

COMPETENCES DES COMMUNES ET PLACE DU LOCAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS DE SANTE

Daniel Goldberg
Maire-Adjoint de La Courneuve
Membre du Bureau du CNLCS

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, les communes sont aujourd'hui dans une situation paradoxale :

- elles n'ont que peu de compétences "officielles" en matière de santé, essentiellement des prérogatives relevant de l'hygiène et, comme employeur, de médecine et d'hygiène du travail pour le personnel communal,
- elles sont en première ligne, en tant que plus proche niveau de collectivité, devant les difficultés d'accès aux soins des habitants. Elles sont ainsi représentées dans les conseils d'administration de structures hospitalières comme sollicitées par l'État pour coordonner les Ateliers Santé Ville, voire par des professionnels pour mettre en place des structures, notamment de permanence des soins.

Acteur peu reconnu, les villes ont à agir dans un contexte institutionnel peu lisible et en mouvement : l'État peine à définir une politique de santé...autre que budgétaire (refonte globale du système de santé en 2003 annoncée par le gouvernement), le niveau régional apparaît de plus en plus comme un niveau pertinent de réponse (Schémas Régionaux de l'Offre de Soins (SROS), Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), Conférences Régionales de Santé, Agence Régionales d'Hospitalisation (ARH), Schémas régionaux d'éducation pour la santé...) et enfin, les conseils généraux, notamment ceux engagés dans des actions de santé, sont déjà dépositaires d'une large part de l'action sociale et verront sans doute leurs responsabilités étendues dans les prochains mois sur ce sujet (dévolution complète du RMI envisagée).

Sollicitées par la population et les différents partenaires publics ou privées, reconnues comme échelon adéquat, notamment en milieu urbain, les villes se sont peu à peu, certaines depuis fort longtemps, investies sur les questions de santé, en particulier d'accès aux soins et de prévention primaire ou secondaire (toxicomanies, sida, équilibre alimentaire, populations en difficulté, problématiques liées au vieillissement,...).

D'ailleurs, près de 80% des villes de plus de 5000 habitants ont un(e) élu(e), maire-adjoint(e) ou conseiller(ère) municipal(e) délégué(e) à la santé¹. Malgré tout, le fait que dans plus d'une ville sur deux, le (la) délégué(e) à la santé ne soit pas du même parti politique que le (la) maire conforte le fait que ce domaine n'apparaît que rarement comme une priorité municipale...surtout que cette dernière proportion augmente avec la taille des villes.

LES COMPETENCES DES COMMUNES

Ces compétences concernent donc principalement les questions d'hygiène, en premier lieu les attributions des anciens "Bureaux Municipaux d'Hygiène" (BMH) inscrites dans le code de la santé publique (1953) :

- prophylaxie des maladie contagieuses : tenue du fichier vaccinal,
- questions relevant de l'hygiène :
 - hygiène urbaine (capture des rats et pigeons, ramassage et capture des animaux errants et décédés),
 - hygiène liée à l'habitat (insalubrité avec pouvoirs de police, termites, surpeuplement des logements, plombémie,...),
 - contrôle de l'eau (piscine),
 - hygiène alimentaire (restaurants, commerçants,...).
- application du règlement sanitaire départemental (le cas échéant),
- environnement : installations classées, participation à des opérations de contrôle de la qualité de l'air (Airparif en Ile de France),
- Contrôle des établissements recevant du public (légionellose).

En 1986, suite aux lois de décentralisation, les BMH ont été transformés en Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) en faisant donc apparaître des compétences en santé publique, sans toutefois ni les préciser, ni adjoindre des dotations correspondant à ces nouvelles responsabilités. Cela a comme conséquence le fait que seule la moitié des communes de plus de 15 000 habitants dispose d'un SCHS.

Depuis, d'autres modifications législatives ont étendu les prérogatives des villes en matière de santé :

- 1992 : loi sur le bruit (décret du 18 avril 1995) qui accroît les compétences du maire,
- 1998 : loi contre les exclusions (mise en place des PRAPS),
- 2000 : loi de Solidarité et de Renouvellement Urbain (SRU) qui renforce les pouvoirs de saisine du maire et/ou du SCHS en matière d'insalubrité.

Néanmoins, on le voit, aucune disposition législative ne reconnaît effectivement la place des communes dans les problématiques d'accès aux soins et de prévention (hormis les villes gestionnaires de centres de santé). On verra qu'un changement est intervenu avec la mise en place des Ateliers Santé Ville, encore que ceux-ci ne relèvent pas d'une disposition législative.

¹ Pour ce chiffre comme les autres données générales : Groc et Legros – Crédoc - 1995

Il faut noter, par ailleurs, que l'autorité des villes dans la gestion des hôpitaux s'est exercée essentiellement du 16^{ème} siècle jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle. Depuis les réformes de 1941 et 1958, le maire, bien que président du conseil d'administration, n'est plus gestionnaire du personnel, ni ordonnateur des dépenses. Par contre, les élus locaux gardent une autorité importante dans les hôpitaux dans la définition des projets des établissements.

Enfin, certaines compétences de l'État peuvent être concédées aux communes, agissant alors en son nom (hygiène alimentaire, insalubrité, prise en charge des cas de méningite, alcoolie avec l'animation de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA, ex-CHAA/CCAA), Services de Soins à Domicile (SSAD) pour les personnes âgées et/ou dépendantes.

De même, des compétences départementales peuvent être exercées par les communes (gestion de services de PMI ou de Planning Familial, participation à des actions organisées par les conseils généraux (plan bucco-dentaire en Seine Saint-Denis, par exemple), prises en charge globale des allocataires du RMI,...).

Enfin, il faut bien sûr signaler que de nombreuses communes, en dehors de leurs compétences et en accord avec les autres niveaux de services publics et les partenaires telles que CPAM, CRAM, DDAS, Éducation Nationale ou CFES (et parfois même avec des financements !), ont engagées des actions en matière de santé, notamment dans le cadre des contrats de ville.

De même, de nombreuses villes ont mis en pratique la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé – "La santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social" – en mettant une dimension "santé" dans de projets ne relevant pas habituellement du champ sanitaire (projets d'urbanisme, normes de construction de logements et d'immeubles, circulation automobile et piétonnière,...)

ATELIERS SANTE VILLE

Les Ateliers Santé Ville (ASV) constituent donc un cas particulier de reconnaissance accordée aux communes en tant que telles. Ils ont été mis en place suite au Comité interministériel à la ville du 14 décembre 1999 et définis par une circulaire DIV / DGS du 13 juin 2000. Ce dispositif unifie les volets santé des contrats de ville (3/4 des contrats de ville de 1997 comportaient un volet santé).

Les ASV ont pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé en favorisant la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers de la politique de la ville. Ils visent à une cohérence territoriale, à une meilleure efficacité de l'action locale en comprenant mieux les besoins de la population et en voulant rendre les habitants acteurs de leur propre santé, au niveau individuel et collectif. Les ASV doivent améliorer la coordination et le travail en réseau des acteurs locaux (services publics, professionnels, associations, usagers,...) au plus près des besoins de la population.

Deux régions pilotes ont été choisies pour lancer la démarche, PACA et l'Île de France, en particulier la Seine Saint-Denis. D'initiative d'État (sous-préfets à la ville, DDASS), ils ne peuvent exister sans une volonté des élus locaux : les villes doivent se porter candidates.

Il s'agit de faire un état de lieux local, de définir les besoins et les enjeux, de nommer un animateur pour fédérer les porteurs de projets, de prévoir les modalités d'association de la population, d'envisager les évaluations.

Des structures expertes telles que les associations RESSCOM² et Profession Banlieue³ en Seine Saint-Denis ou l'Observatoire régional d'épidémiologie en PACA sont souvent intervenues pour accompagner les projets locaux et les coordinations départementales.

Les ASV viennent en complément de la structuration de l'offre de soins et n'ont pas comme ambition de s'y substituer. C'est bien sûr une des limites du dispositif, les ASV amenant par nature à exposer des besoins insatisfaits.

A l'heure actuelle, les ASV déjà en place se sont lancés dans la réalisation d'un diagnostic – souvent participatif impliquant la population au diagnostic lui-même – sur la situation, dans la mise en place d'une programmation d'actions (conduites à risques, notamment addictions, santé des jeunes souffrance psychique, accès aux soins et à la prévention,...). Certains ASV sont intercommunaux, d'autres se fondent sur une démarche de quartier, certains associent les deux, comme on le verra avec Dugny - Le Blanc-Mesnil.

Le développement des ASV est lié à la mobilisation et à l'implication des différents acteurs (DDASS, sous-préfets à la ville, ville et conseil général, le cas échéant). C'est cette mobilisation effective qui leur apporte une légitimité.

Il s'agit avant tout d'améliorer les conditions de fonctionnement du droit commun, pour éviter les ségrégations sociales et territoriales, et d'améliorer les conditions d'accès aux soins et à la prévention.

Il est à noter que certains acteurs, pourtant déterminants, sont peu présents dans les dispositifs, notamment les professionnels libéraux par manque de temps, de moyens et par sentiment d'isolement, de même que l'hôpital. De même, la participation des habitants demandera du temps et de la continuité pour être partout effective.

Pour conclure, les ASV, par une démarche moins innovante que légitimée et coordonnée, constituent un outil nouveau et efficace pour les villes qui souhaitent s'investir sur les questions de santé.

QUELQUES PISTES ET PROPOSITIONS

La première question qui peut se poser en matière de prise en charge des besoins en santé est celle des lieux et des modalités de décision des politiques et pratiques mises en œuvre. La santé ne se réduit pas aux soins et les soins ne relèvent pas que du médecin (voir la loi sur le droit des malades et la qualité du système de soins). Un patient n'est pas simplement une pathologie et les décisions des financeurs ont des conséquences autre que financières (fixation de l'ONDAM au Parlement en dehors de tout débat sur les besoins, volonté de maîtrise, bien souvent uniquement comptable, des dépenses par l'assurance maladie).

² Recherches et Evaluations Sociologiques sur la Santé, le Social, et les Actions Communautaires, animée par Michel Joubert

³ Centre de ressources de la politique de la ville

Un enjeu de la refonte de notre système de santé est donc sa démocratisation. Tout d'abord, il faut permettre aux élus, locaux, départementaux, régionaux et nationaux, de jouer, chacun à leur place, leur rôle dans le système de santé. Il faut aussi permettre aux usagers de se faire entendre pleinement. Une proposition pourrait être la création d'agences régionales de santé, prenant en compte les différentes problématiques et portant, non des structures comme les actuelles ARH, mais des projets territoriaux de santé.

En second lieu, il faut clarifier les niveaux de responsabilité, simplifier les mécanismes de financement de projets, afin que chaque acteur du système soit justement responsable. Cela demande d'ajuster à chaque échelon territorial (villes pour ce qui concerne le quotidien, pays en zone rurale, agglomérations, département régions) une fonction, dans un système dont l'égalité serait garanti par l'Etat.

Enfin, il faut amener les villes ou les intercommunalités à participer effectivement à la définition des politiques locales de santé sur un bassin de vie. Par leur connaissance du terrain, des publics et des besoins, par le rôle de médiation joué bien souvent à l'intérieur du système de santé. Ces politiques ne peuvent se résumer à la politique communale, simple juxtaposition de l'action des divers services municipaux pouvant agir sur la santé (CMS, SCHS, jeunesse, enfance,...). La définition de ces politiques locales, systématisées et légitimées, amènera aussi les villes et leurs services à se décloisonner⁴.

De même, ce sont les villes qui doivent être motrices dans la participation des usagers au fonctionnement du système de santé.

⁴ Voir l'excellent numéro de la revue Territoires N°423 – Décembre 2001 : Agir localement pour la santé _
L'urgence démocratique