

De quelques problèmes d'action concertée en santé publique dans les contrats de ville

La fiche thématique 1-2 des orientations prévues dans les contrats de ville¹, relative à la santé souligne d'emblée que « La politique de lutte contre les exclusions développées dans les projets de développement social urbain (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.

Les efforts réalisés ces derniers mois dans la préparation de ces contrats par les services déconcentrés de l'État comme par les administrations locales et les intervenants de terrain montrent, à travers les premiers échos recueillis, que l'action concertée en santé publique peut trouver là les supports d'une relance même si on y retrouve des infirmités connues.

Il paraît intéressant d'observer à cet égard la réaction des institutions à la recherche de la cohérence globale et peut-être d'opérer une relecture des instruments dont disposent les maires.

Les structures administratives à la recherche de la cohérence globale

Quelques constats peuvent déjà être faits concernant l'élaboration des actions de santé publique et les difficultés rencontrées par les services dans la coordination.

- Un premier constat à faire est la

modestie de certaines propositions communales. Il s'agit parfois de propositions ponctuelles sans perspective d'ensemble et quelquefois redondantes : telle association soutenue par la commune dans la promotion de son action venant interférer avec telle autre déjà assise localement dans le même secteur avec l'appui d'autres collectivités.

La procédure du contrat de ville peut donc ici dériver. Les structures de pilotage des préfetures et les DDASS sont conduites à faire des enquêtes complémentaires pour repérer où se situent la meilleure qualité de l'existant et les coordinations éventuelles à envisager. C'est surtout, semble-t-il, le temps qui a manqué aux municipalités et à leurs services pour procéder à une réflexion plus approfondie avec une vision d'ensemble dans les brefs délais impartis (la date butoir du 1^{er} juin semble avoir beaucoup gêné).

- Il a fallu en second lieu redécouvrir le poids de l'émiettement des compétences en matière de santé publique tel qu'il apparaît dans les textes rappelés récemment dans cette revue², comme dans le cloisonnement ancien et fâcheux des politiques sectorielles traitant de ces problèmes dans notre pays³. La circulaire ministérielle du 20 mai 1988 « santé et développement social des quartiers » a pu fustiger ces situations. Les échos perçus sur le terrain sont bien reflétés dans la réflexion récente du Docteur Philippe Lagree développant ce thème « d'une santé émietlée devenant insaisissable. »⁴

De manière nouvelle s'affirme l'intérêt d'outils pour surmonter ces cloisonnements, vaincre les inerties diffuses ou les blocages par tel ou tel pouvoir trop personnalisé.

La santé publique offre un terrain particulièrement intéressant à cet égard dans la technique du contrat de ville pour obtenir une action décapante, débouchant sur plus de transparence et sur une dynamique de coordination.

Et le risque parfois évoqué de « tout ramener à des problèmes de santé pour tenter d'évacuer d'autres problèmes pour lesquels on n'a pas d'autre solution : chômage, pauvreté... la santé publique jouant le rôle d'alibi »⁵ semble relativisé dans cette procédure nouvelle lorsque l'observation sur le terrain restitue la gravité des interactions : des jonctions sont envisagées avec les plans départementaux d'insertion dont la qualité d'offre pourrait susciter des prolongements dans les contrats individuels d'insertion.

- Quelques réactions des services de l'État déconcentrés méritent encore l'attention.

Les DDASS qui sont les plus directement impliquées souffrent bien sûr de leur manque de cadres, mais sont cependant de loin les mieux équipées pour jouer ce rôle d'éclaireurs du terrain⁶.

D'autres services de l'État ont dû cependant être sollicités (DDE pour le logement social, réseaux hospitaliers qui regorgent d'informations peu exploitées et disposent d'une immense autonomie...).

Pour engager un dialogue efficace avec les agglomérations concernées, l'État se voit donc obligé de parler d'une seule voix. Il y a là pour le préfet et éventuellement le sous-préfet coordonnateur une exigence préalable d'ajustement des rôles qui n'est pas nouvelle mais qui, dans l'espèce, est impérative : si elle n'est pas assurée, peuvent apparaître au grand jour les dysfonctionnements fâcheux de l'appareil d'État.

- Changement réel de perspective en revanche, la nécessité de faire remonter du terrain les besoins de santé en utilisant plus largement le relais des autorités d'agglomération : maires, services municipaux et autres réseaux implantés. Quelques coups de sonde permettent de mesurer ici la volonté perçue chez les agents de l'État de devoir travailler autrement. Le contrat de ville a des chances de mieux toucher les plus démunis — avons-nous entendu — dans la mesure où des concertations s'opèrent à partir de maillages existants — en évitant de plaquer des démarches intempestives sur des actions en profondeur amorcées par des acteurs de terrain.

L'heure apparaît donc du pragmatisme et de l'art d'écouter pour susciter les rencontres et les négociations. « Faire faire et surtout savoir faire faire plutôt que de faire nous-mêmes » pour reprendre les orientations méthodologiques de la Drôme⁷ dont l'approche nouvelle séduit et connaît des répercussions dans plusieurs départements.

La difficulté subsiste, il est vrai, de faire le tri des propositions concrètes et la tentation des préfetures pourrait être, dans le souci de dégager des priorités, d'opérer parfois des catégorisations fortes et de classer par exemple sous l'étiquette santé des dossiers associatifs infiniment plus complexes qu'un classement inadéquat risque de desservir ultérieurement. C'est dire l'extrême qualité qu'il convient d'apporter dans le travail effectué par les structures préfectorales de pilotage lorsque celles-ci doivent répondre à la diversité des demandes et introduire de la cohérence.

- Les réactions des divers partenaires de terrain sont encore inégalement

connues. Quelques communes seraient tentées d'y voir un moyen parmi d'autres d'abonder leurs crédits dans la politique de la ville sans toujours cibler suffisamment les projets sur les populations des quartiers bénéficiaires. Et certaines associations ont parfois cette même préoccupation.

Reste à s'interroger sur le rôle spécifique des maires pour utiliser les instruments dont ils disposent.

Pour une relecture des moyens d'actions des maires

L'un des aspects importants du contrat de ville est que, s'il donne à l'État et à ses préfets un rôle essentiel pour la sélection des sites et la coordination des actions, il laisse aux responsables de l'agglomération le soin de proposer un certain nombre de points du programme santé. Il est recommandé certes aux autres collectivités concernées, région, département, organismes sociaux CPAM notamment, et aux réseaux privés d'apporter pour chacun l'écho de ses préoccupations dans sa zone de compétence ou d'intervention ; il reste que ce sont les communes de l'agglomération choisie et notamment les maires directement intéressés qui détiennent en la matière l'initiative des principales réponses à partir de leur propre regard sur les besoins des quartiers en difficulté.

Ils disposent pour cela d'instruments très utiles pour opérer les diagnostics préconisés dans la fiche thématique santé mais tous ne bénéficient pas de la même attention.

- Un instrument efficace sur lequel la discrétion est trop grande est le rôle du maire et des autres élus municipaux au conseil d'administration de l'hôpital. Il y a là un pontage institutionnel important pour développer une action sanitaire pluriannuelle extérieure. La jonction notamment est possible entre contrat de ville et les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale pour introduire l'action des établissements hospitaliers dans cette action ciblée vers les plus démunis. L'article L 712-4 du code de la santé

publique prévoit « des contrats pluriannuels susceptibles d'être conclus entre les établissements de santé publics ou privés, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'État et, le cas échéant, des collectivités locales permettant la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. »

Les projets d'établissements qui sont délibérés en conseil d'administration (CSP art. L 714-4, 1^{er}) sont susceptibles d'enregistrer les conséquences des orientations retenues. Le développement des services d'urgence, les aides apportées aux jeunes en grande difficulté peuvent constituer par exemple le point de départ de stratégies sanitaires préventives fortes à l'égard de ces populations. Quelques centres hospitaliers ont commencé à spécialiser l'accueil de ces jeunes publics⁸ et la conjonction de leur action avec des réseaux extérieurs est vivement souhaitée⁹.

Il convient d'observer que, dans le même esprit, la circulaire ministérielle 33/93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis et, rappelant les obligations de service public de l'hôpital en la matière, souligne l'opportunité de cellules d'accueil spécialisées pour aider ces personnes à faire valoir leurs droits à l'assurance maladie et à l'aide médicale. Elle suggère en outre la conclusion de conventions pour des soins en consultation externe aux populations instables entre les préfets et les directeurs d'hôpitaux. Ces initiatives peuvent trouver place dans les contrats de ville.

- Il y a en outre, à l'intérieur des communes urbaines, beaucoup de services encore trop cloisonnés qui sont détenteurs d'informations et d'expériences susceptibles d'être bien davantage mobilisées. La fiche thématique Santé met l'accent à juste titre sur la participation souhaitable des centres communaux d'action sociale. La préparation de leur congrès national à Carcassonne les 3-4 mai 1994 a montré que leurs dirigeants ont une vive conscience du rôle qu'ils peuvent jouer dans ces politiques de santé territorialisées — et s'estiment souvent les mieux placés pour le faire¹⁰.

- En revanche il n'est guère évoqué la

participation que pourrait fournir utilement aux maires la réflexion des services communaux d'hygiène et de santé.

Les communes ou les groupements de communes en assurent l'organisation et le financement sous l'autorité du maire ou du président de l'établissement public de coopération intercommunale.

Le numéro 5 de cette revue en a rappelé les textes et la pratique¹¹ précisant qu'il existe environ 200 services communaux d'hygiène et de santé et faisant apparaître l'extrême diversité des cas de figure rencontrés.

Le caractère estimé non obligatoire de leur création (alors que celle-ci l'était théoriquement avant la décentralisation dans les communes de plus de 20 000 habitants) et l'absence des décrets d'application annoncés dans la loi du 6 janvier 1986 (art. 69) ont sans doute nuit à leur développement.

On peut le regretter car il y a là une structure technique susceptible d'associer la commune à l'État pour l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique.

Il y a déjà les attributions modestes du maire qui peuvent être développées dans la lutte contre les fléaux sociaux notamment dans la lutte contre l'alcoolisme : les associations d'hygiène alimentaire qui œuvrent dans ces secteurs trouvent leurs jonctions privilégiées avec le milieu hospitalier mais auraient besoin parfois de relations plus suivies avec les communes d'implantation.

Il faut surtout évoquer les fonctions susceptibles d'être confiées aux services d'hygiène et de santé en matière de surveillance sanitaire que prévoyait trop étroitement l'art. 1^o de l'arrêté du 14 mai 1962 : dans les grandes agglomérations avec une réglementation rénovée ces services pourraient servir de postes avancés des observatoires régionaux de la santé et devenir des instruments privilégiés d'information des maires sur les besoins des quartiers.

• Il conviendrait enfin d'étudier les résultats obtenus et les modalités de relance possible des centres municipaux de santé dont le financement actuel est particulièrement onéreux et dont les modes

de fonctionnement auraient sans doute besoin d'être revus pour n'être plus perçus simplement comme des sources de concurrence de la médecine libérale. C'est ici peut-être que les liaisons avec l'hôpital envisagées dans la circulaire du 17 septembre 1993 plus haut citée pourraient être repensées.

La chance offerte par les contrats de ville en ces secteurs de santé est qu'à partir d'une information solide sur la vie et la santé des populations les plus démunies, un levier existe désormais pour faire sortir les pouvoirs institués de leur tour d'ivoire : un territoire bien délimité permet de se mettre à l'écoute des populations elles-mêmes et de ceux qui par profession, par vocation et parfois les deux connaissent les besoins de santé.

Il s'agit comme dans les procédures du revenu minimum d'insertion d'instruments d'action transversale qui peuvent remettre en question les immobilismes traditionnels.

Les textes existent. La question est à nouveau posée de savoir s'en servir.

Philippe Ligneau,

Professeur à la Faculté de Droit et des Sciences sociales de l'Université de Poitiers

¹ Les contrats de ville du XI^e plan, dossier ressources, délégation interministérielle à la ville, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 5, décembre 1993, p. XXXVIII.

Sur les contrats de ville dans leurs principes cf. :

- C. Pierret, *Le contrat de ville : un canaliseur tonifiant*, in *Pouvoirs locaux*, 1990, n° 9, p. 78.
- Ph. Mejean, *Des politiques publiques contractuelles*, in *Informations sociales*, n° 19, 1992.
- J. Vachon, *Les contrats de ville : un tournant stratégique*, in *ASH*, 1855, 26 nov. 1993.
- Yann Reb Oulleau, *Les contrats de ville, Dossier secteur*, nov. 1993, p. 7.
- Ph. Ligneau, *Les contrats de ville*, in *Revue du droit sanitaire et social*, n° 2, 1994, à paraître.

² Dossier ressources précité. Fiche thématique 1-2, « La santé ». Cette fiche souligne la multiplicité des compétences : État, CPAM, conseil général, communes, professionnels libéraux et relève les nombreux services concernés susceptibles de fournir un appui.

³ Cf. par exemple la dénonciation de ce morcellement dans un numéro spécial de la *Revue de droit sanitaire et social*, 1983, *La prévention sanitaire en France* notre introduction *Quelle santé ? Quelle prévention ?*

⁴ Docteur Philippe Lagree, *Prise en compte de la Santé dans le développement social des quartiers*, in *Échanges-Santé*, n° 66, janvier 1992, p. 16 et s.

⁵ Docteur Philippe Lagree, *op. cit.*

⁶ Cf. Irène Clerc, *L'engagement de la DDASS des Yvelines dans la politique de la Ville*, in *Échanges-Santé*, n° 66, juin 1992, p. 32 qui souligne leurs atouts particuliers : la connaissance du terrain (grâce notamment aux actions de prévention), celle des partenaires de base (associations, municipalités), la pratique des textes (réglementations diverses concernant les étrangers, les toxicomanes, les marginaux...).

⁷ Cf. Serge Davin, *Drôme : des partenariats au service de l'insertion*, in *Échanges-Santé*, n° 73, mars 1994.

⁸ Pour une réflexion d'ensemble cf. R. Bousiges, *L'adolescent à l'hôpital*, Colloque Faculté de droit de Poitiers, 3 décembre 1992 sur « Les orientations du droit pour les adolescents en difficulté », travaux publiés aux PUF 1993, p. 113

⁹ R. Bousiges *ibidem*.

¹⁰ Congrès national Carcassonne 4-5-6 mai 1994. Cf. notamment les travaux de l'atelier n° 2, *Les nouvelles marginalisations et les CCAS*, rapport introductif, travaux à paraître.

¹¹ *Actualité et dossier en santé publique*, n° 5, 1993, p. VI et XIV.