



L'organisation territoriale en santé publique

Si l'État définit la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, les collectivités territoriales sont très présentes dans sa mise en œuvre. Avec une organisation territoriale complexe, les collectivités mobilisent de nombreux moyens pour développer des politiques locales de santé.

L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994

Armelle Treppoz Bruant
Maître de conférences à l'université d'Orléans, membre du Laboratoire des collectivités publiques

De par le Préambule de la Constitution, la protection de la santé est une obligation constitutionnelle pour l'État¹. Néanmoins si « la France est une République indivisible... son organisation est décentralisée »² et la santé, n'étant pas une compétence régalienne, peut faire l'objet de transferts aux collectivités territoriales. La répartition évolutive des compétences entre ces dernières et l'État est maîtrisée par celui-ci. La volonté de répondre à des besoins de proximité justifie les interventions locales, mais les enjeux économiques et politiques de la santé publique ne permettent pas à l'État de s'en désintéresser.

Une clarification s'impose car, depuis la précédente étude du sujet par la présente revue en 1994, les lois se

sont multipliées, superposées (« Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996 », p. 15) et révèlent une confrontation de dynamiques complexes. Il est facile de mettre en avant l'effacement des collectivités territoriales en matière de santé publique, particulièrement depuis le recul de l'influence communale dans la gouvernance des établissements de santé. Même si l'État définit, certes, la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, il ne faudrait pas oublier les nombreuses interventions ponctuelles des collectivités territoriales en ce domaine sur des fondements juridiques généraux à la fois anciens mais renouvelés.

Les interventions générales des collectivités territoriales en matière de santé publique

Depuis l'Ancien Régime, l'organisation des relations entre l'État et les collectivités territoriales permet l'inter-

1. Selon l'alinéa 11 du Préambule du 27 octobre 1946, la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

2. Article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958.

Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996

- Ordonnance du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011.

vention de celles-ci en matière de santé publique en se fondant sur les règles générales de compétences des collectivités. Il s'agit toujours de rapprocher le pouvoir décisionnel des préoccupations locales pour disposer d'un système de soins efficace tout en maîtrisant l'inflation des dépenses de santé.

L'autonomie des collectivités au sein de l'État suppose qu'elles s'administrent librement et disposent de compétences. Elles ont une vocation générale à gérer toutes les affaires locales. Elles bénéficient d'une clause générale de compétence interprétée extensivement : elles interviennent dans tous les domaines d'intérêt public local non expressément attribués à une autre autorité. Les préoccupations sanitaires répondent à cet intérêt sans que la détermination de l'autorité compétente ne s'impose clairement. En effet, la décentralisation de la loi du 2 mars 1982 est venue altérer cette présentation par le transfert de l'État vers les collectivités de blocs de compétences afin d'éviter les enchevêtrements par une certaine spécialisation des collectivités. Le département est devenu alors la collectivité principalement compétente pour assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfance³, malgré son autonomie relative à l'égard de l'État. Celui-ci continue à définir les objectifs, les modalités des actions sanitaires appliquées localement sous la seule réserve, peu contraignante, de la libre administration.

Néanmoins, l'impossibilité d'attribuer une compétence intégralement à un seul niveau de collectivité conduit nécessairement à un partage pour des raisons techniques ou politiques admis par le juge et donc à des incertitudes dans la répartition des compétences. Ainsi, la commune conserve ses attributions traditionnelles de police en matière de salubrité et d'hygiène⁴. Malgré le rôle privilégié du département conforté par les textes, elle reste en tant que collectivité de proximité un partenaire d'autant plus sollicité que sa capacité financière et son importance favorisent ses initiatives. Si la région a une mission générale de promotion du

développement sanitaire⁵, ses compétences marginales dans le domaine de la santé sont liées à ses principales compétences, la formation professionnelle et l'aménagement du territoire.

À partir de 2003, les réformes du droit des collectivités territoriales ont eu des répercussions sur leurs compétences sanitaires. Ainsi, la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 introduit de nouveaux principes intéressant l'attribution et l'exercice de compétences locales comme la subsidiarité déterminant le niveau de la compétence, la notion de collectivité chef de file renforçant le département dans ses compétences sanitaires mais acceptant implicitement et nécessairement la collaboration entre plusieurs collectivités, ou enfin le droit à l'expérimentation permettant par exemple aux régions de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

Par la suite, de nouveaux et nombreux transferts de compétences sont réalisés par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, mais la santé publique reste à l'écart de ce mouvement. Le département perd même certaines de ses attributions au profit de l'État souhaitant garantir la cohérence nationale des politiques de santé. Le législateur instaure néanmoins des mécanismes de délégation de compétences autorisant les collectivités territoriales à participer aux programmes de prévention et de vaccination de l'État dans le cadre de conventions.

La loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales ne modifie pas directement la répartition des compétences, mais veut la clarifier en affirmant l'exclusivité des compétences, en revenant sur la clause générale de compétences des départements et régions qui en avait permis l'extension continue. Mais cette suppression pourrait être remise en cause avec le projet de loi de décentralisation dont le Parlement devrait prochainement débattre. La mutualisation des services et l'intercommunalité encouragées par le législateur de 2010 avec la création des métropoles pourront également redessiner les contours de la compétence sanitaire apparaissant bien éclatée.

3. Article L. 1423-1 du Code de la santé publique.

4. Articles L. 2212-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales.

5. Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales.



Les interventions fragmentées des collectivités territoriales en matière de santé publique

Les multiples interventions législatives depuis 1996 expriment la volonté de l'État de maîtriser la politique de santé publique, mais aussi la nécessité de sa territorialisation. En effet, les besoins en santé n'étant pas uniformes au sein de l'État; ils doivent faire l'objet d'actions différenciées dont les collectivités territoriales ne peuvent être exclues. Cette nouvelle démarche se traduit au niveau de la région par la mise en place d'institutions de l'État, les agences régionales de santé (ARS), chargées de conduire la politique sanitaire au niveau des « *territoires de santé* » qu'elles délimitent et qui coïncident souvent avec les départements.

Les collectivités territoriales sont le cadre géographique de la politique nationale de la santé publique qu'elles mettent en œuvre. Exprimant alors la déconcentration de l'État, elles n'ont guère de pouvoir d'initiative mais exercent un pouvoir d'influence par leur participation au conseil de surveillance de l'ARS (lire ci-dessous), par leur représentation au sein des organismes consultatifs la secondant telle la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Elles sont associées de manière limitée à la définition étatique de la politique de santé en étant consultées sur le projet régional de santé élaboré par l'ARS. Ce projet définit les objectifs sur plusieurs années de l'action de cet établissement dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé. La représentation et la consultation sont à la fois des outils de concertation des élus locaux et de reconnaissance des spécificités locales. À ce niveau, la région constitue, en raison de ses dimensions, un échelon stratégique de la politique sanitaire alors exclusivement déconcentrée et non décentralisée (lire ci-dessous).

Les collectivités territoriales détiennent ensuite des

compétences dispersées et partagées en matière de santé publique.

Désormais, la santé publique fait l'objet d'une approche globale ou pluridisciplinaire permettant alors aux collectivités d'intervenir ponctuellement à l'occasion de l'exercice d'autres compétences dans les domaines de la politique de la ville ou de l'aménagement du territoire, de la politique d'insertion ou de l'action sociale. Si les compétences locales sont dispersées, elles n'en sont pas moins réelles.

Les collectivités ou leurs groupements peuvent intervenir dans le domaine de la santé par la voie de contrats locaux conclus avec l'ARS mettant en œuvre le projet régional de santé et portant notamment sur la promotion de la santé et la prévention. Les compétences sont alors partagées. Ce mode d'exercice des compétences est encouragé par l'État pour reporter le coût des investissements sur les contribuables locaux et pour mettre en valeur une démarche plus consensuelle et moins autoritaire. Les collectivités territoriales passent également de nombreux contrats avec des associations, des établissements de santé publics ou privés afin de participer à des campagnes de prévention, de dépistage. Ces conventions peuvent prendre la forme de délégations de compétences par lesquelles l'État ne se dessaisit pas de sa compétence mais la confie temporairement à d'autres autorités.

Conclusion

Les enjeux nationaux de la politique de santé justifient la mainmise de l'État sur sa définition, mais la territorialisation dont elle fait l'objet autorise les collectivités territoriales à rester très présentes dans sa mise en œuvre sur le fondement de la déconcentration et de la décentralisation. Les nombreux fondements de ces interventions permettent difficilement d'avoir une vue globale sur ces interventions locales. ✚

Les agences régionales de santé (ARS)

Les ARS, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009, succèdent aux agences régionales de l'hospitalisation de l'ordonnance du 24 avril 1996. Elles sont des établissements

publics de l'État chargés de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé publique et remplacent de nombreux organismes chargés de la politique de santé et dépendant soit de l'État soit de l'assurance maladie.

Déconcentration et décentralisation

Déconcentration et décentralisation sont deux modes d'organisation de l'État unitaire. La première permet à l'État de faire exercer localement son pouvoir dans des circonscriptions administratives par des autorités qui lui sont soumises par la voie hiérarchique tel le préfet. En revanche, la décentralisation est un transfert de

compétences de l'État vers les collectivités territoriales dotées de la personnalité juridique, organes élus gérant les affaires locales et contrôlés par le juge administratif. Les collectivités territoriales expriment la décentralisation mais peuvent aussi exercer des compétences au nom de l'État et agir alors dans le cadre de la déconcentration.

La promotion de la santé : un concept pertinent d'intervention des collectivités territoriales

Écrire sous ce titre est un challenge de taille, tant la définition de chaque mot appelle à des interprétations différentes. Heureusement, il s'agit d'un propos ayant pour objectif de rappeler quelques bases dont les acteurs de santé publique, nous l'espérons, se sont déjà emparés, pour répondre à un objectif majeur qui est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les collectivités territoriales...

Le premier terme que nous aborderons est celui de « collectivités territoriales », qui ne s'emploie que très rarement au singulier, tant il recouvre des réalités différentes. Comment comparer les problématiques et les possibilités d'une région comme Provence-Alpes-Côte d'Azur avec celle de l'Alsace, un département comme le Rhône avec celui de la Mayenne, une commune comme Bordeaux avec une autre comme La Canourgue ? Sans parler des agglomérations, des communautés de communes, des pays. Ce mille-feuille, parfois indigeste, rend complexe une réflexion uniforme sur les collectivités territoriales en général et en conséquence leur rôle en matière de santé.

Pourtant, à chacun de ces échelons, les prises de décisions des élus ou les activités de leurs techniciens ont un réel impact, volontaire ou indirect, de manière positive ou négative, sur l'état de santé et la qualité de vie de la population.

Nombre de collectivités territoriales pourront apporter des exemples qui montrent leur implication intentionnelle dans les actions de santé. Parmi ces actions, les thématiques de la santé mentale, des addictions et de l'alimentation sont souvent mises en avant volontairement au travers de dispositifs ou de démarches comme le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, l'engagement dans les ateliers santé ville, l'engagement dans le Programme national nutrition santé (PNNS) et plus récemment par la signature de contrats locaux de santé avec les agences régionales de santé. Nous pourrions aussi citer l'investissement des collectivités territoriales au travers des missions locales pour l'insertion des jeunes, des espaces santé jeunes, des conseils locaux de santé mentale (CLSM), des maisons des adolescents, de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'action péri scolaire jusqu'au volet « santé » du Dispositif de réussite éducative (DRE)...

L'État, au travers des programmes territoriaux de santé, des contrats locaux de santé ou des ateliers santé ville (ASV), etc., apporte des outils et des financements afin de favoriser à la fois les activités d'accès aux soins

et à la prévention. Mais ces actions ne peuvent se mettre en place sans un réel investissement politique, humain et financier des collectivités territoriales pour faire perdurer les dispositifs initiés par l'État.

Ce sont souvent des engagements forts des collectivités territoriales dans le champ « inhabituel » de la santé où leur impact est encore plus important. Comme Monsieur Jourdain, sans le savoir, elles agissent indirectement sur la santé en améliorant par exemple les conditions de vie – voire de travail – de leurs habitants...

La santé n'est pas uniquement l'absence de maladie. Ce que savent bien nous dire les personnes interrogées spontanément dans la rue sur la question « *Qu'est-ce que, pour vous, être en bonne santé ?* » Bien entendu, on trouve en premier lieu la réponse « *ne pas être malade* », mais aussi « *être bien dans sa peau* », « *avoir du travail* », « *avoir des amis* » et beaucoup d'autres items encore qui balayent l'ensemble des déterminants de santé.

En effet, notre santé dépend d'une foule de facteurs, nommés les déterminants de santé¹, dont les effets, quand ils s'additionnent, ont un effet démultiplicateur sur la santé des individus : niveau de revenu et statut social, réseaux de soutien social, éducation et alphabétisme, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle, développement de la petite enfance, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe, culture, et la liste n'est pas close.

Les collectivités territoriales peuvent agir au mieux sur ces déterminants qui, pour beaucoup, relèvent de leurs compétences et de leurs capacités, même si l'État a aussi un rôle en la matière.

Or, sans généraliser (nous pouvons donner nombre d'exemples – pas assez nombreux certes – qui peuvent nous prouver le contraire), les élus ont assez souvent une vision médicale, hygiéniste et curative de la santé. Cela tient sans doute, d'une part, à leurs compétences légales, restreintes dans ce domaine par l'État au fur et à mesure des étapes de la décentralisation et, d'autre part, à l'insistance croissante de l'opinion publique et des médias sur les problèmes d'accès aux soins, en particulier dans les zones défavorisées (milieu rural, zone urbaine sensible...), et ce alors que la prévention y reste trop absente.

Pourtant, les élus ont une forte capacité d'interpellation et de mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux,

Daniel Oberlé

Animateur
du site www.pratiquesensante.fr

1. Les déterminants de santé : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants



pouvant ainsi initier une culture commune, des actions transversales, des projets partagés entre les secteurs du soin, de la prévention, du médico-social. Ils peuvent faire du territoire un lieu privilégié pour tester des actions intersectorielles, intercommunales, pluridisciplinaires, même si celles-ci ne sont pas naturelles et sont susceptibles d'avoir des conséquences financières non négligeables (par le temps de travail) mais une efficacité certaine.

...Et la promotion de la santé

Ils peuvent, en somme, faire de la « promotion de la santé », le dernier terme du titre que nous avons à développer. Souvent difficile à expliciter, il repose à la fois sur les déterminants de santé que nous avons évoqués et sur les cinq grands axes d'intervention définis par la charte d'Ottawa² qui sont : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé.

Pour cela, les collectivités territoriales apparaissent singulièrement bien placées.

Ainsi par leurs connaissances et leur proximité du terrain, les collectivités territoriales peuvent avoir un rôle essentiel dans la coordination de ces cinq axes.

Prenons quelques exemples :

- La prévention des accidents de la circulation piétonne des enfants implique tout à la fois d'avoir une politique sur l'aménagement de la ville ou du village, de créer des espaces de sécurité, d'améliorer l'entraide entre enfants-parents-personnes âgées, de mettre en place de réelles séances éducatives pour mieux faire appréhender à l'enfant ses limites sensorielles pour comprendre et utiliser l'espace urbain, de créer éventuellement des services de transports collectifs.

- La santé bucco-dentaire doit être abordée par l'apprentissage du brossage des dents, mais également par l'éducation nutritionnelle. Elle nécessite une réflexion sur les services proposés en termes d'accès aux soins, un secteur 1 plus développé, mais également une réelle politique d'accompagnement des familles les plus démunies pour favoriser cet accès. (cf. : article de *La Santé de l'homme*, n° 417, janvier-février 2013³).

- Sur le thème de l'alimentation, une collectivité territoriale, par sa responsabilité autour de la restauration scolaire, peut avoir une réelle politique concernant les produits utilisés (biologiques, issus d'une culture raisonnée, favorisant les circuits courts), mais elle peut aussi aménager des espaces conviviaux, moins bruyants pour la prise du repas, sensibiliser et éduquer les enfants ou les adolescents à la diversité des produits, aux saveurs différentes, créer du lien avec les familles entre les propositions de repas du midi et ceux proposés par les parents le soir, par une meilleure information.

- Sur l'isolement des personnes âgées en milieu rural, les collectivités territoriales ont un rôle important pour

organiser le tissu social, pour favoriser une plus grande solidarité, pour mettre en place des services d'aide à domicile, de portage de repas, mais aussi d'éducation ou de soutien psychologique pour, par exemple, une bonne utilisation des produits proposés.

- Sur le thème de l'environnement, les sujets d'intervention sont nombreux entre les antennes de téléphonie mobile, les problèmes liés à une présence trop importante de radon, de plomb ou de fluor dans les eaux ou encore des problèmes grandissants comme l'invasion de l'ambrosie, une plante hautement allergisante. L'affirmation d'une politique territoriale est de premier plan, mais en arrière-fond également un souci d'éducation, de mise en relation des différents acteurs concernés par ces sujets.

Nous pourrions multiplier les exemples pour démontrer comment chacune des collectivités territoriales peut contribuer à une meilleure santé et à une meilleure qualité de vie : aménagement de l'espace urbain pour qu'il y ait des lieux de rencontre, de convivialité, possibilité pour les adultes d'accéder à des activités culturelles et sportives à la mesure de leurs revenus, lutte contre les nuisances sonores, efforts de mise en œuvre de formations continues ou initiales pouvant répondre aux besoins du marché de l'emploi, etc. C'est-à-dire pour démontrer que les collectivités territoriales sont impliquées de fait dans la promotion de la santé pour peu qu'elles en partagent l'esprit.

Quels que soient la volonté politique et l'investissement des élus, des professionnels appellent à la mise en œuvre et au suivi d'une observation multifacettes : sanitaire, sociale et médico-sociale du secteur géographique concerné (l'IRIS : Ilots regroupés pour l'information statistiques) utilisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) est probablement l'un des indicateurs les plus pertinents (le regroupement de plusieurs IRIS permet de répondre à quasiment toutes les formes de territoires). Il apparaît surtout un réel besoin de coordinateurs de projet permanents afin de mettre en relation régulière chacune des structures, chacun des intervenants, et de construire, piloter et évaluer la progression des dynamiques mises ainsi en place.

Nous l'avons bien compris, il ne s'agit pas de se battre avec les mots mais de faire en sorte que s'organise, au niveau des collectivités territoriales, une vraie dynamique de « Promotion de la santé » prenant en compte les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa (et pas seulement un ou deux d'entre eux). Une dynamique qui engage vraiment les pouvoirs publics comme le met en avant la charte de Bangkok⁴, et qui permette à la population d'avoir son mot à dire pour faire évoluer la santé, trouver des consensus entre plusieurs points de vue, un processus évolutif, pour une meilleure prévention de la santé pour tous. 🧩

2. La charte d'Ottawa-1986. http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

3. La santé bucco-dentaire. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/417.asp>

4. La charte de Bangkok. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/>

Une organisation territoriale de santé complexe

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a engendré une recentralisation en matière de santé publique, mais l'organisation territoriale de santé demeure complexe.

L'État reste dans son rôle de maître d'ouvrage de la politique de santé, mais peut confier certaines missions aux collectivités territoriales par convention.

Les régions ont en charge les formations initiales sanitaires et sociales.

Les départements assurent essentiellement les missions de santé :

- la protection maternelle et infantile,
- les actions de prévention (vaccination, prévention de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles, des cancers) pour les départements qui ont souhaité poursuivre une partie ou la totalité de ces actions « recentralisées »,
- le suivi des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les grandes villes développent des missions d'hygiène et de promotion de la santé.

De plus, différents champs de compétence des collectivités locales (urbanisme, environnement, affaires sociales, petite enfance, transports) sont autant de domaines impactant l'état de santé des populations. C'est pourquoi les collectivités territoriales se sentent de plus en plus légitimes à intégrer les questions de santé dans la globalité de leur projet politique. Ainsi les collectivités territoriales s'impliquent dans des projets de santé cohérents avec leurs territoires, au-delà de leurs compétences réglementaires, ce qui se traduit par des initiatives nombreuses et diverses : campagnes d'information, actions de dépistage, créations de lieux d'accueil ou de prise en charge (toxicomanie, santé mentale), réseaux de professionnels de santé, mobilisation d'acteurs autour d'une thématique, ateliers santé ville, etc.

La loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », prévoit une articulation entre services de l'État et collectivités territoriales dans l'organisation sanitaire et médico-sociale, à travers plusieurs dispositifs :

- le programme régional de santé (rôle consultatif des collectivités territoriales),
- la définition des territoires de santé (en concertation avec les collectivités),
- les commissions Prévention et Médico-social (rôle consultatif),
- les contrats locaux de santé (espaces contractuels entre agence régionale de santé et collectivités territoriales qui doivent amplifier, en cohérence avec les programmes régionaux de santé, les dynamiques

développées par les collectivités territoriales telles que les ateliers santé ville, l'animation territoriale de santé).

Des services spécifiques et diversifiés

Pour mettre en œuvre leurs compétences réglementaires en matière de santé, les collectivités territoriales sont dotées de services spécifiques :

- services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) ;
- services personnes âgées – personnes handicapées, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- centres municipaux de santé ;
- centres de planification et d'éducation familiale ;
- services municipaux de santé scolaire ;
- structures d'accueil petite enfance ;
- services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ;
- services de médecine préventive et professionnelle.

La protection maternelle et infantile (ou PMI)

Dispositif de protection des mères et des enfants créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945 afin de lutter contre la mortalité infantile, la PMI, gérée par les conseils généraux, a connu nombre de réformes entraînant un renforcement de ses activités, la transformant peu à peu en un dispositif de prévention et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance ouvert à tous.

Les missions générales de la PMI sont définies par les articles L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du Code de la santé publique. Il s'agit de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiale, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

La PMI offre la richesse de « la proximité de ses services (centres de PMI, de planification et d'éducation familiale, centres médico-sociaux dans les quartiers), de l'intervention au sein des milieux de vie (visites à domicile, consultations itinérantes) ».

Les équipes de PMI sont pluridisciplinaires : médecins, sages-femmes, puériculteurs, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, psychomotriciens, conseillères conjugales, auxiliaires de puériculture. « Elles travaillent en réseau avec les libéraux et hospitaliers, les assistantes

Viviane Bayad

Responsable du Pôle de Compétences santé du Centre national de la fonction publique territoriale



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

sociales, les équipes des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychologiques, de santé scolaire et des réseaux d'aide et de soutien aux élèves en difficulté » [45].

Cependant les charges liées à la PMI constituent des dépenses obligatoires importantes ce qui entraîne de fortes disparités entre départements, disparités renforcées après plus de vingt ans de décentralisation sans politique nationale globale de santé en faveur de la famille, de l'enfant et des jeunes. Cela se traduit par une inégalité territoriale des missions de PMI et de planification familiale.

Dans un contexte de ressources contraintes, de démographie médicale défavorable et de développement de la précarité qui fait croître les besoins d'interventions médico-sociales, les conseils généraux doivent faire des choix politiques et ils réorganisent leurs services. On observe que les équipes de PMI sont de plus en plus intégrées à l'action sociale, et leurs missions généralistes risquent d'être réduites à une prévention centrée sur le dépistage de difficultés ou de troubles du développement [2].

Les services communaux d'hygiène et de santé (ou SCHS)

Institués par la loi du 15 février 1902, anciennement bureaux municipaux d'hygiène, les SCHS sont régis par les articles L. 1422-1 et L. 1422-2 du Code de la santé publique.

Les SCHS sont obligatoires dans les communes de plus de 20 000 habitants.

Relevant de la compétence des communes, les 208 SCHS sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des règles relevant des autorités municipales ; certains exercent également des missions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène ainsi qu'en matière de vaccination. « Le dispositif juridique est extrêmement compliqué. Il combine localement le pouvoir général de police du maire, celui de l'État exercé par le préfet et celui que la loi accorde au maire de manière dérogatoire » [29]. Les SCHS fonctionnent avec une dotation générale de décentralisation affectée à la commune.

Il existe une grande diversité de fonctionnement entre les SCHS. « Si le cœur de leurs missions reste l'insalubrité, ils ont développé au fil du temps de multiples activités. [...] La dénomination de SCHS disparaît et le positionnement au sein de la collectivité varie [...] Ce sont les maires qui fixent les activités et donnent les orientations à ces services » [30].

Les SCHS peuvent intervenir dans le contrôle des modalités de transmission des sources d'infection (désinfection, désinsectisation, dératisation), agir dans les domaines de la protection de la santé (habitat insalubre, nuisances sonores, suivi sanitaire des campings, etc.), de la promotion de la santé, de l'hygiène de l'environnement (qualité du milieu, assainissement, urbanisme), de l'hygiène alimentaire (surveillance sanitaire), participer

aux plans régionaux et nationaux de santé environnementale, rédiger des avis techniques, etc.

Les centres municipaux de santé

Les centres municipaux de santé sont issus des dispensaires municipaux créés principalement dans l'entre-deux-guerres par des communes de la « banlieue rouge » qui connaissent une situation sanitaire défavorable, un fort taux de mortalité infantile et un sous-encadrement médical. Initialement, ces dispensaires sont destinés aux plus démunis. Dans l'après-guerre, ils sont ouverts à l'ensemble de la population et deviennent des centres de santé [51].

Le cadre législatif réglementant l'existence des centres de santé fait appel au Code de la santé publique, au Code de la sécurité sociale et au Code général des collectivités territoriales. Les décrets de juillet 1991 ont permis l'unification du statut des centres et l'instauration d'une convention type nationale qui règle les relations entre les centres et les caisses, l'actualisation des conditions d'agrément et le remboursement d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant. La loi dite « HPST » reprend la définition des centres de santé et les cite comme acteurs de missions de service public.

Les centres municipaux de santé sont des structures hétéroclites : centres de soins infirmiers, de santé dentaire, centres de santé médicaux et polyvalents.

Ils sont une centaine, essentiellement situés dans la banlieue parisienne.

S'ils sont reconnus comme outils pertinents d'accès à la santé, leur pérennité risque de se heurter aux difficultés financières croissantes des communes qui s'interrogent sur la légitimité de leur implication dans la distribution des soins, à une démographie sanitaire défavorable et à l'inadaptation du statut de la fonction publique territoriale en ce qui concerne certains cadres d'emplois.

Les services municipaux de santé scolaire

L'article L. 14122-1 du Code de la santé publique autorisant les SCHS à continuer d'exercer leur activité dans un cadre dérogatoire, 13 grandes villes ont souhaité poursuivre l'activité de santé scolaire au moment de la décentralisation car cette mission de promotion de la santé de l'enfant s'inscrit dans leur projet politique local de santé.

Si les communes concernées ont choisi un champ d'intervention centré autour des écoles du premier degré avec des extensions variables, les modalités d'organisation sont diversifiées. L'ampleur des moyens mobilisés et les compétences médicales rassemblées permettent la mise en œuvre de stratégies de dépistage particulières en complément des bilans de santé obligatoires. La plupart des services municipaux de santé scolaire intègrent un service social au sein de la santé scolaire. Des personnels médicaux spécialisés, souvent vacataires, sont généralement associés à la réalisation des dépistages [6]. Dans l'ensemble, « les missions

réalisées sont celles dévolues ailleurs aux personnels des inspections académiques. Médecins et infirmiers scolaires, chacun selon leurs compétences propres, ont pour mission générale de promouvoir la santé des élèves, d'élaborer des programmes de santé, et de jouer le rôle de conseils techniques santé au sein des établissements scolaires » [37].

Des professionnels territoriaux de santé

Les collectivités territoriales, pour mettre en œuvre leurs missions réglementaires ou volontaristes de santé, embauchent environ 70 000 professionnels territoriaux de santé [14]. Dix-huit métiers sont répertoriés : directeur de la santé publique, médecin, médecin de médecine professionnelle et préventive, pharmacien, sage-femme, infirmier coordinateur, orthophoniste, puéricultrice, responsable en ingénierie de santé environ-

nementale, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, technicien en santé environnementale, manipulateur d'électroradiologie, aide-soignant, auxiliaire puéricultrice, agent de santé environnementale. De plus, de nouveaux « métiers » (chef de projet en santé, coordinateur, animateur en santé, animateur d'atelier santé ville) permettent l'organisation des activités de santé développées hors compétences réglementaires.

Ce sont là de véritables bataillons de professionnels spécialisés qui concourent à la santé publique.

Malgré un contexte budgétaire contraint, les collectivités, dans leur volonté de développer des politiques locales de santé et de réduction des inégalités de santé, mobilisent de nombreux moyens et, dans un exercice toujours plus difficile, concourent de manière significative mais souvent silencieuse à la santé publique française. ✚

Le Réseau français des villes-santé

Selon les projections de l'ONU, en 2050, 70 % des habitants de la planète seront urbains. Dans ce contexte mondial où la population urbaine ne cesse de s'accroître, l'OMS a lancé, dès 1986, le Projet villes-santé, reprenant à son compte la formule selon laquelle « la santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où on vit ». Fondé sur une définition large et globale de la santé, bien au-delà de l'absence de maladie, ce projet s'appuie sur les engagements pour la promotion de la santé définis par la charte d'Ottawa et sur les recommandations pour un développement durable. Considérant que la santé des personnes se caractérise par l'interaction complexe entre des déterminants à la fois individuels, socio-environnementaux et économiques, il propose aux pouvoirs locaux, qui détiennent de multiples leviers, d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants grâce à une méthode éprouvée.

Tandis que se déployait un vaste réseau de villes pilotes à l'échelle de la zone Europe de l'OMS, en France, le Projet villes-santé a séduit un certain nombre de collectivités par son originalité et son ambition. Premières à s'engager, Rennes, Montpellier et Nancy furent ainsi à l'origine du Réseau français des villes-santé (RFVS) en 1987. Vingt ans plus tard, ce réseau rassemble plus de 80 communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), représentés chacun par des élus et des techniciens, bien déterminés à mettre la santé au cœur de leurs politiques. Quand on les interroge, les responsables politiques expriment les raisons de leur adhésion à ce projet non pas en termes de compétence à exercer, mais de devoir, d'obligation morale. Tous affirment leur

volonté de s'intéresser à la santé de leur population et sont conscients de l'impact de toutes leurs politiques sectorielles (habitat, mobilités, cohésion sociale, culturelle...) sur l'état de santé de leurs concitoyens. À ce titre, ils en appellent à une responsabilité partagée dans le domaine de la santé.

Dès ses premières années d'existence, le réseau s'est structuré sur une base nationale et s'est donné deux grands axes de travail. En premier lieu : mobiliser autour du concept villes-santé à l'échelon hexagonal, divulguer à large échelle ses valeurs et ses principes d'action. Annette Sabouraud, présidente fondatrice et adjointe au maire de Rennes, a été le premier artisan de ce lent et difficile travail de lobbying. Est-il nécessaire de dire que cette tâche ne s'est pas révélée facile dans un pays où la prégnance du curatif est de tradition ? Dans un pays où la santé reste un domaine de compétence de l'État, peu enclin au partage ? Pourtant, à force de rencontres, de colloques et de séminaires, au fil des alliances et partenariats stratégiquement noués avec la Direction générale de la santé, l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (Inpes), l'Institut national du cancer (INCa) et bien d'autres partenaires institutionnels et associatifs, le réseau français est parvenu à faire entendre sa voix.

Parallèlement, loin de « se payer uniquement de mots », le Réseau français des villes-santé s'est voulu aussi résolument tourné vers l'action. Son second axe de travail a ainsi consisté à accompagner les villes dans l'élaboration de leur politique de santé et la conception de leur plan local de santé. En favorisant les échanges d'expériences, en encourageant le partage d'outils, en organisant des temps de formation, il a étayé les com-

Valérie Jurin

Vice-présidente du Réseau français des villes-santé de l'OMS, adjointe au maire de Nancy, conseillère communautaire du Grand Nancy



pétences de ses adhérents dans des domaines aussi variés que l'observation, l'évaluation, la construction d'indicateurs, la participation ou la transversalité. Ajoutons que la création régulière d'espaces de travail thématiques communs entre élus et fonctionnaires, qui donnent toujours lieu à des publications accessibles au plus grand nombre grâce à l'outil informatique, est une des forces du réseau. Cette façon de faire permet au réseau d'inscrire son action et celle de ses membres tout à la fois dans la pérennité, l'opérationnalité et le stratégique.

Une approche territoriale des questions de santé en évolution

En vingt-cinq ans, un certain nombre de postulats défendus par le Réseau français des villes-santé ont fait leur chemin dans notre pays. Ils se traduisent aujourd'hui dans les faits. Fort de ses valeurs et de son expérience, le RFVS les accompagne avec détermination, avec un certain sens critique, mais toujours dans un état d'esprit constructif, réaliste, au-delà des clivages partisans.

Citons, pour exemple, trois de ces évolutions majeures. La première concerne l'apparition d'une approche territoriale des questions de santé marquée par la création de nouveaux outils tels les ateliers santé ville, les conseils locaux en santé mentale ou plus récemment les contrats locaux de santé issus de la loi HPST. Ils ont certes leurs limites, mais tous sont en accord avec les principes d'action des « villes-santé » soulignant la nécessité d'instaurer à l'échelon local des dynamiques partenariales, de soigner la participation des usagers, notamment des plus fragiles, et d'agir en transversalité.

Une autre avancée marque la volonté de sortir du seul domaine du soin et d'agir sur les grands déterminants de santé par le biais de plans nationaux d'ampleur. C'est le cas du Plan national nutrition santé, qui a l'ambition d'influer globalement sur le facteur nutrition, c'est aussi le cas du Plan national santé environnement, qui vise à prendre en compte la santé dans les politiques environnementales, politiques touchant à l'habitat, aux mobilités, aux différentes expositions et nuisances.

Enfin, et surtout, une véritable prise de conscience s'est opérée face à la persistance des inégalités sociales de santé : vrai cheval de bataille de notre réseau. Que les écarts d'espérance de vie entre nos concitoyens soient enfin reconnus comme un affront à la dignité humaine mais aussi un risque pour la stabilité sociale et la performance économique, qu'ils soient analysés non plus comme une fatalité mais comme une réalité sur laquelle il est possible de peser en agissant à travers des politiques touchant aux conditions de vie et de travail, c'est une petite révolution.

Face à ces évolutions, l'enjeu du moment est celui de la proximité, celui d'une articulation locale efficiente des dispositifs et des politiques qui concourent à réduire les inégalités de santé et proposent une réponse

adaptée aux problématiques des territoires visés. La réussite reposera sur la coordination fine entre projets régionaux de santé, déclinaisons des plans nationaux et démarches locales de santé, qu'elles soient portées par des collectivités (plan local de santé, volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville...) par des partenaires institutionnels, privés, associatifs ou par des professionnels. Pour accompagner ce mouvement dans les territoires, aider à la mise en place de coordinations et y développer une culture de la transversalité, le RFVS s'est structuré sur des bases régionales. Aujourd'hui, six réseaux régionaux sont en ordre de marche. C'est une étape d'organisation supplémentaire qui offre des espaces de travail adaptés aux évolutions de la santé publique suite à la loi HPST et qui accompagne le changement.

Gageons qu'il y aura d'autres changements et d'autres évolutions. Le RFVS ne manquera pas de s'y adapter. Et ce, pour deux raisons : d'abord parce que le concept « ville-santé » qui le sous-tend est un concept dynamique qui se veut en constante évolution, suivant au plus près les adaptations des contextes sociaux, démographiques et épidémiologiques, les développements technologiques et les nouvelles découvertes scientifiques. De ce fait, il engage les élus et les techniciens qui y adhèrent à être dans une attitude d'écoute active de notre société. Ensuite, parce que ce réseau national se nourrit de la réflexion prospective du réseau européen coordonné par le Bureau européen de l'OMS basé à Copenhague, sous la direction éclairée d'Agis Tsouros. Actuellement, quatre villes françaises – Rennes, Dunkerque, Nancy et Grasse – ont rejoint ce cercle fermé. Cette reconnaissance supplémentaire, issue d'une démarche de labellisation exigeante, salue leur engagement particulièrement volontariste au service de la santé pour tous. En retour, les villes choisies se doivent de relayer auprès de leur réseau national d'origine les travaux du réseau européen qui travaille par grandes phases. La phase V, qui s'achèvera en 2013, s'était fixée trois thèmes principaux dont on voit clairement l'actualité : l'instauration de contextes de sollicitude et de soutien, la promotion d'une vie saine, et la création d'environnements et d'aménagements urbains respectueux de la santé touchant aux questions du logement et de la rénovation, aux mobilités, aux changements climatiques et à la sécurité.

À l'heure où la ville de Nancy transmet la présidence à la ville de Grenoble, l'OMS lance sa grande déclaration de politique générale intitulée « Santé 2020 ». Parallèlement, le Réseau européen des villes-santé va débiter une sixième phase de travaux. Nourri de cette réflexion prospective, le RFVS s'ancre plus que jamais dans les territoires grâce à l'action locale de ses membres et le déploiement de ses réseaux régionaux. Fort du long et fructueux travail déjà accompli, il possède aujourd'hui « les racines et les ailes » qui vont lui permettre de conserver son dynamisme et d'amplifier son action face aux nouveaux défis sanitaires de demain. ✚

Fonction et rôle des médecins territoriaux : les enjeux de santé publique

Les médecins territoriaux sont des agents territoriaux, contractuels, vacataires ou titulaires, qui appartiennent à la moins connue des trois fonctions publiques (territoriale, d'État et hospitalière). Ils ont un statut public régi par un décret précisant les modalités de leur recrutement, le déroulement de leur carrière, leurs fonctions, leur formation initiale. Le décret n° 92-851 du 28 août 1992 porte statut particulier du cadre d'emploi des médecins territoriaux au sein de la filière sanitaire et sociale de la fonction publique territoriale (FPT). Particularité territoriale, ils sont inscrits sur une liste d'aptitude obtenue par la réussite au concours, puis recrutés sur entretien par un jury après candidature sur un poste ouvert par une collectivité.

Ils font partie des effectifs de la plupart des collectivités locales et d'une grande diversité de services : médecine du travail, pompiers, protection maternelle et infantile (PMI), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), autonomie : personnes handicapées et personnes âgées, centre de santé, service communal d'hygiène et de santé (SCHS), insertion, santé publique (cancer, vaccinations, tuberculose), centre de dépistage anonyme et gratuit du sida (CDAG) ou centre d'information de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ; et de fonctions : médecin clinicien et/ou de santé publique, responsable d'équipe médico-sociale, directeur, coordinateur, conseiller technique.

Pour l'Observatoire de l'emploi des métiers et des compétences de la FPT [14] (chiffres parus en 2010), ils sont 3 160 titulaires et 4 470 non titulaires, soit 9,9 % de la filière sanitaire et sociale. Une description fine de leurs fonctions et missions a été réalisée par une enquête publiée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) en 2000, qui doit être reconduite. D'après une enquête quantitative menée par l'Institut national d'études territoriales (Inet) *Place et rôle des médecins dans le service public local* publiée en juin 2000, l'étude de la répartition du volume d'activité par statut montre que, si les titulaires ne représentent que 28 % des médecins employés par les collectivités, ils assurent 60 % de l'activité. Par ailleurs, 87 % des non-titulaires ont des activités cliniques.

Un positionnement au cœur des problématiques de santé locales

Leur rôle est essentiel en santé publique dans un paysage aujourd'hui dominé par les questions d'accès territorial et social aux soins et à la prévention, et marqué par l'impact des comportements et de l'environnement sur la santé. « *Maillon essentiel entre population et respon-*

sables de politiques de santé », nous disent Anne Riffaud et Évelyne Coulouma dans leur article paru dans la revue *Santé publique* en 2007 [65] ; ils maillent le territoire au plus près des populations vulnérables, notamment dans les zones déficitaires, au sein d'équipes pluridisciplinaires, ils y assurent de multiples interfaces notamment avec l'hôpital. Ils élaborent et mettent en œuvre des projets de service et des programmes de santé publique, locaux et partenariaux, ils participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation de politiques de santé de leur collectivité. Ils exercent les missions de santé, de compétences obligatoires et facultatives, de leur collectivité, financées par la dotation globale de fonctionnement à la décentralisation ou par convention, ainsi que des actions dans des domaines non réglementés sur la base de financements sur appel à projets ou par volontarisme de leur collectivité, ils participent aux dispositifs contractuels de celle-ci avec l'État ainsi qu'avec les autres collectivités territoriales.

Repérer des besoins, évaluer, développer une approche de santé publique globale sur un territoire en mobilisant l'action intersectorielle, être force de proposition et d'aide à la décision en santé, travailler en réseaux et en mode projets sont leur quotidien. Ils se trouvent à la croisée des politiques nationales, puisque la santé est une politique de l'État devant s'appliquer dans tous les territoires de la nation, régionales avec les agences régionales de santé et locales par les compétences des collectivités aux prises avec des logiques descendantes et ascendantes. Ils sont à la croisée du soin, du préventif, de l'éducatif, du social, de l'environnemental, de l'urbain, aux prises avec des logiques verticales et horizontales. Entre décideurs et acteurs, ils conjuguent expertise et management, administratif, juridique et médical, entre leur collectivité et les différents secteurs encore très cloisonnés de notre système sanitaire et médico-social. Ils expérimentent ainsi quotidiennement de nouvelles formes d'intervention en santé publique. Il serait souhaitable qu'ils aient toute leur place dans les cercles nationaux de réflexion stratégique et scientifique et que, à l'instar de la Haute École de santé publique, le CNFPT, leur organisme de formation statutaire, comporte une mission recherche, ce qui n'est pas le cas.

Une profession peu connue

Nombreux, exerçant de multiples fonctions et métiers de forte utilité, dans des territoires de proximité, ils sont cependant peu connus. Il convient de distinguer ce qui est de la méconnaissance de la fonction publique territoriale dans son ensemble de ce qui est de celle des médecins au sein de la fonction publique territoriale. L'édito de la

Fauzia Perrin

Médecin directeur, direction Santé publique et environnementale, ville de Grenoble

Guillaume Le Mab

Médecin responsable veille sanitaire, Service de la prévention et des actions sanitaires, CG 93

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.



Gazette des communes de l'été 2004 : « Les territoriaux silencieux », est à ce titre intéressant. Il s'adressait à l'ensemble des territoriaux dans le contexte de la promulgation de la loi de décentralisation du 13 août 2004 et de la première grande loi de santé publique du 9 août 2004 depuis celle de 1902. La loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004 organisait en fait la recentralisation des missions de santé publique confiées aux collectivités locales.

Répondant par l'affirmative à la question : « *Les territoriaux ont-ils des choses à dire sur la décentralisation en cours ?* », la *Gazette* proposait les hypothèses suivantes pour expliquer l'inaudible territorial : « *l'éparpillement du monde territorial en de multiples associations, la faiblesse des structures représentatives,, la prudence d'une jeune fonction publique, ou la paresse des grands médias qui connaissent moins le monde territorial* » [27].

Les médecins territoriaux sont bien des territoriaux tels que cet édito l'illustre, mais ils sont aussi doublement « *attachés à leurs territoires* ». D'une part, leur mode de recrutement leur permet de choisir là où ils vivent et travaillent, d'autre part, sous la pression d'un contexte économique et social dégradé affectant le secteur associatif du champ de la santé comme les services publics de proximité, leurs charges de travail se sont fortement accrues. Tout cela réduit fortement leur disponibilité pour se rendre visibles au plan national.

Des missions et pratiques évolutives

Les actions et les pratiques des médecins territoriaux évoluent constamment du fait de la capacité d'initiative, d'autonomie et d'expérimentation des collectivités locales, mais aussi des fréquentes adaptations d'organisation et d'exécution imposées par des politiques publiques en perpétuel changement. Les missions initialement décrites par le décret de 1992 se sont élargies et modifiées dans les faits : exercice des missions de santé publique dans un cadre conventionnel depuis août 2004, création des maisons départementales de l'autonomie (loi de 11 février 2005⁵), généralisation des ateliers santé ville (circulaire DIV du 9 mars 2006), maisons pluridisciplinaires de santé (loi sur l'aménagement du territoire), PMI et protection de l'enfance (loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), contrats locaux de santé (loi du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoires)...

Les contrats locaux de santé viennent réinterroger la politique de santé locale. Cette contractualisation sollicite directement les responsables municipaux de la santé et oblige toutes les personnes concernées à se mettre autour de la table pour construire le contenu du contrat. Elle sollicite aussi, bien que plus indirectement, les médecins de PMI et les médecins responsables de programme des conseils généraux, qui sont généralement des partenaires de fait des services municipaux.

5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,

On notera que ce contrat n'est pas proposé de manière tout à fait égalitaire entre les parties, puisqu'il est disposé dans la loi qu'il représente un outil de mise en œuvre de la politique régionale, donc de l'agence régionale de santé, ce qui influence les enjeux respectifs des parties en présence. La création des contrats locaux de santé, sous l'égide des ARS après celle des ateliers santé ville dans le cadre strict de la politique de la ville, peut être interprétée comme un premier signe tangible d'une évolution générale vers une organisation plus locale de la santé et des soins ambulatoires, correspondant alors beaucoup plus à une organisation ascendante de l'offre en fonction des besoins.

L'action sur l'offre de soins

Compte tenu des mutations actuelles de l'offre de soins, les médecins territoriaux ont aussi, dans le cadre des contrats locaux de santé ou en dehors de ceux-ci, à coordonner des projets de réaménagement du système de soins au local. En lien avec la délégation territoriale de l'ARS, ils interviennent à des degrés divers, au nom de leur collectivité, pour susciter, accompagner, voire coordonner des projets de maisons de santé pluridisciplinaires, de pôles de santé, de centres de santé ou même de cabinets de groupe. Le regain d'intérêt pour les centres de santé accentue le rôle pouvant être joué par ceux-ci dans la coordination des soins de diverses natures. La concentration simultanément des missions de l'hôpital sur des plateaux techniques de plus en plus spécialisés, reniant ses missions d'« hospitalité », appuie l'hypothèse du renforcement d'un niveau local d'organisation de la médecine et de la santé de proximité avec une coordination municipale ou inter-communale.

Le Réseau français des villes-santé de l'OMS constitue également un point d'appui important pour le développement d'un système de santé local. Les « villes-santé » ont conçu des programmes basés sur les concepts de promotion de la santé, concepts communs au développement durable, axe structurant de plus en plus les politiques territoriales.

On voit que le rôle du médecin territorial dépasse le cadre fixé initialement pour s'étendre à l'articulation et la coordination des enjeux de santé publique portés par les contrats locaux de santé ou d'autres projets, souvent rassemblés dans les parties des programmes (plans, projets) locaux (municipaux) de santé ne recouvrant pas nécessairement les actions des CLS.

La formation initiale des médecins territoriaux : un enjeu de santé publique

Les évolutions en cours, ou plus hypothétiques, rendent nécessaires l'organisation et la mise en œuvre d'une solide formation en santé publique pour les médecins territoriaux, à la hauteur de leurs missions et des enjeux de santé publique au centre desquels ils sont amenés à se trouver dans l'exercice de leurs fonctions.

La double appartenance des médecins territoriaux, inscrits au tableau de l'Ordre, soumis aux mêmes obligations

déontologiques que leurs confrères⁶ et cadre A + de la fonction publique au même titre que les administrateurs territoriaux, est un atout unique. En effet, ils constituent l'encadrement adapté et indispensable au pilotage et au déploiement d'une politique nationale et locale de santé publique au sein des collectivités locales. Mais cet atout comporte une exigence de formation encore plus étendue, mixte, médicale et administrative. Le décret d'application de la loi de modernisation de la fonction publique territoriale (loi 2007-148) réduit à la portion congrue la formation initiale des médecins territoriaux, ce qui est donc très dommageable ainsi que l'ont souligné plusieurs questions parlementaires pour

6. « Qui sont les médecins territoriaux ? » <http://infos.emploipublic.fr/2010/07/01/qui-sont-les-medecins-territoriaux/>

le moment non prises en compte⁷. Cette réforme a mis à mal l'important travail qui avait été conduit par les associations professionnelles à la demande du CNFPT (livre blanc) [35], et traduit par une refonte de la formation initiale entreprise par le CNFPT en 2006 adaptée à la complexité et à la spécificité de leurs missions.

La situation paradoxale des médecins territoriaux, inaudibles au regard des enjeux qu'ils représentent, est peut être le deuxième paradoxe français, joint à celui d'avoir un système de santé considéré comme le meilleur au monde, alors que nous cumulons le plus d'inégalités d'Europe. Ces deux paradoxes ne sont peut-être pas sans lien, mais cette question dépasse le cadre du présent article. ❄

7. Questions parlementaires de S. Renucci, M. Destot, F. Deluga.