

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 étiolée ?

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 :

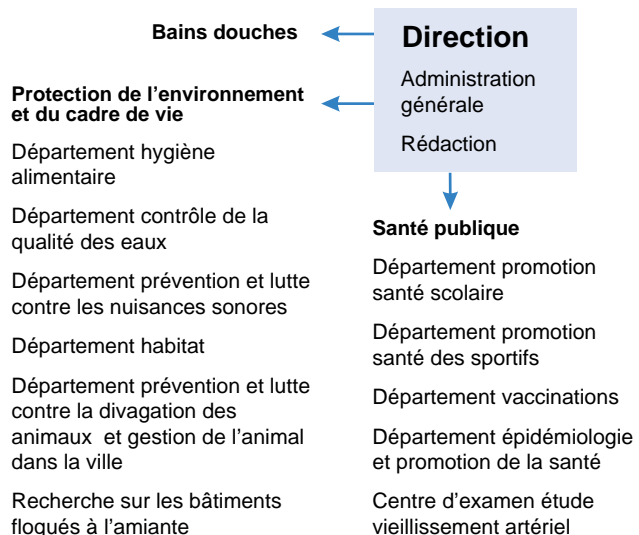
- connaître précisément et immédiatement la situation vaccinale des générations sous surveillance,
- améliorer la couverture vaccinale,
- modifier le comportement vaccinal de la population.

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 tuberculitiques 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**

Le temps des clarifications

L'État a toujours affirmé sa prédominance en matière de santé publique. Il est donc assez paradoxal à première vue de s'interroger sur les relations entre santé publique et collectivités locales. Le paradoxe est d'autant plus grand qu'aux termes des lois de décentralisation, l'action sanitaire relève pour l'essentiel du domaine de compétence de l'État et du financement de l'assurance maladie. Hormis le texte très général de l'article 59 de la loi du 2 mars 1982 qui mentionne que le conseil régional a compétence « pour promouvoir le développement économique, social, *sanitaire*, culturel et scientifique de la région », la décentralisation n'a confié aux régions pratiquement aucun rôle dans ce domaine. Seuls les départements et, à un moindre degré, les communes ont gardé quelques responsabilités en cette matière, fruits de l'histoire et des habitudes plutôt que d'une réflexion construite. Mais depuis la mise en œuvre de la décentralisation, le panorama de la santé publique a beaucoup changé en France et, par la force des choses, le regard des élus et de la population.

Un transfert de services et d'actions sans logique d'ensemble

La plupart des missions transférées au département en 1983 (aide médicale, protection maternelle et infantile, vaccination, lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes...) paraissent

saient à l'époque pour nombre de personnes relever davantage du passé que de l'avenir. En effet, la généralisation de la couverture en cas de maladie, l'élévation du niveau de vie, l'augmentation importante de l'offre de soins, les succès dans la lutte contre les maladies infectieuses pouvaient laisser croire que de tels dispositifs d'assistance n'étaient plus nécessaires ou le seraient de moins en moins. Cette opinion était souvent confortée par une baisse de la clientèle et de l'activité des structures concernées. Ce relatif désintérêt explique sans doute en partie pourquoi le transfert des compétences dans ce domaine paraît relever d'un transfert de services plutôt que d'un transfert de missions obéissant à une véritable démarche de santé publique. A cet égard, le titre des trois premiers chapitres de la section 4 de la loi du 22 juillet 1983 sont éclairants : « des prestations », « des services », « des structures et des procédures ». Aucun n'évoque les missions ou les objectifs de l'action départementale ou municipale.

Il n'est donc pas étonnant que la décentralisation ait pu aboutir à des choix peu conformes aux véritables nécessités de la santé publique comme la coupure entre PMI et santé scolaire, la première de ces activités relevant du département et l'autre de l'État, et la disparition des services unifiés de l'enfance là où ils existaient. Il n'est pas non plus étonnant que ce manque de vision globale s'accompagne de la détermination de compétences dépassant parfois largement la vocation et les possibilités réelles d'action des départements. Ainsi, l'article 37 de la loi du 22 juillet 1983 précise que le département est responsable et assure le financement du « dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades » ! C'est en vertu de cette disposition que plusieurs départements se sont engagés dans des actions de dépistage de masse de certains cancers, sein en particulier. Ces actions sont parfois coordonnées avec d'autres structures comme l'assurance maladie, mais découlent aussi d'initiatives locales pas toujours validées scientifiquement.

La décentralisation n'a pas été l'occa-

sion de redéfinir la démarche de santé publique à adopter dans les domaines de compétences transférés aux départements. La lutte contre la tuberculose ou les maladies vénériennes en sont de bons exemples. Les départements se sont ainsi trouvés le plus souvent démunis, hésitant entre le maintien en l'état de ce type d'activités, plus par habitude que par conviction, ou leur suppression.

L'émergence d'un contexte favorable à une démarche de santé publique

Au cours des années récentes, plusieurs facteurs nouveaux ont obligé les collectivités locales à redéfinir la place de la santé dans leur politique. Premier de ces facteurs, l'irruption du sida a conduit, là comme ailleurs, à des changements importants. C'est ainsi que la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et maintenant la lutte contre la tuberculose ont pris une dimension nouvelle, actuelle. La suppression de ces activités n'est plus à l'ordre du jour, mais au contraire leur adaptation aux nouvelles réalités épidémiologiques.

L'aggravation de la situation économique s'est traduite par des difficultés grandissantes dans l'accès aux soins de populations de plus en plus nombreuses. Le rôle de l'aide médicale s'est trouvé considérablement renforcé et les départements apparaissent comme un élément central du maintien de la justice sociale dans ce domaine. Mais les réflexions conduites lors de la mise en place et de l'évaluation du RMI ont conduit les collectivités locales à adopter une vision de leur action plus positive et dynamique que celle de l'assistance. Responsabilisation, prévention, réinsertion sont désormais les fondements de l'intervention du département. En la rendant obligatoire, la loi instaurant le RMI a légitimé, s'il était nécessaire, le principe de l'évaluation. Enfin, la complexité des problèmes à résoudre pour aboutir à des mesures efficaces a rendu incontournable le recours au partenariat. Réponse aux besoins de la population, détermination d'objectifs,

évaluation, partenariat, autant d'éléments fondamentaux de toute culture de santé publique.

Souvent peu ou pas considérés au départ, la prise en compte des problèmes de santé est également apparue comme une dimension très importante de toute politique sociale, voire même comme un préalable à toute action dans ce domaine. Cette prise de conscience a concerné les activités d'insertion en faveur des bénéficiaires du RMI, mais aussi la politique de la ville et le développement social des quartiers. La santé publique est ainsi davantage perçue comme une approche utile à l'action et moins comme une réflexion certes intéressante sur le plan intellectuel mais peu concrète en pratique.

Le développement de la sensibilité écologique a également conduit de nombreuses collectivités locales à s'intéresser plus activement aux problèmes d'environnement et de qualité de la vie. La relation entre ces aspects et l'état de santé est souvent évoquée. Les villes ont été très actives dans ce cadre comme en témoigne la création et l'extension du réseau « ville-santé ».

Enfin, le débat sur la sécurité transfusionnelle a contribué à faire de la santé publique un enjeu politique, au sens fort du terme. Certes la santé a toujours fait partie des préoccupations des Français. Mais les événements récents ont fait prendre conscience de la fragilité de certaines situations et de certains acquis. Malgré une mobilisation sans précédent des moyens, ils ont montré les limites de l'action thérapeutique et ont remis au goût du jour le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir », d'autant plus que les moyens de guérir se font attendre.

Pour une mission d'animation et de coordination des actions de prévention et de promotion de la santé

Pour se développer et s'affermir, cette nouvelle sensibilité des collectivités locales doit pouvoir s'appuyer sur une mission générale plutôt que sur des compé-

tences ponctuelles, sans liens entre elles et ne s'inscrivant pas dans un schéma d'ensemble. Cette structuration du domaine n'a pas véritablement eu lieu lors du transfert des compétences, on l'a dit. Il paraît évident qu'elle suppose au préalable la définition en France d'une stratégie de santé publique à la fois ambitieuse, cohérente mais aussi réaliste et pragmatique. Le contexte actuel est favorable à une telle démarche. A cet égard, l'intervention du Haut Comité de la santé publique devrait être déterminante.

Quel pourrait être l'action des collectivités locales en santé publique ? Plutôt que de raisonner en services spécifiques, il serait souhaitable que prévention des facteurs de risque et promotion de la santé constituent une préoccupation explicitement présente dans toutes les politiques menées par les collectivités locales pour en augmenter l'efficacité et l'utilité. Une telle démarche, menée au quotidien avec les partenaires de terrain, concernerait aussi bien l'enfance et la famille que les personnes âgées, les adultes handicapés, les adultes en difficulté mais encore les jeunes de 16 à 25 ans ou les personnes en formation, etc. Pourquoi alors ne pas confier aux collectivités locales un rôle d'animation et de coordination dans ce domaine où les initiatives se multiplient actuellement de façon non structurée, souvent redondante et pas toujours efficace ?

Bertrand GARROS, ■

Directeur de l'ORS d'Aquitaine,
Membre du Haut Comité de la santé
publique

Les départements

Acteurs de santé publique ?

L'intervention des départements en matière de santé publique repose sur les textes organisant les transferts des compétences.

Aux traditionnelles missions en matière de vaccination publique, prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du cancer, de la tuberculose et même de la lèpre, on doit ajouter les missions exercées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, les actions de dépistage en milieu pénitentiaire.

Enfin, il convient de ne pas oublier, à travers les pesantes (bien qu'en cours de rénovation) procédures d'aide médicale, le rôle des départements dans l'accès aux soins des personnes démunies. L'action gérontologique et les développements à venir y tiennent également une place.

La pertinence des réseaux : les départements à leur place

Évaluer le rôle d'un acteur en matière de santé publique revient à établir dans quelle mesure il est reconnu comme légitime dans ses moyens d'intervention (collecte et analyse de l'information, moyens mis en œuvre sur le plan technique et humain, densité de la présence sur le terrain) et susceptible de contribuer à un rapprochement des acteurs.

Sur le fondement de ses critères, la dévolution aux départements de l'exercice des compétences en matière de protection maternelle et infantile (PMI), paraît correspondre à un positionnement pertinent des Conseils généraux.

Parce que les départements gèrent la collecte des certificats de santé postnataux et leur analyse, les certificats de décès infantile, la vaccination ; parce qu'ils mettent en œuvre avec un maillage fin sur le territoire départemental des professionnels compétents en relation constante avec les autres professionnels des Conseils généraux en charge de l'aide sociale

à l'enfance et du service social départemental, notamment sur la protection de l'enfance en danger ; parce qu'ils agréent, contrôlent les divers modes de garde de la petite enfance, les départements ont pu se constituer leur propre légitimité, fournissant une contribution essentielle au traitement, en termes de santé publique, des problèmes médico-sociaux liés à la périnatalité et à la petite enfance.

Cette légitimité s'est aussi forgée à travers leur place dans le réseau des principaux intervenants du secteur.

Avec les hôpitaux, les centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP), les écoles maternelles, les structures de gardes et parfois avec les professionnels libéraux, les relations établies permettent de considérer ici les départements comme des acteurs à part entière.

C'est ainsi qu'est évoqué de plus en plus comme possible le rattachement des services de santé scolaire aux Conseils généraux.

Le fait même que le principe d'un tel transfert puisse être envisagé constitue une forme de reconnaissance du rôle effectif joué par la PMI.

La pertinence du rôle joué par les départements peut également apparaître à travers des missions au contenu plus administratif mais dont le fond est essentiel en termes de santé publique dès lors qu'il s'agit, en l'occurrence, de l'accès aux soins des populations démunies.

Aujourd'hui, l'aide médicale est appelée à jouer un rôle important comme « mutuelle des plus démunis ».

C'est à partir des expériences menées à partir de 1989 dans plusieurs départements (cartes santé pour les bénéficiaires du RMI notamment) qu'a été promulguée la loi du 29 juillet 1992 modernisant en profondeur l'aide médicale dans ses procédures, l'améliorant dans les modalités d'ouverture des droits, élargissant le champ des prestations couvertes, développant la couverture sociale de base (assurance personnelle des jeunes de 18 à 25 ans).

Là encore le réseau de santé publique existe : les communes, lieu de dépôt privilégié des dossiers, échelon de proximité, le département gestionnaire des droits et ses équipes de travailleurs médico-sociaux pouvant orienter le bénéficiaire dans ses demandes et dans une meilleure prise en compte de sa santé, les professionnels de santé, les caisses de sécurité sociale gestionnaires des paiements par convention ; l'ensemble permettant une action cohérente.

Cette réponse, suite des rapports Oheix, Wrezinski et Revol, était socialement nécessaire en même temps qu'elle répond à une exigence de prévention sanitaire (il faut se rappeler qu'avant cette loi, hormis les cas d'urgence, il fallait que le demandeur prouve son besoin de soins par un état de maladie dûment consta-

té !).

Ces deux exemples sont caractéristiques de la capacité des collectivités départementales à intervenir en santé publique. Ici les conseils généraux sont positionnés de façon compatible avec la gestion d'actions de proximité, mettant en œuvre un savoir-faire spécifique, légitimés dans un rôle essentiel vis-à-vis des divers partenaires.

Tel n'est cependant pas toujours le cas.

La santé morcelée : de la gesticulation au désengagement

Les compétences institutionnelles des départements se trouvent également dans la prévention et le dépistage de la tuberculose, des MST, du cancer. Pour ces deux premières pathologies, cette mission s'exerce en outre dans les établissements pénitentiaires.

Dans le dispositif français de santé publique, quelle justification, autre que celle édictée par la tradition administrative, peut-on aujourd'hui trouver à une intervention, supposée efficace, des départements dans ces domaines ?

S'agissant de la prévention et du dépistage de pathologies qui pèsent lourd (voir la recrudescence de la tuberculose) du point de vue sanitaire, économique, social, les départements sont virtuellement hors course.

En effet, le réseau de santé publique peut mobiliser des moyens autrement considérables et (pourquoi pas ?) efficaces. L'État, l'assurance maladie (avec notamment le fonds national de prévention), les structures hospitalières, le Comité français d'éducation pour la santé et ses relais locaux, les professionnels de santé mettent en œuvre des ressources humaines, techniques, financières et de communication qui sont susceptibles d'irriguer le tissu social du plan national au plus petit niveau de proximité, abstraction faite du rôle — minime — dévolu aux départements.

Ce ne sont pas les capacités intrinsèques des départements qui sont en cause, c'est plutôt le caractère artificiel de la répartition des compétences en matière de prévention sanitaire.

D'un côté, ces missions pour les départements, de l'autre, pour l'État, l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida.

Or la tuberculose est aussi une affection opportuniste du sida, le sida est aussi une MST, l'alcoolisme est aussi cause de cancer...

A la confusion peut alors s'ajouter la disproportion des moyens entre les uns et les autres. D'où les risques de gesticulation ou de désengagement de la part des départements.

Gesticulation il peut y avoir, tout comme il peut y avoir gesticulation de la part d'un État sur la scène

internationale : on montre que l'on existe, puisque l'on n'a pas les moyens réels d'agir.

Le contenu de ces gesticulations départementales n'est pas nécessairement à remettre en cause, pas plus que leur portée politique locale ; ce qui est en question, c'est leur portée en termes de santé publique c'est-à-dire de réponse globale en matière d'observation et de surveillance, de prévention, d'organisation des soins.

Quelle en est la cohérence, quelle en est la portée, faute d'une implication plus grande des autres partenaires, ou lorsqu'il existe un risque de contradiction ou d'absence de suivi par rapport à des actions de portée nationale ?

Au-delà des gesticulations, le désengagement peut également se manifester là où notamment les départements ont le sentiment de n'exercer leur mission que « pour ordre ».

C'est le cas notamment en matière de dépistage de la tuberculose ou de MST dans les établissements pénitentiaires. Le récent rapport du HCSP faisant le point sur la santé en milieu pénitentiaire a rappelé les lacunes de son organisation au plan global, y compris départemental.

Sans vouloir à tout prix justifier le peu d'implication des départements dans ce domaine, il est explicable par plusieurs éléments.

L'extrême volatilité de cette population dont les attaches locales sont évidemment aléatoires, l'absence de compétence des départements pour le suivi de ces populations, l'enchevêtrement des compétences administratives, la non-maîtrise des informations épidémiologiques.

Si les départements peuvent ici participer à une mission de santé publique, c'est plus sur le registre de la couverture médicale complémentaire (aide médicale). Le rapport du HCSP le rappelle.

Enjeux financiers et légitimité : les conditions d'une action pérennisée des départements en matière de santé publique

En cette période où les finances publiques connaissent de grandes difficultés, il semble que l'on ait recours facilement à la politique du « mistigri », en matière d'exercice des missions et des financements y afférents.

Si ce jeu est en quelque sorte « naturel », il ne doit pas empêcher d'appréhender un certain nombre de données.

Parmi celles-ci, la légitimité de l'intervention des départements par rapport au réseau dans lequel ils évoluent et leur rôle doit amener à poser la question de la réintégration dans la sphère « nationale » des missions de prévention et de dépistage, hormis ce qui

touche à la PMI et à la petite enfance. Lorsque l'on sait que ces missions engagent actuellement moins de 2 % des 60 milliards que consacrent les départements à leur action sociale, on voit que l'enjeu financier n'est pas à la hauteur des gains de « productivité » que l'on pourrait en escompter pour la santé publique.

Positionner les départements sur le volet sanitaire de l'enfance et de la jeunesse est susceptible de constituer une mission en soi, pour laquelle les départements sont bien placés et bien « outillés ».

La question de l'aide médicale et ses enjeux a été déjà évoquée. Sa dimension financière doit en être mesurée par anticipation pour garantir la pérennité du système et l'égalité des plus démunis sur le territoire, pour éviter la trop fameuse « médecine à deux vitesses » voire à trois vitesses, si des inégalités entre départements se développent.

L'aide médicale est financée sur une assiette locale - la fiscalité locale - et les budgets locaux, présentés en équilibre, ajustent en matière de dépenses obligatoires d'aide sociale, leurs dépenses par l'impôt, département par département.

Or si les difficultés sociales perdurent, si l'assurance maladie réduit son niveau de couverture, si les couvertures complémentaires se renchérissent (ces trois « si » n'étant nullement hypothétiques), les départements auront le plus grand mal à équilibrer en temps réel de telles dépenses alors croissantes.

L'assurance maladie n'équilibre pas ces dépenses-recettes au plan local, « l'équilibre » se réalise au plan national, les organismes de couverture complémentaire équilibrent par une hausse des tarifs ou une diminution des prestations, les départements équilibreront par l'impôt, car on voit mal comment, s'agissant de personnes très démunies, ils pourront arbitrer sur la dépense.

Quid alors des départements où la précarité (chômage, RMI) est forte, où la part des personnes âgées à faible revenu (agriculteurs notamment) est grande, où la densité médicale est forte ?

Le problème est, à terme, de taille si l'on veut éviter que la couverture sanitaire des populations fragiles, essentielle en termes de santé publique, ne fasse l'objet d'arbitrages régulateurs trop aveugles.

Ces enjeux seront retrouvés à l'identique dans un domaine où l'action des départements a d'ores et déjà toute sa place et qui fera l'objet d'un prochain débat parlementaire : la prévention de la dépendance, l'accompagnement de celle-ci, et l'action gérontologique.

Seule une clarification durable des « règles

jeu » permettra aux départements de continuer à jouer un rôle actif.

Thierry DIEULEVEUX

Membre de l'IGAS,

Directeur général-adjoint,

chargé de la solidarité départementale,

Conseil général de l'Hérault

L'exemple de Nantes

Confiée à une direction dont la composition, l'organisation et les missions ont fait l'objet de remaniements structurels profonds en 1990, la mise en œuvre des politiques de santé publique et de protection de l'environnement pour partie, revêt à Nantes un certain nombre de caractéristiques qui ne traduisent sans doute pas que le phénomène de l'évolution des mentalités, des cultures et des techniques propres à ces champs en pleine mutation.

Les services municipaux chargés du domaine de la santé publique sont la plupart du temps les anciens « bureaux municipaux d'hygiène » dont un certain nombre furent créés avant même la publication de la charte de la santé de 1902 qui en généralisait l'existence, et qui ont fait peau neuve à l'occasion de la décentralisation pour devenir les services communaux d'hygiène et de santé en 1983. La décentralisation n'a pas apporté au niveau des villes de compétences particulières en matière de santé et, légalement, les villes qui possédaient un BMH ont conservé les attributions réglementaires qui leur sont attachées. À ces dispositions il convient d'ajouter les conséquences de l'exercice des pouvoirs de police générale conférés aux maires par le code des communes, et dont la définition laisse en fait toute latitude aux élus locaux pour développer des politiques de santé très actives, sous réserve qu'ils en assument la charge.

Un certain nombre de services à vocations sanitaire ou médicale (hygiène scolaire, dispensaires...) créés dans les com-

munes avant leur généralisation nationale, continuent à fonctionner faisant parfois l'objet de subventions de fonctionnement en général sans commune mesure avec la charge supportée par la commune.

La proximité des décideurs, les caractéristiques intrinsèques de la collectivité génèrent des résultats très variables en matière de services de santé communaux.

Les élus locaux sont confrontés depuis ces dernières années à l'apparition ou à l'exacerbation de fléaux sanitaires et sociaux auxquels ils sont obligés de faire face en partenariat ou seuls, acceptant alors délibérément la compétence sans le transfert de charges équivalent.

Parallèlement, la sensibilité croissante à la protection de l'environnement et du cadre de vie fait émerger une culture nouvelle reposant sur une réflexion plus globale, un concept d'écologie urbaine.

Mais si la construction théorique et le discours progressent, il n'en est pas tout à fait de même dans la pratique et le travail transversal se révèle un exercice délicat, fragile, sans cesse remis en cause.

Les champs de compétences obligatoires et les initiatives locales se recomposent actuellement pour répondre aux aspirations formulées, ressenties ou rigoureusement analysées des usagers.

La situation actuelle de la ville de Nantes résulte des considérations précédentes caractérisée par une forte évolution vers une approche globale et communautaire des différents types de problèmes, de l'évolution historique de services, de l'alternance politique et de l'organisation des délégations confiées par le Maire à ses adjoints et de la nature des relations qui s'établissent entre les élus, les agents ayant en charge la mise en œuvre des missions et l'administration générale de la ville.

Évolution historique des services

La ville de Nantes a créé en 1894 son premier « bureau municipal d'hygiène ». Les missions de celui-ci n'ont cessé d'évoluer pour s'adapter à la fois aux compétences légales et à la réalité communale.

Entre les deux guerres, la ville crée un service municipal de santé scolaire délibérément conservé depuis 1945 du fait de la qualité des services rendus et ce malgré la charge financière dont environ 90% revient à la ville.

Aujourd'hui, l'accent est mis sur un département « promotion de la santé en faveur du grand public », pilote des actions transversales diligentées en faveur de l'ensemble de la population et mises en œuvre selon les publics et les thèmes avec les partenaires concernés.

L'alternance politique et l'organisation des délégations confiées aux adjoints par le Maire

Conséquences directes de la nature de la collectivité territoriale, celles-ci entraînent souvent une remise en cause des choix et des moyens, elles ont cependant l'avantage de favoriser les échanges entre les élus et les fonctionnaires et donc de rapprocher les décideurs et les acteurs. Actuellement, la DPESP travaille avec trois adjoints ayant respectivement les délégations « Santé, Prévention » ; « Salubrité et hygiène générale » ; « Environnement dont lutte contre les nuisances sonores ».

Ce découpage des délégations complique sensiblement l'approche globale et la conception complémentaire des actions conduites, pérennise un certain degré de cloisonnement et fragilise la visibilité globale de la Direction perçue comme dispersée et parcellisée. Il est donc nécessaire de rappeler régulièrement le postulat qui a prévalu à la constitution de la direction dans sa structure actuelle en 1990 à savoir que la protection de la qualité du cadre de vie et de l'environnement n'a de légitimité que si sa finalité est exprimée à travers la notion de protection de la qualité de la vie et donc de la santé.

Les relations qui s'établissent entre les élus, le directeur et l'administration générale de la ville sont également déterminantes : l'organisation et la gestion de la direction, les orientations proposées et discutées avec les décideurs s'appuient sur le choix d'une définition active et

participative de la santé conçue comme la capacité de l'homme à s'adapter à son environnement.

La direction se positionne comme un service d'aide à la décision, y compris dans le domaine strictement réglementaire, ce qui se concrétise par une relation étoffée et soutenue entre les décideurs et les acteurs locaux, une analyse des besoins exprimés par l'intermédiaire des élus, et une définition conjointe de programmes sur propositions des techniciens, suivie d'évaluations de la pertinence des choix et des actions.

À Nantes, la direction est confiée à un médecin de santé publique dont les fonctions sont à la fois d'être le conseiller technique et scientifique du maire dans le champ de compétences qui lui a été défini et le manager d'une direction regroupant 50 agents très qualifiés et très responsabilisés.

Certains travaux épidémiologiques tels que l'élaboration et la mise à jour d'un tableau de bord de la population nantaise sont préférentiellement confiés à l'Observatoire régional de la santé dans le souci d'éviter les redondances et de maintenir des liens fonctionnels solides entre les deux structures.

Le rôle de la direction, fortement déterminé par les moyens financiers et humains attribués, consiste surtout à intervenir comme initiateur et pilote d'opérations dont la pérennité reposera ensuite sur des acteurs-relais, la direction n'intervenant plus alors que pour vérifier la poursuite des actions, veiller au maintien de la qualité des messages et évaluer les résultats sur le court et le long terme. Des actions ponctuelles à forte visibilité médiatique mais à faible rendement auprès de publics cibles, complètent ces interventions.

La direction de la santé doit en outre se positionner activement comme un partenaire obligé mais non exclusif et négocier une place qui n'est pas toujours implicite, notamment dans les dispositifs mis en place pour faire face aux conséquences de la dégradation de la situation socio-économique.

Organisé autour de deux départements principaux : « hygiène du milieu, cadre

de vie » et « santé publique », le travail de la direction obéit à un objectif fondamental de prévention primaire, privilégiant l'information a priori, l'éclaircissement et la simplification des procédures pour les usagers, la complémentarité des interventions avec les partenaires institutionnels et associatifs.

La thématique forte qui prévaut actuellement dans l'organigramme permet aux différents responsables de s'inscrire clairement dans un secteur, tout en s'efforçant de bâtir les actions dans une démarche globale et transversale.

En conclusion, la politique développée à Nantes dans le domaine de la protection de l'environnement et de la santé publique s'inscrit dans une longue évolution historique. Elle traduit l'attention accordée par les élus à l'évolution locale urbaine et sociale, à la transformation des sensibilités et des cultures et la volonté d'y apporter des réponses globales.

L'incitation à la démarche partenariale y est particulièrement forte impulsant une forte dynamique de réseau, concrétisée notamment par l'adhésion de la ville de Nantes au réseau cités-santé de l'Organisation mondiale de la santé.

Elle résulte aussi de la complémentarité des points de vue entre le pôle politique et les techniciens qui interviennent à la fois au niveau de l'aide à la décision et de l'exécution des programmes retenus. ■

Docteur Véronique Héraud

Directeur du service de l'environnement et de la santé publique de Nantes, Présidente de l'Association nationale des médecins directeurs de services communaux d'hygiène et de santé



S

E

X

E

N

N

A

Sommaire

- XXX Répartition des communes
- XXXVII Indicateurs *ville en santé*
- XXXI Livre I du code de la santé publique
- XXXVIII Les contrats ville dans le XI^e Plan
- XXXII Circulaire sur les règles d'hygiène
- XL Bibliographie Adresses utiles

Répartition des communes par régions et strates démographiques

Nombre de communes par strates démographiques

Régions (France métropolitaine)	<1 000	1 000-5 000	5 000-20 000	20 000-50 000	50 000-100 000	>100 000	Total
Alsace	612	245	36	3	1	2	899
Aquitaine	1 818	388	62	18	3	1	2 290
Auvergne	1 068	208	28	5	0	1	1 310
Bourgogne	1 795	201	39	7	1	1	2 044
Bretagne	625	563	72	5	2	2	1 269
Centre	1 413	361	58	6	2	2	1 842
Champagne-Ardenne	1 762	144	22	5	2	1	1 936
Corse	323	33	2	1	1	0	360
Franche-Comté	1 615	147	20	2	1	1	1 786
Île-de-France	634	319	186	116	24	2	1 281
Languedoc-Roussillon	1 179	305	53	4	1	3	1 545
Limousin	616	115	14	1	0	1	747
Lorraine	1 946	302	76	9	1	1	2 335
Midi-Pyrénées	2 653	308	49	7	1	1	3 019
Nord - Pas-de-Calais	954	413	151	25	5	1	1 549
Basse-Normandie	1 575	208	25	5	0	1	1 814
Haute-Normandie	1 172	197	42	8	0	2	1 421
Pays de la Loire	868	550	74	6	3	3	1 504
Picardie	1 975	278	32	5	2	1	2 293
Poitou-Charentes	1 136	298	24	4	3	0	1 465
Provence - Alpes-Côte-d'Azur	573	254	102	25	5	4	963
Rhône-Alpes	1 996	710	140	26	3	4	2 879
Nombre de communes	28 308	6 547	1 307	293	61	35	36 551
Nombre d'habitants	9 344 545	13 391 165	12 060 375	9 103 113	4 114 819	8 601 138	56 615 155
	16,51 %	23,65 %	21,30 %	16,08 %	7,27 %	15,19 %	
		34 796 085			21 819 070		
		61,46 %			38,54 %		

Source recensements et état civil, 1990

Livre I du code de la santé publique

Liste des articles mentionnant le maire, ses services, ou le conseil municipal, ou bien le département

Art. L 2	pouvoir réglementaire des maires	Art. L 33	possibilité pour la commune de percevoir une redevance pour le raccordement d'un immeuble au réseau d'assainissement	nicipal et observation du maire sur un arrêté préparé par le préfet déclarant l'insalubrité de locaux d'habitation	
Art. L 3	possibilité pour les communes de s'associer	Art. L 34	intervention de la commune pour mise en service d'égouts	Art. L 43-1	avis du maire avant injonction du préfet à propos de locaux présentant un danger pour la santé ou la sécurité de leurs occupants
Art. L 14	mesures de désinfection mises à exécution par les soins de l'autorité municipale pour les villes de 20 000 ha et plus par les soins d'un service départemental pour les autres.	Art. L 35-1	contrôle par la commune de la conformité des installations (égouts)	Art. L 44	mise en demeure d'une commune d'effectuer des travaux d'assainissement, en cas de mortalité excessive liée à un problème d'assainissement
Art. L 17	arrêté du maire pour constater l'urgence en cas d'épidémie	Art. L 35-3	possibilité pour la commune d'intervenir d'office	Art. L 48	infractions constatées par des officiers et agents de police judiciaire
Art. L 22	responsabilité de la « collectivité intéressée », avec le concours du bureau d'hygiène, dans le contrôle de qualité de l'eau potable distribuée.	Art. L 35-4	possibilité pour la commune de se faire verser par le propriétaire une partie de frais d'installation	Art. L 50	services départementaux de vaccination
Art. L 25-2	obligation de déclaration à la mairie de l'ouverture ou de l'aménagement d'une piscine ou baignade ouverte au public	Art. L 35-8	autorisation donnée par « la collectivité » propriétaire pour le déversement d'eaux usées		
Art. L 26	conclusion du « directeur du service municipal chargé de l'hygiène de l'habitation », quant à l'insalubrité d'une habitation	Art. L 35-10	accès des agents du service d'assainissement aux propriétés privées pour contrôle		
Art. L 28	constatation par le maire (ou « l'autorité sanitaire ») que les mesures appropriées ont été prises pour remédier à l'insalubrité d'un immeuble.	Art. L 36	possibilité pour la commune de provoquer la déclaration d'insalubrité d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles, d'un îlot ou d'un groupe d'îlots		
Art. L 30	saisie par le maire du juge des référés pour autoriser l'exécution d'office de travaux	Art. L 37	insalubrité « dénoncée » par une délibération du conseil municipal		
		Art. L 40	saisie par le maire, ou à défaut le préfet, du juge des référés pour autoriser l'exécution d'office de travaux		
		Art. L 42	délibération du conseil mu-		

NB Cette liste tout en étant exhaustive par rapport au titre I du CSP n'est qu'indicative par rapport aux compétences du département et de la commune. Quant à la commune, notamment, il convient de garder à l'esprit que : l'intervention du maire parfois mentionnée l'est au titre des attributions qu'il exerce en tant que représentant de l'État ; que le code des communes contient de nombreuses références également à ses attributions en matière de salubrité publique.

Règles d'hygiènes

Circulaire du 14 juin 1989

Circulaire DGS/PGE/1B n°927 du 14 juin 1989
Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale

à

Messieurs les préfets des régions
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales,
Madame et Messieurs les préfets des départements
Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

OBJET : Règles d'hygiène : Application des dispositions des articles L 1, L 2, L 48, L 49, L 772 du code de la santé publique.

Dans le domaine des règles d'hygiène, les lois de répartition des compétences ont eu pour objectifs essentiels :

- de mettre fin aux financements croisés entre l'État et les collectivités locales (départements et communes) pour le fonctionnement des services chargés du contrôle des règles d'hygiène ;
- de donner clairement à l'État compétence en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène sans préjudice de l'application d'autres législations spéciales et des pouvoirs reconnus aux autorités locales ;
- de donner une valeur juridique plus forte aux règles d'hygiène en substituant aux règlements sanitaires départementaux, pris par arrêté des préfets, des décrets en Conseil d'État pouvant être complétés par des arrêtés préfectoraux ou municipaux.

Les modifications du code de la santé publique adoptées en conséquence ont touchés les articles L 1, L 2, L 49 et L 772 et ont suscité quelques incertitudes dans l'application des règles d'hygiène. Aussi ai-je saisi le Conseil d'État sur la manière dont il convenait d'interpréter le nouveau système juridique ainsi mis en place.

Vous trouverez en annexe le rappel des arti-

cles modifiés du code de la santé publique avec leurs références législatives, l'avis du Conseil d'État du 8 novembre 1988 et la liste des services communaux d'hygiène et de santé relevant du 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique.

Sous réserve de l'appréciation souveraine des juridictions compétentes, la présente circulaire a pour objet de rappeler tout d'abord le cadre général dans lequel interviennent les règles d'hygiène et particulièrement le contrôle de ces règles ; elle explique ensuite, les conditions du contrôle de l'application des règles d'hygiène, en précisant les caractéristiques du système relevant notamment des articles L 1, L 2, et L 49 du code de la santé publique, la combinaison des polices et la mise en pratique du contrôle.

I- CADRE GÉNÉRAL DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Après un rappel du schéma d'élaboration et de mise en œuvre des règles d'hygiène, le contrôle administratif et technique de ces règles est détaillé.

I-1. ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Le schéma général d'élaboration et de mise en œuvre des règles d'hygiène peut être décrit de la manière suivante :

- 1) L'intervention en matière d'hygiène s'effectue dans le cadre de la politique générale de santé et a pour objectif de réduire le plus possible les taux de mortalité et de morbidité afférents aux maladies ou troubles pouvant être liés aux milieux de vie de l'homme ou aux milieux en contact avec lui. Si cette intervention doit être curative dans certains cas, la priorité doit être donnée à la prévention. C'est à cette fin notamment, que des règles d'hygiène sont définies pour que, en agissant sur les milieux,

on puisse empêcher ou faire cesser des effets défavorables sur la santé des populations.

2) Les règles d'hygiène revêtent généralement un caractère contraignant ; elles sont définies par la législation et la réglementation.

Elles sont établies à différents niveaux :

- au niveau ministériel ou interministériel pour les règlements pris en application du code de la santé publique, ou en application d'autres lois ;
- au niveau préfectoral pour les arrêtés pris en application de textes législatifs ou réglementaires nationaux, notamment de l'article L 2 du code de la santé publique, de l'article L 131-13 du code des communes ou de l'article 34 de la loi n°82-213 du 2 mars 1982 ;
- au niveau municipal en application de l'article L 2 du code de la santé publique, ou en application de l'article L 131-2 du code des communes ou dans le cadre d'autorisations particulières prises en application de lois, notamment autres que celles figurant dans le code de la santé publique.

À côté des règles d'hygiène obligatoire, des recommandations pourront être émises à différents niveaux ou par certains organismes ou experts. Elles ne peuvent avoir de valeur juridique contraignante que par le biais de la jurisprudence.

3) Les règles d'hygiène sont mises en œuvre, totalement ou partiellement, par différents acteurs.

4) La vérification du respect des règles d'hygiène est développée dans cette circulaire et la mise en pratique est précisée dans la dernière partie.

5) L'intervention des services d'hygiène ne consiste pas uniquement en la définition de certaines règles et dans leur contrôle administratif ou technique. L'effort est porté sur la prévention notamment par des actions d'éducation sanitaire, de conseil, d'information ou de formation des acteurs concernés.

6) De plus, il ne suffit pas de vérifier au cas par cas le respect des règles d'hygiène. Il faut veiller à ce que les objectifs généraux fixés soient respectés. Ce travail se fait notamment au moyen du traitement des informations recueillies dans le cadre du contrôle quotidien. Il aboutit par exemple à la réalisation de bilans de qualité du milieu ou d'état de santé de la population ou de groupe de populations. De tels bilans permettent de dégager des priorités d'action, pour l'État ou pour différents organismes, notamment dans la répartition des aides financières. Ils contribuent également à l'évolution des règles d'hygiène. Ils permettent de répondre à des demandes d'informations extérieures notamment en provenance de la Commission des Communautés européennes au titre de directives ou de décisions particulières.

Pour que puisse être assuré ce deuxième niveau de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, les services communaux d'hygiène et de santé visés au 3ème alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique doivent fournir les informations nécessaires au représentant de l'État dans le département.

I-2. LE CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DES RÈGLES D'HYGIÈNE : DÉFINITION ET SERVICES SPÉCIALISÉS

Il convient d'abord de préciser le contenu de la notion de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, mentionné dans l'article L 49 du code de la santé publique avant d'examiner quels sont les services spécialisés dans le contrôle de ces règles.

1) DÉFINITION DU CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Le contrôle permet d'assurer le respect des règles d'hygiène pour maintenir et améliorer la santé publique.

Le contrôle administratif et technique se présente sous un triple aspect : le contrôle global des objectifs sanitaires, la vérification des règles d'hygiène et la répression ; ces deux derniers aspects constituant le contrôle de l'application des règles d'hygiène.

Les trois aspects du contrôle peuvent être examinés successivement en fonction de l'objectif poursuivi et du type d'action mené. Des exemples de contrôle administratif et technique sont donnés pour chaque aspect.

a) Le contrôle global des objectifs sanitaires
Ce contrôle peut être défini comme un suivi continu de l'évolution de la santé de la population par rapport aux buts de santé et au respect des règles d'hygiène. Ce contrôle permet de prévenir l'émergence de risques ou de dangers pour la santé publique et d'éviter leur propagation, par exemple d'une partie du territoire à une autre.

Les types d'actions mis en œuvre pour le contrôle global des objectifs sanitaires sont notamment : la mise en place d'indicateurs sanitaires, le recueil des données et leur analyse, la cartographie des risques, la coordination des objectifs et des actions, le redéploiement des moyens en cas de carence ponctuelle, la synthèse des informations sanitaires, particulièrement pour faire face aux situations d'urgence.

À propos du caractère administratif de ce contrôle global des objectifs sanitaires on peut citer : le groupement et la synthèse des mesures de qualité des eaux de baignades (en mer, en rivière, en piscine) et des eaux destinées à la consommation humaine, la transmission et la synthèse des déclarations de maladies et des cas d'intoxications oxycarbonées, l'analyse des données épidémiologiques, les protocoles de signalisation des situations d'urgences, etc. Le contrôle technique quant à lui est constitué par exemple, de l'analyse des données, des études épidémiologiques et de la synthèse de la répartition des risques.

Cette activité qui nécessite une vue d'ensemble, continue et globale de la situation sanitaire à partir des données locales, est effectuée par l'État aux différents niveaux de suivi des objectifs.

b) La vérification des règles d'hygiène

Cette vérification a pour objet de s'assurer que la mise en place et le fonctionnement d'installations ou de systèmes, ainsi que les pratiques et les comportements sont conformes aux règles d'hygiène.

Les types d'actions caractérisant cette surveillance sont notamment les enquêtes, les analyses, les examens sur dossiers ou sur place, le traitement des plaintes et toutes autres vérifications.

Le contrôle administratif est constitué notamment de l'instruction et du suivi des dossiers, du renouvellement d'agrèments, de l'envoi de rapports et d'analyses périodiques, de la vérification de l'affichage de mesures.

Le contrôle technique se traduit par des actions telles que des mesures avec appareillages spécialisés, l'exécution d'analyses, la vérification de la qualité, des conditions techniques et des conditions d'exploitation.

Ces actions sont effectuées sur le terrain, en relation directe avec les usagers et exploitants, par les services d'hygiène du milieu départementaux ainsi que par les services communaux d'hygiène et de santé, suivant les compétences reconnues à ces derniers par l'article L 772 du code de la santé publique.

c) La répression

L'objet de la répression est de faire cesser une nuisance ou un risque pour la santé et de faire mettre les systèmes en conformité avec les règles d'hygiène.

Les types d'actions possibles pour assurer la répression sont les procès-verbaux en vue de sanctions pénales et le rappel des prescriptions.

Le contrôle administratif se traduit notamment par le rappel des règles aux contrevenants et le constat d'infraction.

À propos du contrôle technique, on peut citer l'indication des objectifs à atteindre pour la mise en conformité et le contrôle après travaux.

Ces actions sont effectuées par les services qui assurent la vérification des règles d'hygiène.

2) LES SERVICES SPÉCIALISÉS CHARGÉS DU CONTRÔLE

Il s'agit ici des services spécialisés en matière sanitaire : les services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales et des services communaux d'hygiène et de santé. D'autres personnes sont aussi chargées de ce contrôle, notamment au titre d'officiers ou agents de police judiciaire.

a) Les services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Le contrôle administratif et technique ne constitue qu'une partie des activités des services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales. En effet, les missions de ces services comprennent également la participation à l'élaboration des règles, l'éducation pour la santé, la prévention, l'aide et le conseil en matière sanitaire.

Les services d'hygiène des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales sont donc les services spécialisés, répartis sur l'ensemble du territoire, compétents en matière d'hygiène du milieu et notamment en ce qui concerne le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène qui appartiennent à l'État en vertu des dispositions de l'article L 49 du code de la santé publique.

Toutefois, d'autres services spécialisés, les services communaux d'hygiène et de santé, ont une compétence locale.

b) Les communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS)

Dispositions concernant toutes les communes possédant un service communal d'hygiène et de santé :

L'article L 772 du code de la santé publique dispose notamment que « les services communaux d'hygiène et de santé sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique énumérées, notamment, au titre 1er du livre 1er du code de la santé publique et relevant des autorités municipales ». Dans son avis du 8 novembre 1988 le Conseil d'État souligne en particulier que le

contrôle des règles fixées par les arrêtés municipaux prévus à l'article L 2 « est attribué sous l'autorité du maire, aux services communaux d'hygiène et de santé, en application du deuxième alinéa de l'article L 772 ».

Dispositions concernant les communes possédant un service communal d'hygiène et de santé visé par le 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique :

Le 3^e alinéa de l'article L 772, résultant de la loi du 29 décembre 1983 modifiée, dispose que les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date du 1^{er} janvier 1984, exerçaient effectivement des attributions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène continuent d'exercer ces attributions par dérogation à l'article L 49. Les communes concernées reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante. Ainsi les communes figurant sur la liste jointe en annexe continuent d'exercer les attributions qui étaient leurs avant le 1^{er} janvier 1984 et perçoivent les financements nécessaires. Les maires concernés continuent donc d'agir au nom de l'État pour les attributions exercées par leurs services communaux d'hygiène et de santé dans le cadre du 3^e alinéa de l'article L 772.

Le conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1998, précise le rôle du Préfet en indiquant 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 L 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 conservé ».

Cela implique donc que les représentants de l'État veillent à ce que le contrôle de l'application des règles d'hygiène dans ces communes soit correctement assuré pour la protection efficace de la santé publique. A ce effet, les préfets devront disposer, d'une manière continue, des diverses informations et données permettant d'assurer le contrôle global des objectifs sanitaires et notamment la coordination des actions menées, l'information immédiate des situations d'urgence, la connaissance des attributions qui ne seraient assurées que partiellement ou pas du tout.

II - APPLICATION DES RÈGLES D'HYGIÈNE : CARACTÉRISTIQUES DU CONTRÔLE, COMBINAISON DES POLICES, MISE EN PRATIQUE

Le contrôle de l'application des règles d'hygiène s'exerce par référence au cadre juridique existant, mis en place par les articles L 1, L 2 et L 49 du code de la santé publique et constitué également par d'autres polices.

Il faut d'abord définir les caractéristiques du

système juridique mis en place notamment par les articles L 1, L 2 et L 49 du code de la santé publique avant d'examiner la combinaison des diverses polices et de préciser enfin la mise en pratique du contrôle de l'application des règles d'hygiène.

II-1. LE SYSTÈME JURIDIQUE ISSU DES DISPOSITIONS DES ARTICLES L 1, L 2, L 48, L 49 ET L 772 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il s'agit d'une police spéciale, dont est chargée le Préfet et dans certains cas le Maire, qui conduit à différentes décisions réglementaires et dont il convient de faire assurer le respect.

1) LA POLICE SPÉCIALE INSTAURÉE PAR LES ARTICLES L 1, L 2, L 48, L 49 ET L 772 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Une police spéciale se caractérise notamment par un champ d'application bien défini, des compétences particulières données à des autorités de police, des agents spécialisés pour le contrôle et des sanctions plus élevées que celles prévues par la police générale.

La police relative aux règles générales d'hygiène constitue une police spéciale, en effet :

- l'article L 49, issu de la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, fixe le principe selon lequel le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène appartient à l'État ;

- les règles générales d'hygiène sont fixées, notamment dans les matières énumérées à l'article L 1, par des décrets en Conseil d'État après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Comme l'indique le Conseil d'État dans son avis cité du 8 novembre 1988, « l'article L 2 du même code donne compétence aux préfets et aux maires pour prendre des arrêtés complétant les dits décrets par des dispositions particulières destinées à renforcer la protection de la santé publique dans leur département ou leur commune » ;

- l'article L 48 énumère précisément les agents chargés de constater les infractions à ces règles d'hygiène. Ces infractions sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de 3^eme classe, et de 4^eme classe en cas de récidive ;

- le Conseil d'État, dans son avis du 8 novembre 1998, précise que « les autorités de police peuvent prendre des mesures pour assurer le respect des règles d'hygiène ainsi fixées dans les conditions mêmes où elles intervenaient pour l'application des règlements sanitaires prévus par les dispositions antérieures du code de la santé publique ».

- l'article L 772 fixe les attributions des services communaux d'hygiène et de santé en assurant une continuité d'attribution à ceux d'entre eux qui exerçaient effectivement des

activités avant le 1^{er} janvier 1984.

2) LES AUTORITÉS CHARGÉES DU CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES RÈGLES D'HYGIÈNE

L'État assure le contrôle de l'application des règles d'hygiène prévues par le titre 1^{er} du livre 1^{er} du code de la santé publique, comme le confirme le Conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1998, à l'exception des règles qui relèvent des autorités municipales ; c'est le cas des dispositions prévues dans les arrêtés municipaux relevant de l'article L 2, le contrôle de ces règles est alors attribué, sous l'autorité du maire, aux services communaux d'hygiène et de santé en application du 2^e alinéa de l'article L 772. Le cas particulier des services communaux d'hygiène et de santé relevant du 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique a été abordé ci-dessus.

Le contrôle de l'application des règles d'hygiène, relevant du titre 1^{er} du livre du code de la santé publique, se répartit donc comme suit :

L'État (Préfet) contrôle l'application :

- des prescriptions générales contenues dans les décrets en Conseil d'État prévus par l'article L 2 de ce même mode ;
- des autres prescriptions particulières contenues dans les arrêtés préfectoraux prévus par l'article L 1 du code de la santé publique ;
- des autres prescriptions prévues par le titre 1^{er} du livre 1^{er} de ce code et ne relevant pas des autorités municipales.

Le maire contrôle l'application :

- des prescriptions particulières contenues dans les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique ;
- des prescriptions relevant des autorités municipales dans le titre 1^{er} du livre 1^{er} du même code :

- les déclarations des piscines et baignades (article L 25-2) ;

- les dérogations au décret du 1^{er} octobre 1961 relatif au raccordement à l'égout (article L 33) ;

- l'autorisation de déversement des eaux usées, autres que domestiques, dans les égouts publics (articles L 35-8).

Par ailleurs, les attributions en matière de vaccination et de désinfection sont réparties entre le Conseil et les communes selon les dispositions des articles L 14, L 50 et L 772 du code de la santé publique.

3) LES DÉCISIONS RÉGLEMENTAIRES DOIVENT RESPECTER UNE HIERARCHIE

L'ensemble juridique mis en place prévoit que diverses autorités prennent les textes réglementaires tout en respectant le principe de non contradiction du texte de l'autorité supérieure (arrêt du Conseil d'État TASTET et HOURQUEBIE du 3 janvier 1962). Ainsi les arrêtés préfectoraux, pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique, peuvent seule-

ment prévoir des dispositions particulières destinées à renforcer la protection de la santé publique dans le département, uniquement dans les matières relevant du champ d'application des décrets prévus par l'article L 1 de ce code, et bien entendu à condition que ces décrets existent. 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 L 1 et que le maire ne peut que renforcer les dispositions des décrets et de l'arrêté préfectoral (arrêté du Conseil d'État Association des amis du site de Clagny du 11 octobre 1963).

La hiérarchie des décisions réglementaires des articles L 1 et L 2 s'établit donc comme suit par ordre décroissant d'importance :

a) Décrets en Conseil d'État en application de l'article L 1 du code de la santé publique pris par le Premier Ministre ;

b) Arrêtés préfectoraux en application de l'article L 2 du code de la santé publique, pris par les préfets ;

c) Arrêtés municipaux en application de l'article L 2 du code de la santé publique, pris par les maires.

4) LE RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE

L'autorité de police chargée du contrôle de l'application des règles d'hygiène est compétente pour faire respecter la réglementation. Ainsi, les divers agents chargés, au nom de l'État, de vérifier l'application des textes, peuvent adresser aux contrevenants des correspondances et rappels, dressent procès-verbal et saisissent les tribunaux ; ils informent les maires concernés de la nécessité de faire mettre en conformité les situations ne respectant pas ces règles.

Les maires en vertu de leur pouvoir de police générale prennent des mesures individuelles pour faire respecter les règles d'hygiène. En cas de carence, le préfet en vertu également du pouvoir de police générale intervient au titre de l'article L 131-13 du code des communes comme indiqué dans le chapitre suivant concernant la combinaison des polices.

II-2. LA COMBINAISON DES DIVERSES POLICES : POLICES GÉNÉRALES ET POLICES SPÉCIALES

Les diverses polices se combinent entre elles ; après l'énoncé du principe, sont examinées successivement : l'application de la police spéciale relevant des articles L 1, L 2 et L 49, les autres polices et le cas particulier concernant le bruit.

1) LE PRINCIPE DE LA COMBINAISON DES

POLICES

L'ensemble juridique évoqué précédemment instaure une police spéciale, mais n'entraîne pas le dessaisissement des autorités de police générale. Ainsi, le maire reste titulaire de son pouvoir de police générale (arrêt du Conseil d'État LEGRAND et LAGREZE du 10 mai 1954) et « l'habilitation donnée au maire par l'article L 2 du code de la santé publique ne fait pas obstacle à ce que le maire puisse, notamment en l'absence de décret en Conseil d'État pris en application de l'article L 1 de ce code, faire usage des pouvoirs qu'il tient de l'article L 131-2 du code des communes pour prendre des mesures destinées à protéger la santé publique dans sa commune. Le préfet peut également intervenir à cette fin dans les conditions prévues par l'article L 131-13 du même code » (avis du Conseil d'État du 8 novembre 1988).

2) L'APPLICATION DE LA POLICE SPÉCIALE DES ARTICLES L 1, L 2, L 49 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il résulte notamment de ce principe que le respect des règles d'hygiène est assuré par les autorités suivantes :

Par le préfet :

- vérification, contrôle et verbalisation au titre de la police spéciale (article L 49 et L 1 du code de la santé publique) application des décrets de l'article L 1 et des arrêtés préfectoraux de l'article L 2 ;

- mesures individuelles et verbalisation au titre de la police générale : article L 131-13 du code des communes (substitution)

Par le maire :

- application des arrêtés municipaux prévus par l'article L 2 du code de la santé publique au titre de la police spéciale qui lui est conférée par cet article ;

- application d'éventuels arrêtés municipaux qui pourraient être pris en application de l'article L 131-2 du code des communes (police générale).

Il est à noter que les infractions aux arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique sont passibles de l'amende prévue pour les contraventions de 3^e classe, alors que les infractions aux arrêtés municipaux pris en application de l'article L 131-2 du code des communes sont passibles de l'amende prévue pour les contraventions de 1^{ère} classe.

3) LES AUTRES POLICES CONCERNANT L'HYGIÈNE

a) Police spéciale du titre 1^{er} du livre du code de la santé publique

En dehors des prescriptions prévues par les articles L 1 et L 2 du code de la santé publique, le titre 1^{er} du livre 1^{er} de ce code répartit entre le maire et le préfet diverses compétences touchant notamment l'eau et la salubrité de l'habitat. Au sein d'une police spéciale, les empiètements réciproques des autorités sont sanction-

nés par la juridiction administrative (arrêt du Conseil d'État Société la Brasserie de Vezelise - MOREAU ET CIE du 23 décembre 1941).

b) Autres polices que celles prévues par le titre du 1^{er} livre 1^{er} du code de la santé publique

D'autres polices, spéciales ou générales, sont applicables en matière d'hygiène telles que : le contrôle sanitaire aux frontières - articles L 52 et suivants du code de la santé publique -, le contrôle dans certains établissements (restaurants, débits de boissons, coiffeurs, manucures...) - articles L 140 et suivants du même code -, le contrôle des jouets et amusettes - articles L 143 et suivants du même code.

Par ailleurs certaines règles concernant l'hygiène ne sont pas incluses dans le code de la santé publique et concernent par exemple l'hygiène alimentaire et les inhumations.

4) CAS PARTICULIER DES POLICES CONCERNANT LE BRUIT

Le décret n° 88-523 du 5 mai 1988 pris en application de l'article L 1 s'inscrit donc parmi les autres textes relatifs au bruit et notamment le code des communes. Dans son avis du 8 novembre 1988, le Conseil d'État estime que « les pollutions de toute nature mentionnées au 6° de l'article L 131-2 du code des communes comprennent en particulier certaines atteintes portées à

l'environnement. Elles ne comprennent pas, en revanche, les nuisances sonores, qu'il appartient en règle générale au maire de réprimer en application du 2° de cet article ; dans les communes où la police est étatisée, ce soin incombe à l'État seul en vertu de l'article L 132-8 du même code ».

Pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, le préfet est compétent en vertu de l'article L 181-47 du code des communes, mais les maires peuvent réglementer certaines activités. Pour Paris, c'est le préfet de police qui est compétent en application de l'article L 184-12 de ce même code. Les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne font l'objet de dispositions particulières en vertu de l'article L 183-1 de ce code.

Pour réprimer le bruit, les maires des communes dont la police n'est pas étatisée disposent à la fois de la police générale en vertu de l'article L 131-2-2 du code des communes et de la police spéciale en vertu de l'article L 2 du code de la santé publique. Par contre, les maires des communes à police étatisée ne disposent pas de l'article L 131-2-2 du code des communes mais ils peuvent prendre et faire appliquer des arrêtés municipaux en vertu des pouvoirs de police spéciale qui leur sont donnés par l'article L 2 du code de la santé publique. Là aussi, comme dans tous les autres cas, les maires peuvent constater les infrac-

tions aux décrets de l'article L 1 au titre de la police spéciale en tant qu'officiers de police judiciaire visés par l'article L 48 du code de la santé publique.

II-3. LA MISE EN PRATIQUE : VÉRIFICATION DU RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE

La vérification du respect des règles d'hygiène est effectuée, au cas par cas, dans le cadre du fonctionnement quotidien des services, en cas de plaintes et de réclamations, ou lors de situation d'urgence.

1) DANS LE CADRE DU FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN DES SERVICES :

a) Le contrôle exercé au nom de l'État

Pour les règles fixées en application du code de la santé publique (titre 1^{er} du livre 1^{er}), y compris celles définies dans des arrêtés préfectoraux pris en application de l'article L 2 du même code, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, au nom du préfet, effectue le contrôle administratif et technique au titre de l'article L 49, en tenant compte des situations décrites dans le paragraphe suivant.

Au niveau d'une commune, deux situations peuvent être distinguées :

- la commune dispose d'un service communal d'hygiène et de santé qui exerçait une activité à la date d'entrée en vigueur de la section 4 du titre II de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983, soit le 1^{er} janvier 1984 (l'annexe III dresse la liste de ces services).

Ce service continue à effectuer au nom de l'État le contrôle de l'application des règles d'hygiène sur le secteur géographique que constitue la commune ou le groupement de communes, reçoit une contribution de l'État dans le cadre de la dotation générale de décentralisation. De plus ce service exerce les mêmes contrôles, indiqués ci-après, que les services visés au 2^e alinéa de l'article L 772.

- la commune ne dispose pas d'un service communal d'hygiène et de santé ou ce service ne relève pas de l'article 772, 3^e alinéa.

Au titre de l'article L 49, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales effectue le contrôle de l'application des règles d'hygiène dans les communes.

b) Le contrôle exercé au nom de l'autorité municipale

Le maire peut, notamment grâce au service communal d'hygiène et de santé effectuer des contrôles :

- au titre de l'application du 2^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique pour ce qui relève des autorités municipales, notamment les arrêtés pris en application de l'article L 2 de ce code ;
- au titre de son pouvoir de police générale que lui donne le code des communes. Les

règles d'hygiène définies en application du code de la santé publique servent « d'éclairage » au maire pour préciser les notions de salubrité et de santé publique.

c) La concurrence des contrôles

Dans les différents cas, si le contrôle montre que des règles d'hygiène ne sont pas respectées, le préfet ou le maire selon la situation et si nécessaire en utilisant la combinaison des polices, procède à une injonction ou une mise en demeure suivie d'une vérification de la mise en conformité, et/ou dresse procès-verbal.

2) EN CAS DE RÉCLAMATION :

La situation se présente différemment selon que l'intervenant adresse sa réclamation au maire ou au préfet. On considère ici les cas où la réclamation est recevable et où elle ne relève pas d'une procédure judiciaire devant les tribunaux civils.

a) L'intervenant s'adresse au maire qui peut traiter le dossier :

- en tant que responsable de la commune en application :

- du code des communes article L 131-2 ;
- de l'article L 772, 2^e alinéa du code de la santé publique, notamment pour des arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique ;

- ou en tant qu'officier de police judiciaire en application de l'article L 48 du code de la santé publique.

Lorsque la commune dispose d'un service communal d'hygiène et de santé visé au 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique, ce service intervient au titre du contrôle de l'application des règles d'hygiène.

b) L'intervenant adresse sa plainte au préfet :

- le dossier peut apparaître relever de la compétence du maire qui a pris un arrêté municipal par exemple en application de l'article L 2 du code de la santé publique. Le préfet transmet cette réclamation au maire pour instruction.
- la réclamation est fondée sur le non respect des règles de salubrité et d'hygiène ; elle peut être adressée au maire pour qu'il la traite au titre de son pouvoir de police générale (L 131-2 du code des communes).
- dans l'un et l'autre des cas, si le maire ne traite pas la réclamation, le préfet peut, en application de l'article L 131-13 du code des communes se substituer au maire.
- le préfet (DDASS) peut directement traiter la réclamation, au titre de son pouvoir de police spéciale, sauf si elle fait référence à un arrêté pris par le maire en application de l'article L 2 du code de la santé publique.

3) SITUATION D'URGENCE :

D'une manière générale la jurisprudence admet qu'en cas d'urgence l'autorité investie des pouvoirs de police générale est habilitée à intervenir même si elle empiète ainsi sur les compétences de police spéciale.

À noter que l'article L 17 du code de la santé publique prévoit ce cas d'urgence et permet au préfet d'agir en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé.

Comme dans d'autres domaines du droit, il peut y avoir, face à certaines situations, possibilité de faire appel à différentes dispositions. Ainsi en matière d'hygiène, peuvent être utilisés les pouvoirs de police spéciale ou ceux de police générale. Si l'emploi de l'une ou l'autre police peut avoir des répercussions sur le fonctionnement des services, dans tous les cas il convient de ne pas perdre de vue l'objectif final qui est celui de la protection de la santé de la population et toutes mesures doivent être prises au niveau local pour assurer la cohérence et l'efficacité des actions.

Vous voudrez bien porter ces informations à la connaissance de Mesdames et Messieurs les Maires, tout particulièrement s'ils disposent d'un service communal d'hygiène et de santé, et me tenir informé des éventuelles difficultés particulières.

Pour le ministre et par délégation
Le directeur général de la santé,
Professeur Jean-François GIRARD

[annexes non reproduites]

NB : attention, en ce qui concerne les polices concernant le bruit, l'article L 132-8 du Code des communes a été modifié depuis cette circulaire (loi du 28 novembre 1990).

Indicateurs villes en santé

Liste des indicateurs

- | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Pourcentage de familles sans abri | 18 | Existence d'un groupe stratégique « Ville en santé » |
| 2 | Pourcentage de logements insalubres | 19 | Existence de propositions publiques du maire ou des conseillers |
| 3 | Pourcentage de chômage | 20 | Pourcentage des déchets domestiques qui sont recyclés |
| 4 | Pourcentage de pauvreté | 21 | Pourcentage des personnes se disant engagées activement dans des groupes s'intéressant à la santé, à la justice sociale ou à l'environnement |
| 5 | Nombre de jours par an durant lesquels les niveaux de Nox et de SO ₂ dépassent les normes de l'OMS | 22 | Pourcentage de personnes se considérant en assez bonne ou très bonne santé |
| 6 | Indice de « nuisances » | 23 | Nombre de jours par personnes et par an, durant lesquels les activités normales de la vie ou du travail ont été réduites |
| 7 | Pourcentage de personnes âgées vivant à moins de 10 minutes de marche d'un parc public ou d'un espace libre | 24 | Pourcentage des bébés pesant moins de 2500 grammes à la naissance |
| 8 | Pourcentage de personnes considérant qu'il leur est très difficile d'avoir accès (physiquement) à un centre commercial | 25 | Pourcentage des enfants de 7 ans ayant été vaccinés complètement contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite |
| 9 | Pourcentage de personnes se considérant souvent ou toujours seules | 26 | Taux d'infection aux salmonelles par 1000 personnes par an |
| 10 | Taux de crimes violents par 1000 habitants | 27 | Taux de mortalité (normalisé) par maladies cardiovasculaires |
| 11 | Pourcentage de personnes se considérant assez et très satisfaites de leur travail | 28 | Pourcentage de personnes considérant qu'il fait bon ou très bon vivre dans leur ville |
| 12 | Pourcentage de personnes considérant qu'elles ont un grand ou très grand contrôle sur les conditions qui influencent leur santé et celle de leur famille (si elles en ont une) | 30 | Existence d'une politique municipale visant à favoriser l'accessibilité (physique) pour les handicapés |
| 13 | Pourcentage de personnes qui fument des cigarettes tous les jours | 31 | Pourcentage des personnes indiquant qu'elles connaissent quotidiennement des épisodes d'anxiété, de dépression, de tristesse ou de fatigue excessive |
| 14 | Pourcentage de personnes considérant qu'elles ont une assez grande ou grande estime de soi | 32 | Nombre d'années potentielles de vie perdue (entre les âges de 1 et 70 ans) par 1000 résidents (normalisé) |
| 15 | Pourcentage d'accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool | 33 | Taux de mortalité (normalisé par accident de la route) |
| 16 | Pourcentage de personnes se considérant autonomes à l'égard des soins de santé | | |
| 17 | Nombre d'endroits où la consommation de tabac est limitée ou interdite | | |

Regroupement des indicateurs

- | | | |
|---|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| A | Indicateurs de politique favorables à la santé | 1-2-3-4-5-6-7-8-11-16-18-19-20-21-30 |
| B | Indicateurs d'un environnement favorable à la santé | 2-5-6-7-8-10-20 |
| C | Indicateurs de renforcement de la communauté | 9-12-17-21 |
| D | Indicateurs d'habitudes/compétences personnelles | 13-(14)-16-21 |
| E | Indicateurs d'ajustement des services de santé | 16-24-25 |
| F | Indicateurs objectifs | 1-2-3-4-5-10-15-17-18-19-20-24-25-26-27-30-32-33 |
| G | Indicateurs subjectifs | 6-7-8-9-11-12-13-14-16-21-22-23-28-29-31 |
| H | Indicateurs de santé mentale | 9-11-12-14-21-22-29-31 |
| I | Indicateurs d'effets sur l'état de santé | 13-22-23-24-25-26-27-31-32-33 |

Extrait du rapport de la réunion de Barcelone sur les indicateurs, par le Dr T. Hancock, mars 1987 (traduction libre) dans « ville et santé », OMS, bureau régional pour l'Europe, éditions ENSP, Rennes, 1990, (p. 26 et 27).

Les contrats ville dans le XI^e plan

Dossier ressources

Fiche thématique 1.2, « la santé »

Objectifs

La politique de lutte contre les exclusions développée dans les projets de DSU doit porter — plus largement que cela n'a été le cas jusqu'à présent — attention aux questions de santé et favoriser l'accès des plus démunis au droit à la santé. En effet, bien qu'il n'existe pas à ce jour d'étude nationale territorialisée à l'échelle des quartiers, toutes les études concernant les phénomènes de marginalité de pauvreté ou de précarité portent la santé comme un des principaux indicateurs de ces situations mais aussi comme un des principaux facteurs conditionnant les possibilités des personnes à retrouver une inscription sociale et professionnelle (étude sur les bénéficiaires du RMI, sur les jeunes en insertion...). Si les diagnostics globaux préalables à la définition des projets de DSU se penchent rarement sur les questions de santé, les études-actions finalisées sur ces questions conduites sur certains sites mettent l'accent au delà de l'approche épidémiologique, sur diverses plaintes évoquant une souffrance psychique ainsi que sur l'absence pour les populations d'un réel accès à la santé.

Le droit à la santé doit être entendu en termes de couverture sociale mais aussi en termes de possibilités individuelles de prise en charge de la santé, d'accès culturel à la santé, d'adaptation, de l'éducation à la santé et d'ouverture du système de soins.

La mise en œuvre d'un volet santé dans un projet de DSU doit s'appuyer sur les principes essentiels du DSU que sont la responsabilité politique communale (ou intercommunale) la globalité, le partenariat et l'implication des habitants. Ces principes se traduisent sur ce champ par la nécessité pour la collectivité d'élaborer un projet qui dans sa conception et sa mise en œuvre associe les diverses institutions compétentes en la matière, (État, CPAM, Conseil général). Ce projet doit être le fruit non seulement d'une meilleure articulation des politiques publiques mais aussi de la réflexion sur leurs pratiques par les professionnels du terrain et de l'expression des habitants.

Si cette méthodologie d'approche est commune à l'ensemble des développements d'un projet de DSU, elle peut nécessiter sur le champ de la santé une vigilance particulière étant donné la multiplicité des compétences et le statut spécifique de certains des porteurs de compétences (CPAM) ; étant donné, en outre, la place et le rôle de professionnels libéraux sur ce secteur ; étant donné enfin les diverses connotations de la santé (de la pathologie à l'état de bien être).

Un volet santé dans un projet de DSU doit viser :

1 à la mise en place d'une couverture sociale pour l'ensemble des populations en difficultés. Cette question se traite à l'échelle du département entre CPAM - Conseil général et l'État, mais la

collectivité locale a la responsabilité d'interpeller ces instances non seulement sur l'instauration du système mais aussi sur les délais de régularisation des situations individuelles,

2 à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé, d'information (système de soins-droits...) et de prévention adaptées aux populations en difficultés donc prenant en compte des éléments spécifiques d'exclusions (illettrisme - mauvaise maîtrise de la langue, références culturelles différentes).

Ces actions devront être plutôt conduites à l'échelle des quartiers afin que soient repérés finement les besoins des habitants. Leur pertinence et leur efficacité repose en outre sur un partenariat effectif.

Un travail particulier doit être conduit avec les services de Protection maternelle et infantile (relevant du Conseil général) quant à l'implantation, l'ouverture, les modes d'accueil des permanences PMI.

Dans le même esprit des actions de prévention et d'éducation peuvent être initiées en relation avec les établissements scolaires dans un objectif de sensibilisation des enfants et à travers eux des parents ; les médecins de santé scolaire ainsi que le comité d'environnement social sont les relais pertinents à l'intérieur de la structure scolaire et devront s'appuyer sur les ressources professionnelles locales,

3 à l'ouverture et à l'adaptation du système de soins à ces populations : réflexion sur la place et le rôle du service hospitalier des urgences, sur le fonctionnement de services maternité pédiatrie... ; réflexion sur l'implantation, l'accès aux structures hospitalières et l'accueil des personnes relevant des équipes de santé mentale. À la mise en œuvre d'actions de formation commune aux professionnels sanitaires et sociaux incluant les libéraux ; pour apporter une meilleure connaissance des problèmes locaux, des réponses mieux adaptées à des questions transversales et un changement de pratiques,

4 à la facilitation de l'insertion dans le parc de logements sociaux des handicapés — notamment mentaux — et de toute autre personne dont la situation ne justifie pas d'un hébergement spécifique ; à la mise en place parallèle de services d'aide à domicile (HAD, services infirmiers et services sociaux...),

5 à la prise en compte des différents facteurs indirects concourant à la santé tels que les qualités urbaines, esthétiques, environnementales ainsi que le désenclavement. En effet les nuisances en termes de bruit, d'hygiène et de transports ont un fort impact sur la santé et se répercutent en termes de fatigue, mal être, découragement et participent à la mauvaise image de soi et du quartier concerné.

Contexte institutionnel

Si la décentralisation a transféré les compétences d'action sociale aux départements, la santé est restée globalement compétence de l'État mais on compte nombre de services qui peuvent relever des uns ou de l'autre, et souvent des deux à la fois.

Il est utile de mentionner :

- le service de promotion de la santé, de l'Éducation nationale (santé scolaire)
- la médecine du travail
- les centres médico-sportifs
- le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme
- les centres de planification familiale
- les centres de santé

ainsi que le rôle d'appui que peut jouer le Comité français d'éducation pour la santé et ses instances locales (CDES).

Enfin, il paraît opportun de préciser qu'au delà des compétences réglementaires, c'est la notion de responsabilité territoriale de la collectivité qui doit fonder son engagement dans l'élaboration d'une politique locale de santé : c'est ce principe que développe le réseau OMS Villes - Santé.

Si dans la définition et la mise en œuvre d'une telle politique, la collectivité locale doit rassembler les acteurs de terrain et s'appuyer sur les réseaux existants, il revient à l'État de coordonner le partenariat institutionnel et financier, support de ces actions ; ce, dans le respect des compétences de chacun mais dans le souci d'une adaptation des dispositifs de droit commun et d'une meilleure articulation des dispositifs de prise en compte de la santé des plus démunis (jeunes, RMI, SDF,...).

Préconisations

Diagnostic

Nécessité d'une réflexion spécifique sur l'aspect diagnostic qui dans le cadre d'un contrat ville doit combiner les deux échelles de la ville et du quartier et viser, au delà d'une lecture santé des territoires, la mobilisation des partenaires :

- à l'échelle de la ville on peut envisager un diagnostic de type épidémiologie qualitative qui privilégie le ressenti et les comportements face à la santé incluant un diagnostic de la réalité de fonctionnement des services : analyse des circuits administratifs concernant le système de soins : accès aux droits ouverts de couverture sociale, fonctionnement des remboursements des avances financières ; analyse du système hospitalier (accueil, soins externes...) ; analyse du fonctionnement sur les questions de santé des CCAS,
- à l'échelle du quartier, un diagnostic plus fin, permet de mieux cerner les besoins et les attentes des habitants et des professionnels du terrain ainsi que les fonctionnements de réseaux.

Il est indispensable de répondre aux attentes : proposition d'un groupe de travail collectif à partir des inquiétudes sur la toxicomanie, ou d'un événement ponctuel type accident du travail ou de la circulation..., mise en œuvre d'une formation dans un service de maternité à partir des difficultés des professionnels confrontés à des pratiques culturelles différentes ou à des difficultés de compréhension liées à l'illettrisme.

Intervention extérieure

Sans doute plus qu'aucun autre domaine, la santé est considérée comme « affaire de spécialistes ». Si l'un des objectifs à poursuivre dans la mise en œuvre d'actions santé est la responsabilisation des individus et la désacralisation du rôle des praticiens, pour autant ce sujet peut justifier d'une intervention spécialisée extérieure en appui au chef de projet et autres intervenants du site, tout au moins dans la phase de réflexion, de définition et de démarrage du projet. L'objectif essentiel de ce type d'intervention peut d'ailleurs être la mobilisation et la mise en réseau des acteurs du terrain soit à travers une étude-action, soit à partir d'une dynamique déjà existante (même si parcellaire ou limitée).

Ces interventions peuvent être assurées par des associations ; les Observatoires régionaux de la santé, les bureaux d'étude, les instances locales du Comité français d'études pour la santé.

Politique locale

Le contrat de DSU constitue en fait une étape et un outil, qui doit permettre de repenser l'action et l'organisation structurelles des partenaires en matière de santé ; la collectivité locale notamment devra conduire une réflexion visant à inscrire formellement une dimension santé dans la politique globale qu'elle conduit et traduire cet objectif dans la définition et la coordination des services municipaux.

Source contrats ville, dossier - ressources, Délégation interministérielle à la ville

Bibliographie

Collectivités locales, jurisprudence générale, Dalloz, Paris, 1987.

Les collectivités territoriales, cahiers français, n° 239, La documentation française, janvier-février 1989.

L'état de la décentralisation, cahiers français, n° 256, La documentation française, mai-juin 1992.

Approche de la santé dans les villes : de l'épidémiologie à la politique municipale, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Paolo Bercelli, université de Rennes I, UFR, médicales et pharmaceutiques, année 1989/1990.

Villes et santé, Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, éditions ENSP, Rennes, 1990.

Les communes s'engagent, journée mondiale de lutte contre le sida, 1er décembre 1992, Agence française de lutte contre le sida.

La ville et les politiques de santé publique, repères et enjeux, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, RESSCOM, novembre 1992.

Santé et développement social urbain, outils et méthode, santé et communication, GRES 31, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain.

Santé et développement social urbain en Île-de-France, réalisé par santé et communication, préfecture d'Île-de-France, janvier 1993.

Les contrats de ville du XI^e plan, dossier-ressources, projet, délégation interministérielle à la ville, mai 1993.

Quartier, démocratie et santé, Michel Joubert (dir), Fernando Bertolotto, Patricia Bouhnik, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 1993.

Ségoène Chappellon a rédigé ce dossier, Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Véronique Héraud, Thierry Dieuleveux et Bertrand Garros pour leur tribune.

Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville

1, place de Fontenoy
75350 Paris 07
Tél. : 46 62 40 00

Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire

Direction générale des collectivités locales
2, place des Saussaies
75800 Paris
Tél. : 40 07 60 60

Délégation interministérielle à la ville

194, avenue du président Wilson
93217 La Plaine S'-Denis
Tél. : 49 17 46 46

Assemblée des présidents des conseils généraux

20, rue de Vaugirard
75006 Paris
Tél. : 43 29 09 05

Association des maires de France

41, quai d'Orsay
75007 Paris
Tél. : 44 18 14 14

Réseau français des villes-santé de l'OMS

Hôtel de ville
BP 26 A
35031 Rennes cedex
Tél. : 99 28 58 32

Adresses utiles