

# La décentralisation, facteur de prise en charge globale ?

**L**e champ sanitaire et social se caractérise par l'extrême imbrication des compétences. Expliquée par l'histoire sociale du pays et également par l'interpénétration des problèmes sanitaires et sociaux, cette imbrication est fortement marquée en France. Nombreux sont les acteurs du champ sanitaire et social : l'État, ou plus exactement plusieurs départements ministériels, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale ou de prévoyance, les professionnels sociaux et la santé, les entreprises publiques ou privées, les associations. On voudrait pouvoir y ajouter sans réserve les habitants.

Si la décentralisation n'a guère simplifié ce paysage, elle peut néanmoins favoriser une prise en charge globale qui est l'ambition de toute politique sanitaire et sociale.

## La décentralisation n'a guère simplifié le paysage sanitaire et social

Une des idées du grand dessein décentralisateur était pourtant la simplification. Au service de celle-ci, un concept avait été précisé par les lois de décentralisation : « le bloc de compétences ». Celui-ci a été défini par l'article 3 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, en ces

termes : « la répartition des compétences entre les collectivités territoriales et l'État s'effectue, dans la mesure du possible, en distinguant celles qui sont mises à la charge de l'État et celles qui sont dévolues aux communes, aux départements ou aux régions de telle sorte que chaque domaine de compétences ainsi que les ressources correspondantes soient affectés en totalité soit à l'État, soit aux communes, soit aux départements, soit aux régions. »

Ce concept, en tout cas dans le champ sanitaire et social, est illusoire.

D'une part, parce que le transfert des compétences n'a porté, dans ce champ, que sur un dispositif légal d'aide sociale et de prévention sanitaire, défini depuis 1953 par référence à un mode de financement partagé entre les collectivités publiques, connu sous le nom de « financements croisés ». Ce dispositif comporte d'autant plus de frontières avec le reste du champ sanitaire et social qu'il a un caractère subsidiaire par rapport aux autres formes de solidarité collective et, au premier chef, à l'égard des organismes de sécurité sociale. Ainsi, quand bien même l'ensemble de ce dispositif aurait été confié à un seul niveau de collectivité territoriale, les frontières avec l'assurance-maladie, les allocations familiales, les régimes de retraite faisaient se chevaucher les compétences respectives des uns et des autres.

D'autre part, le transfert des compé-

tences opéré par la loi du 22 juillet 1983 a accru le nombre d'acteurs institutionnels. Avant celui-ci, les interventions au titre de l'aide sociale et de la prévention sanitaire étaient décidées par le conseil général sur proposition des services du préfet et la participation financière de l'État à ces actions venait en déduction du budget du département. La loi du 22 juillet 1983, deuxième loi de transfert de compétences, a, en ce domaine, substitué à ce partage financier un partage en nature. Aux termes de celui-ci, de nombreuses compétences d'aide sociale et de prévention sanitaire ont été confiées aux départements, tout en maintenant la participation financière des communes (de l'ordre de 15 %). L'État conserve pour sa part, une compétence d'attribution qui est loin d'être négligeable et qui s'interpénètre dans les faits avec celle du conseil général.

À l'égard du partage de 1983, la question est souvent posée de savoir pourquoi le département a été le seul attributaire de ces compétences. À défaut d'audace, on peut créditer le législateur de réalisme. Le département était impliqué directement dans ce dispositif depuis plus de trente ans. Il y consacrait près de la moitié de son budget annuel et la moitié au moins des personnels chargés de sa mise en œuvre était de statut départemental. Il est vrai que les sénateurs, en introduisant dans ce qui allait devenir la loi du 22 juillet 1983, l'article 33, avaient ouvert des pers-

pectives en permettant aux départements de faire exercer par les communes, par convention avec celles-ci, les compétences qui leur étaient attribuées. On sait que dans la pratique, cette disposition a été rarement mise en œuvre. Il demeure que, dix ans après, on ne voit pas quel meilleur choix il aurait été possible de faire. Peut-être aurait-on pu mettre fin à la participation financière des communes aux dépenses d'aide sociale du département ? Les avis étaient à l'époque partagés.

Enfin, la décentralisation — qui s'est traduite par la mise en œuvre de la libre administration des collectivités territoriales et la disparition de la tutelle a priori et a posteriori du préfet — a, par voie de conséquence, élargi les possibilités d'intervention des collectivités territoriales. Celles-ci ne sont nullement cantonnées dans le cadre des compétences que les lois de 1983 leur ont confiées. Elles disposent d'une légitimité d'ailleurs préexistante à intervenir, à laquelle la libre administration a donné son plein exercice. L'organe délibérant de chacune des collectivités territoriales « règle par ses délibérations les affaires » de la collectivité. Si la jurisprudence administrative a délimité plus ou moins cette formulation, celle-ci recouvre, dans le domaine sanitaire et social, un vaste champ d'intervention. C'est ainsi que les régions participent à la rénovation des hospices, que les départements et des communes apportent leur concours à l'insertion des plus démunis, à la lutte contre le sida, à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, etc.

Assurément, bien avant la décentralisation mais davantage depuis celle-ci, les communes et les départements jouent un rôle actif dans la santé des personnes, la lutte contre l'exclusion et la qualité sanitaire de l'environnement de l'homme.

### **La décentralisation peut-être une chance pour la prise en charge globale**

La libre administration des collectivités territoriales, le professionnalisme des acteurs, le fait que l'État, de tuteur omni-

présent et de coordinateur obligé, est devenu un partenaire s'associant aux autres, la légitimité que la décentralisation a donnée à la participation des habitants, directement ou par le canal du mouvement associatif, l'idée que l'action doit être menée dans le cadre d'un territoire donné au plus proche des habitants, sont les principales raisons d'espérer l'émergence de cette prise en charge globale.

Le neuvième rapport de la commission de la sécurité des consommateurs au président de la République et au parlement — 1993, qui soit dit en passant, fait une place privilégiée à la santé, exprime fort bien cet espoir, en constatant que depuis « des années un objectif est primordial : horizontaliser les efforts déployés verticalement, décloisonner et coordonner pour le plus grand bien de la santé publique. »

Dès lors que des partenaires partagent les mêmes objectifs, et ne campent pas sur leur pré-carré, un vaste champ de coopération en effet s'ouvre à eux. Les lois depuis 1984 ont développé, parfois excessivement comme avec le RMI, les possibilités ou les obligations de coopération. La réforme de l'aide médicale opérée par la loi du 29 juillet 1992 en donne un nouvel exemple, facilitant les conventions entre collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, communes, associations, en vue de faciliter l'accès aux soins des plus démunis ou d'améliorer la gestion administrative.

Dans le cadre de l'accès aux soins et aux services aux usagers par exemple, on voit en ce domaine les synergies qui peuvent se développer localement. Les communes peuvent mettre à la disposition des CPAM des locaux aménagés qui permettent à celles-ci de traiter sur place avec leur personnel les dossiers des habitants de la commune sans que ceux-ci aient à se déplacer au chef-lieu du département ou à attendre un règlement par la voie postale. Les techniques de télé-travail permettent d'ores et déjà à certaines caisses primaires de se déconcentrer de cette manière. Parallèlement, le département peut confier à la commune l'exercice des compétences en matière d'aide médicale

par exemple, mais également de PMI, de lutte contre les fléaux sociaux, etc. que permet l'article 33 de la loi du 22 juillet 1983. De même, d'autres institutions sanitaires et sociales peuvent faire exercer également sur place des responsabilités facilitant la vie des habitants telles que l'information sur la santé, la prévention sanitaire et sociale, les permanences sociales, l'information des jeunes, des personnes âgées, etc.

L'exemple de la coopération, à l'initiative des associations, dans la lutte contre le sida, témoigne également de cette nouvelle manière de prendre en compte les problèmes.

Deux conditions paraissent nécessaires pour que ce mouvement se développe. La première est une culture commune en santé publique et en action sociale, singulièrement en ce qui concerne la prévention sanitaire et sociale. L'État doit jouer également un rôle en ce domaine, notamment par l'information et la sensibilisation des élus, des professionnels des collectivités territoriales. Des actions de communication sont à mener, des brochures d'information à diffuser, des journées techniques à organiser. Ceci s'exerce tant au niveau des administrations centrales qu'à celui des services déconcentrés du ministère de la santé, les DRASS et les DDASS, qui sont les interlocuteurs naturels des présidents de conseil général et des maires.

La seconde condition est que la participation des habitants, recherchée de manière variable, soit partout suscitée. C'est ainsi que se conçoit véritablement la promotion de la santé et du bien-être social. Quelque chose d'irréversible, douze ans après la décentralisation, sera alors atteint. ■

**Louis Dessaint**  
Chef de service,  
Direction générale de la santé