

Les collectivités locales et la santé publique

1 Protection sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux

Sommaire

- II **Rappels juridiques**
- III **Au regard des textes, des compétences limitées**
 - III Les communes
 - VII Les départements
- XIII **Au regard des réalisations, un investissement certain**
 - XIV La volonté politique des collectivités locales
 - XVIII Les politiques d'impulsion de l'État
 - XXII Le volet santé de politiques globales ou transversales
- XXIV **Tribune**
- XXX **Annexes**

Réaliser un dossier dans l'esprit des dossiers que nous vous proposons dans cette revue c'est-à-dire un esprit de synthèse et de clarification, sur le thème des collectivités locales et la santé publique est rapidement apparu comme une gageure. D'abord le champ est immense, les limites de la santé publique mal définies et l'intervention en santé publique à facettes multiples. Ensuite, le droit est infiniment complexe, voire inextricable : textes anciens plus ou moins tombés en désuétude, compétences se chevauchant, flou juridique... Enfin, l'intervention des collectivités locales a une ampleur et une variété largement reconnues, sans être véritablement connues et aucune statistique, enquête, ... ne permet pour le moment de l'évaluer ou d'en dessiner précisément les contours.

Pourtant, ce sujet est au cœur de nombreux débats actuellement, et il nous a semblé important d'y apporter une contribution, notamment en cherchant à clarifier les fondements de cette intervention, c'est-à-dire le droit d'une part, les logiques politiques d'autre part. Ainsi, pour tenter cette synthèse malgré les difficultés soulevées ci-dessus, trois idées ont été retenues :

- partager le sujet et en faire deux dossiers, en traitant d'abord la santé publique au sens étroit et en renvoyant à un autre dossier l'intervention médico-sociale auprès de populations spécifiques. Il s'agit donc ici d'un premier volet qui s'attache à l'intervention dans le domaine de la surveillance, de l'hygiène du milieu, de la lutte contre les épidémies (ce que le code de la santé publique regroupe dans son livre 1^{er} sous le titre « protection générale de la santé publique ») et à la lutte contre « les fléaux sociaux » (livre III du code de la santé publique). Tout ce qui concerne

l'intervention auprès de populations ciblées (enfants, femmes enceintes, personnes handicapées, personnes âgées, ou encore bénéficiaires du RMI ou jeunes en difficultés d'insertion) fera l'objet d'un deuxième dossier (à paraître en juin 94) ;

- lire attentivement les textes, le code de la santé publique en particulier bien entendu, et éclairer le lecteur quand cela est possible mais laisser parfois pendantes les questions qui peuvent subsister même après cette lecture attentive ;

- proposer une approche des interventions locales, non pas par un recensement (infaisable), des chiffres (introuvables ou ininterprétables), ni même par une typologie qu'il aurait été trop ambitieux de chercher à faire dans le temps qui nous était imparti, mais simplement en tentant de clarifier les logiques qui amènent les collectivités locales à développer des politiques de santé publique, au-delà de leurs seules obligations légales. Les quelques exemples cités, le sont seulement à titre d'illustration.

C'est ainsi que cette gageure a été relevée, avec l'approbation du comité de rédaction. Mais les développements de ce dossier n'engagent que leur auteur. Ils ne sauraient être considérés, en particulier, comme l'analyse du Haut Comité de la santé publique. Enfin ce dossier, comme les précédents, est constitué d'une partie « état des lieux » (avec ses limites...) et d'une partie « tribune ». Nous avons cherché à donner la parole pour cette deuxième partie aux différents niveaux de l'administration, à des politiques et des administratifs. Malheureusement, un représentant de l'État et un élu, après avoir donné leur accord dans un premier temps, se sont désistés. À reprendre dans le prochain dossier...

Collectivités locales ou collectivités territoriales

C'est la Constitution de 1958 qui a consacré l'existence des collectivités territoriales, appelées également collectivités locales (titre IX de la constitution et articles 24 § 3, 34 § 4).

La loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, loi socle du processus de décentralisation, a profondément modifié l'ordre juridique entre l'État et les collectivités locales.

Caractéristiques principales

Les collectivités locales se caractérisent principalement par :

- ▶ leur personnalité juridique, ce sont des personnes morales ;
- ▶ leur création par la Constitution ou par la loi ; l'existence d'affaires propres ;
- ▶ le principe de libre administration ;
- ▶ une administration par un organe collégial élu au sein duquel est élue la personne investie du pouvoir exécutif ;
- ▶ une représentation nationale par le Sénat.

Trois types de collectivités locales

La France connaît trois types de collectivités locales : la région, le département, la commune qui sont administrés respectivement par un conseil régional, un conseil général et un conseil municipal. Il convient de mentionner également les collectivités territoriales à statut particulier (Mayotte et St Pierre-et-Miquelon) et les territoires d'outre-mer.

Au 1^{er} janvier 1989, il existait 36 757 communes, 100 départements et 26 régions (pour les communes (voir la répartition par régions et strates démographiques en annexes p. XXX).

Compétences générales

Les collectivités locales disposent d'une compétence dite compétence générale. Celle-ci est ancienne pour les communes : article L 121-26 du code des communes « le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune ». Elle est beaucoup plus récente pour les départements et les régions : article 23 et 59 de la loi du 2 mars 1982 « le conseil général règle par ses délibérations les affaires du département [...] le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. »

Le champ de cette compétence générale est défini par deux principes : la territorialité et l'intérêt à agir. Trois critères peuvent déterminer l'existence d'un intérêt à agir : absence d'une compétence exclusive d'une autre collectivité ou autorité ; absence d'interdiction légale d'intervenir, existence d'un lien assuré avec la commune (ou le département) ou l'un de ses éléments constitutifs (d'après Y. Luchaire dans les collectivités territoriales, *Cahiers français*, n° 239, 1989).

Compétences d'attribution ou compétences spécifiques

Traditionnellement, des compétences spécifiques sont attribuées aux collectivités locales par des textes législatifs ou réglementaires régissant sur le fond des domaines particuliers de l'intervention administrative.

La loi 82-213 du 2 mars 1982 a posé un principe nouveau : celui de la répartition des compétences : « des lois détermineront la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ». Deux lois principales, la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 et la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 ont déterminé les nouvelles compétences ; mais l'ensemble des champs de l'intervention publique est très vaste et difficile à répartir entièrement et précisément ainsi.



Au regard des textes des compétences limitées

Si l'on s'attache à rechercher les compétences spécifiques des collectivités locales en matière de santé publique, c'est-à-dire celles qui leur ont été dévolues par les lois de décentralisation ou qui leur ont été attribuées par d'autres lois régissant l'intervention en santé publique, on s'aperçoit que ces compétences sont relativement peu importantes. La santé publique a été peu concernée par le transfert des compétences aux collectivités locales de la décentralisation, beaucoup moins que l'aide et l'action sociale par exemple.

Lest difficile de retrouver la logique qui a présidé aux choix qui ont été faits pour les transferts de compétences dans le cadre de la décentralisation. Les communes ont essentiellement conservé des compétences que les maires exerçaient déjà assez largement en matière de salubrité publique et les départements se sont vus attribuer la responsabilité de quelques

services. Quant aux régions, elles n'ont pas de compétence spécifique en santé publique. Mais il convient de relever que l'article 59 de la loi du 2 mars 1982 donne une compétence au conseil régional « pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région [...] ».

Les communes

L'essentiel des compétences des communes concerne l'hygiène du milieu. Cette compétence n'est d'ailleurs pas nouvelle, les lois de décentralisation ayant peu modifié la répartition des compétences dans ce domaine. Elle est par contre extrêmement intriquée avec celle de l'État (préfet et services déconcentrés).

● Hygiène du milieu

Trois articles, du code de la santé publique (CSP) ou du code des communes, définissent

plus particulièrement le rôle des communes en matière d'hygiène du milieu et de salubrité publique :

► l'article L 131-2 du code des communes qui définit le pouvoir de police générale du maire,

► l'article L 2 du code de la santé publique qui définit son pouvoir réglementaire en matière de règles générales d'hygiène,

► l'article L 772 qui définit le rôle des services communaux d'hygiène et de santé.

De nombreux autres articles du code la santé publique mentionnent explicitement le rôle du maire ou de ses services dans le processus d'application ou de contrôle de « protection

générale de la santé publique » (livre I du code de la santé publique), rôle qui concerne aussi bien les questions d'eau potable, de salubrité des immeubles ou des agglomérations, de désinfection, etc. (cf. liste des articles en annexe). Par ailleurs, la circulaire du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène, application des dis-

positions des articles L 1, L 2, L 48, L49 et L 772 du code de la santé publique, prise après l'avis rendu par le Conseil d'État le 8 novembre 1988, est essentielle pour comprendre la répartition des rôles de l'État et de la commune en ce domaine (JO du 26 juillet, voir annexes).

R Santé publique et **pouvoirs de police**

■ La police municipale générale

Elle se rattache à une police d'ordre public local. On distingue trois éléments « certains » composant d'une police d'ordre public local : la tranquillité, la sécurité et la salubrité publique. D'autres éléments sont plus « douteux » (c'est-à-dire qui ne sont pas unanimement reconnus par les auteurs ou la jurisprudence) : l'esthétique, la moralité ou la bonne gestion du domaine.

Ainsi on distingue trois types de police d'ordre public local :

● La police de la salubrité publique

Elle peut être définie comme « la réglementation édictée en vue de protéger la santé des citoyens ; les mesures prises à l'avance afin de lutter contre les sources et les foyers d'insalubrité, les supprimer ou les réduire. » S'y rattachent, entre autres, la police de la vente des denrées alimentaires, celle des abattoirs et celle des eaux stagnantes.

● La police de sécurité publique

Dans celle-ci, certaines interventions se rattachent à des préoccupations sanitaires : ainsi l'intervention de la commune en matière de secours médicaux d'urgence ou l'intervention à l'égard des malades mentaux dangereux.

● La police de tranquillité publique

La lutte contre le bruit s'y rattacherait.

■ Les polices sanitaires spéciales

D'autres interventions du maire se rattachent à des polices sanitaires spéciales : c'est le cas plus particulièrement de son pouvoir réglementaire (article L 2 du CSP). Dans d'autres polices, il n'exerce qu'un rôle secondaire (police des établissements dangereux incommodes et insalubres, police des cours d'eau non navigables ni flottables, police des débits de boissons, police du camping et caravaning).

(d'après Jacques Moreau « police municipale », dans les « collectivités locales », jurisprudence générale, Dalloz, volume III, sauf en ce qui concerne la lutte contre le bruit)

Le pouvoir de police

L'article L 131-2 du code des communes, en définissant le pouvoir de police générale du maire, lui donne une responsabilité générale quant à « assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la *salubrité publique* ». Cet article mentionne ensuite dans ses « notamment » : « 2° le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique, telles que [...] les bruits y compris les bruits de voisinage, [...] et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique, [...] 6° le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution de secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que [...] les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours [...] »

L'application de cet article sur les problèmes de bruit est un peu complexe puisque dans les communes où la police est étasée, elle revient à l'État sauf en ce qui concerne les bruits de voisinage qui dans tous les cas restent au maire (art. L 132-8 du code des communes modifié par la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990)

Le maire assure en fait un large pouvoir de police locale dont plusieurs formes ont à voir avec la santé publique (cf. encadré) sans compter son rôle pour les baignades et les activités nautiques (art. 131-2-1 du code des communes), la circulation (art. 131-2-2) ou les inhumations (art. 131-6).

Le préfet peut cependant se substituer au maire dans l'hypothèse où celui-ci serait défaillant dans l'exercice de ses fonctions (art. L 131-13 du code des communes).

Le pouvoir réglementaire

Le deuxième niveau important d'intervention du maire quant aux questions d'hygiène publique, se situe au niveau de la réglementation. En effet si le code de la santé publique, revu par la

loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, prévoit un règlement sanitaire national élaboré par décrets pris en conseil d'État (art. L 1 du CSP), l'article L 2 du CSP prévoit que le représentant de l'État (le préfet) ou le maire peuvent compléter ces textes « en vue d'assurer la protection de la santé publique dans le département ou la commune ». Le rôle de l'État et celui de la commune sont donc étroitement imbriqués, mais la circulaire du 14 juin 1989 précitée nous précise que les décisions réglementaires doivent respecter une hiérarchie : « Il en est de même pour les maires qui, dans les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2, ne peuvent que renforcer, comme les préfets, les dispositions des décrets de l'article L 1 et ne doivent pas contredire les arrêtés préfectoraux. Il en résulte que le préfet peut seulement prendre des décisions plus rigoureuses que les décrets prévus par l'article L1 et que le maire ne peut que renforcer les dispositions des décrets et de l'arrêté préfectoral. »

L'application des règles

Pour faire appliquer ces règles, le maire peut disposer, en application de l'article L 772 du CSP, d'un service communal d'hygiène et de santé. Ces services, dont l'appellation a remplacé en 1986 celle de bureau municipal d'hygiène, « sont chargés sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection de la santé publique énumérées notamment au titre 1^{er} du livre 1^{er} du présent code et relevant des autorités municipales. » Mais la création de ces services par la commune n'est pas obligatoire (auparavant, elle l'était pour les communes de plus de 20 000 habitants). Il en existe cependant un peu plus de deux cents. Dans les cas où la commune n'a pas créé ce service, l'application de ces « dispositions relatives à la protection de la santé publique » revient aux services techniques de la commune.

Ce rôle des communes dans l'application des règles d'hygiène publique tient aux dispositions de l'article L 772 du CSP mais également au pouvoir de police du maire dont il constitue un aspect important (cf. art. 131-2 précité, et art. L 131-1 « le maire est chargé, sous le contrôle administratif du représentant de l'État dans le département, de la police municipale, de la police rurale et de l'exécution des actes de l'autorité supérieure qui y sont



Champs couverts par les articles L 1 et L 2 du code de la santé publique

La prévention des maladies transmissibles

La salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme

L'alimentation en eau destinée à la consommation humaine

L'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement

L'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets

La lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique

La préparation, la distribution, le transport et la conservation des denrées alimentaires

relatifs. » J. Moreau dans le recueil de jurisprudence Dalloz (cf. bibliographie) prend pour exemple l'enlèvement des ordures ménagères : « la première certitude qui se dégage du droit positif est qu'aujourd'hui comme hier, l'enlèvement des ordures ménagères concerne directement la salubrité publique et que de ce fait l'inaction prolongée du maire constitue à la fois une illégalité et une faute de nature à engager la responsabilité de la commune. »

Contrôle administratif et technique

Enfin la commune et ses services sont chargés dans des conditions variées selon leur histoire d'un pouvoir de contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène. Sur la définition et les conditions d'exercice de ce contrôle administratif et technique, il convient de se reporter à la circulaire du 14 juin 1989 déjà citée (cf. annexe). On peut retenir quant au rôle respectif de l'État et de la commune que l'article L 49 du code de la santé publique donne une responsabilité générale à l'État en la matière : « sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle

administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence de l'État qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement. » Mais il existe deux exceptions à cette compétence de l'État. Une qui s'applique à l'ensemble des communes : les communes sont chargées du contrôle des règles fixées par les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du CSP. Une seconde exception s'applique dans un nombre limité de communes, celles où au 1^{er} janvier 1984 les

services communaux d'hygiène et de santé exerçaient effectivement des attributions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène et qui continuent de les exercer par dérogation à l'article 49 (art. L 772 troisième alinéa). Dans ce cas, la commune agit en quelque sorte comme un prestataire de service pour l'État (elle reçoit une dotation budgétaire de décentralisation à cet effet) mais cette situation n'est pas sans poser le problème de la séparation des rôles : application et contrôle,

le
point
sur

Les services communaux d'hygiène et de santé

Les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) sont prévus et leurs attributions définies par l'article L 772 du code de la santé publique (modifié en 1983, 1985 et 1986). En 1993, il existait environ 200 services communaux d'hygiène et de santé. Une association regroupe leurs médecins directeurs.

Compte tenu du texte actuel et de l'interprétation consensuelle qui en est faite, on peut distinguer 5 cas de figure présentés ci-contre. Dans les faits, les situations se regroupent en trois cas de figure, les cas de figure 2 et 3 ne se retrouvant pas (ou pratiquement pas).

Des décrets étaient prévus pour l'application de l'article L 772 du CSP, pour déterminer les conditions requises pour exercer les fonctions de directeur de ces services, et pour les autres conditions d'application (article L 775 du CSP et circulaire du 18 février 1986 relative à la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, *JO* du 9 mars), mais ils n'ont pas encore été pris. Par contre un arrêté du 14 mai 1962 fixant les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène (*JO* du 31 mai) est toujours en vigueur.

1

La commune n'a pas de service communal d'hygiène et de santé et elle n'a pas d'obligation d'en créer.

3

La commune avait un bureau municipal d'hygiène avant 1984 mais qui n'exerçait pas des fonctions de contrôle particulières. La situation est la même que dans le cas de figure 2.

5

Ce bureau municipal assurait des fonctions de désinfection (compétence dévolue au département pour les communes de moins de 20 000 ha) et/ou des fonctions de vaccination. Le service communal d'hygiène et de santé peut continuer à le faire, agissant alors comme prestataire de service pour le compte du département.

2

La commune a créé un SCHS depuis 1984. Ce SCHS « applique les règles d'hygiène », sous l'autorité du maire et contrôle l'application des arrêtés municipaux en la matière. L'initiative de créer ces services appartient au maire qui en assure l'organisation et le financement.

4

La commune avait un bureau municipal d'hygiène avant 1984 qui exerçait effectivement un contrôle technique et administratif des règles d'hygiène. Elle continue d'exercer ce contrôle et reçoit la dotation générale de décentralisation correspondante. Elle est alors prestataire de service pour le compte de l'État. La liste des communes concernées a été limitativement fixée par l'arrêté du 9 septembre 1985 (voir également l'annexe de la circulaire du ministère des Affaires sociales du 14 juin 1989).

soit « juge et partie ». Le Conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1988 a précisé que « le troisième alinéa de l'article L 772 n'exclut pas la possibilité, pour le représentant de l'État de faire usage des pouvoirs définis par l'article 49 lorsqu'un service communal d'hygiène et de santé fait preuve de carence dans l'exercice des attributions qu'en vertu dudit alinéa il a conservées. »

● Autres compétences

Protection générale de la santé publique

En matière de protection générale de la santé publique, les communes de 20 000 habitants et plus sont également, en principe, responsables de prendre des mesures de désinfection dans les cas de maladies contagieuses (art. L 11 et L 14) : « les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet. »

Enfin, des textes anciens leur confèrent un rôle dans la politique de vaccination : le décret n° 52-247 du 28 février 1952 qui prévoit qu'il « est tenu dans chaque commune un fichier spécial dit *fichier de vaccination* », l'arrêté du 19 mars 1965 qui mentionne également des listes dressées par le maire quant à la vaccination anti-poliomyélitique et l'arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène qui leur donne « l'organisation des vaccinations préventives ».

Lutte contre les fléaux sociaux

Les communes n'ont pratiquement aucune compétence qui leur soit expressément dévolues par la loi en matière de lutte contre les fléaux sociaux, à l'exception du rôle du maire dans la procédure d'hospitalisation d'office des malades mentaux (art. L 131-2 du code des communes et art. L 343 du CSP) et dans celle d'autorisation des débits de boissons (art. L 31 du code des débits de boissons et mesures de lutte contre l'alcoolisme).

Surveillance

On peut citer également une fonction en matière d'observation et de surveillance qu'exercent certains services communaux d'hygiène et de santé : le recueil et l'analyse des déclarations de décès en application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 mai 1962 fixant les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène.

Services de santé

En matière de gestion, notons pour mémoire que les maires sont présidents des conseils d'administration des hôpitaux communaux (qui représente la très grande majorité des hôpitaux généraux) et que certains gèrent et financent des centres de santé (parfois appelés dispensaires). Enfin les communes peuvent par application de l'article 33 de la loi du 22 juillet 1983 gérer des services de PMI ou d'autres services de compétence départementale. Le département délègue alors une partie de ses compétences à la commune dans des conditions qui doivent être définies par convention.

Les départements

Les départements se sont vus confier par les lois de décentralisation, à côté de larges compétences dans le domaine social, quelques compétences en matière de santé publique. La plus importante concerne leur responsabilité sur les services de PMI qui sera traitée dans le prochain dossier. Mais la loi du 22 juillet 1983 dans ses articles 37 à 40 leur a donné quelques autres compétences, notamment en matière de lutte contre les fléaux sociaux. Sont concernées la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre le cancer. Ils se sont également vus attribuer une compétence en matière de vaccination.

● Lutte contre les fléaux sociaux

Lutte contre la tuberculose

En matière de lutte contre la tuberculose, la loi du 22 juillet 1983 a transféré au département la responsabilité et le financement de l'application du chapitre 1^{er} titre 1^{er} du livre III du CSP (article 37-4^o), c'est-à-dire le chapitre concernant la prophylaxie qui comprend une section I « vaccination par le BCG et dispositions pénales », une section II « les dispensaires antituberculeux », une section III « les placements familiaux surveillés ».

Les dispositions concernant le traitement (chapitre II) et l'organisation administrative (chapitre III) n'ont pas fait l'objet d'un transfert de compétence (ce qui n'est pas sans poser question quant au dernier point puisque les services de lutte contre la tuberculose quand ils existaient encore ont été transférés aux départements).

Pourtant, au sein du chapitre III, l'article L 247 a été modifié par l'article 40 de la loi précitée et dispose que les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin anti-tuberculeux BCG sont des services du département.

Le département a donc une responsabilité

le
point
sur

L'intervention des départements dans **les établissements pénitentiaires**

L'article D 285 du code de procédure pénale prévoit une visite médicale systématique pour les arrivants dans les établissements pénitentiaires : « dans les délais les plus brefs, le détenu est soumis à un examen médical destiné à déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents. » Or le département est responsable de la prophylaxie de deux affections contagieuses ou évolutives : les maladies vénériennes et la tuberculose.

La prophylaxie des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires est expressément visée par le code de la santé publique, article L 273 : « l'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, comme atteints de maladie vénérienne. »

L'article D 393 du code de procédure pénale reprend ces dispositions et précise « à cet effet les médecins, infirmières et assistantes sociales des services spécialisés ont accès aux établissements pénitentiaires. » Malgré les restrictions concernant les prévenus, la majorité des entrants en prison est soumise à ces dispositions qui se concrétisent essentiellement par un dépistage de la syphilis.

La prophylaxie de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires n'est pas, par contre, expressément prévue dans le code de la santé publique. Mais l'article D 394 du code de procédure pénale prévoit et précise que ce dépistage doit être assuré par les services départementaux d'hygiène sociale. Il revient donc aux départements, dans le cadre de l'application du chapitre 1^{er} « prophylaxie » du titre sur la lutte contre la tuberculose du CSP, d'assurer ce dépistage. De fait, ce dépistage systématique des entrants en prison constitue une bonne partie de l'activité des dispensaires antituberculeux.

Il convient de mentionner également le dépistage du sida : après plusieurs années d'initiatives variées, les départements acceptant parfois de prendre en charge le dépistage du VIH quand il était proposé aux détenus, la circulaire du 29 janvier 1993 relative au dépistage anonyme et gratuit ou au dépistage gratuit du sida a préconisé le couplage de chaque établissement pénitentiaire avec une consultation de dépistage anonyme et gratuit. C'est donc dans ce cadre que certains dispensaires antivénériens interviennent pour le dépistage du sida dans les établissements pénitentiaires, mais le coût en est supporté par l'État et par la Sécurité sociale.

générale quant au respect de l'obligation vaccinale contre la tuberculose telle qu'elle est définie par les articles L 215 et suivants du CSP.

Il a l'obligation de proposer une vaccination gratuite dans des centres qui sont des services du département (art. L 217 et L 247 du CSP). Il gère les dispensaires anti-tuberculeux « destinés à assurer dans le cadre du département la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose » (art. L 219 du CSP).

Ces compétences sont à évaluer au regard de l'organisation actuelle de la lutte contre la tuberculose : vaccination pratiquement généralisée avant l'âge de 6 ans et largement pratiquée en médecine libérale, le cas échéant en service de PMI, rôle accru de la médecine de ville compte tenu des traitements actuellement employés (cf. « le praticien et la tuberculose », brochure du ministère des Affaires sociales de 1987), abandon progressif de l'obligation d'un dépistage par examen radiographique ou radiophotographique qui était prévue dans des textes définissant des examens de santé systématiques ou obligatoires, sachant que ces examens radiographiques systématiques ont constitué et constituent pourtant encore le gros de l'activité des dispensaires antituberculeux.

Cependant compte tenu des nouvelles données épidémiologiques concernant la tuberculose, qui montrent une relative recrudescence de cette maladie ainsi que des régions et des populations plus touchées, le gouvernement a présenté un projet de loi pour renforcer la lutte contre la tuberculose. Cette loi (ou plus exactement cette partie d'une loi plus générale « santé publique et protection sociale ») permettra une toilette de ces textes largement obsolètes mais ne confiera pas de nouvelles responsabilités aux départements. Elle est actuellement en débat au Parlement.

Maladies sexuellement transmissibles

Au regard du code de la santé publique actuel, il n'existe pas de maladies sexuellement transmissibles mais des maladies vénériennes dont quatre seulement font l'objet d'une législation au sein du titre II du livre III : la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas-Favre. Cette définition remonte à 1942 et à la situation épidémiologique de l'époque, mais quand on sait que deux de ces maladies ont pratiquement disparu à l'heure actuelle (chan-

le
point
sur

Maladies sexuellement transmissibles et planification familiale

L'activité des centres de planification familiale relève de la compétence des départements (article L 149-3° du CSP). Or la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (article 50) a prévu que les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent assurer le dépistage « de MST ». La liste de ces MST a été précisée par le décret n° 92-784 du 6 août 1992 : chlamydose, gonococcie et vaginite aiguës (et infection par le VIH pour le seul dépistage). Mais la loi n'a pas établi jusqu'au bout la responsabilité des départements puisque les centres doivent pour exercer cette activité en faire la déclaration auprès du préfet et sont soumis à un contrôle de la DDASS (art. 9 du décret précité). Par ailleurs, la loi a prévu une possibilité d'anonymat et de gratuité pour les mineures et les femmes sans couverture sociale qui en feraient la demande. Les dépenses de ce dépistage ou traitement sont à la charge de la patiente qui pourra se faire rembourser par l'assurance maladie, ou à la charge de l'assurance maladie (70 %) et de l'État (30 %) dans le cas où la gratuité a été sollicitée. Ce dispositif sous contrôle de l'État apparaît complexe d'autant qu'il se situe dans des établissements financés par les départements et concerne la lutte contre les MST à l'égard de laquelle beaucoup de départements se sentent, par une interprétation large des textes, investis d'une responsabilité.

Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990, JO du 25 janvier 1990. Décret n° 92-784 du 6 août 1992, JO du 23 août 1992. Circulaire du 26 mars 1993, BO affaires sociales n° 93/17 du 25 juin 1993.

crelle et maladie de Nicolas-Favre), que les deux autres sont en nette diminution et que, par contre, la surveillance épidémiologique nous alerte depuis plusieurs années sur l'apparition et la fréquence de nouveaux germes (candida, trichomonas, chlamydia, herpès, mycoplasme, papillomavirus,...), on mesure le caractère totalement inadapté de notre législation à l'épidémiologie et aux formes d'intervention actuelles.

C'est pourtant à partir de cette législation qu'a été et est encore définie la compétence des départements.

La loi du 22 juillet 1983 (art. 37-4°) a transféré aux départements la responsabilité de l'application du chapitre 1^{er} du titre II sus-visé (soit les articles L 255 à L 292) qui concerne la prophylaxie des maladies vénériennes. Par

ailleurs elle a modifié l'article L 304 du CSP qui stipule dorénavant « les établissements antivénéériens sont des établissements du département ». Ceci appelle différentes remarques.

Comme pour la lutte contre la tuberculose, le transfert des compétences n'a pas concerné l'organisation médico-administrative (le chapitre II), mis à part le changement de statut des dispensaires antivénéériens. Mais qu'en est-il des services de lutte antivénéérienne (section III du chapitre II, article 307 et suivants) ? Dans les faits, le personnel de ces services est passé aux départements.

Les dispositions du chapitre 1^{er} « prophylaxie » porte essentiellement sur la déclaration, nominale ou simple, et l'obligation de se soigner.

Les quatre maladies vénériennes sont soumises à une obligation de déclaration qui peut être « simple » (diagnostic sans nom du patient, ou « nominative » si le patient refuse de se soigner). Ces déclarations doivent être envoyées à « l'autorité sanitaire départementale », c'est-à-dire dorénavant au médecin chargé des

affaires sanitaires du conseil général (art. L 257 à L 260 du CSP). La transmission de ces déclarations à l'État n'est pas prévue. Il ne s'agit donc pas du même système de déclaration obligatoire que celui prévu par l'article L 11 du CSP. Ces déclarations ne semblent plus être que rarement effectuées.

Ce système de déclaration se rattachait à une législation très coercitive en matière d'obligation de soins : le chapitre 1^{er} prévoit une obligation de se soigner pour tout individu atteint d'une maladie vénérienne ou pour tout individu présumé contaminateur (art. L 255 et L 261), l'hospitalisation d'urgence décidée par l'autorité sanitaire ou l'hospitalisation d'office (art. L 274, L 275 et L 278) ou encore l'interdiction d'exercer sa profession si cela comporte un risque de contamination (art. L 277)... Il faudrait encore citer l'intervention de la force publique (art. L 261) et les dispositions pénales (art. L 285 à L 292). Ces mesures sont très largement tombées en désuétude. On pourrait aller jusqu'à dire qu'elles sont inapplicables et inappliquées.

le
point
sur

Structures départementales et dépistage du sida

Trois types de structures gérées par les départements sont concernés par le dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou seulement gratuit mis en place progressivement par l'État depuis 1988.

■ Les dispensaires antivénéériens

Ils peuvent être désignés par le préfet pour être consultation de dépistage anonyme et gratuit au sens du dispositif mis en place en 1988 (décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié par le décret n°92-691 du 17 juillet 1992). Ils peuvent aussi être désignés par le préfet pour être consultation de dépistage gratuit (décret n° 92-691 du 17 juillet 1992).

■ Les consultations de PMI

Elles peuvent, dans les mêmes conditions, être désignées par le préfet pour être consultations de dépistage gratuit (décret n° 92-691 du 17 juillet 1992).

■ Les centres de planification familiale

Les centres de planification familiale habilités, après déclaration auprès du préfet, peuvent également proposer le dépistage du VIH à l'occasion des consultations contraceptives. Une procédure de gratuité est prévue dans le cas où une mineure ou une femme sans couverture sociale en fait la demande, les frais sont alors pris en charge par l'assurance maladie (70 %) et l'État (30 %). (décret n° 92-784 du 6 août 1992).

Dans les trois cas, la prestation offerte doit être la même :

- consultation médicale d'information conseil personnalisé avant et après l'examen biologique lui-même ;
- le coût des consultations médicales et des examens biologiques est pris en charge par l'assurance maladie (85 %) et par l'État (15 %) ;
- les départements se font rembourser sur présentation d'état de frais.

(circulaire DGS, division sida, n° 09 du 29 janvier 1993, BO affaires sociales n°93-14 du 8 juin 1993)

Un article fait pourtant encore l'objet d'une application concrète : l'article L 273 qui prévoit l'examen et le traitement des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires (cf. encadré).

Les dispensaires antivénériens sont donc depuis 1983 des établissements départementaux. Leur fonction est définie par l'article L 295 du CSP, « les dispensaires antivénériens sont destinés à assurer dans le cadre du département la prophylaxie et le traitement ambulatoire des maladies vénériennes. Ces dispensaires sont ouverts gratuitement à tous les consultants ou spécialisés à certaines catégories de consultants. » Plusieurs dispositions des articles suivant sont obsolètes (catégories de dispensaire, rôle du préfet dans l'autorisation, participation financière de l'État, ...). L'article L 303 prévoit une participation financière des caisses de sécurité sociale qui est devenue exceptionnelle.

Aujourd'hui, l'activité des dispensaires se partage entre les examens systématiques (dépistage de la syphilis), les consultations médicales avec ou sans dépistage et/ou traitement et parfois la recherche de sujets contacts. Cette activité est très inégale et directement liée à la prise en charge ou non, au delà des quatre maladies vénériennes, d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Une modification a cependant été apportée récemment à la législation quant aux MST : l'article 50 de la loi du 23 janvier 1990 portant diverses mesures d'ordre social a prévu que les centres de planification familiale peuvent assurer le dépistage et le traitement de MST. Ces établissements relèvent de la compétence du département mais ce dispositif a été placé sous contrôle de l'État (cf. encadré).

Enfin, en lien avec la lutte contre les MST, rappelons que les départements n'ont pas de compétence propre, au sens des lois de 1983, en matière de lutte contre le sida, mais ils sont partie prenante dans le dispositif de dépistage : dépistage anonyme et gratuit ou seulement gratuit, dans des structures qu'ils gèrent : dispensaires antivénériens, centres de planification familiale ou encore centre de PMI (cf. encadré).

Lutte contre le cancer

C'est encore l'article 37 de la loi du 22 juillet 1983 qui a donné un rôle aux départements dans la lutte contre le cancer, dans les termes

suivants : « le département est responsable des services et actions suivants et en assure le financement : [...] 6° le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades prévus à l'article 68 de la loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 portant loi de finances pour 1964. »

Cette compétence s'analyse donc au regard du dispositif mis en place par cette loi de 1963. Son article 68 prévoyait « la lutte contre le cancer est organisée dans chaque département dans le cadre du service départemental d'hygiène sociale, pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades. » Le décret n° 65-13 du 6 janvier 1965 pris pour son application précisait les interventions à mettre en place (« le dépistage des affections précancéreuses et des lésions cancéreuses en liaison avec les organismes chargés d'effectuer des examens de santé ou de prévention polyvalents ou spécialisés, la surveillance médicale des personnes qui ont été précédemment traitées pour une affection cancéreuse, l'orientation des malades... ») dans « des centres de consultation », chaque département étant tenu d'avoir au moins un centre de consultation. Cette législation est à l'origine de la création des « consultations avancées » qui ont, à l'époque, développé une fonction complémentaire aux centres de lutte contre le cancer en offrant gratuitement des consultations plus particulièrement axées sur le dépistage et sur le suivi médico-social. En 1989, les statistiques du SESI dénombreaient 280 lieux de consultations mais ce chiffre cache dorénavant des plages horaires étroites (une demie ou une journée par mois) et une activité réduite.

Cette compétence s'analyse également au regard de l'organisation actuelle de la lutte contre le cancer :

- ▶ rôle des centres de lutte contre le cancer qui constitue la base du dispositif de lutte contre le cancer tel que prévu par le code de la santé publique au livre III — lutte contre les fléaux sociaux — (art. L 312 à L 325) et qui couvre aussi bien le dépistage, les traitements, la surveillance prolongée des essais thérapeutiques, la recherche (art. L 312) ;

- ▶ place de l'ensemble du dispositif hospitalier mais aussi de la médecine libérale (la majorité des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein sont prescrits et effectués « en ville ») ;

► rôle nouveau dévolu à la CNAM dans les actions de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectaux, dans le cadre des programmes annuels du Fonds national de prévention, d'information et d'éducation sanitaire fixés par arrêté depuis 1989.

On s'interroge alors sur la compétence effectivement dévolue aux départements par la loi de juillet 1983 : compétence générale en matière de dépistage et de suivi des anciens malades ou gestion des consultations avancées dont l'activité s'est progressivement étendue ?

Lutte contre la lèpre

Enfin citons pour mémoire la lutte contre la lèpre dans quelques territoires ou départements d'outre-mer (article 37-6° de la loi du 22 juillet 1983).

● Autres compétences

Outre ces compétences en matière de « lutte contre les fléaux sociaux », les départements ont quelques compétences de l'ordre de « mesures sanitaires générales ».

Vaccination

Ainsi pour les vaccinations, depuis 1983, « les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du conseil général qui en assure l'organisation » (article 50 du CSP).

Le problème est que les missions de ces services de vaccination ne sont pas définies. On peut penser qu'elles se rattachent aux vaccinations obligatoires prévues par les articles L 5 à L 10-2 du CSP, d'autant que ces dispositions figurent dans le même titre (titre II du livre 1^{er} du CSP). Ces centres de vaccination devraient donc proposer gratuitement les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite). La vaccination BCG relève d'autres articles (art. L 215 et art. L 247 qui parle de « services de vaccination de la population civile par le vaccin BCG ») mais dans les faits ces services sont le plus souvent les mêmes.

On s'interroge sur la portée de l'arrêté du 19

mars 1965 relatif à l'organisation des centres agréés de vaccination puisque l'article L 50 nouveau stipule que le conseil général en assure l'organisation. De même, on s'interroge sur l'identité et la fonction du chef départemental des vaccinations mentionné dans cet arrêté et dans le décret du 28 février 1952 (cf. article 1^{er} de ce décret).

Désinfection

Par ailleurs, aux termes de l'article L 14 du CSP, les départements devraient organiser un service de désinfection (désinfection obligatoire dans le cas de certaines maladies contagieuses) pour les communes de moins de 20 000 habitants. Ces dispositions semblent rarement appliquées. On voit mal également l'application du dernier alinéa de cet article L 14 : « À défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et d'en assurer le fonctionnement, il y est pourvu par des décrets en forme de règlement d'administration publique ».

Statistiques

Pour clore avec les compétences des départements, il convient de noter qu'en application du décret n° 85-894 du 14 août 1985, les départements sont tenus de transmettre à l'État les statistiques d'activités des services et structures qui leur ont été transférés en 1983. Ces statistiques établies sur des formulaires dont le modèle est fixé par arrêté, sont traitées par le service d'études et statistiques du ministère chargé des affaires sociales (SESI). Leur exploitation est relativement difficile ; mais elles peuvent constituer des indicateurs parmi d'autres dans la surveillance, notamment des MST et de la tuberculose. ■



Au regard des réalisations un investissement certain

Dix ans après la mise en place de la décentralisation, malgré les difficultés rencontrées pour mesurer l'investissement effectif des collectivités locales dans la santé publique, on peut cependant avancer une double hypothèse : une grande diversité et même disparité dans les politiques des collectivités locales ; des initiatives souvent bien au delà des seules obligations légales.

La décentralisation en retard

« La société locale est certes débloquée — pour reprendre la formule de Michel Crozier — mais au prix d'un sentiment d'anomie et d'une impression de confusion. Les règles du jeu local se sont trouvées obscurcies jusqu'à devenir imprévisibles ». Certains ont pu les qualifier de « jungle institutionnelle » où les trois niveaux de structures se soucient peu de déborder de leurs compétences déterminées par la loi pour empiéter sur celles des autres ; même l'État remet en cause les « blocs de compétences » qu'il avait institués en 1983. Les partenaires se sont multipliés — volontaires ou imposés — comme partie prenante des opérations menées à tous les échelons territoriaux. Croisements et enchevêtrements sont répétitifs dans la mise en œuvre de l'action publique ; processus sectoriels et territoriaux se mélangent dans l'accomplissement des politiques publiques et leurs prolongements locaux... Le transversal est roi dans la régulation du système local : financements croisés et procédures contractuelles vont de pair avec les tentatives de recentralisation pour encadrer les interventions de l'État, des régions, des départements et des villes. »

A. Mabileau, la décentralisation en retard, *in* l'état de la décentralisation, Cahiers français, n° 256.

Plusieurs explications peuvent être avancées : d'abord juridiquement on a vu les larges zones de flou dans la répartition des compétences qui laissent la place à des interprétations diverses. Conjugué au principe de la compétence générale des collectivités locales sur les affaires qui intéressent leur territoire (cf. encadré en page II), ce flou permet toutes, ou pratiquement toutes, les initiatives locales ou au contraire une certaine inertie. Les services de l'État de leur côté n'ont pas toujours clairement établi les règles du jeu et ont rencontré quelques difficultés à redéfinir et recentrer leurs missions. L'histoire des collectivités locales, leur tradition plus ou moins importante d'intervention dans ce secteur, la perception politique qu'ils ont de la santé, ont dès lors largement décidé de leur investissement plus ou moins important dans des actions de santé publique.

Il est impossible aujourd'hui de recenser, ni même d'estimer, les interventions des collectivités locales dans les domaines que couvre notre dossier. Les statistiques qui doivent être fournies par les départements sur l'activité de certaines de leurs structures ne sont que peu exploitées et ne peuvent couvrir la diversité des interventions de terrain. *A fortiori*, on ne dispo-

se d'aucunes statistiques sur les activités des communes ou des régions. Une enquête qui va être menée par le CREDOC dans les mois à venir, auprès des communes, devrait nous renseigner très utilement pour ce niveau d'administration (cf. encadré).

Le parti pris retenu dans ce dossier pour chercher à appréhender cet investissement, a été d'identifier des logiques qui amènent les collectivités locales à intervenir dans le domaine de la santé et de les illustrer par quelques exemples (choisis par définition de façon arbitraire...) évocateurs des champs étudiés dans notre étude.

Trois logiques ont été identifiées : la volonté politique des collectivités locales, les politiques d'impulsion de l'État, l'introduction d'un volet santé dans des politiques plus globales.

i

Une enquête auprès des communes

Le département *évaluation des politiques sociales* du CREDOC se propose de recenser et de décrire les actions et les services existants ou envisagés dans les communes en matière de santé publique. Ce projet financé sur le Fonds d'intervention en santé publique, prendra la forme d'une enquête auprès des élus municipaux chargés de la santé. Cette étude, qui portera sur les communes de plus de 5 000 habitants, comprendra des entretiens en face-à-face auprès des élus chargés des questions de santé dans un quart des communes de plus de 15 000 habitants. Les élus des autres communes recevront un questionnaire par voie postale.

L'enquête devrait permettre de recueillir quatre types d'informations : les actions menées dans la commune au cours de l'actuelle mandature, le réseau partenarial de la commune en matière de santé publique, les cadres de l'intervention municipale (CCAS, SCHS, centres de promotion de la santé, etc.), les opinions des élus sur ce sujet.

Lancés au mois de février 1994, les travaux permettront de constituer une base de données de responsables locaux, de réalisations et de projets en matière de santé publique locale. Ultérieurement, les indications portant sur l'état de l'offre de soins dans la commune viendront enrichir la base de données. On pourra également y inclure des informations, extraites du dernier recensement, sur les caractéristiques socio-démographiques de la population communale.

Pour toute information complémentaire concernant l'enquête, contacter Isabelle Groc, CREDOC, département *évaluation des politiques sociales*, 142, rue du Chevaleret, 75013 Paris, tél. : 40 77 85 79, fax : 40 77 85 09

La volonté politique des collectivités locales

La demande de santé est un fait bien connu de notre société que des élus peuvent difficilement ignorer. De plus, il était bien dans l'esprit de la décentralisation de rapprocher le niveau d'administration des préoccupations des citoyens.

Aussi n'est-ce pas étonnant que les collectivités locales aient souvent développé de nombreuses initiatives en matière de santé. Elles l'ont fait soit à partir de leurs compétences légales, soit par tradition, soit dans un nouvel élan politique et bien entendu, dans certains cas, selon ces trois processus.

Les communes

Ainsi les communes, pour 200 d'entre elles, ont gardé un service communal d'hygiène et de santé. Ce service a pu conserver un simple rôle d'application et de contrôle des règles d'hygiène (cf. première partie). Mais souvent il a également conservé et même développé et amélioré des fonctions qu'il assumait avant la décentralisation, en application de textes anciens en particulier l'arrêté du 16 mai 1962. La politique de vaccination que mènent plusieurs grandes villes en est un exemple (cf. encadré sur Nancy). D'autres villes ont voulu se positionner sur des champs nouveaux, promotion de la santé et lutte contre les dépendances : lutte contre l'alcoolisme (ex. « le défi brestois »), lutte contre le tabac (ex. « Besançon, ville sans tabac ») ou encore lutte contre la toxicomanie. La lutte contre le sida est dorénavant aussi souvent un thème abordé (cf. encadré page XX). D'autres encore se sont clairement positionnées sur le thème de l'environnement, liant leurs politiques de santé et d'environnement. Dans ces conditions, les services communaux

d'hygiène et de santé sont parfois devenus des services importants, porteurs de toute une politique santé et environnement (cf. à titre d'illustration, l'organigramme du service de Nantes).

Dans d'autres communes, c'est à partir des centres de santé et selon une longue tradition que la politique de santé s'attache à protéger la santé, notamment celle des populations défavorisées (à voir dans le prochain dossier).

Enfin, certaines communes ont, plus récemment, engagé une démarche de promotion globale de la santé. L'exemple des villes qui se sont inscrites dans le programme « ville-santé » de l'OMS est à cet égard évocateur. Lancé en 1986 par le bureau régional européen de l'OMS qui voyait dans les villes un lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de santé pour tous de l'an 2000, ce programme rencontre un succès certain en France. Pas moins de 34 villes étaient en octobre 1993 « ville-santé ».

Le programme OMS se caractérise par la promotion d'une approche très large de la santé (référence à la charte d'Ottawa), et dans cet esprit par la place importante qu'il fait aux questions d'environnement (physique et psychosocial), aux relations sociales (« communauté solidaire ») et à l'équité. Il propose des indicateurs santé (cf. annexe), il a ses critères d'éligibilité... Dans les faits, ce label recouvre des démarches et des réalisations diverses et provoque aussi bien enthousiasme et admiration que critique et scepticisme... Dans tous les cas, ce mouvement est intéressant à analyser au regard des évolutions qu'il illustre : investissement politique des communes, diversification des approches de la santé, collaboration nationale et internationale...

Les départements

Les départements, de leur côté, ont développé des politiques de santé le plus souvent à partir d'une interprétation extensive de leurs compétences, parfois même au-delà.

La lutte contre les MST constitue un bon exemple de lecture différenciée des textes. Certains départements, appliquant de façon restrictive leurs obligations légales n'ont gardé qu'une ou deux consultations dans des dispensaires où continuent à n'être dépistées et traitées que les quatre maladies vénériennes. Quelques uns ont même supprimé la consultation en dispensaire et passé convention avec un ou deux médecins



À Nancy, le système PASTEUR au service d'une politique active de vaccination

La ville de Nancy, comme d'autres villes françaises, a adopté depuis 1984 le programme PASTEUR (Programme Automatisé de Surveillance des maladies Transmissibles chez l'Enfant en milieu Urbain et en milieu Rural), système informatique de pilotage de la situation vaccinale d'une population (système conçu par l'unité INSERM de recherche sur les maladies transmissibles et les accidents toxiques). Ce programme a trois objectifs :

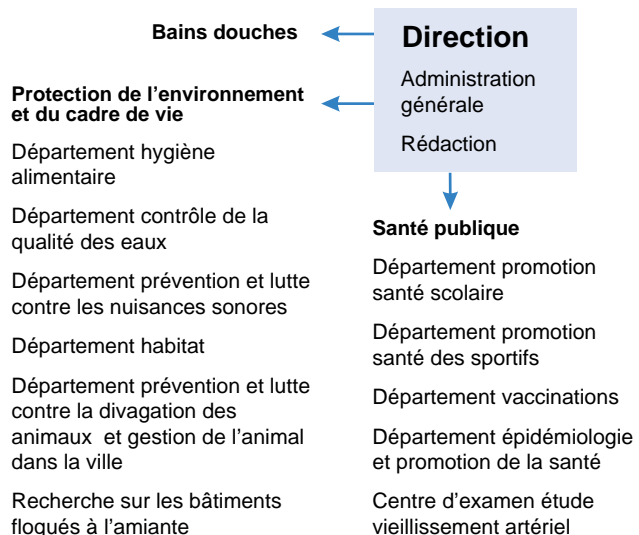
- connaître précisément et immédiatement la situation vaccinale des générations sous surveillance,
- améliorer la couverture vaccinale,
- modifier le comportement vaccinal de la population.

Pour atteindre ces objectifs, ce système propose de façon systématique et personnalisée, l'information des familles sur les vaccinations obligatoires ou recommandées, le rappel des dates des vaccinations, l'envoi des certificats de vaccination. Il est donc vécu par les familles et par les médecins traitants comme un service rendu.

Ainsi en 1992, le service « hygiène et santé » de la ville de Nancy a envoyé : 1 628 lettres à la suite d'une naissance, 10 325 conseils vaccinaux aux parents, 3 601 certificats après enregistrement des actes vaccinaux.



À Nantes, la direction de la protection de l'environnement et de la santé publique





Les « villes-santé » de l'OMS

Réseau européen des « villes-santé »

Il rassemble les villes dites « villes du projet » de l'OMS qui ont été chargées d'expérimenter des politiques « villes-santé », de favoriser la diffusion de l'information, de susciter la constitution de réseaux nationaux.

En France, trois villes ont joué ce rôle : Rennes, Montpellier, Nancy.

Réseau français des « villes-santé »

Il est un l'un des 18 réseaux nationaux européens.

Il rassemblait en octobre 1993 34 villes regroupées dans une association « l'association réseau français des "villes-santé" de l'OMS » créée en janvier 1990. La ville de Rennes en assure la présidence.

L'adhésion au réseau « villes-santé » français sous-tend un certain nombre d'engagements dont celui d'établir un plan « ville-santé », et celui de s'attacher à ce que la santé soit prise en compte dans l'ensemble des décisions municipales.

Réseau francophone des « villes-santé »

Certains réseaux se sont constitués sur des bases linguistiques ou culturelles.

Le réseau francophone a été lancé à Rennes en 1988 à l'occasion du colloque francophone « ville-santé ».



Dans l'Hérault,

le dépistage du cancer

Paradoxalement, c'est une municipalité (ou plus exactement un groupe de municipalités), Montpellier et son district, qui a mis en place le premier programme de dépistage de masse du cancer du sein en France. L'expérience, lancée en 1989, repose sur la circulation d'un camion, un « mammo-bile ». L'investissement (2,8 MF) et le fonctionnement (environ 3,6 MF par an) ont été financés par les communes et des sponsors privés. Les résultats encourageants (participation de 60 % des femmes, doublement du nombre de cancers précocement dépistés) ont plaidé en faveur de l'extension de l'expérience. Un deuxième « mammo-bile » a été acquis avec le concours financier du conseil général dans cette deuxième étape. Mais ce programme de dépistage ne concerne encore que les femmes des communes engagées financièrement.

libéraux qui donnent quelques consultations gratuites aux patients (prises en charge par le département). Ailleurs, une consultation est assurée dans les centres de planification familiale.

D'autres départements, par contre, ont développé une politique très active de lutte contre les MST, prenant en quelque sorte l'esprit du texte et s'attribuant une responsabilité générale dans la lutte contre les MST : ces départements ont alors gardé plusieurs points de consultations où sont dépistées et traitées l'ensemble des MST. Mais ils ont souvent par ailleurs également mis en œuvre toute une politique de prévention : campagnes d'information et actions d'éducation pour la santé avec les partenaires locaux.

En 1991, il existait 247 dispensaires antivénéériens ou points de consultation, contre 328 en 1981. La moitié des départements ne proposait plus qu'un lieu de consultation, un tiers entre deux et quatre et quatorze en proposaient plus de quatre.

La place des départements dans la lutte contre le cancer est plus en retrait. Les départements ont généralement gardé une ou deux « consultations avancées » mais avec des plages horaires souvent restreintes.

Ils sont le plus souvent partenaires des programmes de dépistage de masse mis en œuvre dans le cadre du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire de la CNAM. Le dépistage du cancer du sein étant celui qui a le mieux démontré son efficacité (cf. travaux de l'Europe contre le cancer et de l'OMS) ce sont dix sites expérimentaux qui ont été retenus depuis 1989 pour des actions expérimentales, auxquels ont été ajoutés trois sites en 1993. La participation des départements se situe sur le plan financier et/ou logistique. Elle est très inégale d'un département à l'autre. Mais la CNAM reste toujours le maître d'œuvre général. Alors qu'elle pourrait « apporter son concours à la mise en œuvre d'actions expérimentales [...] », elle a choisi de maîtriser l'ensemble du processus de l'action et de l'évaluation. Le rôle des départements est donc plus ou moins important mais toujours secondaire.

On a peu d'informations sur l'activité, très diverse semble-t-il, des départements en matière de vaccination. L'investissement, quand il existe, porte plutôt sur les vaccinations recommandées. Ainsi en Seine-Saint-Denis ou dans l'Isère le conseil général mène une campagne



Dans les Bouches-du-Rhône, **priorité à la lutte contre les MST**

Le département des Bouches-du-Rhône a fait de la lutte contre les MST l'une de ses priorités de ses interventions médico-sociales.

Dix centres proposent des consultations : 3 centres sont spécifiquement des dispensaires anti-vénériens, 7 centres médico-sociaux proposent également des consultations MST.

Dans ces centres, des équipes (médecins, biologistes, infirmières, assistantes sociales, psychologues et secrétaires médico-sociales) proposent le dépistage clinique et biologique, le suivi et le traitement des MST : MST « classiques », infections à papillomavirus, hépatites B et C, sans compter l'infection à VIH pour le dépistage.

La gratuité et l'anonymat sont généralisés.

Le nombre de consultations est passé de 2 857 en 1987 à 21 566 en 1992.

Au-delà, les équipes des consultations participent aux différentes actions de formation du personnel social et sanitaire, et aux actions d'information pour public ciblé (lycées, foyers, etc.) et grand public, sur la prévention de l'infection VIH et des MST.

Enfin depuis 1991, les services du conseil général ont mis en place un dispositif d'information et de prévention de l'infection VIH et des MST dans toutes les prisons du département : dépistage volontaire, consultations médicales, prise en charge par une assistante sociale ou un psychologue à la demande du détenu.

de vaccination rougeole-oreillons-rubéole en mettant à disposition gratuitement les vaccins. Plus souvent, les départements sont partenaires des comités de pilotage locaux de la campagne nationale de promotion de cette vaccination, financée par le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire.

Enfin l'intervention des départements dans la lutte contre la tuberculose est quelque peu erratique, certains départements appliquent encore une circulaire de 1972... Mise à part l'intervention dans les établissements pénitentiaires pour laquelle les départements ont à nouveau activement été sollicités en 1993, la politique de lutte contre la tuberculose prend souvent la forme de tests tuberculiques et vaccinations BCG régulièrement proposés dans les écoles.

Au-delà de ces compétences plus ou moins largement interprétées, quelques départements mènent des politiques volontaristes de santé. Celles-ci vont plus souvent concerner l'accès aux soins (carte santé) ou la santé de certaines populations (mère, enfants, adolescents, ... voir le prochain dossier). Cette politique est alors souvent, comme dans les départements de la région parisienne, de longue tradition.

Les régions

Les régions ne sont pas totalement absentes des politiques locales de santé bien qu'elles n'aient pas de compétence particulière dans ce domaine. Rarement promoteurs ou initiateurs, elles sont assez souvent sollicitées comme partenaires financiers. Cet investissement est donc encore plus diffus et difficile à repérer.

On peut citer leur participation relativement fréquente dans le financement des Observatoires régionaux de la santé. On peut relever également l'intérêt que certaines portent à la lutte contre le sida : le conseil régional d'Île-de-France est largement intervenu dans la mise en place du premier centre régional d'information et de prévention du sida dès 1987 (le CRIPS) et le finance encore pour plus de 50 %. Plus récemment des conseils régionaux ont accepté de financer les antennes régionales de sida-info-service, mises en place par l'Agence française de lutte contre le sida, ou encore les quelques systèmes régionaux d'évaluation de la contamination par le VIH mis en place par des ORS et subventionnés par la DGS.

Les politiques d'impulsion de l'État

Les services de l'État, de leur côté, n'ont pas toujours cherché à confirmer le principe des blocs de compétence. Sur certains champs ils ont recherché le partenariat avec les collectivités locales, en particulier par le biais des politiques d'impulsion. L'État sur un champ donné annonce sa volonté d'impulser la mise en œuvre de nouvelles actions (voire de structures) par la mise à disposition de crédits mais pour un financement partiel, les cofinancements devant être recherchés localement. Or ces cofinancements locaux ne peuvent se trouver pratiquement qu'auprès des organismes de protection sociale (fonds d'action sanitaire et sociale,...) ou des collectivités locales. Il revient alors le plus souvent au promoteur d'un projet d'aller lui-même rechercher un soutien financier auprès d'un conseil municipal, d'un conseil général ou d'un conseil régional (parfois les trois), sans que le lien avec une compétence spécifique soit obligatoirement établi. On rejoint alors l'aspect volonté politique d'une collectivité locale de souhaiter s'afficher comme partenaire d'un projet.

On peut prendre pour illustrer ce processus deux exemples : celui de la politique d'observation et de promotion de la santé et celui de la politique de lutte contre le sida.

Observation et promotion

L'observation et la promotion de la santé, tout en étant maintenant différenciées, ont beaucoup de points communs. Elles sont très liées dans leur histoire, ces deux formes d'une même politique de promotion locale de la santé, ont été lancées conjointement par l'État en 1982. Elles ont bénéficié au départ d'un apport de crédits substantiels, qui a, par contre, rapidement diminué. Surtout elles n'ont jamais acquis de fondements juridiques : l'observation ou la promotion de la santé n'existent pas au regard du code de la santé publique (sauf en ce qui concerne la promotion de la santé, dans les missions des établissements hospitaliers). Ce sont deux circulaires de 1985 qui sont généralement considérées comme leur texte de référence (encore que la circulaire du 28 juin 1985 concernant les ORS ait été abrogée par une lettre-circulaire du 22 septembre 1992 en même temps qu'un grand nombre de circulaires).

En 1985, l'État écrit « l'éducation pour la santé ne peut constituer une compétence exclusive soit de l'État, soit de la collectivité territoriale, compte tenu, d'une part de sa nature, d'autre part, du rôle technique spécifique d'un comité d'éducation pour la santé, qui est au service de l'ensemble des partenaires concernés par l'éducation pour la santé. Le financement des comités doit donc continuer à être multiple » (extrait circulaire du 31 octobre 1985 relative aux propositions d'orientation pour la promotion de la santé).

Par la suite les financements de l'État ont d'abord beaucoup diminué, pour finir par se stabiliser en valeur absolue. Le souhait de cofinancements locaux est devenu une exigence, une condition au financement par l'État. À partir de 1990, quand l'État affirme sa volonté de consolider le réseau des comités départementaux ou régionaux d'éducation pour la santé, en finançant des postes d'animateurs ou de conseillers en méthodologie, il ne le fait que partiellement (un demi voire un quart de poste) et temporairement.

Malheureusement on ne dispose pas de statistiques nationales pour connaître la participa-



En Mayenne,

Carrefour santé

L'engagement du conseil général de la Mayenne sur la santé publique, au-delà de ses strictes compétences dévolues par la loi, est relativement récent et encore discret, mais il prend une forme originale : un bulletin trimestriel édité par le conseil général, avec l'aide technique de l'ORS des Pays de la Loire. *Carrefour santé* est un support de communication pour favoriser la collaboration de tous les professionnels de santé, y compris les libéraux, aux démarches de santé publique, pour faire comprendre les structures et l'intervention publiques, pour permettre un retour de l'information.

[Un sommaire pris au hasard \(n° 11, juin 1993\)](#)

Un généraliste pour 1 200 habitants en Mayenne

Assistant (e) maternel (le) : un métier

Naissances 1992

Certificats de santé : résultats 1992

tion des collectivités locales au financement des projets locaux de promotion de la santé. Elle est certainement importante et provient aussi bien des communes, départements ou régions. On peut rappeler l'exemple bien connu de la maison régionale de promotion de la santé, dans le Nord - Pas-de-Calais, structure de coordination essentiellement : le soutien de la région se manifeste financièrement bien entendu, mais plus formellement aussi par la présidence de l'association gestionnaire.

La situation des Observatoires régionaux de la santé a évolué de façon assez parallèle. « En raison de la vocation régionale de l'observatoire, il serait souhaitable qu'en complément du financement de l'État, d'autres participations financières soient recherchées et obtenues, [...] » (extrait circulaire du 28 juin 1985). Les observatoires sont au cœur des conséquences contradictoires de la décentralisation. L'État a voulu qu'ils soient tout à la fois à la base de politiques régionales déconcentrées, tout en étant les têtes de pont d'un dispositif national de connaissance de l'état de santé. Parallèlement il les a engagés à rechercher des financements locaux, les poussant ainsi dans le rôle de prestataires de services des responsables locaux, notamment les collectivités locales.

On ne dispose pas non plus de statistiques nationales sur la part que représentent les subventions des collectivités locales dans le financement des ORS. On sait seulement que, en moyenne, la subvention annuelle de l'État représente environ un tiers du budget des ORS, les autres subventions de fonctionnement entre 10 et 15 %, le reste des recettes provenant de contrats. La participation des collectivités locales intervient par des subventions de fonctionnement mais plus encore par la passation de contrats d'études.

Lutte contre le sida

Pour aboutir à une situation équivalente, l'histoire de l'implication des collectivités locales dans la lutte contre le sida n'en est pas moins très différente. D'une part, l'épidémie du sida dans son ampleur et ses conséquences ne sont apparues qu'après la mise en place de la décentralisation, d'autre part un titre « lutte contre le sida » a été introduit relativement rapidement (en 1987) dans le code de la santé publique. Ce titre ne comporte que deux articles dont l'arti-



En Seine-St-Denis,

la prévention bucco-dentaire

La santé dentaire constitue un problème de santé publique important (3^e fléau mondial selon l'OMS) alors que les moyens de prévention sont connus et ont montré leur efficacité.

Le département de Seine-St-Denis a une longue tradition d'intervention dans le domaine sanitaire et social.

Fort de cette tradition et de son expérience, le conseil général a lancé depuis 1983 un programme de prévention bucco-dentaire dont les résultats apparaissent probants.

En 1983, une première enquête épidémiologique dévoile une situation préoccupante : à 3 ans, 34 % des enfants avaient des caries sur leurs dents de lait ; à 11 ans, en moyenne 5 dents de toute nature étaient cariées ; 71,5 % des enfants atteints n'étaient pas soignés.

En 1984, une mission bucco-dentaire est chargée de la mise en œuvre d'un programme dont l'objectif est une diminution de 45 % des caries en 8 ans.

Les axes de prévention retenus sont simples : le brossage des dents quotidien, la consommation de fluor, des visites régulières chez le dentiste, une alimentation variée et équilibrée.

La mission développe interventions directes et campagne de sensibilisation. Les partenaires privilégiés sont les écoles et les chirurgiens dentistes. Les communes sont sollicitées pour une collaboration et une participation financière.

Le programme s'étend progressivement à de nouveaux publics : femmes enceintes, enfants plus âgés...

Les résultats d'une enquête épidémiologique en 1989 sont très encourageants : 30 % de caries en moins.

cle L 355-22 qui dispose « la définition de la politique de lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine appartient à l'État ». Cette formulation permet à l'État (ou ses satellites) de solliciter largement le partenariat des collectivités locales dans le montage de projets locaux de lutte contre le sida.

En 1989, est créée l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) association financée à 90 % par l'État (le reste provenant du Fonds national de prévention de la CNAM) et dotée dès la première année d'un budget de 80 MF qui a régulièrement fait l'objet d'augmentations substantielles depuis. L'AFLS a lancé plusieurs appels d'offre pour des actions de terrain et le cofinancement des projets a été systématiquement demandé : ainsi sur 227 projets financés

en 1990 et 1991, 76 % ont été cofinancés. Ces cofinancements représentent 46 % du coût total des projets. Mais là non plus on ne connaît pas précisément la part prise par les collectivités locales qui, là encore, peut provenir d'une commune, d'un département ou d'une région.

Depuis 1992, l'AFLS a franchi une nouvelle étape dans l'implication des collectivités locales : elle s'adresse directement (par la voie écrite mais aussi, pour les plus importantes, par relance téléphonique) aux 925 communes de plus de 9 000 habitants pour qu'elles s'associent à l'organisation de la journée annuelle mondiale de lutte contre le sida, en ces termes :

« le soutien des élus aux missions de l'Agence est indispensable pour assurer une diffusion permanente des messages. [...] L'engagement des maires a une dimension essentielle pour rappeler les valeurs de tolérance et de solidarité face aux exclusions qu'engendre la maladie. L'autorité qu'ils exercent sur des institutions ayant compétences sociales ou sanitaires leur permet d'impulser des actions de prévention. » À la suite de quoi, l'AFLS a pu faire valoir, à partir d'un échantillon de 200 communes, les actions de 178 d'entre elles (cf. encadré) ; cet appel direct aux communes est renouvelé pour la journée du 1^{er} décembre 1993. Dans son plan

Journée mondiale de lutte contre le sida, 1^{er} décembre 1992

Les communes s'engagent

Placée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, la journée mondiale de lutte contre le sida a lieu chaque année depuis le 1^{er} décembre 1988.

En 1992, les organisateurs ont souhaité mettre l'accent sur l'engagement des communautés : la communauté, qu'il s'agisse du quartier, de l'école ou du collège, d'une entreprise, d'une association professionnelle ou de réseaux de soutien plus modestes composés de la famille et des amis, est une force particulièrement puissante dans toutes les sociétés, qu'il faut absolument exploiter si l'on veut maîtriser la pandémie de sida.

Dans le cadre de ce thème, l'Agence française de lutte contre le sida a lancé une opération de sensibilisation des maires pour souligner l'importance de la communauté de proximité par excellence : la commune. [...]

Actions menées

La nature et l'ampleur des actions réalisées pour la journée du 1^{er} décembre ont été très variables d'une commune à l'autre.

La ville de Paris par la diversité et l'importance des moyens mis en œuvre occupe une place particulière : campagne multimédia, journées portes ouverte dans les CIDAG, opération « info quartiers », information des scolaires, soutien à des opérations d'associations ou d'institutions, stand au village des associations, implication personnelle du maire. Le manifeste de l'AFLS et ses supports (guide, affiches, cartes postales, livre d'or)

L'événement a été créé pour 35 % d'entre elles autour de ces supports par la signature du livre d'or et la distribution de documents de l'AFLS [...]

Campagnes d'information

Sur la transmission de l'information, 22 % des municipalités ont organisé des conférences-débats sur la prévention et les modes de contamination. [...] Autre mode de sensibilisation du public, des expositions ont été organisées par 15 des communes répertoriées. L'ampleur et les thèmes abordés sont sensiblement différents d'une commune à l'autre. [...] En outre de nombreuses distributions de préservatifs, des ventes parfois, ont eu lieu à l'occasion de la journée mondiale. [...] Le public jeune a également été mobilisé par le biais de projections de films ou d'animations-vidéo. [...] Une banalisation du test de dépistage a en outre eu lieu dans certaines communes. [...] Enfin, certaines communes ont conçu ou soutenu l'élaboration de supports spécifiques. [...]

Événements symboliques

La journée du 1^{er} décembre a été marquée par la tenue d'événements de nature symbolique (concert, jeux,...). [...]

Actions pour pérenniser la lutte contre le sida

La journée du 1^{er} décembre a été l'occasion de lancer des actions de lutte contre le sida destinées à se poursuivre à l'avenir. [...]

(Extraits d'une brochure de l'Agence française de lutte contre le sida)



Au quartier Franc-Moisin Bel-Air (St Denis), **cinq années de recherche-action**

Projet né en 1986, cette recherche-action intégrée par la suite au programme développement social du quartier, avait comme objectifs d'une part la connaissance des pratiques et des problèmes de santé à l'échelle du territoire, d'autre part la recherche des moyens pour optimiser la réponse aux problèmes diagnostiqués.

Recherche-action aux multiples dimensions, elle s'est notamment appuyée sur

- ▶ un partenariat très actif entre les responsables institutionnels, une équipe de recherche, des acteurs de terrain (institutionnels ou libéraux) ;
- ▶ des rencontres régulières avec la population ;
- ▶ une double enquête, épidémiologique et

socio-anthropologique, les deux volets assez indépendants au départ pour croiser les résultats et rechercher une cohérence d'ensemble ;

▶ des groupes de travail : santé mentale, santé des jeunes, suivi des femmes enceintes, accès aux soins, hôpital dans la ville, maison médicale, habitat et santé qui après une étape de questionnement précis, devaient également avancer des propositions d'action concrètes.

Au-delà des premiers objectifs, le groupe de pilotage s'est beaucoup attaché à : *primo* créer les conditions d'une action collective, *secundo* analyser le vécu mais aussi le ressenti, notamment le ressenti largement partagé d'un profond « mal être ».

(« Quartier, démocratie et santé », M. Joubert, F. Bertolotto, P. Bouhnik, éditions l'Harmattan, 1993)

triennal 1993-1995, l'AFLS reprend cette idée : « les collectivités territoriales sont des partenaires privilégiés dans la lutte contre l'infection par le VIH. Plus particulièrement, les communes des moyennes et grandes agglomérations ayant des quartiers défavorisés, les conseils généraux et les conseils régionaux doivent inscrire, tant en moyens humains que financiers, la lutte contre l'infection à VIH au cœur de leur action ».

La participation des collectivités locales dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH relève d'une logique assez différente. Très vite il est apparu, que la prise en charge des patients devait être globale, c'est-à-dire au-delà du suivi médical intégrer une dimension psychologique et sociale. Par ailleurs, l'épidémie touche de plus en plus des populations défavorisées qui, pour certaines, nécessitaient déjà un soutien social. Or l'aide et l'action sociale relèvent largement de la compétence des départements et dans une moindre mesure des communes. C'est à partir de cette analyse que l'État se tourne vers ceux-ci pour être partenaires des services mis en place pour la prise en charge extra-hospitalière des patients infectés par le VIH : hébergement, aide à la vie

quotidienne... L'État cherche à laisser aux services locaux leur responsabilité, tout en ayant un rôle d'impulsion, et en prenant en charge les surcoûts liés au sida.

Ou encore...

Enfin, pour conclure sur ces cofinancements, on relève que l'engagement financier des collectivités locales est parfois la conséquence des contraintes budgétaires de l'État. Ainsi, le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et centres départementaux de lutte contre l'alcoolisme) devrait être entièrement financé par l'État. Mais les dotations budgétaires de l'État ne suffisant plus à leur fonctionnement, ces structures ont elles aussi cherché à diversifier leur financement, en se faisant subventionner des actions précises. Les collectivités locales ont là également été sollicitées. Le rapport du groupe TEN sur ce dispositif (voir dossier d'Actualité et dossier en santé publique n° 4) estime à 12 % la part du budget de ces structures qu'elles financent.

Le volet santé de politiques globales ou transversales

La santé est de plus en plus perçue comme un élément déterminant pour l'insertion et le développement en général. Aussi est-elle de plus en plus présente dans des politiques dont elle n'est pas *a priori* l'objet premier. L'exemple le plus évident est la place qu'elle occupe dans les politiques d'insertion des populations défavorisées (bénéficiaires du RMI, jeunes en difficultés d'insertion). Cet aspect fera l'objet d'un développement dans le dossier 7. Mais elle acquiert également progressivement sa place dans la politique de développement social urbain. On rappellera également sa (modeste) place dans le cadre des contrats État-région.

Contrats État-région

Dans le cadre de la politique de planification et d'aménagement du territoire, l'État au moment de la préparation des plans, négocie des engagements réciproques avec les régions : les contrats État-région. Ces contrats ont plutôt vocation à favoriser le développement économique. Ils n'ont qu'assez peu souvent comporté un volet santé publique. Mais les quelques rares cas méritent d'être relevés parce qu'ils représentent un engagement sur le moyen terme d'une région dans un programme santé. Ainsi dans le X^e plan deux contrats État-région comportaient un volet santé : le contrat avec la région Nord - Pas-de-Calais pour la promotion de la santé et le contrat avec la région Provence - Alpes - Côte-d'Azur pour le financement de l'ORS.

Deux ou trois contrats État-région du XI^e plan vont également inclure un engagement sur le financement de l'ORS.

Mais du côté de l'État, ce type de négociations a ses limites car la DGS ne dispose pas de crédits spécifiques pour ces contrats. Les engagements qu'elle prend, viennent donc consommer d'avance ses crédits d'intervention annuels.



Contrats-ville : la place de la santé

Concevoir un programme d'action pour des habitants et des territoires qui concerne :

- ▶ les services au public
 - l'action sociale
 - **la santé**
 - l'école
 - la culture
 - le sport
 - la police
 - la justice
 - l'intégration des immigrés
 - l'accueil et l'aide à l'insertion professionnelle et sociale
 - la gestion des quartiers au quotidien
- ▶ l'habitat, l'urbanisme et les déplacements
- ▶ l'action économique
- ▶ la prévention de la délinquance

(d'après « les contrats villes » du XI^e plan, dossier ressource, mai 1993)

Politique de la ville

Depuis une quinzaine d'années des plans d'action se sont mis en place pour tenter d'apporter une réponse aux déséquilibres observés dans certains milieux urbains. Programmes « habitat et vie sociale », ou « développement social des quartiers » ou encore « développement social urbain », les plans et procédures se sont succédés pour constituer ce que l'on dénomme communément maintenant « la politique de la ville ». Cette politique ne pouvait ignorer que la santé est un facteur d'insertion et qu'à ce titre, « elle doit être prise en compte dans les politiques de lutte contre l'exclusion et plus spécialement dans les territoires urbains les plus fragiles. » (Santé et développement social urbain, outils et méthode).

La délégation à la ville et au développement social a donc cherché à favoriser le développement d'un volet santé dans ces programmes : circulaires conjointes avec le ministère des Affaires sociales (circulaires du 7 septembre 1989 et du 23 mars 1991), rencontres nationa-

les, supports méthodologiques, formation (séminaire ville et santé)... et quelques initiatives locales peuvent être montrées en exemple.

Pourtant les premiers bilans montrent que la santé est encore un domaine négligé dans ces opérations. Deux études, entre autres, nous éclairent sur ce point. La première étude a été commanditée par la préfecture d'Île-de-France et réalisée par l'association *Santé et communication* (cette étude est parue en janvier 1993 mais les entretiens ont été réalisés en 1991). Cette étude « de repérage », à partir de l'analyse du discours des élus, chargés municipaux de la santé et chefs de projets, nous renseigne sur la faiblesse et l'inadéquation des réponses apportées aux besoins de santé exprimés. Les problèmes de santé repérés concernent la toxicomanie, l'abus d'alcool, le sida, la malnutrition (très souvent citée)... mais aussi l'isolement, le déséquilibre affectif, le « mal de vivre ». Face à ces besoins plus ou moins bien définis, les intervenants des projets ont des difficultés à trouver les réponses. Les actions santé, quand elles existent, sont souvent ponctuelles et marginales. Elles sont thématiques (sida, toxicomanie,...) ou ciblées sur une population (les enfants, les jeunes, les femmes,...) et les équipes DSU en ont rarement pris l'initiative même si elles les soutiennent quand elles sont en cours. Le manque d'information des responsables, la difficulté de travailler en partenariat, la faible participation des habitants (« les usagers ») expliqueraient ce manque de prise en compte.

La deuxième étude a fait un constat proche mais s'est plus attaché à en rechercher les causes. Il s'agit d'un rapport écrit par des étudiants de l'ENA en 1992. Dans le constat ils relèvent des pathologies non spécifiques mais plus graves et plus fréquentes, des conditions de vie défavorables, des problèmes d'insertion, des difficultés d'accès aux soins. Quant aux obstacles, les auteurs ont identifié : des obstacles liés à la nature du sujet (difficultés de définir des objectifs, d'évaluer, manque de visibilité immédiate des résultats), le cloisonnement, voire le clivage, entre les services et le foisonnement des acteurs de la santé qui rend difficile le travail en partenariat et la coordination, le mode d'intervention des acteurs institutionnels (le faible poids des DRASS et des DDASS par rapport à d'autres services, notamment les DDE, l'absence des services du conseil général, des bureaux d'études à compéten-

ce urbanistique,...), enfin le manque de participation des habitants.

On peut ajouter à cette liste d'obstacles, l'absence de crédits spécifiques : alors que les autres ministères apportent leur obole dans l'enveloppe globale des crédits affectés à ces opérations, le ministère des Affaires sociales n'a pu intervenir qu'à la marge par le financement, via ses services extérieurs, d'actions tout à fait ponctuelles.

Aujourd'hui, les contrats de ville remplacent ces anciennes procédures et deviennent le protocole unique d'engagement entre l'État et les collectivités locales pour la durée du XI^e plan. La santé est explicitement citée dans le contenu des contrats, dans le volet « services au public » (voir en annexe un extrait de la fiche thématique du dossier-ressources de la Délégation interministérielle à la ville).

Le ministre des Affaires sociales est également ministre de la Ville et la Délégation interministérielle à la ville lui est rattachée. Ceci peut être considéré comme un signe favorable pour une meilleure prise en compte des problèmes de santé dans ces nouveaux contrats de ville. ■



**Le second
volet de ce
dossier
paraîtra le
15 juin 1994**