

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