

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'éruption 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