblage prioritaire des quartiers en difficulté² afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, articulation³ entre les politiques de droit commun et le volet santé de la politique de la ville, meilleure visibilité des études et actions financées et mises en place (notamment dans le cadre des Ateliers-santé-ville) au regard des priorités de santé publique, engagement de dynamiques préventives ciblées à partir d'orientations régionales collégialement définies, développement d'une observation pour l'aide à la décision locale...

Afin de présenter toute la contribution des collectivités territoriales dans l'élaboration et la mise en oeuvre du premier plan régional de santé publique et le rôle majeur des élus locaux au sein des instances régionales de santé publique, l'ORS propose dans ce document une évaluation de la place des collectivités territoriales franciliennes dans la politique de santé publique depuis 2004.

La question du positionnement des collectivités territoriales dans la future organisation en charge de la définition et de la mise en oeuvre de la politique régionale de santé se pose avec d'autant plus d'acuité en Ile-de-France que la région comprend 1290 collectivités territoriales, qu'elle est vaste, contrastée et caractérisée par :

- > d'importantes disparités de santé - entre départements mais également entre communes et même entre quartiers - avec des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celle que l'on retrouve à l'échelle nationale ;*
- > une partie sud-ouest globalement favorisée d'un point de vue sanitaire (mortalité prématurée, mortalité infantile, espérance de vie...) et une partie nord-est qui l'est moins ;*
- > des facteurs socio-économiques qui pèsent très lourdement sur les inégalités de santé.*

Ce document s'appuie sur les différentes démarches développées en Ile-de-France depuis l'élaboration du premier plan régional de santé publique (PRSP) en 2004, auxquelles a participé et participe encore l'ORS. Il s'agit notamment du bilan 2005 des plans et des programmes de prévention en Ile-de-France, du diagnostic régional partagé 2005, des travaux 2005-2008 du groupe en charge du programme d'études et de statistiques du PRSP, des réflexions issues du rapport⁴ 2008 de la formation spécialisée suivi et évaluation du PRSP mise en place par la conférence régionale de santé.

Les éléments relatifs aux appels à projets financés par le groupement régional de santé publique ont été fournis par Christian Laborda que les auteurs remercient vivement ainsi que Pascale Giry, Odile Maurice, Marie-Pierre Ménager, Stéphanne Reverre, (Drass), Luc Ginot (Ville d'Aubervilliers) et Corinne Praznoczy (ORS) pour leur aide précieuse.

Les collectivités territoriales et la santé publique : un engagement qui dure

Le Conseil régional : une volonté politique d'appropriation de la politique de santé publique

Depuis la loi du 2 mars 1982⁵ qui lui donne compétence pour « promouvoir le développement économique, social, sanitaire [...] de son territoire », le Conseil régional d'Ile-de-France investit progressivement la santé publique en finançant des dispositifs et actions de prévention dans des domaines divers comme le VIH (depuis 1989), la réduction des risques liés aux toxicomanies et aux addictions (1998), les comportements à risque des jeunes, le dépistage des cancers (2002), l'impact potentiel des épisodes climatiques exceptionnels sur la santé des personnes fragiles, l'amélioration durable de l'état de santé des personnes âgées (2003), l'obésité (2007), le saturnisme (diagnostics habitat).

Avec le premier plan régional de santé publique (PRSP), les modalités de participation du Conseil régional d'Ile-de-France à la politique de santé publique se sont élargies bien au-delà des financements. Enrichies d'une implication active dans l'élaboration et la mise en oeuvre du PRSP, elles ont permis de cibler les investissements financiers régionaux sur les priorités du plan.

L'enfance, les personnes âgées, les personnes handicapées : du ressort des Conseils généraux

Depuis les lois des 9¹ et 13⁶ août 2004, les compétences des Conseils généraux en santé publique ont évolué. Leur action dans le domaine s'exerce principalement dans le cadre de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dont ils restent responsables - en particulier la protection maternelle et infantile - et de l'action sociale envers des publics vulnérables : personnes handicapées, personnes âgées, à travers des politiques qu'ils pilotent et coordonnent. La vaccination, la lutte contre la tuberculose, la lèpre, le VIH et les IST relèvent désormais de l'Etat devenu responsable de la politique de santé publique. Néanmoins cinq Conseils généraux sur les huit franciliens ont choisi de continuer à exercer ces compétences par délégation (ainsi que 25 communes franciliennes

situées en dehors du territoire des cinq collectivités sus-visées). Il en est de même du dépistage des cancers, compétence conservée par six d'entre eux.

Des leviers d'action fragiles pour les communes

Si la compétence principale des communes en santé publique concerne l'action sur les déterminants de santé, elles peuvent aussi - de façon facultative et volontariste - mener des politiques locales de santé publique directes (création de centres municipaux de santé - CMS) ou indirectes (facilitations pour l'implantation de structures libérales). Engagées sur leurs fonds propres (« au détriment » des champs qui relèvent précisément de leurs compétences), elles bénéficient souvent de subventions, généralement annuelles (GRSP ou autre provenance). Cette absence de pérennité, qui fragilise localement les dispositifs, est préjudiciable à la continuité de l'action publique et à sa cohérence.

Les financements obtenus de l'Etat et du Conseil régional au titre de la « politique de la ville » pour abonder le volet santé des « contrats urbains de cohésion sociale » (Cucs), en articulation avec le dispositif d'atelier-santé-ville (ASV), constituent le pivot de ces politiques. En 2007, sur les 495 Cucs français, 113 sont franciliens, répartis sur 172 communes parmi les 1281 de la région. Plus de la moitié d'entre eux (57%) comportent un ASV. C'est davantage que le reste de la France (20%).

Néanmoins, le volet santé de la politique de la ville ne saurait résumer les politiques communales de santé publique : par exemple, en termes financiers, les CMS (309 centres actifs en Ile-de-France en 2004) constituent des outils et des investissements majeurs.

Les communes sises en zones de revitalisation rurale (ZRR) sont admissibles à d'autres aides d'ordre fiscal, afin de réduire les inégalités de développement au sein du territoire et « d'assurer aux habitants de ces zones des conditions de vie équivalentes à celles ayant cours sur les autres parties du territoire ». En Ile-de-France, 27 communes seine-et-marnaises sont classées en ZRR (juin 2007). Leur engagement en termes de santé publique n'est pas connu.

Si le Conseil régional et les Conseils généraux ont des compétences et des intérêts reconnus dans le domaine, celui des communes (et des établissements publics de coopération intercommunale - EPCI) pour la santé publique ne cesse de progresser. C'est d'ailleurs souvent au niveau de cet échelon territorial que la dimension politique de la santé publique s'affirme. Le fait de pouvoir considérer la santé publique à travers plusieurs champs d'intervention (action sociale, aménagement du territoire, environnement...) dénote son caractère transversal et appelle la question d'un lien avec la santé publique à devenir systématique dans toute discussion.

L'Ile-de-France compte 105 EPCI à fiscalité propre : 72 communautés de communes, 29 communautés d'agglomération et quatre syndicats d'agglomération nouvelle. Compétentes en matière de politique de la ville, 19 communautés d'agglomération franciliennes sont signataires de Cucs. La politique de la ville mobilise aussi plusieurs communautés de communes.

La loi du 9 août 2004 confie la gouvernance de la politique régionale de santé publique à l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales

Une loi d'ouverture et de souplesse mais aussi de fragilité

En incluant d'emblée les collectivités territoriales (qui le souhaitent) dans les instances régionales pilotes de la politique de santé publique : le groupement régional de santé publique (GRSP) - aux côtés de l'Etat et de l'Assurance maladie - et la conférence régionale de santé (CRS), le législateur manifeste sa volonté et son ambition d'une gouvernance partagée. Néanmoins, le constat d'un bilan contrasté s'impose entre, par exemple, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur où il semble que « les processus administratifs aient pris le dessus sur la co-élaboration d'une politique et que les élus se soient finalement découragés dans leur participation au groupement » et l'Ile-de-France où « l'impression générale est celle d'une démarche mieux partagée »². Le Conseil régional, trois Conseils généraux (92, 93, 95) et quatre communes (Argenteuil, Aubervilliers, Evry, Nanterre) ont adhéré au GRSP francilien. Conformément aux textes réglementaires, leurs représentants siègent aux instances du GRSP, à proportion de plus d'un tiers : dix membres du conseil d'administration sur 27 - dont un vice-président - et six membres du comité des programmes sur 17. Ces deux instances décident notamment des projets éligibles à un financement du GRSP dans le cadre d'un appel à projets annuel.

Les collectivités territoriales sont également présentes à la CRS, avec 15% des sièges (18 membres sur 120).

Trois types de contribution à la politique de santé publique, qui peuvent se cumuler

L'organisation mise en place par la loi permet aux 1290 collectivités territoriales franciliennes de se positionner en tant qu'acteurs de la politique de santé publique selon plusieurs modalités.

> **En tant que pilotes et financeurs : huit collectivités territoriales sont membres du GRSP**

Le GRSP met en oeuvre la politique régionale de santé publique qu'il finance à partir d'une subvention de l'Etat, d'une dotation de l'Assurance maladie et des contributions financières des collectivités

territoriales membres qui le souhaitent. Depuis la constitution du groupement en Ile-de-France, le Conseil régional participe au financement d'actions associatives de prévention dans le champ du PRSP, à hauteur de 704 400 euros en 2007 - correspondant à 7,9% du montant de l'appel à projets GRSP 2007 - et d'un million d'euros en 2008 (9,4%).

> **En tant que co-financeurs**

Dans le cadre de l'appel à projets du GRSP, les projets associatifs (55% des dossiers déposés en 2007), mentionnent régulièrement les collectivités locales parmi les partenaires financiers.

> **En tant que porteurs de projets : 60 collectivités ont obtenu deux millions d'euros du GRSP en 2007**

Les collectivités territoriales qui souhaitent développer des actions de santé publique peuvent solliciter un financement auprès du GRSP dans le cadre d'un appel à projets annuel, au même titre que les autres porteurs de projets (associations...).

Avec 26% des dossiers déposés en 2007 (tab.1), les collectivités territoriales se situent au deuxième rang des structures porteuses de projets, après les associations. Cette proportion augmente lorsqu'on s'intéresse aux dossiers retenus (30%) du fait d'un taux de refus inférieur à celui des autres structures.

En 2007, sur 73 collectivités candidates, les projets de soixante ont été retenus : 57 communes et trois Conseils généraux. Cinq sont membres du GRSP. Plusieurs projets communaux émanent de dispositifs spécifiques comme les ASV.

Les collectivités territoriales ont reçu près de deux millions d'euros en 2007, soit 22% du budget total de l'appel à projets (alors qu'elles ne représentaient que 13% des financements demandés). Celles qui sont membres du GRSP représentent 20% des financements alloués aux collectivités territoriales.

A mi-chemin du PRSP francilien (2006-2010), le constat de 73 collectivités territoriales candidates sur 1290 potentiellement concernées constitue un axe de développement à privilégier dans un contexte de difficultés de recrutement des promoteurs d'actions de santé publique, en particulier en grande couronne^{7,8}.

tab.1 Répartition des dossiers de réponse à l'appel à projets 2007 du GRSP Ile-de-France, par type de porteur de projets

	Collectivités territoriales			Autres structures			Tous porteurs de projets
	Membres du GRSP*	Non-membres	Ensemble	Associations	Autres	Ensemble	
Nbre de dossiers déposés	41	263	304	737	116	853	1 157
% de dossiers refusés	24,4%	35,4%	33,9%	42,9%	56,9%	44,8%	41,9%

* Les collectivités territoriales du GRSP qui ont déposé un dossier en 2007 sont le Conseil général du 93 et les quatre communes membres.
Source : GRSP Ile-de-France, 2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

Les collectivités territoriales, sources de démarches novatrices

Des apports réciproques à la politique de santé publique

Avec le PRSP, la loi du 9 août 2004 a fourni un cadre référentiel à l'ensemble des acteurs de santé publique. La participation active des collectivités territoriales franciliennes aux groupes de travail pluri-institutionnels mis en place pour co-définir ce cadre, le (co)mettre en oeuvre et le (co)évaluer traduit leur volonté d'intégration à la politique régionale de santé publique et est à l'origine d'avancées notables dans l'organisation et le développement des programmes de santé publique en favorisant notamment :

- une meilleure visibilité des collectivités territoriales ;
- l'intégration d'une partie de leurs investissements financiers dans la politique de santé publique ;
- la concentration de leur cadre d'intervention sur les priorités régionales ;
- la prise en compte des problématiques locales ;
- la prise de conscience de la pertinence des relais locaux dans une région fortement urbaine et centralisée pour appuyer la politique de santé publique ;
- davantage de concertation entre les acteurs, de coordination des actions de santé publique sur les territoires et de transparence dans les mécanismes d'attribution des financements.

Conclusion et perspectives

En Ile-de-France, la mobilisation et l'implication des collectivités territoriales dans la politique de santé publique n'ont cessé de croître depuis l'élaboration du PRSP et la constitution du GRSP, dont elles constituent une des forces motrices de par leur proximité avec la population, leur capacité à disposer de leviers d'action sur les déterminants de santé, leur capacité d'innovation... Dans une perspective de continuité et d'élargissement aux autres collectivités locales pour une territorialisation opérationnelle de la politique de santé publique, plusieurs pistes d'action doivent être envisagées :

> l'appui sur les collectivités territoriales membres du GRSP en relais auprès des collectivités non membres, interpellées individuellement (élus...) ou en association (Amif...), afin de promouvoir et de faciliter l'appropriation de la politique régionale

L'observation pour l'aide à la décision locale

La richesse des échanges avec les collectivités territoriales dans les différents groupes de travail du GRSP et de la CRS a conduit l'ORS à inscrire au niveau de son programme d'études 2009 un volet dédié à l'observation et aux études sur les inégalités de santé à un échelon géographique fin pour répondre aux attentes :

- des communes et EPCI en matière de « diagnostic territorial de santé », pour observer et renseigner sur la qualité de vie et les besoins de santé des habitants, identifier des leviers d'action de prévention et de santé publique simples et efficaces, mettre en cohérence politiques sociales, politique de la ville (Cucs et ASV) et politique de santé, intégrer à terme une dimension santé dans les politiques territoriales notamment sociales, d'environnement, de logement et d'aménagement ;
- du GRSP en matière de critères territoriaux et sociaux pour sélectionner les actions de santé publique les plus pertinentes et lui permettre, à terme, d'élaborer et de mettre en oeuvre une politique proactive de santé publique sur les populations et territoires « prioritaires » ainsi définis.

de santé publique (sur le modèle de la concertation comme celle mise en place pour le Sdrif), de renforcer la visibilité des actions locales et de développer les stratégies de co-financements ;

> l'évolution de l'attribution des financements vers une simplification et le renforcement des critères sur les territoires prioritaires (Cucs, ZRR) ;

> l'engagement d'une réflexion sur le financement des projets de santé publique correspondants à des problématiques locales en dehors des priorités régionales par exemple au sein du lieu d'expression et d'orientation que constitue la CRS ;

> dans le cadre de la mise en place des Agences régionales de santé, la clarification des rôles et des articulations avec les autres acteurs du système de santé : collectivités territoriales, agences, financeurs, usagers - préalablement à la mise en place de relais territoriaux de concertation et d'accompagnement.

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

² Avis du Conseil national des villes sur la mise en place des agences régionales de santé. CNV, 18 septembre 2008. Disponible sur internet : <www.ville.gouv.fr>

³ Evaluation de la politique de la ville en Ile-de-France. Préfecture de la Région d'Ile-de-France, Conseil Régional d'Ile-de-France, tome 1, janvier 2007. Disponible sur internet : <www.iledefrance.fr>

⁴ Document en ligne sur le site du GRSP Ile-de-France : <www.grsp-idf.fr>

⁵ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

⁶ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁷ Bilans des appels à projets 2007 et 2008. GRSP Ile-de-France, 2007 et 2008. Disponibles sur internet : <www.grsp-idf.fr>

⁸ Ce résultat doit être nuancé car il ne reflète pas l'exhaustivité des actions de prévention menées en région, celles-ci pouvant être financées par d'autres biais que l'appel à projets annuel du GRSP.

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
21-23, RUE MIOLLIS 75732 PARIS CEDEX 15 E-mail : ors-idf@ors-idf.org
TÉL : 01 44 42 64 70 FAX : 01 44 42 64 71 Site internet : www.ors-idf.org

L'ORS Ile-de-France est subventionné par l'Etat
(la Préfecture de région d'Ile-de-France et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)
et par le Conseil régional d'Ile-de-France.