

Les collectivités locales et la santé publique

2 Interventions médico-sociales
Politiques d'accès aux soins

Dossier de Ségolène Chappellon

- **III Des attributions en évolution**
 - III L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements
 - VII Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté
 - X Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins
- **XIII Une réalité complexe**
 - XIII Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles
 - XVII Le nouveau positionnement des partenaires
 - XX Vers de nouvelles priorités ?
- **XXII Tribune**
- **XXIX Compléments d'information**
- **XXX Annexes**
- **XXXVI Bibliographie Adresses utiles**

Plus de 10 ans après la mise en place de la décentralisation, le partage des compétences entre l'État et les collectivités locales, plus précisément les départements, suscite toujours bien des difficultés.

Ces difficultés tiennent non pas tant à l'interprétation des textes en vigueur, ni aux évolutions qu'ils ont pu connaître, mais davantage aux interrelations étroites entre *le sanitaire* et *le social*, et aux conséquences financières que comporte la mise en oeuvre des différentes actions.

Quatre exemples illustrent la nécessité de préciser les champs d'intervention respectifs de l'État et de ses partenaires.

- La protection maternelle et infantile est de la compétence des départements. Sollicités voici quelques années pour participer à l'opération « bien naître en Lorraine » par le professeur Paul Vert, suite aux constatations de l'Observatoire régional de la santé faisant apparaître une surmortalité prénatale, les départements lorrains ont, ou refusé d'intervenir, ou limité leur intervention dans le temps, considérant qu'il s'agissait d'actions relevant de la compétence de l'État.
- En matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles, la fourniture de médicaments lors des consultations peut être considérée comme s'inscrivant dans une démarche préventive (compétence départementale) ou dans une démarche thérapeutique (Sécurité sociale).
- Le RMI présente à vrai dire moins de difficultés, toute action d'insertion étant financée par les départements qui doivent y consacrer 20% du montant des crédits attribués par l'État au titre du revenu minimum. Si le contrat d'insertion concerne la santé du bénéficiaire, le financement en découle sans ambiguïté.

Quant à l'accès aux soins, les départements ont en charge l'aide médicale générale et la décentralisation n'a rien modifié à cette attribution. Toutefois, nombre de départements ont mis en place dès 1989, un système de « carte santé ». L'idée avait germé lors d'un colloque d'*ATD quart-monde*, à Nancy, avec le Père Wrezinski quelques années plus tôt et je me suis attaché à sa mise en oeuvre en Meurthe-et-Moselle qui fut ainsi un des départements pilotes.

Il faut souligner aussi que les communes qui n'exercent pas directement dans ce domaine des compétences particulières, sont amenées à participer selon des clés de répartition variables d'un département à l'autre, au financement des actions menées par les départements à travers les « contingents d'aide sociale ».

Parler « d'intervention médico-sociale », c'est souligner les interrelations étroites entre les conditions de vie et l'état de santé des populations.

On conçoit ainsi que la ligne de partage qui est censée séparer le sanitaire du social ne peut et ne doit pas être intangible. Il appartient aux pouvoirs publics d'apporter les éclaircissements nécessaires et aux partenaires concernés par ces actions d'harmoniser leurs interventions en faveur des plus démunis.

Professeur Claude Huriet