

Dossier

2 Les collectivités locales et la santé publique

Interventions
médico-sociales
Politiques d'accès
aux soins

Sommaire

■ III Des attributions en évolution

- III L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements
- VII Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté
- X Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins

■ XIII Une réalité complexe

- XIII Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles

XVII Le nouveau positionnement des partenaires

XX Vers de nouvelles priorités ?

■ XXII Tribune

■ XXIX Compléments d'information

■ XXX Annexes

■ XXXVI Bibliographie Adresses utiles

Comme annoncé, nous présentons ici la deuxième partie du dossier collectivités locales et santé publique.

La première partie, dans *AdSP* n° 5, a traité de la place des collectivités locales dans les politiques de santé publique au sens étroit du code de la santé publique (à l'exception de la protection maternelle et infantile). Cette deuxième partie voudrait traiter des interventions médico-sociales auprès des populations, ce qui ouvre un champ beaucoup plus vaste et difficile à cerner : s'il a été facile de décider, sur le domaine de l'enfance, de limiter l'étude à la protection maternelle et infantile en ex-

cluant la protection de l'enfance (activité des services d'aide sociale à l'enfance) et les modes de garde, les frontières sont plus floues dans bien des domaines et tout le monde s'accorde à relever qu'entre l'action sociale et l'action médico-sociale, ou l'action médico-sociale et l'action en santé publique, elles n'ont pas toujours lieu d'être et pourraient même nuire, dans certains cas, à la cohésion des interventions.

Cet avertissement fait, il en entraîne un autre : dans les domaines retenus, il ne s'agissait pas de tout dire ; l'angle d'approche retenu est bien celui du rôle des collectivités locales ; tout n'est pas traité, loin

s'en faut, sur les politiques en faveur des personnes âgées ou sur les politiques d'accès aux soins.

Enfin, dans ce dossier comme dans le premier, nous nous sommes attachés dans une première partie à l'analyse des textes, à leur ambiguïté, à leur limite ; il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause ou de minimiser les compétences dévolues aux collectivités locales (aux départements essentiellement), mais de montrer « le poids de l'émiettement des compétences en matière de santé publique » (Ph. Ligneau), le caractère « désorganisé sur le plan institutionnel » du champ social, médico-social et sanitaire (J. Laour) ou encore le caractère « illusoire » du concept de « bloc de compétences » appliqué au champ sanitaire et social (L. Dessaint), sur lesquels reviennent les auteurs des tribunes.

La deuxième partie, elle, tente de cerner la réalité : investissement, positionnement des partenaires, priorités des décideurs.

Pour les tribunes, nous avons de nouveau sollicité des représentants de l'État, du département et de la commune. Cette fois-ci, c'est un élu départemental qui nous a fait défaut et nous regrettons qu'en conséquence, pour ce dossier dans son ensemble, aucune position d'élu ne se soit exprimée, hormis celle du P^r Huriet en éditorial, en tant que membre du Haut Comité. Ph. Ligneau, lui, revient sur la politique de la ville et les opportunités qu'elle ouvre pour une action de santé concertée.

La prétention de ce dossier n'est donc que d'apporter quelques éclairages, de lever quelques idées reçues, et, au travers des tribunes, de contribuer au débat.

Sigles

AdSP	Revue de santé publique
Andass	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements
BO	Bulletin officiel
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAT	Centre d'aide par le travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDES	Commission d'orientation d'éducation spécialisée
CFAS	Code de la famille et de l'aide sociale
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHAA	Centre d'hygiène alimentaire et alcoologie
Coderpa	Comité départemental des retraités et personnes âgées
Cotorep	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
Cross	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CSP	Code de la santé publique
DAS	Direction de l'action sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
Dirmi	Délégation interministérielle au RMI
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSQ	Développement social des quartiers
ENA	École nationale d'administration
ENSP	École nationale de la santé publique
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MASSV	Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
Odas	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
PAIO	Point accueil information orientation
Paque	Préparation active à la qualification et à l'emploi
PMI	Protection maternelle et infantile
RMI	Revenu minimum d'insertion
Sesi	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information



Des attributions **en évolution**

L'intervention médico-sociale des collectivités locales, départements et communes avec leurs obligations légales, évolue à deux titres. D'une part, alors que les lois de décentralisation ont tenté de répartir des compétences entre l'État et les différentes collectivités locales, les dispositifs mis en place depuis créent quelques nouvelles obligations pour celles-ci mais sollicitent le plus souvent leur partenariat. D'autre part, le « public » s'est élargi des personnes traditionnellement considérées comme fragiles (petite enfance, personnes âgées, ...) vers des populations précarisées ou marginalisées par le contexte économique et social actuel.



L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements

Concernant les bénéficiaires traditionnels de l'intervention médico-sociale, les lois de décentralisation ont transféré aux départements le financement de prestations et la gestion de services, qui se rattachent soit à des compétences en matière d'aide sociale (personnes âgées, handicapés), soit à des compétences en matière de santé publique (protection maternelle et infantile, planification familiale).

Personnes âgées

La responsabilité des départements en matière de politique en faveur des personnes âgées s'exerce au travers du financement d'équipe-

ments et de prestations d'aide sociale, et l'élaboration du schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux.

La compétence générale en matière d'aide sociale donnée aux départements par les lois de décentralisation a entraîné le transfert de compétence sur des aides aux personnes âgées : les prestations servies concernent des aides à domicile ou des aides à l'hébergement (cf. le tableau sur le financement des aides, page suivante). Cette compétence recouvre une obligation de financement, et ses corollaires : l'agrément, l'habilitation et la tarification. Certains services ou établissements sont sous double compétence : leur financement est assuré pour partie par la Sécurité sociale, pour partie par l'aide sociale, et les procédures d'agrément et de tarification se font sous la double autorité du préfet et du président du conseil général. Le conseil général peut décider de l'octroi de prestations facultatives ou d'un bénéfice plus large de prestations légales : ces aménagements sont inscrits dans le règlement départemental d'aide sociale.

La décentralisation a également créé pour le département l'obligation d'élaborer un schéma

départemental des établissements sociaux et médico-sociaux. Ce schéma va le plus souvent se trouver décliné en plusieurs schémas dont l'un concerne les services et établissements pour personnes âgées. Ce schéma semble donner un rôle de coordination et d'impulsion au conseil général en matière de politique en faveur des personnes âgées. Son élaboration peut donner lieu à une large concertation entre tous les partenaires. Une fois adopté, il devrait servir de référence et d'approche prospective à ces partenaires. Les faits sont un peu plus complexes. D'une part il existe une autre instance permanente de coordination quant aux actions en faveur des personnes âgées : le comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa) présidé par le préfet. D'autre part le

► Article 2-2 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ajouté par l'article 2 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986

La France au recensement de 1990, Population, novembre-décembre 1993. ◀

schéma départemental n'est pas opposable aux tiers : il n'est pas opposable en particulier au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (Cross) qui délivre les autorisations de création ou d'extension importante des structures.

D'une façon plus générale, le rôle des départements pour les personnes âgées est à analyser en fonction :

- d'une évolution démographique qui crée une demande de plus en plus importante : on parle souvent du vieillissement de la population française. En matière de prise en charge médico-sociale, il faut surtout s'intéresser au vieillissement au sein de la population âgée, « les chiffres absolus donnent une vision saisissante de cette évolution : à peine plus de 590 000 personnes avaient franchi le seuil des 85 ans en 1975, près de 750 000 en 1982, plus d'un million aujourd'hui » ;

- d'une évolution économique qui diminue, par contre, le recours à l'aide sociale : depuis une vingtaine d'année, les revenus des personnes âgées se sont notablement améliorés : la plupart d'entre elles ont maintenant pu cotiser suffisamment pour bénéficier de retraites correctes. De son côté, le minimum vieillesse a été largement relevé (38 323 F/an pour une personne seule, 68 750 F pour un ménage, au 1^{er} janvier 1994) ;

- d'évolutions politiques et institutionnelles qui concernent l'État, les caisses de retraite et les communes. L'État maîtrise beaucoup d'éléments de la politique en faveur des personnes âgées : outre la politique des revenus, assortie d'une politique d'exonération fiscale, il maîtrise pour partie la politique du logement (conditions d'admission à l'aide personnalisée au logement ou à l'allocation de logement à caractère social) et il définit la politique hospitalière, en particulier la transformation des hospices ou le devenir des unités de long séjour. Les caisses de retraites ont multiplié, depuis quelques années, les aides accordées sur les fonds d'action sanitaire et sociale. Actuellement leur financement en matière d'aide ménagère dépasse celui des départements via l'aide sociale. Enfin les communes ont longtemps fait des personnes âgées leur cible privilégiée en matière d'intervention sociale et médico-sociale : si une partie des prestations qu'elles offrent leur est remboursée par le département (services habilités par l'aide sociale), elles ont très souvent multiplié les services de proximité et

T Financement des prestations aux personnes âgées

	Département	Assurance maladie	Caisses de retraite	Communes
Aides dans le cadre du maintien à domicile				
Aide ménagère ou allocation aide ménagère	●		●	
SSAD	●			
Foyer, restaurant ou portage repas à domicile	●			●
Majoration pour tierce personne		●		
Aides dans le cadre du placement				
Placement familial	●			
Logement-foyer, maison de retraite	●			
Forfait soins		●		
Section de cure médicale		●		
<i>Unité de long séjour</i>				
Tarif soins		●		
Tarif hébergement	●			
Allocation compensatrice				
	●			
Aides facultatives				
Télé-alarme	●		●	●
Services d'accompagnement et de dépannage	●		●	●
Foyers de jour	●		●	●
Garde à domicile	●		●	●

1° Ce tableau ne tient pas compte de la participation des bénéficiaires ou de ses obligés alimentaires, participation qui est exigible pour toutes les prestations supportées par le département dans le cadre de l'aide sociale et qui est généralement demandée également par les caisses de retraite ou les communes ou les départements dans le cadre des prestations facultatives.

2° Il ne tient pas compte non plus de l'aide sociale résiduelle restée à l'État : l'allocation simple à domicile (allocation tombée en désuétude, ne concerne plus que quelques étrangers) et l'aide sociale aux personnes sans domicile stable.

autres formes d'aides facultatives dont elles assument la charge.

Handicapés

Le département n'exerce que peu de responsabilité à l'égard des enfants handicapés, les prestations étant prises en charge par l'Assurance maladie. Il exerce un rôle en matière de prévention et de dépistage, à travers ses services de PMI et le financement à hauteur de 20 % des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Enfin en tant que collectivité responsable des établissements scolaires de maternelle et de primaire, il participe à la politique d'intégration scolaire des enfants « inadaptés ».

Comme pour les personnes âgées, la responsabilité des départements dans la politique en faveur des adultes handicapés s'exerce au travers du financement de structures, de prestations d'aide sociale et du schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les prestations offertes par l'aide sociale concernent également l'aide à domicile (avec en particulier l'allocation compensatrice pour tierce personne) et l'hébergement. Par contre, le recours à l'aide sociale pour ces prestations est systématique. La participation financière de l'intéressé est souvent minime et il n'y a pas d'obligation alimentaire, ni de recours sur succession pour les héritiers directs, pour les principales prestations.

La fonction et l'importance du schéma départemental *handicapés*, ou de la partie qui en traite dans un schéma général, se pose dans les mêmes termes que pour les personnes âgées : objet de concertation et de négociation, document de référence, il n'est pas opposable au tiers, ce qui en réduit la portée.

Mais le parallélisme avec l'intervention en faveur des personnes âgées s'arrête là, car des différences importantes tiennent aux modalités d'attribution des prestations d'une part, aux poids relatifs des autres partenaires d'autre part.

Les décisions d'orientation et d'attribution des prestations pour les handicapés sont prises par des commissions : la commission d'orientation d'éducation spécialisée (CDES) pour les enfants et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) pour les adultes. Ces décisions s'imposent aux établissements et aux organismes de prise en

Financement des prestations aux handicapés		Département	État	Assurance maladie
Enfants				
AES			●	
Accueil en IMP ou IMPro				●
Placement familial	●			
Consultation en CAMPS	●			●
Consultation en CMPP				●
Adultes				
AAH			●	
Allocation compensatrice				
Pour tierce personne	●			
Pour frais professionnels	●			
Garantie de ressources			●	
Aide ménagère	●			
Service et auxiliaire de vie			●*	
Foyer occupationnel	●			
Foyer d'hébergement	●			
Foyer « à double tarification »	●			●
Maison d'accueil spécialisée				●
Placement familial	●			
Centre de rééducation professionnelle			●	●
Centre d'aide par le travail			●	
Atelier protégé (subvention)			●	

* Le financement de ces services pose un problème compte tenu de leur manque de base réglementaire. Si l'État subventionne leur fonctionnement, une aide d'une collectivité locale est nécessaire également.

charge. Ainsi, les décisions d'admission à l'aide sociale aux handicapés relèvent pour la plupart de la Cotorep (hébergement et allocation compensatrice) et le département n'est plus maître de l'engagement de ses dépenses.

Le poids respectif des partenaires locaux est différent : les organismes de sécurité sociale interviennent pour le remboursement des prestations à leur charge et siègent aux commissions d'orientation, mais ils ne développent pas ou peu d'actions propres sur leur fonds d'action sanitaire et sociale. Les communes ont moins investi dans des prestations extra-légales en faveur des personnes handicapées, elles interviennent plutôt dans les problèmes d'aménagement urbain. L'État, par contre, est plus présent dans les interventions locales, à partir du moment où il finance directement certaines structures (les centres d'aide par le travail (CAT) et pour partie les ateliers protégés) et la garantie de ressources. Les DDASS interviennent, mais également les directions départementales du

travail et de l'emploi pour l'insertion professionnelle, l'inspection académique pour l'insertion scolaire, ou encore les directions départementales de l'équipement pour l'aménagement des voiries et des locaux.

On connaît les difficultés à évaluer le nombre de personnes handicapées en France (voir *AdSP* n° 6, p. 11 à 14). On peut estimer entre 1,2 et 1,4 millions le nombre de personnes atteintes d'un handicap sévère. Mais paradoxalement c'est encore le vieillissement de la population qui pèse actuellement sur les budgets des départements en matière d'aide sociale aux handicapés : en 1991, 65 % des bénéficiaires de l'allocation compensatrice avaient plus de 60 ans et cette proportion ne cesse d'augmenter (sur ce point voir en deuxième partie, p. XVIII).

Protection maternelle et infantile

La responsabilité des départements en matière de protection maternelle et infantile, PMI, s'analyse de façon très différente : il s'agit de l'organisation et de la gestion d'un service dont les missions sont définies par la loi (article 149 du CSP, voir encadré).

Le département doit donc mobiliser des moyens, financiers et humains, afin d'assumer ces missions. Mais il peut le faire *a minima*. De façon à engager le département à conserver un service relativement étoffé et de qualité, l'État a imposé par décret un certain nombre de normes à respecter. Ces normes portent sur les consultations (temps d'ouverture) et sur les personnels (effectifs et qualifications).

Le département n'en supporte cependant pas entièrement la charge financière : pour les examens obligatoires (prénuptial, pré et post-nataux, jeunes enfants et futur père) les organismes de l'Assurance maladie remboursent les frais d'examen pour leurs ayants droits, ils peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

Mais la question se pose d'une responsabilité générale du département en matière de protection maternelle et infantile. L'article L 146 qui introduit le titre concernant la protection maternelle et infantile nous répond « L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la protection et à



Article L 149

du code de la santé publique

Le service (de protection maternelle et infantile) doit organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances [...] ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L 164 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L 153, L 155, L 163 et L 164 ;

7° Des actions de formation destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du code de la famille et de l'aide sociale.

► Décret
n° 92-785 du
6 août 1992

► Article L 186 du
CSP

Articles L 149-5°,
L 157, L 164,
L 165 du CSP,
décret n° 92-785
du 6 août 1992

la promotion de la santé maternelle et infantile [...] ». De fait, le département n'est pas le seul à intervenir. L'État légifère et réglemente sur les examens médicaux obligatoires, par exemple. Dans les hôpitaux, les services de maternité de néonatalogie, de pédiatrie, ... en médecine libérale, les gynécologues/obstétriciens, les pédiatres mais également les généralistes, ... concourent largement à la protection de la mère et de l'enfant, avec le financement de l'Assurance maladie.

Par contre le département retrouve une responsabilité générale par ses missions de surveillance et d'observation : le médecin responsable du service de PMI est le destinataire obligé des avis de grossesse, des extraits d'acte de naissance, des certificats de santé des huitième jour, neuvième et vingt quatrième mois et des copies des actes de décès des enfants âgés de moins de six ans. Le décret du 6 août 1992 a renforcé ce rôle de surveillance du service de PMI en précisant les modalités de présentation

et d'analyse des états statistiques que le département doit obligatoirement envoyer au ministère de la Santé. Chaque année le président du conseil général doit organiser une réunion à laquelle participent les partenaires concourant à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Lors de cette réunion, le service de PMI doit s'attacher à présenter non seulement les états statistiques relatifs à ses activités et à la situation sanitaire au titre de la PMI, mais également d'autres « indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de PMI. »

► En application du décret n° 85-894 du 14 août 1985, voir p. XIV

► Article 8 du décret précité

◀ Décret précité et arrêté du 23 mars 1993

Article 35-9° de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983

sultation ou de conseil familial sont eux au contraire sous le contrôle de l'État : déclaration faite auprès du préfet et aide financière de l'État.

Enfin rappelons que les frais relatifs à une interruption volontaire (ou thérapeutique) de grossesse sont pris en charge par l'Assurance maladie, ou, à défaut, par l'aide sociale État (exception à la compétence du département en matière d'aide médicale).

Planification familiale

Parce que l'organisation de consultations de planification familiale est rattachée aux missions du service de PMI, on assimile parfois la planification familiale à une activité de PMI. Mais on peut considérer qu'entrent également dans le champ de la planification familiale les missions et l'activité des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

► Article L 149, 3°

Les missions des consultations de planification familiale et celles des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, se recoupent partiellement : entretiens préalables à une IVG et accompagnement des femmes ayant suivi une IVG. Elles se complètent surtout : les centres de planification familiale proposent des consultations médicales « relatives à la maîtrise de la fécondité » alors que les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial n'ont aucune vocation médicale et sont plus tournés vers l'information collective. Pour mémoire, les centres de planification familiale peuvent également dorénavant dépister et traiter certaines MST (cf. dossier *AdSP* n° 5).

► Décret n° 92-784 du 6 août 1992, décret n° 93-454 du 23 mars 1993

Les centres de planification familiale qui ne relèvent pas d'une collectivité publique, sont agréés par le président du conseil général. Ils peuvent être gérés directement par le département, par une association ou par une collectivité publique (hôpitaux mais également communes), mais ils sont tous sous le contrôle du médecin responsable de PMI et financés par le budget départemental.

► Articles 5 et 6 du décret précité

Les établissements d'information de con-



Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté

Depuis les premières lois de décentralisation, le paysage économique et social de la France s'est modifié. La crise, la montée des exclusions, ... ont amené l'État comme les collectivités locales à diversifier leurs interventions et à cibler de nouveaux publics que, dans un vocabulaire administratif, sociologique ou médiatisé, on appelle : les publics en voie d'insertion, les populations précarisées, marginalisées ou encore les « nouveaux pauvres ». C'est l'objet des différentes politiques d'insertion, impulsées par l'État mais dans lesquelles les collectivités locales sont des partenaires obligés ou volontaires très importants. Elles ont même souvent été les pionnières. Or ces politiques d'insertion ont le plus souvent un volet santé qui se compose lui-même de deux volets : l'accès aux soins (cf. partie suivante) et des interventions santé plus directes.

Nous nous attacherons ici à rappeler les actions santé développées pour les bénéficiaires du RMI, pour les jeunes en difficultés d'insertion, et finirons sur le dernier dispositif impulsé par l'État concernant « des réseaux de santé de proximité » dans le cadre de la politique de la ville qui, bien entendu, constitue l'une des formes essentielles de ces politiques d'insertion (cf. la première partie de ce dossier dans le numéro 5 d'*AdSP*).

Les actions santé dans le dispositif insertion des bénéficiaires du RMI

Dispositif central des politiques d'insertion, le dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI), lie l'attribution d'une allocation (le RMI) à la signature d'un contrat d'insertion « fondé sur des engagements réciproques : celui de l'intéressé qui s'engage à participer à des actions ou activités d'insertion définies avec lui ; celui de la collectivité, d'offrir des actions et activités d'insertion correspondant aux besoins ». Si l'État finance entièrement le coût de l'allocation, le département participe largement au financement des actions d'insertion. La loi lui impose même un investissement financier minimum : 20 % des dépenses engagées par l'État au titre des allocations.

Or il est rapidement apparu que dans bien

▶ Institué par la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, modifiée par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992

▶ Circulaire du 9 mars 1989

Articles 38 et 41 de la loi du 1^{er} décembre 1988

Circulaire Dirmi n° 93-04 du 27 mars 1993

des cas, des problèmes de santé, pathologies bien identifiables ou difficultés, souvent d'ordre psychologique, accumulées, constituaient autant d'obstacles à l'insertion. Les difficultés d'accès aux soins ont également été identifiées et font l'objet de toute une politique d'accès aux soins (cf. *infra*). C'est pourquoi dès 1989, la première circulaire relative au dispositif d'insertion mentionnait explicitement, à côté de l'emploi, la formation ou l'habitat, la santé comme élément d'insertion et demandait que soit développée « une politique départementale de la santé en faveur des plus démunis » dans le plan départemental d'insertion. Elle précisait « c'est au président du conseil général de déterminer sur ce point (les mesures de prévention) les initiatives qu'il estimera nécessaires dans le cadre d'une vision globale du dispositif de prévention. »

La nouvelle circulaire de 1993 sur le dispositif d'insertion consacre une longue annexe (reproduite p. XXX) à la santé dans la politique d'insertion ainsi introduite : « l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion : c'est un impératif de santé publique [...]. C'est aussi une étape importante pour permettre aux intéressés de retrouver la possibilité de faire des choix de vie. »

En 1991, la commission d'évaluation du RMI évaluait à 20 % la proportion de contrats d'insertion comprenant un item santé. Dans un premier temps, certains contrats d'insertion prévoyaient l'engagement du bénéficiaire dans une démarche de soins (par exemple engagement d'un allocataire consommateur abusif d'alcool d'entreprendre une cure de désintoxication) mais la Dirmi exclut dorénavant « de créer ainsi des situations d'obligation thérapeutique » (circulaire précitée).

Il est difficile d'énumérer, et même de repérer, les formes très nombreuses et très variées que peuvent prendre les interventions santé financées par le département dans le cadre des programmes départementaux d'insertion : actions d'éducation et de promotion de la santé, renforcement des dispositifs de prise en charge (CHAA, santé mentale, toxicomanies, populations spécifiques), formation des intervenants sociaux et/ou médicaux, financement d'accompagnateurs santé, ... On peut citer également l'organisation de bilans de santé dans certains départements, bilans de santé proposés à tous les bénéficiaires du RMI (mais la délégation



Enquête sur la santé des bénéficiaires du RMI

Lorsqu'on compare le bilan des principales pathologies rencontrées dans la population des bénéficiaires du RMI avec d'autres catégories de population, deux faits s'imposent : *il n'y a pas de pathologie spécifique des bénéficiaires du RMI*. Ils ont un état de santé équivalent à celui des chômeurs de longue durée, donc déjà analysé par le corps médical depuis une quinzaine d'années.

Par contre les patients bénéficiaires sont atteints d'un plus grand nombre de troubles par personne que la moyenne de la population à âge équivalent. Quels sont ces troubles ? En premier lieu, les affections dentaires : sur 100 bénéficiaires du RMI, 27 d'entre eux, presque un sur trois, ont des problèmes de caries, de gencives, de prothèses dentaires (quatre fois plus que la population générale). À peu près au même niveau, la santé mentale (26 %) : angoisse et dépression en priorité, puis troubles causés par l'alcoolisme.

Le troisième motif de recours aux soins est d'origine ostéo-articulaire : il faut relier ce phénomène aux symptômes connus de dépression et d'anxiété, très souvent d'ordre articulaire.

Viennent enfin les troubles cardio-vasculaires (16 %) et les pathologies digestives (13,5 %), que l'on ne peut dissocier d'autres troubles (alcoolisme ou affections dentaires). [...]

Face à ces constats objectifs, il est intéressant de tenter de cerner la perception que les intéressés ont de leur santé. Les bénéficiaires du RMI définissent le plus souvent la santé comme le bien être (à 95 %) loin devant la forme physique, la capacité d'occuper un emploi et les relations affectives.

On peut constater une amplification des questions de santé au fil des années dans la population des bénéficiaires du RMI. [...]

Extrait du bulletin d'information de la Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion, n° 19 nov. 92, d'après *État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes*, François Schaezel, Olivier Quérouil, Dirmi, novembre 1991

interministérielle au RMI dans la circulaire précitée insiste pour que ces bilans de santé s'inscrivent dans un suivi).

Les politiques de santé à l'égard des jeunes en difficulté d'insertion

La faible consommation de biens médicaux chez les jeunes a longtemps laissé penser que cette population était en relativement bonne santé. On sait maintenant que ce faible recours aux soins cache une négation ou une sous-estimation des problèmes de santé par les jeunes ou leurs difficultés d'accès aux soins. Les dispositifs d'insertion des jeunes (missions locales, point accueil information orientation (PAIO), ...) ont à cet égard servi de révélateurs. Leurs équipes ont alerté les pouvoirs publics sur cet état de « non-santé des jeunes » qui recouvre aussi bien des pathologies précises (bucco-dentaires, de vision, d'audition, ...) qu'un mal être plus ou moins exprimé, ainsi que sur leurs difficultés, objectives ou subjectives, d'accès aux soins.

C'est pourquoi, c'est d'abord dans le cadre de ces dispositifs d'insertion qu'une politique de santé a été mise en place, politique qui s'est diversifiée et dans laquelle les collectivités locales sont de plus en plus engagées.

En 1986, deux dispositifs principaux ont été mis en place de façon concomitante : les visites médicales pour les jeunes de 16-25 ans en stage d'insertion, et les actions déconcentrées santé des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale. Ces deux dispositifs reposent sur des circulaires annuelles et des crédits d'intervention de l'État remis en question tous les ans (et subissant en conséquence des variations importantes).

Le dispositif visites médicales n'implique pas, en apparence, les collectivités locales. Il faut pourtant noter que les communes sont depuis l'origine très impliquées dans les principales structures d'accueil de ce dispositif : les missions locales. Fondées sur le principe d'un partenariat local, ces missions sont cofinancées par l'État et les communes. Le président de leur conseil d'administration est le plus souvent un élu municipal et certaines missions locales ont même le statut d'un service municipal. Chaque année, 100 000 jeunes environ sont concernés par ces visites médicales.

Le dispositif actions santé des jeunes relève



Dispositifs concourant à la politique santé des jeunes

Visites médicales jeunes 16-25 ans

<i>Principe</i>	Proposer une visite médicale à tous les jeunes bénéficiant d'un crédit formation individualisé ou suivant un programme préparation active à la qualification et à l'emploi (Paque)
<i>Financement</i>	État
<i>Partenaires</i>	DDASS et DDTE, acteurs du dispositif d'insertion des jeunes
<i>Base juridique</i>	circulaire annuelle

Action santé des jeunes

<i>Principe</i>	action collective de type promotion de la santé en direction des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale, mobilisation de ces jeunes et sensibilisation des professionnels à leur problème et préoccupation en matière de santé.
<i>Financement</i>	État et cofinancement locaux
<i>Partenaires</i>	DDASS, associations locales, collectivités locales, institutions locales de protection locale
<i>Base juridique</i>	circulaire annuelle

Protection sociale

<i>Principe</i>	affiliation obligatoire à l'assurance-maladie des jeunes de 17-25 ans sans droits ouverts par ailleurs et ayant un revenu inférieur au RMI
<i>Financement</i>	département (prise en charge des cotisations par l'aide médicale)
<i>Base juridique</i>	article 187-2-I du CFAS ajouté par la loi du 29 juillet 1992

Fonds d'aide aux jeunes

<i>Principe</i>	accorder des aides financières aux jeunes en situation de grande précarité ; leur proposer un accompagnement social.
<i>Financement</i>	État, département, le cas échéant communes
<i>Partenaires</i>	DDASS, services sociaux locaux
<i>Base juridique</i>	articles 43-2 à 43-4 de la loi du 1 ^{er} décembre 1988 ajoutés par la loi du 29 juillet 1992

de la politique d'impulsion qu'affectionne l'État depuis la décentralisation (cf. première partie du dossier dans *AdSP* n° 5). Une circulaire annuelle redéfinit les objectifs et précise que ces actions doivent être cofinancées. Ici comme ailleurs c'est donc en particulier vers les collectivités locales que se tournent les promoteurs, quand ceux-ci ne sont pas eux-mêmes des structures municipales ou para-municipales, voire départementales. En 1992, 113 projets ont été cofinancés dans 65 départements.

Les départements sont directement concernés par une mesure législative récente concernant

l'accès à une protection sociale pour tous les jeunes : affiliation obligatoire à l'assurance personnelle des jeunes de 17-25 ans, sans droits ouverts par ailleurs et avec un revenu inférieur au RMI, par une admission de plein droit à l'aide médicale, à la charge des départements (cf. *infra*).

Enfin, il faut mentionner un dispositif plus récent et à vocation plus sociale, les fonds d'aide aux jeunes : institués depuis 1989, mais revus et généralisés, en principe, par la loi du 29 juillet 1992, ces fonds sont créés par convention entre l'État et le département, et le cas échéant une ou des communes. Or les aides financières peuvent correspondre à un besoin de soins (paiement du ticket modérateur, voire des soins ou encore de la cotisation à une mutuelle) ; l'accompagnement social peut être un accompagnement dans une démarche de santé. Début 1994, 70 % des départements avaient signé une convention.

Les réseaux de santé de proximité dans la politique de la ville

D'autres politiques d'insertion, ou de lutte contre l'exclusion, comportent un volet santé. C'est bien entendu le cas de la politique de la ville, anciennement politique de développement social des quartiers, où la collectivité locale est concernée au premier chef (cf. première partie du dossier). Certaines populations, comme les immigrées, sont dorénavant essentiellement touchées à travers cette approche territoriale.

C'est en soutien à cette politique de la ville que l'État a voulu relancer un plan *santé ville* et a dégagé 26 MF sur le collectif budgétaire de 1993 pour promouvoir des « réseaux de santé de proximité » aux objectifs multiples. Un premier bilan effectué par la DGS et le CFES fait valoir la forte implication (obligée) des communes comme partenaires ou promoteurs des projets ainsi financés.

Mais revenons à la circulaire, « il ne s'agit pas obligatoirement de projets montés à l'occasion du plan *santé ville*, mais aussi de l'extension de projets déjà initiés. Ces projets devront s'appuyer, en sus de l'hôpital, sur les services du département, les CCAS et les organismes de sécurité sociale permettant d'associer les personnels de ces institutions à l'action entreprise. Il est également possible d'inclure des associations dans une telle démarche. Il conviendra de

- ▶ Comité interministériel des villes du 29 juillet 1993
- ▶ Circulaire DGS SP 2 n° 74 bis du 2 décembre 1993

veiller à l'articulation de ces projets avec le dispositif santé développé dans le cadre du RMI et avec les programmes destinés aux jeunes. »

Cette circulaire paraît une illustration, parmi d'autres, de l'intrication étroite des différents dispositifs et surtout de la complexité croissante des partenariats prônés. C'est ce qui caractérise ces politiques et dispositifs, postérieurs aux lois de décentralisation, qui s'appuient sur des partenariats locaux et dépendent ainsi largement de volontés politiques locales.



Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins

Alors qu'à la fin des années 70, la généralisation de la Sécurité sociale semblait pouvoir garantir à tous l'accès aux soins, dans les années 80, la montée des exclusions, l'apparition des « nouveaux pauvres » ont révélé les lacunes de notre dispositif de Sécurité sociale. Si 99,8 % de la population est protégée par l'assurance maladie, il en reste 0,2 % non couverte. De plus l'avance des frais, le ticket modérateur, (en augmentation régulière), les dépassements tarifaires constituent des obstacles importants pour les personnes les plus démunies qui font rarement partie des 84 % de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire. D'où les efforts faits pour l'accès aux soins des plus démunis, où le rôle des départements est essentiel.

Département, aide médicale et accès aux soins

C'est au travers de la gestion de l'aide médicale que le département joue depuis longtemps un rôle important dans l'accès aux soins des plus démunis.

L'aide médicale fait partie des compétences transférées aux départements par la loi du 22 juillet 1983. L'État n'a conservé qu'une com-

pétence d'exception pour les *sans résidence stable* et pour les frais d'IVG. L'aide médicale existe depuis 1893. Depuis l'instauration de la Sécurité sociale elle avait une fonction subsidiaire à l'Assurance maladie, cette fonction tend à devenir complémentaire avec la réforme profonde qu'elle vient de connaître avec la loi du 29 juillet 1992 (qui concerne le RMI mais traite également de la réforme de l'aide médicale) (voir encadré). Cette loi crée de nouvelles obligations pour les départements ; elle leur laisse cependant toujours la possibilité d'intervenir plus ou moins largement.

L'aide médicale légale

Toute personne résidant en France peut obtenir pour elle-même ou pour les personnes à sa charge au sens du code de la Sécurité sociale, la prise en charge par l'aide médicale des frais de soins qui lui sont nécessaires, si elle ne peut y faire face elle-même ou avec l'aide des membres de sa famille soumis à l'obligation alimentaire. ➤

Concrètement, et sans entrer dans les détails

Articles
nouveaux
187-1 et 187-2
du code de la
famille et de
l'aide sociale

Articles
L 321-1 et
L 331-2 du
code de la
Sécurité
sociale

d'une législation complexe, on peut dire que l'aide médicale peut prendre en charge :

- les frais de santé définis par le code de la Sécurité sociale ainsi que le forfait hospitalier, pour les personnes non affiliées à un régime de Sécurité sociale ;
- les frais restant à la charge du patient affilié à un régime de Sécurité sociale (ticket modérateur) si celui-ci ne peut les supporter ;
- les cotisations d'assurance personnelle, pour une affiliation à un régime de Sécurité sociale, toujours si le demandeur ne peut les supporter.

Le bénéficiaire de l'aide médicale est de droit pour les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de l'assurance veuvage et pour les jeunes de 17 à 25 ans qui satisfont aux conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI en ce qui concerne les cotisations assurance personnelle. Dans les autres cas, il est soumis à l'examen des ressources du demandeur.

Mais le département peut, dans son règlement départemental d'aide sociale, déterminer un barème de ressources pour l'admission de plein droit à l'aide médicale.



Principales modifications concernant l'aide médicale

apportées par la loi du 29 juillet 1992

Bénéficiaires

Toute personne qui n'a pas les ressources nécessaires pour supporter des dépenses de soins peut demander le bénéfice de l'aide médicale pour lui et ses ayants droits ; l'aide médicale est étendue au foyer et est susceptible d'être accordée par avance ; auparavant le demandeur devait justifier la nécessité de soins médicaux et la prise en charge était personnelle.

Sont bénéficiaires de droit : les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de l'assurance veuvage et les jeunes de 17 à 25 ans ayant des revenus inférieurs au RMI (pour les cotisations assurance personnelle).

Recueil et instruction de la demande

Les CCAS ne sont plus les seuls lieux de dépôt de la demande ; celle-ci peut être déposée également auprès d'associations agréées à cet effet, des services sanitaires et sociaux du département, ou des CPAM ayant passé convention pour cela. Le dossier est instruit par le département ou par l'Etat selon leur compétence respective (et non plus par le seul département).

Admission

L'admission est prononcée par le président du conseil général ou par le préfet (et non plus par la commission d'aide sociale), pour un an (et non plus pour chaque traitement).

Absence de résidence stable

Cette notion se substitue à celles de sans domicile fixe et sans domicile de secours. Sont à la charge de l'Etat les frais pour des personnes qui élisent domicile auprès d'un organisme agréé, faute de résidence stable. Sinon c'est le département où réside l'intéressé au moment de sa démarche d'admission qui prend en charge la dépense.

L'obligation alimentaire

Elle ne peut plus être opposée, *a priori* ; elle peut être mise en œuvre *a posteriori*, sauf pour les bénéficiaires du RMI. Par ailleurs la loi du 29 juillet 1992 a élargi et officialisé la pratique des conventions avec les caisses d'assurance maladie pour la gestion de l'aide médicale et la mise en place des « cartes santé ».

(articles 187-1 à 190-3 nouveaux du Code de la famille et de l'aide sociale)

Le règlement départemental d'aide sociale

Outre ce barème de ressources pour l'admission de plein droit, le département peut introduire dans son règlement départemental d'aide sociale des mesures plus favorables quant au bénéfice de l'aide médicale. On peut citer :

- la prise en charge de soins peu ou pas remboursés par l'Assurance maladie (soins dentaires, prothèses, lunetterie, ...)
- la prise en charge partielle ou totale de cotisations pour un régime complémentaire ;
- la prise en charge partielle ou totale de cotisations d'assurance maladie pour des travailleurs non salariés, pour les rétablir dans leur droit.

▶ Nouvel article 188-2 du CFAS qui reprend les dispositions de l'article 34 de la loi du 22 juillet 1983

Articles ◀ L 182-1 du code de la Sécurité sociale

La généralisation du tiers payant ou « cartes santé »

Le système de la « carte santé » repose sur le principe du paiement direct des prestataires de services ou de soins (médecins, pharmaciens, ...

et dorénavant même les hôpitaux) par les organismes de l'Assurance maladie. Le département ou l'État remboursent, après coup, aux organismes de l'Assurance maladie, pour chaque assuré bénéficiaire de l'aide médicale la part des frais incombant à l'aide médicale.

Ce système évite ainsi l'avance des frais pour le bénéficiaire de la carte santé. Il repose sur des conventions entre les organismes de l'Assurance maladie d'une part, le département et l'État d'autre part. Cette possibilité de convention avait été ouverte par la loi du 25 janvier 1990 et de nombreux départements l'avaient utilisée. Son principe est inscrit dans la loi du 22 juillet 1992 (article 17) ouvrant ainsi la voie à une généralisation sur tous les départements.

La gestion des centres de santé

Une autre possibilité pour faciliter l'accès aux soins

Le terme centre de santé recouvre des structures très diverses qui vont de la structure privée à but lucratif, au dispensaire à vocation médico-sociale. Les lacunes de la réglementation ont longtemps laissé planer l'incertitude sur leur place et leur fonction. Deux décrets datés du 15 juillet 1991 sont venus quelque peu clarifier leur fondement juridique. Cependant on peut dire que les centres de santé ont vocation à faciliter l'accès aux soins puisque ce sont généralement des dispensaires, conventionnés avec la Sécurité sociale de façon à permettre le tiers payant. Certains vont jusqu'à assurer les soins gratuitement, d'autres, ou les mêmes, sont conventionnés au titre de l'aide médicale du département. Ils ont tous une vocation curative mais certains développent également des activités médico-sociales et préventives.

Ce sont surtout les communes qui, à une époque, ont développé une politique de santé au travers de la gestion de centres de santé. Le dernier recensement de ces centres remonte à la fin 1988 : il faisait valoir que sur 2 224 centres recensés, 256 étaient gérés par des municipalités. Certaines ont beaucoup investi dans ces centres, on cite souvent Grenoble ou Saint-Nazaire mais c'est surtout un phénomène de la région parisienne : en 1988, 154 des 256 centres gérés par des municipalités étaient implantés en Île-de-France (rapport Igas sur la situation des centres de santé, mars 1990). ■



Les communes et l'aide sociale

Bien que les centres communaux d'action sociale (CCAS) soient le plus souvent le lieu le mieux identifié par les usagers pour les demandes d'aide sociale, la commune n'a reçu par la loi qu'une compétence de second plan en la matière, compétence qui est antérieure aux lois de décentralisation et a été peu modifiée par celles-ci. Le CCAS reçoit la majeure partie des demandes et la commune participe au financement.

Les demandes d'aide sociale doivent être déposées au CCAS, ou à défaut, à la mairie, à l'exception des demandes d'aide sociale à l'enfance. Dorénavant, ce lieu n'est plus exclusif pour les demandes d'aide médicale, par contre, il l'est toujours pour les demandes d'aide sociale aux personnes âgées ou aux personnes handicapées. Le CCAS « établit » le dossier (rassemblement des pièces justificatives) avant de le passer aux services du conseil général ou de l'État. Le maire dispose d'un pouvoir d'admission d'urgence (supprimé pour l'aide médicale), c'est une admission provisoire.

Les communes participent aux dépenses d'aide sociale légale du département, cette participation est d'abord calculée globalement par le département chaque année à partir d'une base arrêtée en 1983, puis répartie entre chaque commune selon différents critères. La participation moyenne des communes s'élève à environ 15 %.

Article ◀ 125 du CFAS

Article ◀ 134 du CFAS

Décret ◀ n° 87-1146 du 31 déc. 1987

(article L 125 du CFAS, article 93 de la loi du 7 janvier 1988 et article 32 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983)



Une réalité complexe

Les sources statistiques disponibles nous permettent d'avoir une idée d'ensemble, à l'échelon national, de l'investissement des collectivités locales, essentiellement des départements, dans les interventions médico-sociales. Mais elles ne nous disent rien des initiatives, des stratégies et des rapports de force locaux. On peut cependant avancer que, malgré quelques antagonismes entre l'État et les départements notamment, les départements ont globalement maintenu l'intervention auprès des « publics » traditionnels, que les communes d'une certaine importance ont pris une place indéniable dans ce champ d'intervention, et que communes et départements ciblent de plus en plus les publics en difficulté d'insertion.



Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles

Plusieurs sources statistiques nous permettent d'apprécier globalement l'activité des départements dans les champs d'intervention sociale ou médico-sociale où des compétences leur ont été dévolues (cf. encadré page suivante). Cependant il convient de bien noter que ces données ne concernent que les départements et pas les communes (sur le cas des communes voir infra) et portent essentiellement sur les interventions légales ; les données sur les interventions facultatives restent très rares.

La décentralisation a fait naître tous les espoirs mais a également éveillé toutes sortes d'inquiétudes. Or, après 10 ans, au vu de ces

données, il semble qu'il n'y ait pas eu de rupture dans les interventions traditionnelles et que la situation se caractérise par des dépenses maîtrisées, une activité globalement maintenue, mais des disparités également constantes.

Des dépenses maîtrisées

C'est le constat fait par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) à partir d'une enquête auprès de 21 départements (les résultats obtenus ayant été pondérés de manière différenciée selon les divers chapitres d'action sociale pour reconstituer une image fidèle de la France métropolitaine). Les dépenses analysées ne concernent pas toutes notre champ d'étude

► **L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives,** éditions Odas, septembre 1993.

(en particulier les dépenses afférentes à l'aide sociale à l'enfance qui pèsent pour 36 % dans le total des budgets d'action sociale), elles les recouvrent assez largement (pour les dépenses

S Sources de données sur l'intervention sociale et médico-sociale des départements

L'activité des départements en matière d'intervention sociale et médico-sociale fait l'objet d'un recueil d'informations par un dispositif légal, un organisme para-public et une initiative associative.

- Article 25 de la loi n° 83-8 du 7 jan. 1983, décret n° 85-894 du 14 août 1985 et arrêté du 4 mars 1986
- Le premier dispositif repose sur une disposition législative et 2 réglementaires qui ont précisé les statistiques soumises à cette obligation dans le champ sanitaire et social. Pour l'établissement de ces statistiques, les départements doivent remplir des questionnaires, établis par les services du ministère des Affaires sociales, et régulièrement revus. Le Sesi est destinataire de ces données. Il en assure le traitement et les publie dans ses bulletins ou revues.
 - Un organisme créé en 1990, l'Odas, constitue le second dispositif. Sa mission est de développer et de favoriser l'observation de l'action sociale, il a le statut d'une association mais est financé par des subventions de l'État et des cotisations des collectivités locales. C'est un interlocuteur

privilegié de l'État et des collectivités locales, et il s'attache aussi bien à connaître l'activité de ces dernières qu'à leur proposer des outils d'observation. Les travaux de l'Odas font l'objet de publications disponibles à son siège.

- La troisième source d'information nous vient d'une initiative associative : l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (Andass) sollicite régulièrement ses adhérents et les autres responsables des services sanitaires et sociaux des conseils généraux, pour publier un annuaire des données sociales et de santé des départements. Ces données complètent utilement celles du Sesi. L'Andass a également publié un guide des innovations sociales des départements.

On ne dispose pas de sources d'informations équivalentes sur l'activité des communes : seul l'Odas commence à travailler avec celles-ci.

prises en compte voir page XXI le tableau sur la structure des dépenses). L'Odas distingue deux périodes :

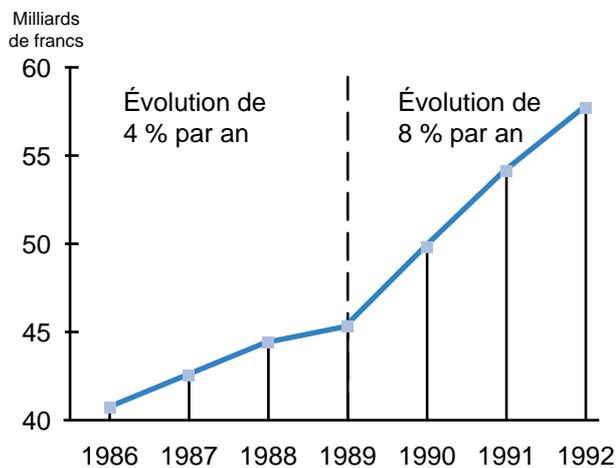
- *la période faste 1984-1989* qui se caractérise par un freinage important de la croissance des dépenses d'action sociale. Alors que de 1980 à 1984, le taux annuel moyen de croissan-

ce des dépenses nettes d'action sociale par habitant en francs constants oscillait autour de 2,5 %, de 1984 à 1989 la tendance se situe aux alentours de - 1 %. L'Odas commente : « ce freinage [...] possède des origines multiples, délicates à quantifier et encore plus à hiérarchiser. La décentralisation y joue un rôle important mais non exclusif. » L'Odas cite alors des influences extérieures à la gestion départementale (politiques de l'État en matière de désindexation des salaires, revalorisation des salaires, ...) pour évoquer ensuite l'influence de la décentralisation sur la gestion des services : « l'économie entrée dans le social ».

- *les premières difficultés : 1989-1992*, on relève à partir de 1989 une reprise du rythme de croissance des dépenses : 8 % en francs courants soit 5 % en francs constants. Plusieurs types de dépenses augmentent notamment : l'aide aux personnes âgées et handicapées du fait d'un renchérissement des coûts des prestations en établissement, mais aussi de la charge accentuée de l'allocation compensatrice, l'aide médicale avec la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI et bien entendu les dépenses d'insertion pour les bénéficiaires du RMI.

Il faut savoir que sur une période proche (1984-1991), les dépenses d'aide sociale de l'État diminuaient de 7,0 % en francs courants,

? Évolution, en francs courants, de la dépense départementale d'action sociale



Source : Odas

soit 28,4 % en francs constants. Cette diminution est essentiellement liée à la diminution des dépenses d'aide médicale (voir p. XVIII).

Une offre de services maintenue mais diversifiée

Il est généralement admis que les départements ont globalement maintenu l'offre de services et l'activité dans les champs qui leur ont été dévolus.

Pour illustrer ce propos nous avons choisi des séries publiées récemment par le Sesi. Elles concernent la PMI.

Les séries qui concernent les moyens consacrés par les départements au service départemental de PMI nous montrent une augmentation de ces moyens : plus de personnel permanent (le nombre de médecins vacataires diminuant), +83,7 % de médecins titulaires ou contractuels, + 17,2 % de puéricultrices, +41,5 % de sages-femmes, seul le nombre d'infirmières diminue légèrement (-5,0 %). Le nombre de points de consultations augmente également.

Par contre, les données concernant l'activité traditionnelle sont en diminution : moins de visites à domicile et moins de consultations prénatales ou postnatales. Le Sesi ne conclut cependant pas à une diminution de l'activité des services de PMI mais à une diversification de leur mode d'intervention : plus d'intervention collective, plus de démarches vers des populations défavorisées, ce que les données sur les moyens pourraient confirmer.

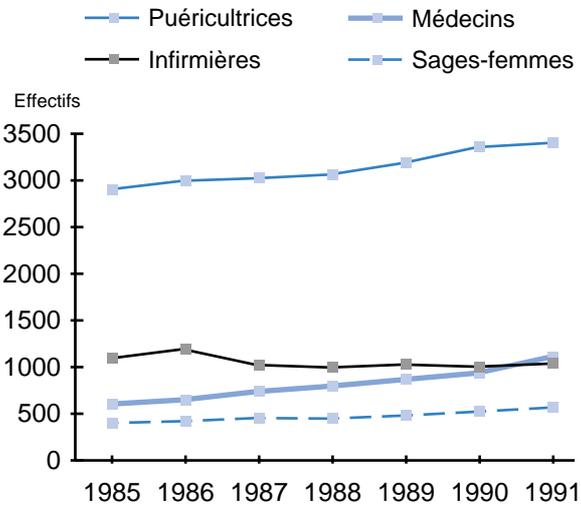
Des évolutions équivalentes, c'est-à-dire complexes, à significations diverses selon les indicateurs choisis, se retrouvent sur les différents champs de l'action sociale et médico-sociale décentralisée. Ces évolutions reflètent également d'autres évolutions économiques et institutionnelles, mais en tous cas pas un désinvestissement massif des départements.

Par ailleurs, il faut rappeler l'évolution et la diversification des pratiques et offres de services que ces données globales nous masquent.

Pour n'en citer que quelques unes rappelons : l'accentuation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées avec la multiplication et la diversification des prestations offertes, souvent avec le concours des communes ; les efforts faits également pour les personnes handicapées notamment avec la création



Évolution des moyens consacrés aux services départementaux de PMI



Source : Odas, exploitation : AdSP.

Activité de la protection maternelle et infantile au cours des années 1990 et 1991, in Documents statistiques, n° 190, décembre 1993.

Dépenses et bénéficiaires d'aide sociale, résultats 1991, in, Documents statistiques, n° 194, février 1994.

Annuaire des données sociales et de santé, n° 4, édition 1993, Andass

dans presque tous les départements de services d'accompagnement à la vie sociale, l'accent mis par les services de PMI sur la lutte contre les incapacités, les handicaps et les inadaptations.

Enfin, il faut souligner les nombreuses initiatives prises en matière d'aide médicale pour favoriser l'accès aux soins (voir p. XX).

Des disparités évidentes

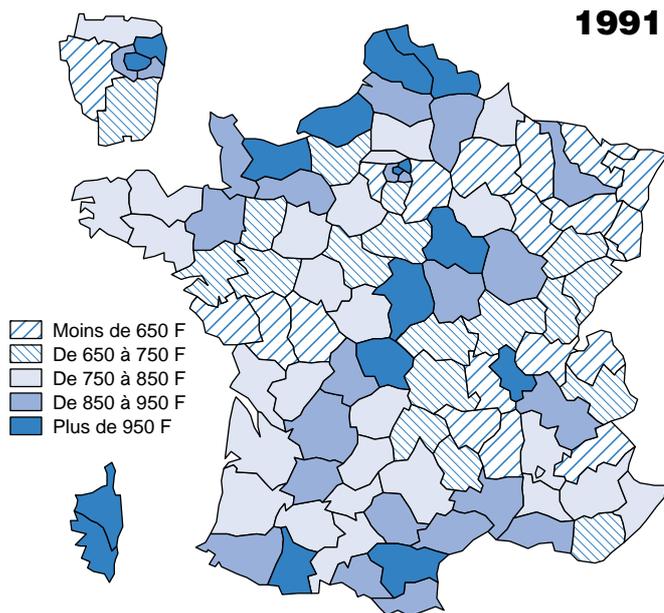
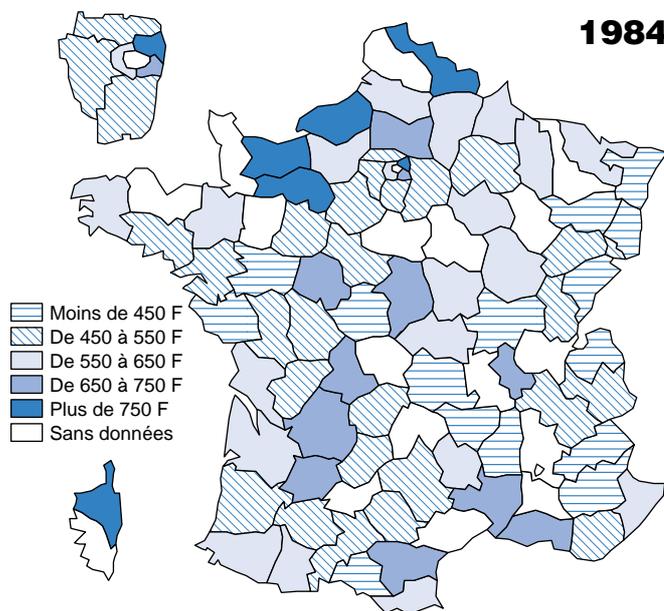
Le reproche le plus souvent fait à la décentralisation est celui de générer des disparités et des inégalités : disparités d'équipements, d'offre de services et donc inégalités pour les citoyens dans l'accès à ces équipements et services.

Les données recueillies par le Sesi nous confirment ces disparités, quelques soient les champs étudiés. Nous avons choisi pour l'illustrer l'indicateur le plus global, les dépenses nettes d'aide sociale par habitant (voir les cartes page suivante). Les données recueillies par l'Andass montrent aussi ces disparités, on relève une grande dispersion dans les séries statistiques. Pour toutes les données recueillies l'Andass présente le minimum, le maximum et la moyenne (voir les séries en annexe page XXXIV).

Ces disparités se retrouvent également dans



Dépenses départementales d'aide sociale par habitant en 1984 et 1991 (dépenses nettes)



Source : Sesi, exploitation : AdSP.

les nouvelles politiques à l'égard des populations en situation de pauvreté - précarité. Nous reviendrons ci-dessous sur la mise en place par les départements de dispositifs s'apparentant aux cartes santé, mise en place répandue mais pas généralisée et ouvrant des droits plus ou moins importants.

Mais la question essentielle qui se pose est de savoir si ces disparités préexistaient à la décentralisation, si elles ont été accentuées ou au contraire diminuées depuis. Nous n'avons pas de réponse univoque. Nous empruntons à Alain Guengant un début de réponse : « rapportées par habitant, les budgets sociaux présentent des inégalités plus grandes encore. Ainsi de 1985 à 1987, les dépenses s'échelonnent du simple au triple pour la France continentale (de 320 à 988 francs par habitant) [...]. Ventilés par secteur d'intervention [...]

les budgets demeurent aussi disparates. Toutefois en longue période une tendance à la réduction des inégalités se dessine. Certes l'inertie relative des budgets exclut tout rapprochement rapide. Néanmoins le lent mouvement de resserrement des dépenses, engagé avant la décentralisation se poursuit. Les départements les plus dépensiers augmentent en moyenne moins vite leurs crédits. À l'inverse, les départements à l'origine peu dépensiers semblent pratiquer une politique de rattrapage partiel en augmentant plus rapidement leur dépense par habitant. Certes des comportements divergents existent. Ceux-ci demeurent toutefois suffisamment exceptionnels pour ne pas contrarier la réduction globale des inégalités. »

Alain Guengant en vient ensuite à l'origine de ces disparités qui existent donc depuis fort longtemps. Il avance l'hypothèse qu'elles sont assez largement dues aux disparités des ressources (autrefois le taux de subvention nationale pour l'aide aux infirmes ou aux personnes âgées, entre autres ; aujourd'hui les inégalités interdépartementales de ressources), autant qu'aux besoins.

Alain Guengant en vient ensuite à l'origine de ces disparités qui existent donc depuis fort longtemps. Il avance l'hypothèse qu'elles sont assez largement dues aux disparités des ressources (autrefois le taux de subvention nationale pour l'aide aux infirmes ou aux personnes âgées, entre autres ; aujourd'hui les inégalités interdépartementales de ressources), autant qu'aux besoins.

Exemple de l'aide aux personnes âgées

Pour finir, nous voudrions reprendre la conclusion de l'Odas sur les dépenses d'aide sociale

aux personnes âgées qui illustre bien tous ces points.

« Depuis la décentralisation, les deux composantes de l'aide départementale aux personnes âgées ont évolué de manière divergente : l'aide à l'hébergement et à domicile diminuant en fonction de l'augmentation du niveau de vie des personnes âgées, l'allocation compensatrice augmentant à proportion de la dépense croissante. Cette dernière est passée, entre 1984 et 1992, de 24 % à 40 % du montant total de l'aide aux personnes âgées.

« L'année 1989 a vu la seconde tendance commencer à l'emporter sur la première et, depuis lors, le taux annuel de croissance de la dépense est de 6 % en francs courants, ou 3 % en francs constants. Les perspectives sont à la poursuite de cette tendance voire à son accélération. Ces tendances moyennes ne traduisent pas complètement des situations locales très variables. L'accès à l'allocation compensatrice pour les personnes âgées dépendantes varie selon les départements de 1 à plus de 3, et la dépense totale affectée aux personnes âgées varie dans les mêmes proportions.

« Malgré une légère tendance à un resserrement de la dispersion, les écarts départementaux sont pratiquement les mêmes en 1990 qu'en 1985, marquant davantage les différences entre pratiques que des disparités socio-démographiques. »

► **L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives,** éditions Odas, septembre 1993.



Le nouveau positionnement des partenaires

Département, État, protection sociale : le jeu du mistigri

La décentralisation avait posé le principe de *qui paie, décide*, mais ce principe a dès l'origine souffert d'exceptions. Rappelons l'exemple, le plus criant, de la Cotorep (où le département ne dispose que d'un représentant sur vingt membres) qui décide de l'attribution de l'allocation compensatrice alors que cette allocation est entièrement à la charge du département, sans possibilité de récupération.

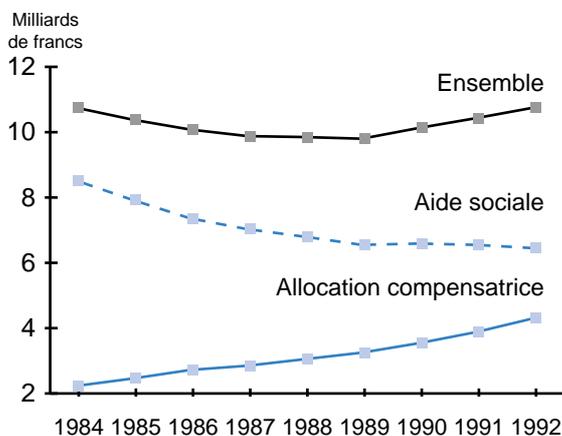
Pour les personnes âgées, l'application du principe que la Sécurité sociale a en charge tout ce qui est de l'ordre du soin, alors que le département prendrait en charge tout ce qui relève de l'hébergement ou de l'accompagnement social, a posé d'importants problèmes dans son application et alimente encore un contentieux entre les départements d'une part, l'État et la Sécurité sociale d'autre part : détermination du forfait soins, du prix de journée des lits médicalisés, dans les foyers, à l'inverse du forfait hébergement dans les centres de long séjour.

Enfin la politique de l'État en matière d'équipement n'est pas sans conséquence sur la demande qui s'exerce sur les départements : ainsi, on sait qu'un certain nombre de handicapés mentaux sont accueillis en hôpitaux psychiatriques. La politique de redéploiement de lits psychiatriques oriente vers des foyers de vie ou des maisons d'accueil spécialisées des handicapés lourds jusqu'alors pris en charge par les centres hospitaliers spécialisés. Autre exemple, la création par l'État d'un CAT va créer une demande d'hébergement d'adultes handicapés.

L'interaction des politiques des trois financeurs se retrouvent ainsi dans d'autres domaines : action sanitaire et sociale des caisses *et* aide sociale aux personnes âgées ; politique de PMI du département *et* prise en charge des consultations femmes enceintes et jeunes enfants par l'Assurance maladie ; généralisation de l'Assurance maladie *et* dépenses d'aide



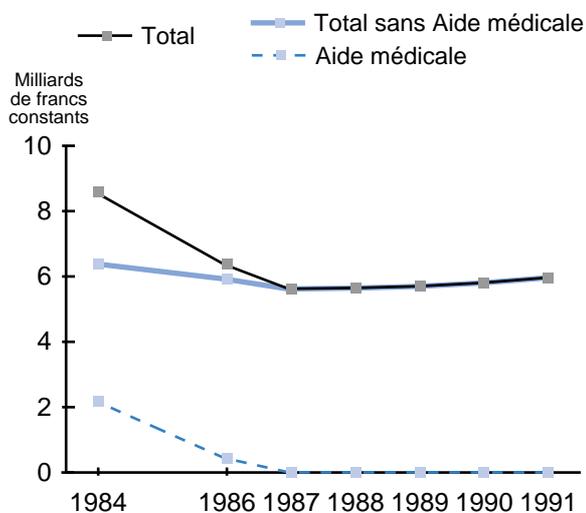
Évolution, en francs constants, des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées



Source : Odas



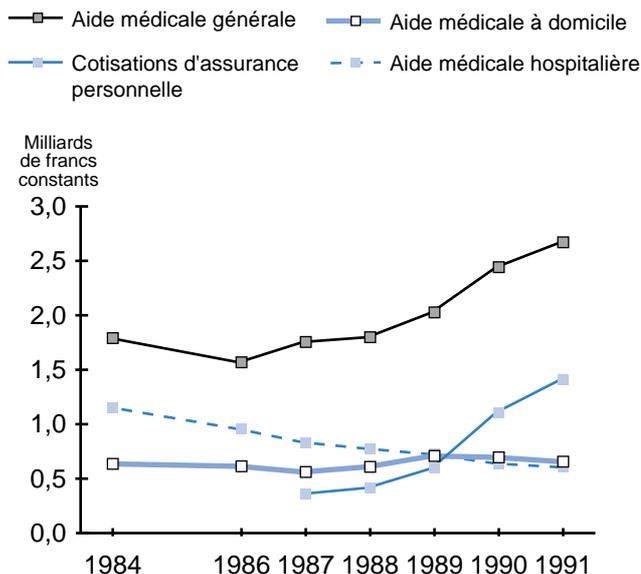
Dépenses brutes d'aide sociale relevant de la compétence de l'État



D'après données Sesi, indice des prix du PIB - base 1984. Exploitation AdSP.



Dépenses nettes d'aide médicale relevant de la compétence du département



D'après données Sesi, indice des prix du PIB - base 1984. Exploitation AdSP.

médicale, ... Ce dernier point s'analyse de façon différente depuis les mesures prises en faveur des bénéficiaires du RMI et des jeunes : la prise en charge de l'assurance personnelle, de droit, par l'aide médicale pèse sur les budgets des départements même si ceux-ci font des économies sur la prise en charge des soins. Ces nouvelles affiliations pèsent également sur l'Assurance maladie par la prise en charge des soins. C'est l'État qui voit par contre ses charges diminuer au titre de l'aide médicale État pour les *sans domicile stable* (ex-sans domicile de secours).

Tous ces problèmes se cristallisent actuellement autour de la question de la prise en charge de la dépendance.

Avec le vieillissement du 3^e âge (les plus de 80 ans sont aujourd'hui plus de 2 millions), les politiques de maintien à domicile marquent le pas et les besoins d'une tierce personne s'accroissent.

Pour le moment, la réponse à ce besoin passe souvent par l'attribution de l'allocation compensatrice (alors qu'il existe une allocation — majoration pour tierce personne — financée par la Sécurité sociale). Or, cette allocation qui vise à la compensation des frais directs ou

indirects entraînés par le recours à une tierce personne pour l'accomplissement d'actes essentiels de la vie courante, a été créée par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des

personnes handicapées. Elle est attribuée, à ce titre, par la Cotorep. Pour le bénéficiaire et sa famille elle présente l'avantage de ne pas être soumise à l'obligation alimentaire ni à la récupération sur succession. Aucune limite d'âge n'est prévue et par une interprétation extensive de la notion de handicap elle est dorénavant très souvent attribuée à des personnes âgées dont l'état de dépendance résulte de la sénescence et non d'un handicap pathologique ou accidentel. Plus, la commission centrale d'aide sociale a décidé qu'elle pouvait également être attribuée en cas d'accueil du bénéficiaire dans un établissement. Cette jurisprudence n'est d'ailleurs pas appliquée par tous les départements. « Financièrement, cette évolution conduit à un transfert d'un autre ordre dans le cadre du partage des compétences entre l'État et les collectivités territoriales : le budget de la Sécurité sociale en bénéficie aux dépens du budget des départe-

Décision du 19 février 1988, lettre circulaire DAS du 25 mai 1990

ments qui estiment aujourd'hui être les victimes d'une situation qu'ils ne maîtrisent plus. »

Si actuellement 160 000 personnes âgées bénéficient de l'allocation compensatrice, on estime à près de 500 000 le nombre de personnes âgées très dépendantes. Devant cette situation, le gouvernement a avancé le projet d'une allocation dépendance qui bute actuellement sur le double problème de sa maîtrise et de son financement. Il semble acquis que le financement relève des cotisations sociales, mais il n'a pas été arbitré entre une hausse de la cotisation d'assurance maladie des retraités (sensiblement inférieure à celle des actifs) ou une cotisation à répartition plus large (hausse de la contribution sociale généralisée par exemple). Quant à sa maîtrise, les présidents des conseils généraux auraient souhaité pouvoir décider de son attribution, en vertu de leur compétence dans l'action sociale auprès des personnes âgées, mais les organismes de sécurité sociale y sont opposés à partir du moment où le financement reposerait sur la solidarité nationale.

Le paradoxe des communes

La décentralisation dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, n'a pas, on l'a vu, apporté de compétences nouvelles aux communes. En matière d'aide sociale légale, la commune participe à l'instruction et au financement (cf. encadré page XII). L'article 33 de la loi du 22 juillet 1983 ouvrait la possibilité aux communes de gérer des services du département, par délégation et dans des conditions définies par convention. Mais cette possibilité n'a été qu'exceptionnellement utilisée.

La réforme de l'aide médicale a même retiré à la commune quelques prérogatives : fin de l'admission d'urgence prononcée par le maire, fin du « monopole » pour le dépôt des dossiers. Mais, d'une part, la commune dispose d'une clause de compétence générale « sur les affaires de la commune » (voir la première partie du dossier, *AdSP* n° 5). D'autre part, l'article L 137 du CFAS définit une mission large au CCAS qui « anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. »

Et de fait, les communes, ou plutôt certaines communes, sont présentes dans toutes ces politiques, via leur centre communal d'action

► **Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes**, Cour des comptes, rapport au président de la République, novembre 1993.

Article L 163 du CFAS ◀

sociale, mais aussi leur service d'hygiène et de santé publique ou encore des associations paramunicipales. En effet les communes sont traditionnellement des gestionnaires de structures et de services, elles sont les partenaires sollicitées de toutes les nouvelles formes d'intervention, enfin la décentralisation leur a donné une nouvelle légitimité politique.

Les communes sont traditionnellement gestionnaires d'équipements et de services en faveur de la petite enfance (modes d'accueil que nous ne traitons pas dans le cadre de cette étude), des personnes âgées et dans une moindre mesure des personnes handicapées.

L'article 18 de la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales invitait les communes à devenir des gestionnaires pour « les interventions à but social et médico-social. » La loi du 6 janvier 1986 les a invités à créer des services pour personnes âgées. Les communes ont créé des maisons de retraite non médicalisées, puis elles ont participé à la politique de maintien à domicile en créant des services d'aide ménagère, de soins à domicile, de portage de repas, de télé-alarme, ... sans compter le développement de l'accueil de jour (foyers restaurants et centres d'activité). Enfin, confrontées elles aussi au problème de la dépendance, elles ont parfois cherché à y répondre par l'introduction de suivis plus lourds, voire médicalisés.

Si les communes sont moins souvent concernées par la gestion de structures pour les personnes handicapées, elles sont très directement concernées par l'intégration en milieu urbain : accessibilité en matière de transports, de logement, de services publics, aménagement des voies urbaines...

Enfin, rappelons que certaines communes ont développé une politique médico-sociale à partir de la gestion de centres de santé (cf. page XII).

Mais les communes, collectivités de base, se sentent au premier chef concernées par les phénomènes d'exclusion et elles sont devenues les promoteurs ou partenaires, voire les pionnières, des politiques d'insertion. Sans vouloir trop sortir du champ de notre étude, rappelons cependant que certaines d'entre elles ont été les premières à proposer des revenus minimum. Elles sont directement concernées par la mise en place des missions locales dans le dispositif d'insertion des jeunes. Elles ont mis en place des conseils communaux de prévention de la

délinquance. Elles assureraient l'instruction de 75 % des demandes de RMI.

L'État a d'ailleurs bien compris cet engagement des communes dans toutes ces politiques, et cherche à les impliquer en particulier dans toutes les formes d'intervention de proximité, de réseaux, ... Les communes sont les premiers partenaires ou promoteurs, dans des programmes tels que les actions santé jeunes, ou les nouveaux réseaux de proximité d'accès aux soins. Deux mille communes étaient partenaires dans les premières conventions concernant les Fonds d'aide aux jeunes (période de 1989 à 1992).

Enfin la décentralisation a profondément modifié le contexte de l'intervention des communes. « Elle a conduit les communes les plus peuplées à affirmer leur capacité d'initiative face au département ». Cette capacité d'initiative est bien entendu étroitement liée à leur taille et à leur capacité financière. L'environnement urbain ou rural joue également, les communes rurales victimes de leur éparpillement et de leur isolement restant plus souvent à l'écart des innovations. Toujours est-il que bien des communes se sont engagées dans de nombreuses formes d'interventions facultatives et, de plus en plus, elles élaborent des programmes globaux.

Le nouvel élan donné à la politique de la ville ne peut que renforcer cette légitimité et cette volonté d'affirmer une autonomie. Mais ce transfert dans l'initiative s'accompagne d'un transfert de charges financières sur lequel risque de buter cette évolution.

Il peut s'accompagner également de conflits de pouvoirs locaux. « L'action sociale de la commune et du département intervient souvent pour les mêmes catégories de populations. Est alors posé le problème de la cohérence entre ces deux niveaux d'interventions. [...] Les lois de décentralisation ont occulté la question des interactions entre action sociale communale et action sociale départementale, laissant le soin aux élus de régler eux-mêmes les difficultés nées d'actions sociales parfois antagonistes. »

► **La mutation de l'action sociale communale, mémoire d'études questions sociales, Éna, promotion Saint Exupéry.**

► **Les conséquences de la décentralisation en matière d'aide sociale, rapport du Conseil économique et social, 1988, JO du 28 juillet 1988.**



Départements et communes sont devenus des acteurs de premier plan des politiques d'insertion. Les départements sont au centre du dispositif d'insertion des bénéficiaires du RMI, les communes par définition les maîtres d'œuvre de la politique de la ville. Départements et communes sont sollicités comme partenaires dans maints programmes d'insertion.

Plusieurs indices donnent à penser que les priorités de ces collectivités locales, sont en train de se déplacer des publics traditionnels de l'aide sociale ou de la santé publique (personnes âgées, handicapés, femmes enceintes et jeunes enfants), vers ces publics marginalisés ou en difficultés d'insertion. Pour illustrer, ce propos, nous avons choisi deux enquêtes.

Départements et politique d'accès aux soins

◀ **Observation et accès aux soins des plus démunis, atelier n° 5, entretiens de l'Odas, 14 et 15 décembre 1993.**

Effectuée par l'Odas en 1993, la première enquête concerne les départements et leur politique d'accès aux soins. D'après l'Odas, 51 départements, soit 55 % de ceux qui ont répondu au questionnaire, avaient mis en place un système d'accès aux soins, s'apparentant à la carte santé, avant le 31 décembre 1992, c'est à dire avant la date d'application de la loi du 29 juillet 1992. Les critères retenus étaient : instruction familiale et annuelle, non-contingemment des actes, couverture pour la part légale et le ticket modérateur de l'ensemble des prestations de l'aide médicale. « Le nombre important de départements ayant mis en place une carte santé traduit la forte conscience collective de la nécessité de renforcer l'accès aux soins des plus démunis tout en modernisant les pratiques administratives et financières correspondantes. »

Bien sûr, ce chiffre globalement encourageant, cache des motivations, des procédures et des droits ouverts relativement différents : les motivations vont de la simple amélioration des circuits de financement et de gestion, à l'amélioration des conditions d'admission ou des

prestations offertes. Les procédures révèlent un partenariat plus ou moins poussé avec la CPAM, et la couverture assurée concerne ou non le ticket modérateur, les soins ambulatoires ou plus rarement hospitaliers. Il n'en reste pas moins qu'on assiste à un véritable engagement des départements à l'égard de ce problème qui a pu faire écrire « pour une très large part, cette loi (la loi du 29 juillet 1992 dans ses aspects réforme de l'aide médicale) a capitalisé les initiatives prises par les collectivités locales qui avaient décidé de contourner les aspects désuets, voir inapplicables de l'aide médicale. »

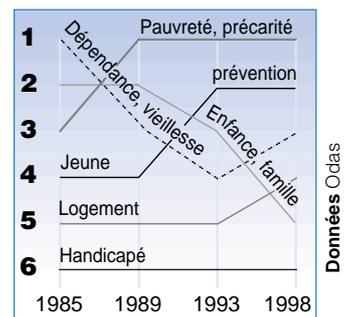
Ces initiatives locales ont d'ailleurs souvent été précédées ou accompagnées d'une étude sur l'état de santé des populations visées et/ou de leurs besoins. Cette démarche d'observation a pu être aussi le fait des communes, dans le cadre de programmes développement social des quartiers (DSQ), d'une CPAM, de la MSA ou encore d'un service déconcentré de l'État (DDASSouDRASS) ce qui illustre l'engagement de nombreux partenaires mais peut-être aussi une certaine confusion dans les responsabilités.

► **L'accès aux soins des personnes défavorisées,** O. Quérrouil, dans *Solidarité santé - études statistiques*, n° 3, 1993

Communes et politique d'action sociale

Les mutations de l'action sociale communale, *Les cahiers de l'Odas*, octobre 1993.

La deuxième enquête concerne les communes et leur politique d'action sociale (au sens large et donc au-delà de notre champ d'étude). Elle a été faite par les élèves de l'Éna dans le cadre d'un séminaire questions sociales (promotion Saint Exupéry) et l'exploitation des réponses a été approfondie par l'Odas. L'enquête, effectuée auprès des communes de plus de 50 000 habitants, avait pour objectif d'identifier les préoccupations successives des décideurs locaux en leur demandant de hiérarchiser leurs priorités pour la période 1985-1993 et celles qui pourraient être les leurs en 1998. Les résultats sont probants : la petite enfance et les personnes âgées, secteurs d'intervention traditionnels des communes passent aux 3^e et 4^e rang, alors que pauvreté/précarité, jeunesse/prévention prennent les deux premières places au rang des priorités communales.



Données Odas

Pour les actions santé, ces nouvelles priorités semblent se traduire par un redéploiement des moyens. Ainsi plusieurs communes font état de la fermeture de leurs centres de santé (ou d'une redéfinition des missions) et de l'affectation de ces moyens au volet santé de leur politique de la ville ou autres formes de politique d'insertion.

Ces nouvelles priorités ne se traduisent pas encore en termes budgétaires : le poids des interventions sociales et médico-sociales traditionnelles dans les budgets est encore très largement prédominant, aussi bien pour les communes que pour les départements. Le tableau ci-contre illustre la structure des dépenses d'action sociale et médico-sociale d'un département (lesquelles représentent en moyenne 33 % des budgets des départements). Il faut pourtant relever l'augmentation sensible, depuis 1989, des dépenses de RMI et des dépenses d'aide médicale (ces dernières représentaient en 1992, en moyenne 8 % des dépenses départementales). D'autres évolutions viendront-elles modifier la structure d'ensemble de ces budgets ?



Structure des dépenses nettes d'action sociale départementale en 1989

Dépenses indirectes	14 %
Service social	6 %
Services communs	4 %
ASE	2 %
PMI	2 %
Dépenses directes	80 %
ASE	36 %
Placement établissements ASE	16 %
Placement assistantes maternelles	8 %
Allocations	5 %
Placement médico-social, scolaire, hôpital	3 %
AEMO	2 %
Divers	2 %
Personnes handicapées	24 %
Domicile	12 %
Hébergement	12 %
Personnes âgées	14 %
Hébergement	11 %
Domicile	3 %
Aide médicale	6 %
Domicile	2 %
Hospitalisation	2 %
Cotisations	2 %
PMI	2 %
RMI	2 %
Actions facultatives	2 %

Source : Odas

L'échelon communal

Un échelon pertinent, sollicité mais non reconnu

Les communes sont aujourd'hui très sollicitées dans le domaine social, médico-social et sanitaire, il n'en a pas toujours été ainsi et, pour autant, il n'est pas sûr que les communes se satisfassent pleinement de la situation nouvelle.

Un débat escamoté

Longtemps les communes ont été cantonnées dans le rôle d'auxiliaire de l'aide sociale légale avec un zeste de personnes âgées, deux doigts de mode d'accueil de la petite enfance et d'aide facultative.

L'État était tout puissant avec vocation à réparer les quelques ratés du progrès économique à l'aide de politiques sectorielles.

La décentralisation aurait pu donner l'occasion de remettre en jeu l'échelon communal, il n'en fut rien, le législateur a choisi la facilité en opérant un léger glissement des services déconcentrés de l'État (DDASS) vers le conseil général, déjà sensibilisé par ces mêmes services aux politiques sociales menées de façon soutenues à l'échelle départementale. Il s'est par ailleurs évité le douloureux dossier d'une réforme communale ayant pour objet de regrouper les 36 000 communes françaises en un plus petit nombre d'unités moins disparates.

Les lois de décentralisation n'ont fait qu'effleurer l'échelon communal sans qu'aucun vrai débat ne soit engagé sur la

pertinence de l'échelon départemental, sur la redéfinition des missions de l'État, sur l'évolution de l'action sociale... que l'on sentait pourtant poindre puisque cette inquiétude par rapport à la maîtrise des dépenses a précisément été l'une des raisons du désengagement marqué de l'État dans ce secteur.

Le grand bazar institutionnel

Malgré les sollicitations dont elle est l'objet, la commune ne peut se satisfaire de la situation actuelle compte tenu de la totale désagrégation du cadre dans lequel elle évolue.

Le champ de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire est en effet totalement désorganisé sur le plan institutionnel :

- absence de leader véritable, le département étant fréquemment enclin à ne point trop s'investir par peur de trop dépenser ;
- l'État est exsangue dans les DDASS, les DRASS sont encore loin géographiquement et fort peu marquées par la culture sociale ou médico-sociale.

Les répartitions des compétences sont on ne peut plus contestables et surtout elles sont restées figées dans un partage du champ qui date de 10 ans. Toutes les réformes ultérieures ont consciencieusement mélangé les responsabilités sous couvert de partenariat.

Les textes sont tellement contradictoi-

res et dépassés qu'ils ne constituent plus un cadre pour le fonctionnement.

À titre d'exemple, on peut se demander s'il existe encore des responsables de CCAS suffisamment masochistes pour créer et gérer un établissement social ou médico-social, où il leur sera imposé la composition du conseil d'administration, un directeur dont la carrière est gérée directement par le ministère des Affaires Sociales et dont le personnel relèvera du statut de la fonction publique hospitalière.

Les missions des institutions clefs n'ont pas été redéfinies. Plus grave, c'est la panne politique des principaux acteurs et on voit bien comment le blocage de dossiers aussi cruciaux que celui sur la dépendance ou sur le service social, illustre tout ce qui a été dit plus haut.

Il n'y a donc plus de repère, plus de règle de jeu, ce qui conduit à prêter d'autant plus facilement toutes les vertus au « local », au « terrain » ; ce qui conduit aussi à réclamer à l'échelon de proximité réel que constitue la commune une contribution financière accrue et la participation de ses moyens humains.

Beaucoup de sollicitations donc, tous azimuts : logement social, insertion, emploi, prévention de la délinquance, lutte contre toutes les formes d'exclusion, mais dans des logiques verticales, pilotées par des institutions qui raisonnent en politiques sectorielles et qui, à coup d'incitations financières dont les effets pervers sont patents, essaient de s'attirer le concours des communes.

Vers une reconnaissance des communes...

Il est temps de reconnaître la commune comme un échelon pertinent de conduite des politiques sociales et comme partenaire à part entière.

L'État en premier lieu, les conseils généraux et les organismes de Sécurité sociale ne peuvent solliciter les villes de façon croissante sans leur accorder corrélativement une vraie reconnaissance.

Celle-ci devrait passer par une réelle prise en compte des communes dans des

textes enfin actualisés, par des compensations financières à l'instar de ce qui s'est produit pour les départements lors du transfert de compétences, par un partenariat plus équilibré, plus systématique, sur les grands dossiers.

Il faut affirmer clairement que les politiques sociales et médico-sociales ne peuvent plus s'élaborer, ni se conduire en dehors des communes, il en va de l'efficacité et de la pertinence même de celles-ci.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler deux ou trois évidences fortes qui viennent étayer ce propos :

- nous sommes dans une société essentiellement urbaine — et qui le devient de plus en plus — ou les problèmes sociaux se manifestent de façon criante — voire violente — dans les villes.

- les problèmes sont devenus à ce point complexes et spécifiques que seule une observation très fine — donc très rapprochée — peut permettre d'analyser les phénomènes et tenter ensuite d'apporter des réponses.

- les handicaps sociaux liés à l'exclusion sont cumulatifs tant au niveau individuel qu'au niveau collectif (quartiers relégués).

Face à cela l'échelon central continue à considérer benoîtement :

- que les conseils généraux, qui sont d'abord les représentants de la ruralité, sont les mieux placés pour s'occuper des questions sociales.

- qu'il convient de déconcentrer au compte-gouttes car il faut bien laisser toutes leurs prérogatives aux administrations centrales.

- que par voie de conséquence, les logiques prioritaires sont verticales et de préférence cloisonnées plutôt qu'horizontales.

... et une valorisation de la citoyenneté

Les villes n'ont certes pas toutes les vertus, toutes les réponses et encore moins toutes les solutions. Elles sont toutefois capables — elles l'ont déjà prouvé à maintes reprises — d'innover et d'expé-

rimer pour répondre à un problème qu'elles ont vu poindre.

Elles sont en train de transformer leurs organisations pour un fonctionnement plus transversal qui conjugue si possible intelligemment les moyens et les compétences. En un mot, elles tentent de s'adapter à la situation sociale nouvelle avec une vitesse de réaction qui mérite peut-être quelque considération.

Bien entendu, il y a encore la place pour des réponses curatives aux problèmes sociaux, mais à l'évidence cela devient de plus en plus insuffisant. L'action sociale ou médico-sociale doit s'orienter avec détermination vers la fabrication de relations sociales, de tissu social, vers ce qui conduit à une meilleure reconnaissance sociale de tous ceux, de plus en plus nombreux, qui sont en dehors du marché du travail et dont l'insertion sociale ne passe plus par la sphère professionnelle.

Ce qui est en jeu, c'est la capacité à favoriser la citoyenneté, la participation à la vie publique, au moins autant que de gérer de façon plus ou moins cohérente toutes les formes d'aide.

Si ce diagnostic est partagé par nos décideurs nationaux, alors il faut qu'ils aient le courage de réformer radicalement afin de clarifier le champ sanitaire et social, d'adapter les missions des acteurs, et d'accepter l'échelon communal comme un interlocuteur, partenaire à part entière des politiques sociales... serait-ce trop demander, serait-ce trop ambitieux ? ■

Jean Laour

Secrétaire général adjoint, chargé de la solidarité et de la vie sociale, Laval

La décentralisation, facteur de prise en charge globale ?

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

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

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

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

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

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

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

D'autre part, le transfert des compé-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Louis Dessaint
Chef de service,
Direction générale de la santé

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 important 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.



Lutte contre le cancer

Des programmes de dépistage systématique du cancer du sein vont être engagés ou renouvelés dans 21 départements ; ces programmes qui visent les femmes de 50 à 69 ans à qui une mammographie sera proposée tous les 3 ans, devraient être progressivement étendus à tous les départements.

Comme on l'a vu dans la première partie de ce dossier (AdSP n° 5), le département a reçu une compétence (mal définie) en matière de dépistage du cancer ; de son côté la CNAM a engagé depuis 1989 des programmes de dépistage du cancer sur quelques sites, dans le cadre du Fonds national de prévention ; enfin, l'État souhaitait reprendre une certaine initiative dans ce domaine.

Le montage institutionnel retenu est le suivant :

- un comité national, créé par arrêté, rassemblant l'ensemble des partenaires impliqués dans le programme (arrêté du 16 mai 1994, 36 membres dont 2 représentants des conseils généraux) ;
- des structures départementales, dont la forme peut être variée mais devant regrouper l'ensemble des partenaires, financeurs et professionnels ;
- une convention, entre l'État, l'assemblée des présidents des conseils généraux et les directeurs de trois principales caisses d'assurance maladie, qui prévoit différents engagements pour cinq ans dont un engagement financier : l'État finance le fonctionnement du comité national, les départements les structures départementales nécessaires au programme, les caisses d'assurance maladie les tests de dépistage.

Lutte contre la tuberculose

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 a profondément modifié les dispositions du code de la Santé Publique concernant la lutte contre la tuberculose. Le titre Ier du Livre III (lutte contre les fléaux sociaux) se résume dorénavant à 6 articles (contre 39 précédemment). Deux articles concernent l'obligation de vaccination par le BCG. Les quatre autres concernent des compétences du conseil général.

L'article L 219, seul article non modifié (ancien article L 247), nous confirme que les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination sont des services du département. L'article L 218 définit leur mission générale : ils « concourent » à l'échelon départemental à « la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose. » Aucun décret ne devrait venir préciser cette définition large. À noter que le terme « concourent » a remplacé « sont destinés à » (ancien article L 219) ; cette formule semble placer ces structures dans un réseau dont ils constituent deux éléments. L'article L 216 nouveau nous précise bien que la vaccination assurée dans les services de vaccination est gratuite. Enfin une disposition nouvelle (article L 220 nouveau) concerne l'activité des dispensaires antivénéériens : ceux-ci pourront, sous réserve d'être habilités, traiter certains malades : suivi et prescription de médicaments. Mais ce dispositif est mis sous le contrôle de l'État (habilitation par le préfet et financement par la Sécurité sociale). Un décret doit venir préciser les modalités d'application.

Code de la santé publique

Livre III, titre I^{er}, lutte contre la tuberculose

Article L 215 La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités.

Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Article L 216 La vaccination dispensée dans les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG est gratuite.

Les personnes soumises à la vaccination obligatoire conservent la faculté de se faire vacciner dans des conditions tarifaires de droit commun en dehors de ces services.

Article L 217 Sera puni des sanctions prévues à l'article 471 du Code pénal quiconque refuse de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels il exerce l'autorité parentale ou dont il assure la tutelle, aux prescriptions des articles de la présente section ou qui en aura entravé l'exécution.

En cas de récidive, les sanctions applicables seront celles prévues par l'article 475 du même code.

Article L 218 Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG concourent, dans le cadre du département, à la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose.

Article L 219 Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG sont des services du département.

Article L 220 Sous réserve de certaines conditions techniques de fonctionnement, les dispensaires antituberculeux sont habilités à assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin.

Les dépenses y afférentes sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, par le département ou l'État dans les conditions fixées par le titre III bis et l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article 182-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article, relatives notamment aux conditions dans lesquelles sont délivrés ces médicaments.

Ville-santé : des indicateurs évolutifs

En annexe du numéro 5, nous avons publié une liste d'indicateurs « ville en santé ». Il apparaît que ces indicateurs ont été revus. L'ouvrage de référence actuel « Healthy-city, guide note for the healthy-cities indicators », novembre 1992, propose 53 indicateurs (développés, le tout en anglais). Une évaluation en cours (groupe de travail OMS) devrait aboutir prochainement à une nouvelle liste. Pour des informations complémentaires s'adresser à : WHO Euro, Environmental Health Planning/Ecology, Xavier Bonnefoy, 8 Scherfigsveg, DK 2100 Copenhague, Danemark



Sommaire

■ XXX **Circulaire Dirmi, les politiques d'insertion : la santé**

■ XXXIV **PMI, données départementales de l'Andass**

Circulaire Dirmi n° 93-04 du 27 mars 1993

relative à mise en œuvre du RMI Dispositif d'insertion

ANNEXE IV Les politiques d'insertion : la santé

L'état de santé des populations défavorisées constitue une préoccupation majeure : même si on ne constate pas de pathologie spécifique, les conditions de vie difficiles constituent à l'évidence un facteur aggravant. Les pathologies sont plus nombreuses, le retard à l'accès aux soins fréquent, sur fond d'un état général de découragement du fait d'un manque de perspectives d'avenir.

Ces perturbations sont aussi constatées chez les enfants, avec de fréquentes atteintes au niveau de la vision et de l'audition, ce qui diminue les acquisitions scolaires, et provoque des difficultés relationnelles.

L'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion : c'est un impératif en termes de santé publique, en particulier pour ce qui concerne des pathologies lourdes (tuberculose, VIH, santé mentale, alcoolisme chronique). C'est aussi une étape importante pour permettre aux intéressés de retrouver la possibilité de faire des choix de vie.

I. L'approche spécifique des problèmes de santé

La santé est un domaine de l'insertion particulièrement difficile à aborder car il est soumis à une double contrainte : il est impossible d'ignorer le facteur santé dans

la préparation du contrat d'insertion, par exemple pour situer le niveau de l'aptitude au travail. Mais, en même temps, la santé touche à l'intimité des personnes, dans laquelle une intrusion maladroite peut être désastreuse.

Les services instructeurs doivent veiller à respecter strictement les principes de travail en insertion pour mener à bien l'accompagnement des bénéficiaires, et en particulier les points suivants :

- le premier acteur de l'insertion, c'est le bénéficiaire du RMI lui-même : c'est encore plus vrai pour la santé ou l'instructeur peut inciter et/ou accompagner une démarche, mais pas la contraindre ;
- dans une approche globale, le plus souvent la santé n'est pas un préalable aux autres formes d'insertion, mais une des composantes des actions d'insertion. C'est par l'amélioration de ses conditions de vie que la personne reprend confiance en elle, et parvient à formuler une demande de soins. La polyvalence du dispositif RMI doit donc être pleinement exploitée ;
- si les démarches vis-à-vis de la santé peuvent parfaitement faire partie du contrat d'insertion et les actes médicaux en sont exclus car il ne s'agit en aucun cas de créer des situations d'obligation thérapeutique (v. article 42-5, 6° de la loi du 29 juillet 1992) ;
- le service instructeur doit fournir à la CLI les éléments permettant de prendre des décisions motivées. La règle de l'anonymat doit faciliter cette présentation. Il convient de plus, que l'instructeur respecte la confidentialité de certaines informations pour établir une relation de confiance dont il est le garant ;
- le service instructeur peut — et doit — s'appuyer sur un ensemble de moyens pour orienter son action, en particulier auprès des cellules d'appui qui ont été

très sensiblement renforcées dans le domaine de la santé. La démarche thérapeutique qui s'étale entre le patient et son médecin est soumise au secret professionnel. Toutefois, le service instructeur a un rôle important à jouer dans la démarche de soins en prenant en charge les aspects sociaux du dossier (logement, aide ménagère, actions de socialisation, éducation des enfants, endettement, etc.) et en assurant la continuité de la relation d'accompagnement du bénéficiaire. La concertation entre service instructeur, médecin et bénéficiaire est donc nécessaire pour les situations difficiles.

II. L'accès aux soins

A. Les droits ouverts

La loi sur le RMI traduit le souci du législateur de lever les obstacles administratifs et économiques à l'accès aux soins des plus démunis.

Une avancée décisive date de la loi du 1^{er} décembre 1988, en prévoyant l'affiliation automatique à l'assurance personnelle des personnes n'ayant pas de droits ouverts au régime général de l'assurance maladie. Plus du cinquième de l'effectif des bénéficiaires a été concerné par cette mesure. Une attention particulière doit être portée au bon fonctionnement de cette procédure, qui est administrativement d'une gestion complexe.

Pour les agriculteurs, les artisans et les commerçants, les particularités de leur régime de Sécurité sociale ont conduit à une procédure spécifique qui comporte le gel des dettes antérieures en matière d'assurance maladie, et au maintien d'une cotisation à taux réduit pour laquelle il est possible d'obtenir, avec l'accord de l'intéressé, un précompte (retenue des cotisations à la source par la MSA ou la CANAM).

La deuxième avancée, dans la loi du 29 juillet 1992, s'inspire des expériences réalisées par une vingtaine de départements en matière de carte santé : il s'agit d'éviter l'avance de frais, et d'assurer la couverture du ticket modérateur et du forfait hospitalier, dans le cadre d'une admission de plein droit à l'aide médicale

à domicile et hospitalière. Il s'agit d'une admission à dater du début du droit au RMI, concernant le bénéficiaire du RMI, ses ayants droit au sens de la Sécurité sociale et les personnes de moins de 25 ans prises en compte dans le calcul de l'allocation de RMI. Cette admission est réalisée pour un an, ou à défaut pour la durée du RMI, sans limitation a priori de la consommation de soins.

L'objectif du législateur est de favoriser l'accès au système de soins de droit commun, tant en matière de médecine générale que de services hospitaliers, sans avoir besoin de créer des services spécialisés pour l'accueil des plus démunis. Sous réserve d'une mise en œuvre correcte de ces procédures, on peut estimer que les principaux obstacles matériels à l'accès aux soins sont levés.

Les départements ont par ailleurs la possibilité de prendre en charge des prestations complémentaires pour les soins qui sont insuffisamment couverts par les tarifs de sécurité sociale, en particulier les prothèses et appareillages. Ces prestations complémentaires peuvent effectivement être demandées aux départements, mais aussi aux fonds d'action sanitaire et sociale des caisses (il est préférable qu'il y ait des conventions).

B. La mise en œuvre

Ces mesures forment un ensemble assez complexe et nouveau. Leur mise en œuvre va demander un effort important de concertation, de coordination, d'information et d'évaluation (se rapporter au décret sur l'aide médicale et à la circulaire spécifique sur la procédure à adopter pour l'aide médicale dans le cadre du RMI n° 93-01 du 20 janvier 1993).

Vous veillerez à constituer, en liaison avec le département, la DDASS, la CPAM, la CAF et la MSA une cellule de coordination pour la mise en place des nouvelles procédures. Elles sont conçues pour être lisibles pour les usagers et les services instructeurs, et faciles à gérer¹,

¹ Suppression de l'obligation alimentaire, des certificats médicaux préalables, du contingentement des aides, de l'admission individuelle, des règles sur le domicile de secours, de l'admission d'urgence, etc.

notamment grâce aux conventions de délégation de gestion de l'aide médicale aux organismes de Sécurité sociale, qui peuvent être passées par le département (article 182-3 nouveau du CFAS, introduit par l'article 17, de la loi du 29 juillet 1992), ou par l'État (article 182-4).

Un effort particulier sera fait pour informer les prestataires de soins du secteur public et du secteur privé de ces nouvelles dispositions. Les difficultés administratives et financières ne doivent plus être un obstacle à la prise en charge régulière par le médecin. La continuité des soins doit être assurée (v. code de déontologie, décret n° 79-506 du 28 juin 1979), et les adaptations nécessaires aux caractéristiques d'un public parfois très précarisé doivent être mises en œuvre (circulaire n° 88-2 du 8 janvier 1988).

Il est recommandé de mettre en place, avec le concours des caisses d'assurance maladie, un suivi de l'évolution de la consommation de soins. Il s'agit d'un indicateur permettant la comparaison avec d'autres populations de référence et d'un éventuel signal d'alerte pour identifier des difficultés de fonctionnement de la procédure. Les observations effectuées dans des départements ayant instauré une carte santé ont montré que la consommation de soins des bénéficiaires du RMI, à âge identique, était dans son montant inférieure à la moyenne.

III. L'adaptation du dispositif médico-social aux caractéristiques du public

L'expérience acquise au cours des trois premières années du RMI permet de mieux orienter les réponses en matière de santé.

L'amélioration de l'accès aux droits constitue un progrès décisif, même s'il faut garder une certaine vigilance pour vérifier que ceux-ci sont effectivement ouverts et connus des intéressés : différentes études font état de 5 à 8 % de bénéficiaires du RMI dont les droits à l'assurance maladie restent « indéterminés ».

Pour la majorité des bénéficiaires du

RMI, le dispositif médico-social fonctionne de façon à peu près satisfaisante. Toutefois, les situations qui retiennent l'attention des services instructeurs sont souvent celles qui sont les plus difficiles : marginalité de longue date, isolement, difficultés d'établir la relation, problèmes psychologiques ou affectifs, absence de demande, troubles de la personnalité, abus d'alcool ou de stupéfiants.

Ces situations posent des problèmes techniques et déontologiques. Il convient de rappeler en préalable qu'une personne a le droit de ne pas se soigner : ce droit fonde la possibilité de l'acte thérapeutique qui suppose la collaboration du patient et de son médecin. Le législateur, en rappelant que l'acte de soins ne peut être l'objet du contrat d'insertion, a tenu à le souligner (v. loi du 29 juillet 1992, art. 4256).

La pratique montre toutefois que les choses sont plus complexes : du côté de l'usager, les représentations du corps, la perception de la douleur, des expériences antérieures de la médecine, les données culturelles et les capacités d'expression peuvent rendre le dialogue difficile. Celui-ci peut être facilité par des actions spécifiques d'accompagnement de la santé, d'actions collectives d'éducation pour la santé.

Il convient toutefois de mettre l'accent sur les difficultés dues à l'appareil médical lui-même, qui est parfois peu armé pour prendre en charge des patients « hors normes ». Les pathologies sont le plus souvent connues, et en général détectées de longue date. Ce qui pose question, ce sont les modalités d'accueil, la continuité de la prise en charge, la pertinence des traitements mis en œuvre, la coordination des acteurs appelés à intervenir.

Le RMI a servi de révélateur de ces problèmes qui existent pour tous les publics défavorisés. Sous la pression des besoins, se sont constitués dans beaucoup de départements des réseaux médico-sociaux, avec des médecins du secteur public ou privé, des centres de santé, des dispensaires, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des infirmières.

Les commissions santé des CDI doi-

vent être le lieu d'une réflexion approfondie sur ces problèmes : il ne suffit pas d'inventorier les outils existants, il faut évaluer leur adaptation aux besoins, et tirer les leçons des dysfonctionnements constatés pour mener des actions de sensibilisation des acteurs, voire de formation. Un certain nombre de points doivent retenir particulièrement l'attention : l'accueil en milieu hospitalier et le fonctionnement des urgences, l'organisation du secteur de santé mentale, la prise en charge des problèmes d'alcool, les dispositifs de médecine générale, l'articulation avec l'intervention sociale.

L'urgence hospitalière fonctionne trop souvent comme instance de derniers recours pour traiter des urgences sociales, des situations de détresse, qui n'ont pas trouvé où s'adresser. Elles constituent un révélateur important pour l'ensemble des acteurs du dispositif médico-social.

Ces données doivent permettre de constituer un plan d'action pour la santé des démunis qui permette au département et à l'État d'orienter l'action des nombreux acteurs intervenant dans ce domaine.

Vous veillerez à susciter sans délai la réflexion de différents partenaires, et notamment dans le cadre du conseil départemental d'insertion, pour que cette politique de santé départementale en faveur des plus démunis soit rapidement mise en place et garantisse leur droit aux soins de qualité de notre système de santé.

IV. Observations sur quelques dispositifs santé

a) Les départements ont réalisé un certain nombre d'études sur l'état de santé observé et ressenti des bénéficiaires du RMI (v. synthèse réalisée par la DIRMI).

Ces études ont eu leur utilité dans une période de prise de connaissance du public. Il ne semble pas nécessaire de les multiplier, car leurs conclusions sont souvent redondantes. Par contre l'organisation du système médical et social est souvent défailante pour prendre en charge des situations complexes. Des études pourraient être réalisées pour avoir une

meilleure connaissance du fonctionnement réel de ces dispositifs, afin de les dynamiser.

b) Les bilans de santé ont été mis en place dans de nombreux départements, avec la collaboration des CPAM. Ces bilans sont un droit pour tous les assurés sociaux, et la CNAM a recommandé aux CPAM de les offrir en priorité aux publics démunis.

Les résultats de ces bilans ne sont pas, toujours à hauteur des attentes : les personnes qui les fréquentent les plus volontiers sont souvent déjà correctement suivies par leur médecin de famille, et les personnes les plus préavisées n'en comprennent pas toujours l'intérêt.

Les bilans de santé et les actes de médecine préventive ne prennent leur sens que dans une stratégie cohérente d'éducation pour la santé et de suivi pour vérifier si les problèmes détectés font l'objet d'une prise en charge thérapeutique. Un effort d'adaptation est réalisé dans certains départements et la CNAM s'est livrée à une réflexion méthodologique sur leur amélioration.

c) La médecine générale est un partenaire très important de la santé. Un des objectifs de la loi de juillet 1992 est de parvenir, grâce à une intervention précoce, à éviter nombre d'hospitalisations. Le partenariat doit être systématiquement renforcé, dans le respect du secret médical, vis-à-vis d'une profession qui n'est pas assez associée à l'effort de santé publique.

Les différentes expériences de terrain ont montré que les médecins sont insuffisamment informés des situations de précarité et de l'aide qu'ils peuvent trouver auprès des services sociaux. Les responsables santé des cellules d'appui ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

d) Les dépendances, et en particulier l'abus d'alcool, constituent un problème important à traiter : la prise en charge est souvent difficile en raison de la nature même de la personnalité des personnes confrontées à cette souffrance.

Il existe des réponses sur le terrain : des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoolisme, des associations d'anciens buveurs, des services hospitaliers, des cen-

tres de lutte contre la toxicomanie, des médecins généralistes et des travailleurs sociaux. On constate toutefois que les réponses sont souvent dispersées et peu coordonnées entre elles.

Vous veillerez à faire réaliser un état des lieux en la matière et mieux coordonner les moyens : les services instructeurs doivent pouvoir faire appel à une gamme de moyens diversifiés, pour répondre à des situations qui sont elle-mêmes très diverses. Les crédits d'insertion peuvent être utilisés à cet effet, en renforcement des autres financements.

e) La santé mentale pose des problèmes spécifiques, qui ont rarement trouvé jusqu'à présent des réponses satisfaisantes.

De l'avis général, les relations avec les services de santé mentale sont tendues : des craintes sont manifestées vis-à-vis du secret médical, de la psychiatrisation de la pauvreté, de la dérive vers l'obligation thérapeutique. Différentes expériences montrent cependant qu'il est possible de mettre en place des protocoles de travail qui permettent d'enrichir les pratiques de tous les acteurs, face aux réalités sociales que le RMI révèle. La collaboration entre secteur psychiatrique et dispositif RMI doit être améliorée, dans le cadre de la circulaire du 14 mars 1990 relative à la santé mentale.

Plusieurs points doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- la situation des personnes qui ont été hospitalisées et qui éprouvent de grandes difficultés de réinsertion ;
- la situation des personnes qui, sans souffrir de pathologies mentales caractérisées, se trouvent en situation de grande souffrance psychique et affective ;
- le soutien qu'il convient d'apporter aux professionnels (services instructeurs, médecins généralistes) qui travaillent au contact direct de la population.

Les problèmes posés sont éventuellement ceux d'une orientation thérapeutique, mais principalement d'une coordination des accompagnements et des suivis. Vous veillerez au bon fonctionnement des instances de concertation nécessaires à une action cohérente et suivie.

f) L'éducation pour la santé, la pré-

vention et la santé communautaire. La nécessité de faire évoluer certains comportements pour permettre une amélioration de l'état de santé s'inscrit dans la même ligne. L'éducation pour la santé doit s'élaborer avec les personnes et les groupes intéressés afin de leur permettre d'acquérir une certaine maîtrise de leur santé, et de prendre en compte leurs attentes et leurs représentations en matière de santé. Les réponses toutes faites sont souvent inefficaces ou contre-productives, mais une approche adaptée est souvent difficile. Il est, de plus, délicat de mesurer les résultats tangibles des actions menées.

Cette population constitue indéniablement un groupe de personnes particulièrement exposées en termes de santé publique. Aussi, convient-il de lui donner une priorité en matière de prévention.

Les expériences existantes sont souvent mal connues. Il serait souhaitable de diffuser l'information sur les initiatives, les protocoles de travail et l'évaluation des résultats. Le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé peut constituer le maillon essentiel d'une telle action. Il faut aussi prévoir la formation des divers partenaires (collectivités locales, usagers, professionnels de santé, caisse primaire d'assurance maladie) à une approche de ce type en éducation pour la santé.

Les différents dispositifs de prévention existants (PMI, santé scolaire, centres de planification, centres de santé municipaux, etc.) qui ont l'habitude de travailler avec des populations en difficulté doivent être associés à cet effort de santé publique. Certains professionnels (pharmaciens, infirmières, travailleuses familiales) sont des relais précieux par leurs contacts étroits avec la population et leur bonne connaissance du terrain.

Les pratiques de santé communautaire méritent d'être largement diffusées. La dimension collective de la santé est importante, à la fois pour permettre la prise de conscience des problèmes communs à une population, et pour organiser une réponse concertée impliquant professionnels, usagers et décideurs, en particulier les élus des collectivités locales.

Toutes ces pratiques ne sont pas très habituelles, et présentent souvent un caractère expérimental. Les crédits d'insertion permettent de soutenir des actions qui trouvent difficilement place dans les lignes budgétaires habituelles.

Elles doivent être suivies attentivement par les services pour les soutenir, pour éviter certaines dérives, et pour favoriser l'évaluation en vue de la diffusion des actions les plus efficaces.

g) *Faciliter la restauration d'une image de soi.* Les personnes qui ont eu un long passage dans la misère sont souvent profondément marquées dans leur corps.

Au cours de leur itinéraire d'insertion apparaît souvent le besoin d'une intervention sur l'image de leur corps : cela peut aller d'interventions médicalisées (intervention sur des fractures mal résorbées, effacer des tatouages, avoir une prothèse dentaire) à des interventions plus légères, individuelles ou en groupe (hygiène, faire un régime, du sport, du théâtre, etc.).

Vous veillerez en particulier, avec le département et la CPAM, à la prise en charge des prothèses et des appareillages. Des conventions doivent être passées avec les syndicats professionnels de prothésistes pour rendre accessibles des fournitures qui, si elles ne sont pas vitales, sont néanmoins indispensables pour mener une vie sociale normale. ■

Protection maternelle et infantile, données départementales de l'Andass (1992)

- 1 Nombre de personnes accueillies dans un centre de planification
2 Nombre de personnes accueillies dans un centre de planification pour 10 000 habitants
3 Nombre de femmes enceintes vues
4 Nombre de femmes enceintes vues pour 100 naissances
5 Nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année à domicile ou en consultation
6 Nombre d'enfants vus rapporté à la population des enfants de 0 à 4 ans
7 Nombre d'enfants vus en bilans de santé en école maternelle
8 Personnel départemental de santé : médecins, puéricultrices, sage-femmes et infirmières
9 Personnel départemental de santé pour 10 000 habitants
10 Dépenses brutes directes de PMI et centres de planification (en milliers de francs)
11 Dépenses brutes directes de PMI et centres de planification par habitants (en francs)

Départements	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Ain	1 808	37,87	211	5,46	11 158	394	2 093	37,0	0,78	3 031	6,35
2 Aisne								8,4	1,55	6 677	12,42
3 Allier	641	17,96	846	22,00	7 541	498	1 744	21,4	0,60	1 084	3,04
4 Alpes-de-Haute-Provence	3 832	289,43	346	28,79	3 357	501	2 887	22,8	1,72	1 192	9,00
5 Hautes-Alpes											
6 Alpes-Maritimes	5 652	57,46	1 044	8,72	19 241	426	6 300	88,5	0,90	16 095	16,36
7 Ardèche	1 293	46,38	488	18,80	1 098		3 292	24,9	0,89	229	0,82
8 Ardennes	2 201	74,43	1 874	50,31	8 071	446	2 812	23,6	0,80	2 939	9,94
9 Ariège	2 596	189,90			2 969	506	1 126	19,5	1,43		
10 Aube	4 437	152,32	608	16,74	5072	315	2 461	40,6	1,40	5 431	18,77
11 Aude											
12 Aveyron	685	25,44	32	1,34	3 171	281	2 791	34,2	1,27	1 610	5,98
13 Bouches-du-Rhône	8 333	47,24	1 780	7,77	35 017	370	20 080	228,8	1,30	32 542	18,45
14 Calvados	2 435	39,19	469	5,32	24 929	693	8 568	76,0	1,22	4 046	6,51
15 Cantal	288	18,19	127	8,41	1 920	278	2 135	17,7	1,12	714	4,51
16 Charente	1 337	39,06	405	11,10	12 908	772	1 241	36,0	1,05	2 622	7,66
17 Charente-Maritime	2 524	47,74	156	2,81	7 688	306	5 392	45,0	0,85	2 340	4,43
18 Cher	983	30,53	272	9,11	9 178	578	1 754	40,2	1,25	19 630	60,96
19 Corrèze	1 300	54,74			1 821	189	1 578	15,1	0,64	1 786	7,52
2A Corse-du-Sud											
2B Haute-Corse											
21 Côte-d'Or	7 126	143,61	1 695	26,77	9 324	341	3 763	66,4	1,34	8 934	18,00
22 Côtes d'Armor	5 427	151,47	256	4,52	4 472	170	5 040	59,7	1,67	6 549	18,28
23 Creuse	857	65,57	47	7,52	2 684	546	1 325	19,9	1,52	1 729	13,18
24 Dordogne	1 193	30,79	782	25,52	5 111	313	2 718	47,2	1,22	1 875	4,84
25 Doubs	8 189	16,88	1 171	15,62	14 389	512	2 230	60,1	1,24	6 698	13,80
26 Drôme											
27 Eure											
28 Eure-et-Loire	1 341	33,55	659	13,81	4 520	188	5 679	44,8	1,12	2 351	5,88
29 Finistère	6 673	79,46	1 759	17,57	16 915	391	11 141	129,0	1,54	9 934	11,83
30 Gard	3 205	54,17	1 159	18,15	11 921	387	5 975	72,8	1,23	8 665	14,64
31 Haute-Garonne	12 409	132,22	263	2,06	39 381	851	3 969	120,6	1,29	6 296	6,71
32 Gers											
33 Gironde											
34 Hérault	1 012	12,56	1 597	14,52	7 809	196	10 402	58,7	0,73	6 580	8,17
35 Ille-et-Vilaine	16 764	208,46	695	6,30	15 304	342	10 458			8 254	10,26
36 Indre	1 051	44,29			8 461	827	1 384	28,1	1,18	3 401	14,33
37 Indre-et-Loire	2 532	47,59	914	13,87	14 466	519	6 021	34,1	0,64	9 445	17,75
38 Isère					53 947	896	8 952	90,1	0,88	19 806	19,32
39 Jura	400	16,03			2 979		2 237	28,5	1,14	1 289	5,16
40 Landes										2 233	7,13
41 Loire-et-Cher	1 524	49,63	461	13,13	6 398	415	1 803	32,5	1,06	1 811	5,90

42	Loire	7 812	104,56	695	6,75	35 945	905	4 896	64,9	0,87	7 127	9,54
43	Haute-Loire											
44	Loire-Atlantique			1 215	8,43	28 468	479	12 177	101,9	0,96	12 193	11,52
45	Loiret					25 693	762	285	36,9	0,63	2 062	3,52
46	Lot	1 160	74,31	202	15,09	1 812	275	1 383	14,2	0,91	978	6,27
47	Lot-et-Garonne	1 543	50,28	74	2,26	7 320	510	2 119	43,2	1,41	1 448	4,72
48	Lozère	270	37,14			1 449	448	872	6,4	0,89	457	6,29
49	Maine-et-Loire	3 191	45,01			7 143	173	1 179	48,1	0,68	5 542	7,82
50	Manche	2 795	58,12	297	4,82				47,3	0,98	2 396	4,98
51	Marne	3 400	60,76	1 356	16,81	11 170	337	6 925	48,0	0,86	3 219	5,75
52	Haute-Marne					3 959	346	835	12,0	0,59	592	2,91
53	Mayenne	2 836	101,76	367	12,11	11 161	711	3 734	31,4	1,13	1 970	7,07
54	Meurthe-et-Moselle			3 967	42,04	46 300	1 137	7 496	86,8	1,22	14 085	19,80
55	Meuse	689	35,17	814	42,98	3 840	344	1 845	30,2	1,54	308	1,57
56	Morbihan	6 589	105,75	449	6,04	13 681	410		73,4	1,18	4 303	6,91
57	Moselle			1 100	8,32	64 384	1 067	7 478	123,0	1,22	7 272	7,19
58	Nièvre	542	23,3	216	8,69	6 557	622	2 065	23,1	0,99	3 249	13,97
59	Nord	37 300	147,26	5 369	13,76	73 983	444	29 708	401,7	1,59	162 580	64,18
60	Oise			1 179	12,83	18 683	391	10 599	87,0	1,19	12 301	16,78
61	Orne	1 700	58,04	223	6,57	10 214	652	2 216	25,6	0,87	1 528	5,22
62	Pas-de-Calais	8 838	61,59	3 056	16,51	38 146	417	9 600	152,0	1,06	14 138	9,85
63	Puy-de-Dôme	6 017	100,48	1 103	17,00	7 105		7 554	43,0	0,72	4 964	8,29
64	Pyrénées-Atlantiques	9 116	156,82	158	2,26	20 553	764	5 497	56,2	0,97	11 800	20,30
65	Hautes-Pyrénées	1 396	62,10	174	7,49	9 110	961	2 429	32,4	1,44	1 659	7,38
66	Pyrénées-Orientales	727	19,80	85	2,08	5 857	349	3 047	39,7	1,08	3 631	9,89
67	Bas-Rhin	4 740	49,48	1 783	12,98	10 415	192	7 992	79,5	0,83	12 998	13,57
68	Haut-Rhin	6 815	101,13	468	4,96	10 800	270	8 894	90,9	1,35	4 928	7,31
69	Rhône											
70	Haute-Saône	861	37,55	408	23,57	9 785	783	2 292	18,4	0,80	1 941	8,46
71	Saône-et-Loire	3 697	66,20	499	8,55	10 800	388	6 232	43,0	0,77	5 246	9,39
72	Sarthe											
73	Savoie	1 780	50,65	405	8,75	14 571	749	4 439	42,8	1,22	2 221	6,32
74	Haute-Savoie								82,0	1,42	110 657	191,58
75	Paris			7 442	18,27	75 175	750	13 231	341,8	1,59	62 667	29,12
76	Seine-Maritime	6 669	54,39			122 719	1 632	12 312	185,6	1,51	15 106	12,32
77	Seine-et-Marne	11 543	104,74	897	6,99	25 138	349	9 886	126,4	1,15	21 409	19,43
78	Yvelines	24 996	189,36			97 244	1 151	9 145	240,0	1,82	33 730	25,55
79	Deux-Sèvres	774	22,35	377	11,03	2 872	166	117	31,3	0,90	1 640	4,74
80	Sommers											
81	Tarn											
82	Tarn-et-Garonne											
83	Var	3 885	46,90	322	3,31	9 617	225	9 415	59,0	0,71	2 984	3,60
84	Vaucluse	4 325	91,67			5 666	215	5 333	49,9	1,06	5 876	12,45
85	Vendée	452	8,83	285	5,64	14 289	530	3 614	42,8	0,84	3 235	6,32
86	Vienne	2 413	63,35	216	5,15	4 585	253	2 740	25,8	0,68	1 364	3,58
87	Haute-Vienne											
88	Vosges	608	15,78	882	16,86	4 882	227	4 471	27,9	0,72	4 362	11,32
89	Yonne	1 850	56,99	640	17,85	6 966	401	3 350	40,0	1,23	2 957	9,11
90	Territoire-de-Belfort			523	24,73	4 809	619		17,0	1,26	724	5,39
91	Essonne	18 256	166,52	825	6,04	38 996	567	10 033	188,2	1,72	39 487	36,02
92	Hauts-de-Seine	12 662	90,87	1 359	5,44	64 961	802	14 429	286,6	2,06	38 914	27,93
93	Seine-Saint-Denis	83 299	600,14	16 580	75,89	307 936	3 246	1 187			189 319	136,40
94	Val-de-Marne	43 473	356,54	2 896	15,42	177 698	2 422				66 470	54,51
95	Val-d'Oise	12 238	114,92	1 418	8,87	113 501	1 566	8 151	12,7	0,12	40 972	38,47
971	Guadeloupe											
972	Martinique			797		12 906	497	772	96,0	2,67	30 368	84,45
973	Guyane											
974	Réunion											
	Minimum	270	8,83	32	1,34	1 098	166	117	6,4	0,12	229	0,82
	Maximum	83 299	600,14	16 580	75,89	307 936	3 246	29 708	401,7	2,67	189 319	191,58
	Moyenne	6 541	84,72	1 212	13,77	25 283	586	5 484	70,6	1,13	14 657	17,37

Bibliographie

Action sociale, Dictionnaire permanent, éditions législatives.

L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives, éditions Odas, septembre 1993.

L'action sociale en marche, Ph. Ligneau, C. Rollet, P. Marchand, éditions ENSP, 1991.

Les conséquences de la décentralisation en matière d'aide sociale, rapport du Conseil économique et social, 1988 (JO du 28 juillet).

Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes, Cour des comptes, rapport au président de la République, novembre 1993.

Grand âge et dépendance, N. Brunner, P. Coste, M. Guyomarc'h, M.-C. Sarre, éditions ENSP, 1992.

RMI et santé, sous la direction de Jean-Yves Fatras et Bernard Goudet, édition CFES, collection *santé en action*, 1993.

Santé et précarité : du droit à la réalité, coordination T. Gevaudan, D^r J. Sournia, édition ENSP, 1991

Observation et accès aux soins des plus démunis, atelier n° 5, entretiens de l'Odas, 14 et 15 décembre 1993.

Guide d'initiatives pour la santé des publics en insertion, GREP (groupe de recherche pour l'éducation et la prospective).

Annuaire des données sociales et de santé, n° 4, édition 1993, Andass.

Dépenses et bénéficiaires d'aide sociale, résultats 1991, *Documents statistiques*, n° 194, février 1994.

Activité de la protection maternelle et infantile au cours des années 1990 et 1991, *Documents statistiques*, n° 190, décembre 1993.

La mutation de l'action sociale communale, mémoire d'études questions sociales, ENA, promotion St Exupéry.

Ségolène Chappellon a rédigé ce dossier. Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Louis Dessaint, Jean Laour, et Philippe Ligneau pour leur tribune.

Adresses utiles

Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion (Dirmi)
9, rue Georges Pitard
75015 Paris
Tél. : 48 42 66 48

Délégation interministérielle à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté (DIJ)
71, rue St Dominique
75017 Paris
Tél. : 45 55 92 48

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)
13, boulevard Saint Michel
75015 Paris
Tél. : 44 07 02 52

Voir aussi les adresses dans *AdSP* n° 5

Association nationale des directeurs de l'action sanitaire et sociale des départements (Andass)
Conseil Général du Nord
51, rue Gustave Delory
59047 Lille Cedex
Tél. : 20 63 59 22

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)
Secrétariat général :
7, rue Gabriel Péri
59200 Tourcoing
Tél. : 20 11 34 94

Association nationale des cadres communaux d'action sociale (ANCCAS)
Secrétariat général
9, rue Picasso
25050 Besançon cedex