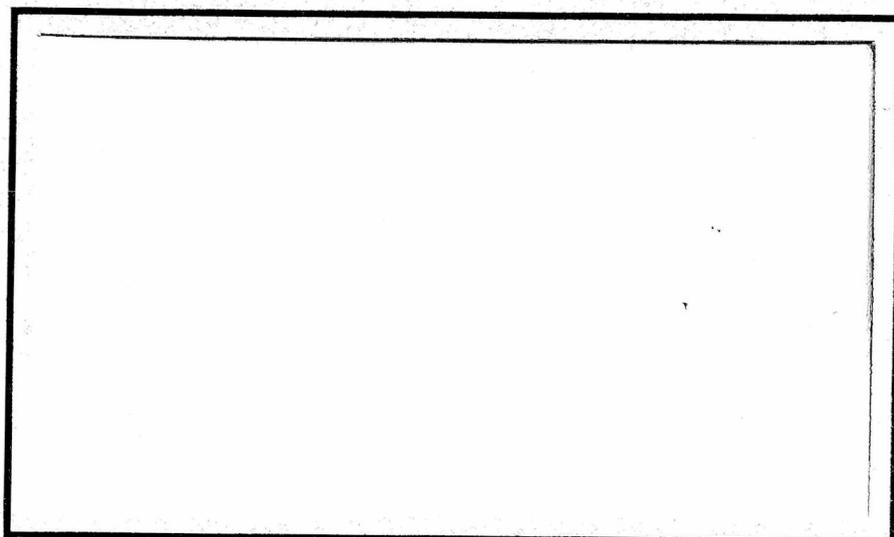


COLLECTION DES RaPPORTS

■



CRÉDOC

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE

CRÉDOC

Octobre 1995

N° 165

LA SANTÉ, UN NOUVEAU TERRAIN D'ACTION POUR LES COMMUNES

Enquête sur les pratiques de santé publique
dans les villes de plus de 5 000 habitants

*Programme financé par le Fonds d'Intervention en Santé Publique
Réseau National de Santé Publique*

Isabelle GROC
Michel LEGROS

Département Evaluation des
Politiques Sociales

SOMMAIRE

	Page
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION	11
Premier chapitre :	
PREVENTION ET SERVICES DE SOINS : L'INTERVENTION DES VILLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	31
I - LES PRATIQUES MUNICIPALES EN SANTÉ PUBLIQUE	33
I - 1. Au cours des dernières mandatures	33
I - 2. Les projets pour le prochain mandat : l'importance des services de soins	37
II - PREVENTION, SERVICES ET STRUCTURES	42
II - 1. La prévention d'abord	42
II - 2. Les services aux habitants	47
III - LES STRUCTURES MUNICIPALES DE SANTÉ	49
III - 1. La répartition générale des structures municipales de santé	49
III - 2. Les différentes structures municipales de santé	51
<i>III - 2.1. Les services communaux d'hygiène et de santé</i>	51
<i>III - 2.2. Les centres de santé municipaux</i>	55
<i>III - 2.3. Les autres structures de santé</i>	59
<i>III - 2.4. L'absence de structures municipales de santé et les différents relais locaux</i>	61
IV - LES MODES D'INTERVENTION MIS EN OEUVRE PAR LES MUNICIPALITÉS	65
IV - 1. Action directe ou coordination	65
IV - 2. Les modèles d'intervention dominants : l'exemple des villes du Réseau Villes-Santé	67
IV - 3. L'ouverture de la ville sur le partenariat : un processus inégal	73
V - PARIS : UN CAS PARTICULIER	77
V - 1. Les structures sanitaires	77
<i>V - 1.1. Le dispositif communal</i>	77
<i>V - 1.2. Les principales structures départementales</i>	78
V - 2. Les actions menées	79
<i>V - 2.1. La lutte contre la toxicomanie et le Sida</i>	79
<i>V - 2.2. Les actions en direction des plus démunis</i>	80

Deuxième chapitre :	LES DOMAINES D'INTERVENTION DES VILLES	81
	I - LES THÈMES D'ACTION DES COMMUNES	83
	I - 1. La prévention de la toxicomanie	83
	I - 2. La prévention du Sida	86
	I - 3. L'équilibre alimentaire	90
	I - 4. La promotion de la santé et l'accès aux soins des populations en difficulté	92
	I - 5. Des thèmes d'action plus rares	96
	II - L'INTERVENTION MUNICIPALE EN MATIÈRE DE SANTÉ : DES PRIORITÉS BIEN IDENTIFIÉES	98
	II - 1. L'implication des villes en matière de santé	98
	II - 2. Les thèmes d'action prioritaires : Sida et toxicomanie	102
	III - SPÉCIFICITÉS MUNICIPALES ET ACTIONS DE SANTÉ	106
	III - 1. l'influence de la délégation santé	106
	III - 2. Une intervention différente selon la taille des villes	110
	III - 3. L'impact de l'appartenance politique sur l'intervention en santé	113
Troisième chapitre :	LES ÉLUS ACTEURS DES POLITIQUES DE SANTÉ	115
	I - LA SANTÉ DANS L'ORGANISATION COMMUNALE : UNE RECONNAISSANCE ENCORE INCERTAINE	117
	I - 1. Le statut de la santé dans l'organisation municipale	117
	<i>I-1.1. La délégation santé : reflet des choix municipaux</i>	117
	<i>I-1.2. Des moyens financiers limités</i>	120
	I - 2. Les caractéristiques des élus chargés de la santé	121
	<i>I-2.1. Le profil des élus</i>	121
	<i>I-2.2. Le statut politique des élus chargés de la santé</i>	126
	<i>I-2.3. La répartition des attributions municipales : un révélateur des approches de la santé</i>	129
Quatrième chapitre :	OBJECTIFS D'INTERVENTION ET PERCEPTION DE LA SANTÉ	133
	I - LES ÉTAPES DE L'ENGAGEMENT DES COMMUNES EN MATIÈRE DE SANTÉ : PRATIQUE ANCIENNE, MOBILISATION RÉCENTE.	135
	I - 1. Une action traditionnelle renouvelée	135
	I - 2. Le programme villes-santé de l'OMS, globalisation et pression nationale : les raisons de l'investissement	142
	<i>I - 2.1. "Villes-Santé"</i>	142
	<i>I - 2.2. La politique de la ville</i>	143
	<i>I - 2.3. RMI et insertion professionnelle</i>	144
	<i>I - 2.4. La montée du Sida</i>	146

I - 3. Les objectifs des villes en matière de santé	146
II - PERCEPTION DE LA SANTÉ PAR LES ÉLUS	155
II-1. Définitions de la santé : de la non-maladie au bien-être global	155
II- 2. La spécificité du rôle communal en matière de santé	159
III - ACTIONS DE SANTÉ ET POLITIQUE DE SANTÉ	164
III - 1. Des glissements entre les objectifs et les réalisations	164
III -1.2. <i>Les réalisations privilégiées par les élus : les structures avant la prévention</i>	164
III -1.2. <i>Le Sida : l'action avant la réflexion</i>	167
III - 2. Des politiques de santé locales incertaines	168
CONCLUSION	171
ANNEXES	183
Annexe 1 - Fichiers des 100 villes (tris à plat)	185
Annexe 2 - Questionnaire postal (tris à plat)	205
Annexe 3 - Liste des 100 villes enquêtées	217
Annexe 4 - Liste des villes de l'enquête postale ayant répondu	223
Annexe 5 - Questionnaire pour les élus chargés de la santé des 100 villes	239
Annexe 6 - Questionnaire postal	267

LISTE DES TABLEAUX

	Page	
Tableau n°1	Répartition des 100 villes de plus de 15000 habitants selon le nombre d'habitants	22
Tableau n°2	Répartition politique des 100 villes de plus de 15000 habitants	23
Tableau n°3	Répartition géographique des 100 villes enquêtées de plus de 15000 habitants	24
Tableau n°4	La taille des villes ayant répondu au questionnaire postal	26
Tableau n°5	Répartition géographique des villes enquêtées	27
Tableau n°6	Répartition politique des villes	28
Tableau n°7	Les actions de santé menées entre 1989 et 1994 par les villes de plus de 15000 habitants	34
Tableau n°8	Les actions de santé menées entre 1989 et 1994 par les ville de 5000 à 15000 habitants	35
Tableau n°9	Les projets des communes pour le prochain mandat (plus de 15000 habitants)	40
Tableau n°10	Les projets des communes pour le prochain mandat (de 5000 à 15000 habitants)	41
Tableau n°11	Les actions de prévention menées entre 1989 et 1994 par les villes de plus de 15000 h.	43
Tableau n°12	Les actions de prévention menées entre 1989 et 1994 par les villes de 5000 à 15000 h.	44
Tableau n°13	Les structures municipales de santé	49
Tableau n°14	Les structures municipales de santé selon la taille de la ville	50
Tableau n°15	Les structures municipales de santé selon l'appartenance politique du maire	50
Tableau n°16	Le personnel employé par les services communaux d'hygiène et de santé	52
Tableau n°17	Qui dirige les services communaux d'hygiène et de santé ?	53
Tableau n°18	Le personnel employé par les centres de santé municipaux	56
Tableau n°19	Les services offerts par les centres de santé municipaux	57
Tableau n°20	Les autres structures municipales de santé	59
Tableau n°21	Les thèmes prioritaires	103
Tableau n°22	Rang des différents thèmes en fonction du nombre d'actions réalisées	103
Tableau n°23	Nombre d'actions réalisées par les villes n'ayant pas de délégation santé	106
Tableau n°24	Nombre d'actions réalisées en fonction de l'ancienneté de la délégation santé municipale	107
Tableau n°25	Nombre d'actions réalisées en fonction de la taille de la ville	110
Tableau n°26	Nombre d'actions réalisées en fonction de la tendance politique de la ville	113
Tableau n°27	L'ancienneté de la délégation santé au sein de la municipalité	118
Tableau n°28	Le type de délégation santé selon la taille des villes	118
Tableau n°29	Le type de délégation santé selon l'appartenance politique	119
Tableau n°30	L'ancienneté de la délégation santé au sein de la municipalité	120
Tableau n°31	Les délégués à la santé selon la taille des villes	122
Tableau n°32	L'âge des élus chargés de la santé	123

Tableau n°33	L'âge des maires en France	123
Tableau n°34	La profession des élus chargés de la santé	124
Tableau n°35	Répartition socioprofessionnelle des maires	125
Tableau n°36	L' élu chargé de la santé appartient-il à la même formation politique que le maire ?	127
Tableau n°37	La position de l' élu chargé de la santé selon l' appartenance politique du maire	128
Tableau n°38	La santé, priorité municipale selon la position politique de l' élu chargé de la santé	129
Tableau n°39	Les autres attributions des élus chargé de la santé	130
Tableau n°40	Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?	137
Tableau n°41	Les raisons de l' intervention municipale en matière de santé selon la taille de la ville	139
Tableau n°42	Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé	141
Tableau n°43	Les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé	147
Tableau n°44	Les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé	149
Tableau n°45	Les objectifs prioritaires des villes en matière de santé selon l' ancienneté de leur délégation santé	150
Tableau n°46	Les objectifs des villes en matière de santé selon l' appartenance politique	153
Tableau n°47	La santé, priorité de l' action municipale ?	157
Tableau n°48	Pourquoi la santé est-elle une priorité municipale ?	158
Tableau n°49	Le niveau d' intervention le plus pertinent pour améliorer l' état de santé de la population	159
Tableau n°50	Le rôle principal d' une ville et de ses élus en matière de santé	161
Tableau n°51	Le rôle d' une ville et de ses élus en matière de santé selon la taille de la commune	162
Tableau n°52	Les réalisations qui illustrent le mieux les objectifs et la démarche de la commune en matière de santé	165
Tableau n°53	La place de la santé au cours des prochaines élections municipales	169

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Annette SABOURAUD, présidente du Réseau français Villes-Santé de l'O.M.S,
Martine MARCHAND-ANTHEAUME, déléguée générale de la Fédération des maires
des villes moyennes,

de l'aide apportée à la réalisation de cette étude.

INTRODUCTION

L'examen du fonctionnement actuel du système de santé français montre que les communes y occupent une place qui est loin d'être la plus importante. En simplifiant, sans doute exagérément, on peut dire que ce système de santé repose sur deux structures de distribution des soins : la médecine libérale et l'hôpital, un secteur pharmaceutique, un mécanisme de financement: l'assurance-maladie et, au delà, un ensemble de savoirs organisés, évolutifs et transmissibles. Or, les relations entre ces diverses instances et les communes semblent particulièrement peu développées. Certes, en droit, les maires des communes président les conseils d'administration des hôpitaux situés sur le territoire de leur commune et ils savent réagir vivement lorsqu'ils se trouvent, comme cela est le cas actuellement, confrontés à des projets de fermeture de services de maternité ou d'urgence. Il est également fréquent de voir des élus locaux revendiquer avec force l'implantation de tel ou tel équipement, ou s'élever contre l'absence d'une pharmacie sur le territoire de leur commune. Si les médecins libéraux se retrouvent parfois à siéger dans les conseils municipaux voire à occuper des fonctions électives plus élevées, cela tient plus à la notoriété acquise dans l'exercice de leur profession qu'à une articulation construite entre le système politique local et les professions de santé. En matière de financement, si les communes participent à la gestion de l'aide médicale, cette source de financement du système de santé est infime à côté du financement de l'Assurance Maladie.

Totalement minoritaires dans la gestion de l'appareil de santé, les élus locaux pourraient n'apparaître que comme les défenseurs de leurs mandants en privilégiant une allocation territoriale des ressources du système de santé la moins défavorable possible pour les populations dont ils sont les élus. Ce serait probablement passer à côté d'un rôle propre des élus locaux, rôle propre dont témoignent leurs interventions dans trois domaines : l'action en matière d'hygiène et de santé publique, la création et la gestion de services de santé et la participation aux multiples interventions en matière d'éducation sanitaire et de prévention. Ce dernier point est particulièrement intéressant à analyser car si la fonction de garant de l'hygiène publique accordée aux collectivités locales est particulièrement liée au progrès des théories hygiénistes dans la société française du 19^{ème} siècle, si la création des services de santé gérés directement par les collectivités locales relève du courant qu'on a pu identifier sous le nom de socialisme municipal, en revanche l'intervention des communes dans les domaines de l'action sanitaire publique semble se développer vigoureusement et dépasser largement les clivages sociaux et politiques antérieurs.

Pour rendre compte de ces mouvements, trois thèses s'affrontent. La première fait de l'intervention des communes dans le domaine de la santé un indicateur de

l'élargissement progressif de la fonction locale. Cette approche rejoint la thèse de l'accroissement des fonctions collectives au détriment des fonctions familiales. La seconde fait de l'ouverture d'un nouvel espace sanitaire local une réponse aux problèmes du financement de la santé, et privilégie le débat sur l'importance des structures intermédiaires comme moyen de réduction ou de régulation de la dépense de santé. La troisième thèse voit plutôt dans l'intervention actuelle des communes en matière de santé le prolongement d'une action plus ancienne qui place la gestion de la solidarité au coeur de la fonction municipale.

Cette dernière perspective prend appui sur une démarche essentiellement historique alimentée par les travaux sur l'histoire des hôpitaux. Les résultats acquis depuis une vingtaine d'années dans ce domaine¹ montrent que l'intervention des municipalités dans la gestion hospitalière commence dès le début du 16^{ème} siècle et se poursuit jusqu'au milieu du 19^{ème}. Dans la période antérieure, depuis le temps des fondations, l'hôpital était une institution qui relevait des autorités ecclésiastiques. Le passage de l'autorité d'église à la gestion communale est parfaitement identifié. Jean IMBERT montre comment face à la peste de 1478, l'archevêque de LYON enlève l'administration de l'Hôtel-Dieu aux moines de Chassagne pour la confier aux échevins de la ville. La situation est identique à Paris où les échevins se voient confier le 4 avril 1505, l'administration temporelle de l'Hôtel-Dieu suite à une révolte du personnel que les chanoines n'arrivaient à maîtriser². Pendant trois siècles et demi, l'hôpital a été entièrement géré par des administrateurs issus des municipalités et son financement a été de plus en plus assumé par les communes qui venaient combler les déficits permanents de l'hôpital au fur et à mesure de la baisse du revenu des biens fonciers. Dans cet hôpital, la médicalisation restait faible et la priorité était accordée à l'accueil de populations en situation de pauvreté. Cette longue période s'est achevée par un siècle d'incertitudes qui vit, à la fois, une montée de l'importance du fait communal dans la gestion hospitalière et une médicalisation continue de l'hôpital. Les préfets nommaient les membres des commissions hospitalières et choisissaient ces derniers, le plus souvent, parmi les élus locaux. Par ailleurs, le président du conseil d'administration était, depuis la loi de Floréal (an IX) le maire de la commune. Dans le même temps, l'extension de la médicalisation de l'hôpital conduisait à restreindre progressivement l'accès à l'hôpital sur le seul critère de la pauvreté et à valoriser la présence de malades, indigents ou payants. La loi du 21 décembre 1941 consacre ces nouveaux équilibres et tout en confirmant le rôle du maire comme président de la commission administrative de l'hôpital lui enlève la plus grande partie de ses pouvoirs en matière de gestion de personnel. La réforme de 1958 qui prend en compte le financement des dépenses de santé par les organismes

¹On se réfère, en particulier aux synthèses réalisées, au début des années 80, par Jean IMBERT, Histoire des hôpitaux, Toulouse, Privat, 1982, 589 p. et par Olivier FAURE, Genèse de l'hôpital moderne, Lyon, PUL, 1981, 267 p.

²Jean IMBERT, op.cité.

de Sécurité Sociale supprime le rôle d'ordonnateur qui restait encore attribué au maire. Par ailleurs, le financement par le biais de la législation d'aide médicale dans lequel la commune était largement impliquée, devient totalement marginal comparé à l'importance du financement par l'Assurance Maladie.

De l'examen de cette vaste période, il ne faudrait pas conclure à une réduction de l'influence des communes dans le domaine de l'hôpital. En revanche, on peut affirmer que les communes ont eu en charge le système hospitalier lorsque ce dernier n'était pas, ou faiblement, médicalisé. Aussi longtemps, qu'après être sorti de l'influence de l'Eglise, l'hôpital est resté le lieu prédominant de prise en charge de la population pauvre, l'influence municipale a été très forte. Lorsque l'hôpital s'est médicalisé, il est progressivement sorti de la sphère communale, laissant à cette dernière la gestion d'autres formes de solidarité, par exemple, la prise en charge des personnes âgées. On pourrait ainsi esquisser à partir de ces réflexions une problématique de la pérennisation des fonctions de solidarité dans les communes. La forme "commune", rassemblement de population, assurerait fondamentalement une fonction de sécurisation de la population ainsi regroupée. Cette sécurisation passerait à la fois, et sans doute essentiellement dans le passé, par une défense contre toute agression extérieure, puis par une protection des populations en difficulté. On pourrait alors se demander si l'intervention actuelle des communes en matière de santé ne s'opère pas d'abord sur ce registre de la solidarité envers les plus pauvres. Lorsque des communes ouvrent des services de soins pour les plus démunis, lorsqu'elles inventent des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins à des personnes à très bas niveaux de ressources, ne font-elles pas que s'inscrire dans cette logique profondément ancienne de maintien des solidarités locales et d'assistance aux populations les plus pauvres.

D'une certaine manière, la seconde problématique utilisable pour tenter d'inscrire l'intervention des communes dans le domaine de la santé est également historique. Elle prend toutefois sa source non pas dans une histoire longue mais plutôt dans les contraintes, essentiellement économiques, rencontrées par le système de santé dans son développement. Quelques années avant que ces contraintes économiques ne se mettent à peser aussi fortement sur l'hôpital, la loi du 31 décembre 1970 était venue affirmer nettement la nécessité d'une séparation entre le médical et le social. Il s'agissait surtout de faire sortir les personnes âgées des lieux de soins pour leur proposer soit le retour à domicile avec un accompagnement de services, soit l'usage de structures d'accueil non médicalisées dont les foyers, dits du troisième âge, constituaient alors le modèle. Au début des années quatre-vingt, plusieurs textes et rapports vont tenter de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation, à la fois comme des mesures destinées à maîtriser les dépenses hospitalières mais aussi visant à favoriser le maintien à domicile des personnes. Parmi ces alternatives à l'hospitalisation se trouvent des formes qui se situent à

l'intérieur de l'hôpital comme l'hôpital de jour ou de nuit, mais aussi les différentes interventions au domicile de la personne malade. Si ces pratiques sont toujours restées marginales, n'atteignant guère plus de 1% du nombre des journées d'hospitalisation, l'idée même de l'alternative à l'hospitalisation n'a jamais perdu de son pouvoir de séduction en dépit de l'absence d'évaluation réelle de son intérêt économique³. Cette idée de structures intermédiaires entre l'hôpital et la médecine libérale a fortement marqué les politiques locales et cela au moins de trois manières différentes. Tout d'abord, on peut considérer que les centres municipaux de santé développés par les villes et les associations participent de ce mouvement. Les différents services d'aide aux personnes âgées constituent un second exemple et probablement le plus achevé. Enfin, la création de services de soins pour des personnes démunies est, à la fois, proche de cette logique, et de la précédente, relative à la prise en compte des solidarités locales. On pourrait faire du développement de l'intervention communale dans le domaine de la santé une nouvelle variante de ces entreprises d'intermédiation entre la médecine de ville et l'hospitalisation.

De 1960 à 1974, le rythme de construction des équipements collectifs par les collectivités locales françaises a été sensiblement égal au double du taux de croissance, atteignant en moyenne 10% par an. Au cours de cette période, les communes ont investi en matière d'assainissement, de viabilité, de construction d'écoles, de routes, de stades, de crèches et de bien d'autres équipements. A partir de 1975, ce mouvement s'est ralenti et les communes ont alors mis l'accent sur la création et le soutien de services à la population. Les programmes des élections de 1977, de 1983 ainsi que ceux de 1989 témoignent de cette évolution où seuls les transports apparaissent encore comme les investissements importants à côté des services sociaux, culturels et économiques. Cette forte augmentation pendant une quinzaine d'années, prolongée de manière moins accentuée au cours de la dernière période, s'inscrit dans un mouvement d'extension des fonctions communales⁴.

Garantir la tranquillité des habitants et la sécurité des déplacements à l'intérieur de la ville fut longtemps la fonction première des autorités communales agissant au nom du Roi ou de l'Etat. L'organisation de la solidarité, principalement au travers des bureaux de bienfaisance, fut la seconde fonction importante des communes. Au 19ème siècle, l'apport de PASTEUR dans les théories médicales donna naissance à l'hygiéniste. Solidarité, santé et police s'interpénétrèrent et favorisèrent la création d'une législation servant de base à l'intervention des municipalités en matière d'hygiène publique et de salubrité. Dans les années de l'immédiat après-guerre, les

³Voir Martine BUNGENER, Chantal HORELLOU-LAFARGE, La production familiale de santé, Paris, CTNERHI, 1988, 257 p.

⁴Sur ce thème, voir Stéphane DION, La politisation des mairies, Paris, Economica, 1986, 217 p.

communes se mirent à développer des services ouverts aux familles et surtout aux enfants dans le cadre de la législation de protection maternelle et infantile. A partir des années 60, les municipalités interviennent massivement dans le secteur urbain en utilisant une législation favorisant cet investissement. Sans réduire cette intervention urbaine, les années 70 auront plutôt été celles de la priorité à l'investissement des communes dans le domaine de la culture et des loisirs et plus généralement des services⁵.

Si les lois portant sur la décentralisation n'octroient pas aux communes, au début des années 80, des compétences particulièrement étendues en dehors d'une maîtrise, bien souvent trop tardive, de leur patrimoine foncier, elles autorisent les communes à intervenir dans le secteur économique. Cette dernière possibilité est restée peu utilisée. Considéré du point de vue de cet élargissement progressif de leurs fonctions, les communes n'ont guère investi dans le domaine de la santé, si l'on excepte le rôle joué par certaines municipalités, souvent proches de la gauche et plus particulièrement du Parti Communiste, dans l'émergence de ce que l'on a appelé le socialisme municipal. On pourrait, par conséquent, analyser l'évolution actuelle comme une nouvelle étape de l'extension de l'intervention municipale dans un nouveau domaine, jusqu'ici peu pris en compte.

Quelle que soit la problématique adoptée pour interpréter ce qui, de prime abord, apparaît comme un développement de l'action communale, l'étude des actions de santé dans les communes se heurte d'emblée à un problème de définition du domaine. En effet, de la lutte contre le bruit à la transformation de la restauration scolaire, de la prévention des accidents de la circulation à l'éducation sanitaire, des parcours de santé à la protection de l'eau, l'action communale en santé publique se caractérise par une très grande diversité.

La définition de la santé donnée par l'O.M.S. - "*la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social*" - permet d'élargir la notion de santé à des domaines divers. Il y a surtout un avantage méthodologique certain à s'en tenir à une telle définition qui refuse de restreindre le champ de la santé à une catégorie particulière - la dimension médicale par exemple -. En effet, l'un des objectifs de l'étude étant de décrire les actions de santé menées par les municipalités, une définition suffisamment large permet de n'exclure a priori aucun thème.

Pourtant, cette approche présente le risque de diluer la santé dans l'ensemble des actions municipales. Par ailleurs, si l'on considère que tout est santé, y compris le

⁵Jean-Claude DELAUNAY, Jean CADREY, *Les enjeux de la société de service*, Paris, Sciences Politiques, 1987, 329 p.

logement, les transports, la sécurité, la culture..., toute investigation rencontre de sérieux obstacles : il ne s'agit plus seulement d'interroger dans chaque commune l' élu chargé de la santé, mais également l' élu responsable de l'urbanisme ou celui qui s'occupe de la culture... Il nous a donc paru nécessaire avant même de démarrer la phase d'enquête sur le terrain de définir plus précisément le champ de l'étude, quitte à adopter une définition plus restreinte que l'approche globale de l'O.M.S.

Dans un premier temps, nous avons été tentés de nous en tenir aux initiatives relevant de la prévention, de l'éducation et de l'information. La santé de l'enfant à l'école, la prévention des toxicomanies, l'information sur le Sida, la sensibilisation des 16-25 ans, l'insertion par la santé des populations en difficulté sont quelques-uns des thèmes d'intervention retenus par les communes. A priori, cette approche permettait de construire des repères et d'identifier assez précisément l'engagement des communes en matière de santé.

Dans un même souci de clarification, nous avons pensé écarter du champ d'étude la dimension de soins et de traitement assumée par les municipalités (soins à domicile, soins infirmiers pour les personnes âgées et les handicapés...). On ne retiendrait pas non plus les actions municipales portant sur le cadre de vie (transports, sécurité, environnement...), sauf quand celles-ci s'inscrivaient explicitement dans un objectif de promotion de la santé.

Cependant, au cours de ces travaux préliminaires qui s'appuyaient sur l'examen de la documentation importante collectée auprès des communes et des principaux organismes représentant les élus de manière sectorielle ou transversale, il est apparu artificiel de laisser de côté des pans entiers de l'action communale, notamment dans le secteur du soin, surtout quand on sait que pour certaines communes, le maintien à domicile représente l'enjeu essentiel de leur politique de santé.

En réalité, la restriction du champ étudié devait s'imposer naturellement par la catégorie même des personnes interrogées. En effet, nous avons choisi d'interroger l' élu chargé de la santé dans les communes et non pas les techniciens responsables des services santé. L'étude avait, dès le départ, un triple objectif : recueillir des informations sur les actions menées par les municipalités, décrire les politiques de santé à l'oeuvre dans les municipalités et analyser les perceptions des élus locaux concernant les questions de santé. A ce titre, l' élu chargé de la santé apparaissait le mieux placé pour répondre sur les trois volets de l'enquête.

Les élus fixant eux-mêmes les limites de leur propre secteur d'intervention, nous avons accepté de définir les contours institutionnels de la santé dans les communes à partir des propos tenus par les élus interrogés. Ce discours s'est avéré particulièrement révélateur des diverses représentations de la santé que se font les

élus municipaux. Si certains élus utilisent le terme de santé au sens strictement médical, d'autres, au contraire, élargissent cette notion à l'environnement, par exemple. Par ailleurs, la frontière entre la santé et le social n'est pas toujours nette et les actions menées sont souvent imbriquées.

Dans le recueil des informations sur la réalité des interventions en matière de santé, les perceptions - très variables d'une municipalité à l'autre - ont, en partie, influencé les réponses des élus interrogés. En effet, selon leur propre représentation plus ou moins large de la santé, les élus ont signalé un certain nombre d'initiatives municipales. Par exemple, si pour les uns, une réalisation en rapport avec les nuisances sonores mérite d'être mise en avant dans le cadre d'une enquête sur les actions de santé des villes, pour les autres, au contraire, une telle intervention ne relève pas du champ de l'étude.

La conséquence directe est la disparité existant entre les villes dans la base de données des actions de santé constituée à partir de cette enquête. Le fait qu'une ville comme Bordeaux se distingue par ses initiatives en matière de bruit et que Toulouse soit absente de cette rubrique ne signifie pas que la ville rose ne se soit jamais intéressée à la question. Cela révèle plutôt une différence dans la conception de la santé. Si certains domaines -le Sida, les vaccinations- ne donnent pas lieu à des ambiguïtés, d'autres thèmes, en revanche, tiennent davantage aux choix subjectifs opérés par les élus eux-mêmes qui décident ou non de donner un sens, en termes de politique de santé, aux actions qu'ils entreprennent.

Dans le cadre de cette étude qui visait à mieux saisir les perceptions des élus locaux sur les questions de la santé, ces disparités indiquent que la santé est un domaine aux frontières mouvantes, sujet à des interprétations différentes. La difficulté à appréhender ce secteur n'est, à ce titre, pas sans conséquences pour l'élaboration des politiques locales de santé et des modes d'intervention.

Le projet initial de l'étude proposée par le CREDOC au Réseau National de Santé Publique (RNSP) visait à interroger les élus chargés des questions de santé dans 4 000 communes regroupant l'ensemble des villes de plus de 5 000 habitants et les chefs-lieux de cantons de moins de 5 000 habitants. L'enquête aurait ainsi permis de refléter les politiques municipales de santé dans leur ensemble. Pour des questions de coût, le projet a dû être modifié. Avec l'accord du RNSP, il a été décidé de mener l'étude en trois étapes : une phase d'entretiens qualitatifs auprès des villes du Réseau Français de l'O.M.S. ; une phase d'enquête par questionnaire, en face-à-face, auprès d'un échantillon représentatif de 100 villes de plus de 15 000 habitants ; enfin, une phase d'enquête postale auprès de toutes les communes de plus de 5 000 habitants n'ayant pas été interrogées par le CREDOC au cours des deux phases précédentes.

L'enquête auprès des villes du Réseau Villes-Santé de l'O.M.S.

En 1986, le Bureau européen de l'OMS a engagé un projet "Villes-Santé" en collaboration avec plusieurs villes européennes, parce qu'il considérait les villes comme un lieu privilégié pour élaborer une politique sur le thème de la "Santé pour Tous". En France, un réseau de villes s'est organisé avec l'objectif de mettre en oeuvre une politique municipale de promotion de la santé s'inscrivant dans la perspective décrite par l'O.M.S..

Le CREDOC a procédé à une interrogation approfondie par entretien semi-directif en face-à-face (d'une durée de deux heures environ) auprès des élus chargés de la santé de vingt-neuf villes faisant partie du Réseau.

Le choix de s'intéresser d'abord à ces villes était fondé sur l'hypothèse que ces communes - de par leur adhésion au Réseau Villes-Santé - étaient susceptibles de mener un nombre plus important d'actions de santé dans des domaines diversifiés. Ce premier contact avec les élus de ces communes devait permettre de balayer l'ensemble des initiatives municipales en matière de santé. Les informations recueillies au cours de cette première phase d'interrogation allaient, par la suite, servir à construire un questionnaire destiné aux autres communes.

Parmi les vingt-neuf villes du Réseau interrogées, la moitié a 50 000 habitants et plus. Une dizaine de villes a plus de 100 000 habitants, dont Toulouse, Montpellier et Nantes. Des communes de taille plus modeste participent également à cette expérience. Le Portel (Pas-de-Calais, 10 6713 habitants) et Saint-Jean-de-Braye (Loiret, 16 386 habitants) sont ainsi impliqués. Les villes adhérentes se répartissent sur l'ensemble du territoire, avec une prédominance des régions Bretagne et Pays-de-la-Loire. Enfin, les appartenances politiques des maires de ces villes sont diversifiées. Au total, les villes interrogées dans le cadre de cette première phase d'investigation regroupent 2 720 763 habitants.

Le guide d'entretien comprenait trois parties. La première consacrée à la politique de santé et aux actions de la commune visait à cerner les grands axes de la politique communale de la ville et l'influence du Réseau OMS sur cette politique. Par ailleurs, il était demandé à l'élu d'identifier les problèmes principaux de sa commune en matière de santé. Enfin, plusieurs questions permettaient de décrire les diverses actions entreprises par la municipalité : conditions d'élaboration des projets, méthodes et moyens mis en oeuvre pour réaliser cette action (financements, appel à partenaires, structures mobilisées...), supports des actions, publics visés et impact de ces opérations.

Une deuxième partie s'attachait à repérer plus précisément les modalités de l'intervention municipale en matière de santé publique : les structures municipales de santé, les budgets attribués et le réseau partenarial de la commune.

Enfin, la dernière partie avait pour objectif de recueillir les opinions et représentations des élus sur les questions de santé. Certaines questions concernaient l'influence éventuelle du Réseau OMS sur les représentations de la santé dans la commune ou encore portaient sur le rôle de l' élu local en matière de santé. Le maire-adjoint était également interrogé sur ses projets et sur la réalisation qui lui semblait la plus représentative du travail effectué par sa commune sur le plan de la santé.

L'enquête par questionnaire en face-à-face auprès d'un échantillon de 100 villes

La première phase d'enquête auprès des villes du Réseau a permis de cerner l'ensemble des thèmes de santé publique abordés dans les villes. Dans un second temps, le CREDOC s'est attaché à analyser les actions de santé menées par les autres villes n'appartenant pas au Réseau de l'OMS. Pour cela, un échantillon représentatif de 100 villes de plus de 15 000 habitants hors Réseau OMS a été construit.

L'échantillon a été déterminé selon des critères de taille de commune⁶ et d'appartenance politique⁷. Dans l'échantillon initial qui respectait la représentativité, les communes entre 15 000 et 50 000 habitants étaient très nombreuses. Il nous a donc paru utile de sur-représenter les villes de plus de 50 000 habitants, en doublant dans l'échantillon la proportion réelle qu'elles occupent dans l'ensemble des communes françaises. En effet, en termes d'actions de santé, il paraissait probable que ces villes aient des initiatives plus nombreuses que les communes plus petites. La liste des villes figure en annexe.

⁶Source : INSEE Recensement général de la population de 1990.

⁷Source : Le Monde, 21 mars 1989.

Tableau n°1

**Répartition des 100 villes de plus de 15 000 habitants
selon le nombre d'habitants**

Nombre d'habitants	Effectif enquête
De 15 000 à moins de 20 000 habitants	17
De 20 000 à moins de 30 000 habitants	26
De 30 000 à moins de 50 000 habitants	22
De 50 000 à moins de 80 000 habitants	18
De 80 000 à moins de 100 000 habitants	8
De 100 000 à moins de 200 000 habitants	6
200 000 habitants et plus	3
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°2

Répartition politique des 100 villes enquêtées de plus de 15 000 habitants

Appartenance politique du maire	Effectif
PCF	16
PS	28
Divers Gauche	9
RPR	10
UDF	21
Divers Droite	10
Sans étiquette	4
Autre	2
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°3

**Répartition géographique des 100 villes enquêtées
de plus de 15 000 habitants**

Région	Effectif
Région parisienne	23
Bassin parisien	14
Nord	13
Est	6
Ouest	9
Sud-Ouest	9
Centre-est	13
Méditerranée	13
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tout comme pour le guide d'entretien destiné aux élus chargés de la santé dans les villes du Réseau OMS, il s'agissait à l'aide du questionnaire de recueillir trois types d'informations : les initiatives des villes en matière de santé publique depuis 1989, les perceptions des élus sur la santé et la place accordée à ce secteur dans l'organisation municipale.

Après quelques questions introductives concernant les principales caractéristiques de la délégation santé de la commune et de l' élu en charge du secteur, le questionnaire s'attachait à recueillir une description par l' élu :

- des principales actions menées par la ville en matière de santé publique depuis septembre 1993,

- d'autres réalisations significatives de la municipalité depuis le début de la mandature.

Pour chacune des actions retenues par l' élu, une fiche "action", plus détaillée, permettait d'obtenir des informations précises : qui a été à l'initiative de cette action (ou de ce service) ? Quels ont été les partenaires de la ville pour mener cette action ? Combien de personnes ont été concernées par cette action ? Quels publics ont été principalement visés ? Quel a été le coût total de cette action ? etc.

Le choix d'interroger d'abord l' élu sur les actions menées depuis l'année précédente et ensuite sur l'ensemble de la mandature permettait de comparer les villes entre elles et d'analyser leur niveau d'activité sur une période donnée : septembre 1993 - septembre 1994.

Le fait de demander à un élu de décrire lui-même les principales actions de santé mises en place par sa commune introduit un biais certain. L'interlocuteur peut être en effet tenté de mettre en avant quelques actions particulièrement significatives ou novatrices, tout en omettant certains domaines. Cette sélection subjective ne permet pas de faire un portrait suffisamment précis de l'intervention communale, ainsi que des stratégies mises en oeuvre par la municipalité. Afin de corriger cet effet, une série de questions rapides de type "oui-non" a été prévue ("avez-vous organisé des séances de vaccinations dans les quartiers ? Avez vous mené des actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire ?" etc.). Ce questionnement permet de balayer un vaste ensemble d'interventions municipales en matière de santé publique et fournit des repères sur la diversité des domaines couverts par la municipalité. Il devient également possible de dégager d'ores et déjà des priorités municipales : quels sont les domaines d'action que les élus municipaux mettent spontanément en avant ? quels sont ceux qui ont fait l'objet d'interventions communales, mais ne sont pas pris en compte de la même manière par les élus ?

Ensuite, le questionnaire abordait le thème des structures municipales de santé. L'objectif était de savoir de quels services la commune dispose, avec quels budgets et quels effectifs.

Enfin, la dernière partie du questionnaire intitulée "la place de la santé dans la ville" était consacrée aux opinions des élus chargés de la santé. Il s'agissait là de dégager les raisons pour lesquelles la commune avait pris des initiatives en matière de santé publique, les principaux objectifs qu'elle s'était fixés dans ce domaine, les

projets, etc. L'élu devait notamment caractériser l'intervention de sa ville en santé et définir sa conception du rôle d'une ville et de ses élus en matière de santé.

L'enquête postale

La phase d'enquête auprès de l'échantillon de 100 villes de plus de 15 000 habitants a été complétée par l'envoi à toutes les communes de plus de 5 000 habitants d'un questionnaire visant également à recueillir des informations sur les principales actions menées en matière de santé. 1534 questionnaires ont ainsi été adressés à l'élu chargé des questions de santé dans toutes les villes qui n'avaient pas été interrogées précédemment. 533 communes au total se sont manifestées, et 491 d'entre elles ont renvoyé le questionnaire complété. Ce type d'interrogation a permis d'élargir le champ d'investigation et de cerner surtout l'attitude des petites communes face aux questions de santé. En effet, les communes ayant répondu au questionnaire sont essentiellement de petite taille : près de 70% d'entre elles ont moins de 15 000 habitants. Afin de décrire plus précisément l'action menée par les villes de cette taille, on s'en tiendra par la suite à l'analyse des réponses au questionnaire postal des villes entre 5 000 et 15 000 habitants, soit 330 villes au total. Les tableaux présentant les résultats de l'enquête postale portent donc sur ces 330 villes entre 5 000 et 15 000 habitants. Toutefois, les fiches décrivant les actions de santé publique ont été incluses dans la base de données créée par le CREDOC à l'occasion de cette étude.

Tableau n°4
La taille des villes ayant répondu au questionnaire postal

Nombre d'habitants	Effectif	%
De 5 000 à moins de 10 000 habitants	257	78
De 10 000 à moins de 15 000 habitants	73	22
Total	330	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°5

Répartition géographique des villes enquêtées

- Enquête postale : villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Région	Effectif	%
Région parisienne	38	12
Bassin parisien	51	16
Nord	33	10
Est	33	10
Ouest	50	15
Sud-Ouest	33	10
Centre-est	42	13
Méditerranée	48	15
Total	330	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°6

Répartition politique des villes

- Enquête postale : villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Appartenance politique du maire	Effectif	%
PCF	27	8
PS	70	21
Divers Gauche	16	5
RPR	32	10
UDF	36	11
Divers Droite	24	7
Sans étiquette	57	17
Autre	8	2
Non réponse	60	18
Total	330	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Deux documents ont été adressés aux communes, ils figurent en annexe à ce rapport.

- Un questionnaire général de cinq pages s'intéressait aux structures de santé des villes, le budget santé et l'organisation municipale (existence ou non d'une délégation santé, statut de l'élu en charge des questions sanitaires, appartenance politique du maire et de l'élu chargé de la santé). Par ailleurs, une série de questions

permettaient de faire un tour d'horizon rapide des différentes actions que les municipalités avaient pu mener entre 1989 et 1994. Enfin, trois questions ouvertes donnaient la possibilité aux communes de s'exprimer sur leurs objectifs prioritaires en matière de santé, les principales raisons les ayant conduit à prendre des initiatives dans ce secteur et leurs projets pour le prochain mandat.

- Une série de trois fiches "action santé" était envoyée aux élus et permettait de décrire les initiatives les plus significatives prises par les municipalités entre 1989 et 1994. Pour chaque fiche, la commune devait d'abord décrire brièvement l'action, en indiquer les objectifs, les étapes de la mise en oeuvre et les raisons pour lesquelles elle avait jugé utile de mettre en place une telle action. Les questions suivantes portaient sur les partenariats, les financements engagés, les publics visés par l'action et les éventuelles difficultés rencontrées. La commune devait enfin porter une appréciation sur les résultats de l'action.

Les villes pouvaient remplir autant de fiches qu'elles le souhaitaient, ou n'en renvoyer aucune si elles ne le jugeaient pas utile.

Présentation du rapport

L'intervention des villes en santé publique se caractérise principalement par la mise en place de campagnes de prévention d'une part, et la création de services de soins d'autre part. Les thèmes essentiels abordés sont le Sida, la toxicomanie et le maintien à domicile. Les actions mises en oeuvre seront décrites dans les deux premiers chapitres, ainsi que les stratégies municipales. En effet, les modes d'intervention mis en oeuvre par les municipalités varient de la simple coordination des initiatives des différents acteurs de la santé à la prise en charge totale par la commune d'une action de santé.

Les moyens et les structures au service de l'action municipale seront décrits dans le troisième chapitre. Malgré une reconnaissance du rôle que la commune peut jouer en matière de santé publique, la place de la santé au sein de l'organisation municipale demeure limitée : toutes les villes ne sont pas dotées de délégations santé spécifiques, tandis que les moyens financiers alloués à ce secteur demeurent dans la plupart des cas très modestes.

Enfin, les raisons de l'engagement des communes en matière de santé publique seront explicitées dans le quatrième chapitre. Les villes se sont mobilisées dans ce secteur pour deux raisons principales : d'une part la situation critique des populations les plus défavorisées qui se trouvent souvent exclues de l'accès aux

soins, et d'autre part le développement de fléaux comme le SIDA et la toxicomanie. A ce titre, la commune est perçue par les élus municipaux comme un niveau d'intervention particulièrement pertinent pour faire face à ces urgences. Par ailleurs, on observera des décalages entre les objectifs affichés des municipalités et les réalisations : autant le discours des élus est axé sur la notion de prévention, autant les réalisations mises en avant sont rattachées à la dimension du soin.

PREMIER CHAPITRE

**PRÉVENTION ET SERVICES DE SOINS :
LES INTERVENTIONS DES VILLES DANS LE DOMAINE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE**

I - LES PRATIQUES MUNICIPALES EN SANTÉ PUBLIQUE

I - 1. Au cours des dernières mandatures

Interrogées sur les actions de santé publique menées par leur municipalité, les maires-adjoints et les conseillers délégués à la santé mettent l'accent sur la prévention de la toxicomanie et du Sida. La prévention de la toxicomanie est citée dans 88% des villes de plus de 15 000 habitants et dans 45% des villes de 5 000 à 15 000 habitants. A ces actions plutôt dirigées vers une population jeune, viennent s'ajouter des interventions pour les personnes âgées, qu'il s'agisse de création d'établissements d'accueil spécialisés, ou de la mise en place de services de portage de repas à domicile. Les actions plus anciennes et plus traditionnelles qui visaient davantage l'enfance et la petite enfance ne sont pas abandonnées, les campagnes de vaccinations existent toujours. Les actions de prévention développées dans les années 70 autour de l'alcool, du tabac, des maladies cardio-vasculaires et du cancer ne sont pas non plus négligées, mais elles paraissent moins importantes en comparaison de l'investissement réalisé par les communes en direction des adolescents et des jeunes adultes, victimes potentielles de la drogue et du Sida.

Parmi les thèmes également plus récents, figurent des initiatives centrées sur l'environnement : 61% des villes de plus de 15 000 habitants interrogées ont mené une action contre le bruit, 77% ont procédé à des aménagements dans les transports ou les lieux publics pour les personnes âgées, les handicapés ou non-voyants, et enfin 45% de ces villes ont mis en place un service de transport spécialisé pour les personnes handicapées.

Enfin, la création de lieux d'accueil pour les jeunes et les personnes en difficulté laisse apparaître une préoccupation plus directement sociale.

Tableau n°7
 Les actions de santé menées entre 1989 et 1994
 par les villes de plus de 15 000 habitants

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Actions des villes en matière de santé	% des villes ayant mené des actions dans le domaine cité
Prévention toxicomanie	88
Création lieu d'accueil pour les jeunes	82
Portage des repas à domicile	80
Prévention Sida	78
Aménagements dans les transports ou lieux publics pour les personnes âgées, handicapés ou mal voyants	77
Création établissements d'accueil spécialisés pers. âgées ou dépendantes	75
Actions d'information sur l'alimentation	72
Promotion de l'hygiène bucco-dentaire	66
Actions dans le domaine du bruit	61
Création structure d'accueil pour personnes en difficulté	60
Lutte contre les poux	60
Prévention alcool	58
Actions de formation sur le Sida et les toxicomanies	58
Campagnes d'information et prévention accidents domestiques	56
Prévention tabac	54
Dépistage bucco-dentaire	51
Suivi informatisé des vaccinations	49
Création service soins médicaux à domicile	48
Etudes, enquêtes sur problèmes et besoins de santé de la population	46
Campagnes d'information et prévention vaccinations	41
Séances de vaccinations dans les quartiers	40
Information et prévention sur les maladies cardio-vasculaires	35
Information et prévention sur le cancer	31
Création service de prise en charge des malades du Sida à domicile	13

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°8
Les actions de santé menées entre 1989 et 1994
par les villes de 5 000 à 15 000 habitants

- Enquête postale : villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Actions des villes en matière de santé	Effectif	%
	Villes ayant mené des actions dans le domaine cité	
Portage de repas à domicile	208	63
Aménagements dans les transports ou lieux publics pour les personnes âgées, handicapés ou mal voyants	156	47
Information et prévention sur les vaccinations	154	47
Information, prévention Sida	150	45
Information, prévention toxicomanie	148	45
Création établissements d'accueil spécialisés pers. âgées ou dépendantes	114	35
Lutte contre les poux	113	34
Information, prévention alcool	105	32
Promotion de l'hygiène bucco-dentaire	99	30
Actions d'information sur l'équilibre alimentaire	97	29
Séances de vaccinations dans les quartiers	92	28
Création structure d'accueil pour personnes en difficulté	91	28
Campagnes d'information et prévention accidents domestiques	88	27
Information, prévention tabac	86	26
Création service soins médicaux à domicile	73	22
Information et prévention sur les maladies cardio-vasculaires	69	21
Actions de formation sur la toxicomanie	65	20
Dépistage bucco-dentaire	63	19
Actions de formation sur le Sida	58	18
Information et prévention sur le cancer	56	17
Etudes, enquêtes sur problèmes et besoins de santé de la population	46	14
Suivi informatisé des vaccinations	35	11

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Les élus chargés de la santé devaient répondre à la question suivante : "depuis 1989, la municipalité a-t-elle mené une action dans les domaines suivants ?" Une série de thèmes d'actions était citée à l'élu, ce dernier devant indiquer si oui ou non sa ville avait pris une initiative dans ce domaine. Cet exercice rapide de "question-réponse" ne prend pas en compte de manière précise la nature des actions menées, leur fréquence, leur impact. On ne mesure pas non plus l'intensité de l'intervention, s'il s'agit notamment d'une "petite" action ponctuelle ou d'une initiative renouvelée sur le long-terme. Il s'agit là uniquement, par un tour d'horizon rapide, de repérer les domaines auxquels se sont intéressées les communes, sans qualifier la nature de cet intérêt.

L'exercice permet d'une part d'établir une sorte de "hit-parade" de la santé: quels sont les domaines d'intervention les plus "populaires", ceux qui sont cités par un grand nombre de communes ; quels sont les domaines qui au contraire sont cités plus rarement. D'autre part, il est possible de mesurer, non pas l'intensité des interventions des villes, mais la diversité des domaines couverts. Des logiques de dispersion des interventions municipales ou au contraire de concentration sur quelques domaines seront mises à jour.

Concernant les villes de plus de 15 000 habitants, les actions les plus fréquemment menées par les communes sont la prévention de la toxicomanie, la mise en place de structures d'accueil des jeunes, d'établissements de soins et accueil des personnes âgées ou dépendantes, la prévention du Sida et enfin les actions concernant la nutrition et l'équilibre alimentaire .

Les actions les moins fréquemment réalisées par les municipalités de plus de 15 000 habitants interrogées concernent la prévention et l'information sur le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les vaccinations et enfin l'organisation de séances de vaccinations dans les quartiers. Les services de prise en charge des malades du Sida à domicile sont encore des initiatives trop récentes, dans des créneaux trop particuliers, pour être comparables à l'ensemble des communes.

Si l'on compare les deux tableaux, on s'aperçoit que les villes de plus de 15 000 habitants sont plus nombreuses à mener des actions dans les domaines cités. Ainsi, pour le premier domaine d'action des communes de moins de 15 000 habitants de l'enquête postale -le portage de repas à domicile- 63% des municipalités sont concernées. Pour le premier domaine d'action des villes de plus de 15 000 habitants -la toxicomanie- près de 90% des communes sont intervenues. Probablement en raison d'un effet de taille, les communes de moins de 15 000 habitants interviennent moins systématiquement dans le domaine de la santé que les villes de plus de 15 000 habitants.

L'effet de taille permet également de comprendre pourquoi les thèmes d'action privilégiés par les municipalités sont différents. Alors que les domaines les plus fréquemment retenus par les villes de plus de 15 000 habitants concernent le Sida et la toxicomanie, les communes de moins de 15 000 habitants se sont pour leur part en priorité investies dans une action de proximité, touchant la vie quotidienne des personnes âgées, avec le repas à domicile (63%). Les trois thèmes ensuite privilégiés (mais qui rassemblent pour chacun d'entre eux moins de la moitié des communes) sont les vaccinations, la toxicomanie, le Sida et les aménagements pour les personnes âgées et handicapées.

Ces résultats montrent que pour une partie des villes, l'intervention dans le domaine de la santé est très liée à l'émergence ou l'aggravation de certains fléaux, comme le Sida et la toxicomanie, les deux thèmes faisant souvent dans les communes l'objet de campagnes combinées.

Une des différences entre les petites communes de moins de 15 000 habitants et les villes plus importantes, porte sur le thème des vaccinations. Alors que pour les villes de plus de 15 000 habitants, les actions concernant les vaccinations (campagnes d'information, séances de vaccinations dans les quartiers) ont une place limitée, ce thème acquiert au véritable une certaine importance dans les communes de moins de 15 000 habitants, au même titre que le Sida et la toxicomanie : près de la moitié des communes indique en effet avoir mené au moins une campagne d'information et de prévention dans ce domaine.

I - 2. Les projets pour le prochain mandat : l'importance des services de soins

Si le présent est à la prévention, il semble que l'avenir appartienne aux soins. En effet, les projets municipaux sont essentiellement centrés autour de la notion de soin : 37% des 100 villes de plus de 15 000 habitants interrogées indiquent que leur projet pour le prochain mandat concerne le développement d'une structure sanitaire (rénover le centre de santé municipal, mettre en place un établissement de soins pour les personnes âgées, etc.).

La même tendance s'observe pour les communes de moins de 15 000 habitants. 22% indiquent que l'un de leurs projets en matière de santé concerne les personnes âgées et le maintien à domicile. Par ailleurs, 21% mentionnent le développement de structures sanitaires. La prévention générale en tant que telle ne représente un projet que pour 15% des villes de moins de 15 000 habitants.

Mis à part le fait que les élus préfèrent sans doute s'engager dans des actions aux résultats plus immédiatement visibles que dans des opérations de prévention, la place centrale accordée aux services de soins et en particulier pour les personnes âgées, est révélatrice d'une tendance profonde. Si en effet, durant le mandat actuel, les communes ont consacré une grande partie de leurs efforts aux problèmes de précarité, de toxicomanie et du Sida, le nouvel enjeu du prochain mandat semble bien être celui de la dépendance.

"On aura fait beaucoup de progrès sur une nouvelle démarche concernant les SDF avec une déstabilisation de la démarche traditionnelle. Le nouvel enjeu à présent, c'est celui de la dépendance : la prise en charge du handicap lourd au moment de la vieillesse, la maladie d'Alzheimer. A Paris, la population de personnes âgées de plus de 85 ans est en augmentation continue. Par conséquent, il faudra trouver des moyens de soutenir les familles et des moyens de combattre la dépendance."

Maire-adjointe chargée de la santé à Paris

Les priorités relatives aux personnes âgées ont évolué de la création de structures d'accueil vers le maintien à domicile. Ainsi, ont vu le jour des services d'aide ménagère, de soins à domicile, de portage de repas, de télé-alarme souvent pris en charge par les CCAS. En même temps, des structures d'accueil de jour se sont développées (foyers-restaurant, centres d'activité). Certaines municipalités participent au financement de structures spécialisées pour les personnes âgées : en particulier, elles peuvent être sollicitées pour la réalisation d'une section de cure médicale dans une maison de retraite ou un foyer de personnes âgées. Cependant, l'allongement de la durée de vie confronte actuellement l'action des communes au problème de la dépendance, qui marque les limites du maintien à domicile et de l'accueil non médicalisé dans les maisons de retraite.

Si la prise en charge de la dépendance relève, à la fois, de l'Etat et du département, certaines communes se sont cependant engagées dans ce domaine, en initiant des expériences innovantes.

Ce contexte explique en partie pourquoi les communes sont amenées à reconsidérer leur discours sur la santé globale et à fortement recentrer leurs pratiques sur les services de soins dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes. En même temps, le maintien à domicile ne relève pas uniquement d'une aide médicale, mais également sociale : la demande très forte de services de ce type appelle à ce titre une réflexion des municipalités sur la prise en charge globale des individus, à la fois sur le plan social et sanitaire, nécessitant la mise en place de services innovants de proximité plutôt que des structures centrées sur les soins collectifs.

Le maintien à domicile des personnes âgées : l'exemple de Saint-Girons
(Ariège - 7 065 habitants)

Les objectifs prioritaires de cette commune sont axés sur les soins : le maintien et le développement des activités de l'hôpital ; le maintien à domicile des personnes âgées. Les raisons qui ont conduit la municipalité à intervenir dans le domaine de la santé tiennent principalement aux menaces qui pesaient sur le maintien de l'hôpital sur un petit secteur sanitaire et au pourcentage élevé des personnes âgées.

A l'initiative de la municipalité, une association de services de soins à domicile a été mise en place et est présidée par le maire-adjoint à la santé. La ville ne finance pas directement l'association. Cette structure couvre une capacité de 52 lits sur deux cantons. Les objectifs sont à terme de couvrir deux autres cantons et de développer des actions de prévention du vieillissement et de réactivation de l'autonomie. Par ailleurs, l'association a le projet de mettre en place une maison d'accueil de jour. Son financement serait assuré par la DDASS, l'ADS, la municipalité et une contribution des personnes âgées.

Tableau n°9
Les projets des communes pour le prochain mandat

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Projets	%
Développement structures sanitaires	37
Actions personnes âgées et maintien à domicile	23
Prévention enfants et jeunes	22
Lutte contre les dépendances	18
Accès aux soins, aide aux plus démunis	15
Actions Sida	12
Soutien et coordination d'actions, partenariat	12
Définition d'une politique de santé	5
Actions handicapés	4
Promotion santé, information, prévention générale	5
Poursuite des actions engagées	2
Autres	6
NSP	7

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(*) La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant signaler plusieurs projets.

Tableau n°10
Les projets des communes pour le prochain mandat

- Enquête postale : villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Projets	% (1) (2)
Actions personnes âgées et maintien à domicile	22
Développement structures sanitaires	21
Poursuite des actions engagées	19
Actions en direction des enfants et des jeunes	19
Promotion santé, information, prévention générale	15
Lutte contre les dépendances	14
Projets pas encore définis	14
Soutien et coordination d'actions, partenariat	10
Actions Sida	9
Promotion hygiène de vie (alimentation, bucco-dentaire)	4
Accès aux soins	4
Vaccinations	3
Autres	7

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant signaler plusieurs projets.

(2) Les pourcentages ont été calculés en fonction des répondants.

II - PREVENTION, SERVICES ET STRUCTURES

II - 1. La prévention d'abord

On s'aperçoit que de manière générale, le mode d'intervention actuellement privilégié par les communes est l'information et la prévention. Une grande majorité des élus, interrogée sur le rôle que doit avoir la municipalité en matière de santé, insiste sur ce mot de prévention, qui revient comme un leitmotiv dans les discours sur les politiques locales de santé. Clairement, le message que la majorité des élus cherche à faire passer est que la contribution municipale ne se situe pas dans le secteur curatif : elle se veut complémentaire de la logique médicale, en initiant en amont une dynamique de prévention auprès de la population.

Mais la prévention n'apparaît pas aux yeux des autres acteurs locaux et de la population comme un domaine "évident" d'intervention municipale : ce concept demande localement à être légitimé. Les élus ont en effet conscience que la "demande" porte davantage sur des réalisations plus visibles.

"Les réponses qu'on nous demande, c'est concrètement des réalisations, des services, des actions, donc, c'est du soin".

Maire-adjointe à la santé, Nantes.

Tableau n°11
 Les actions de prévention menées entre 1989 et 1994
 par les villes de plus de 15 000 habitants

- Villes de plus de 15 000 habitants-

Actions des villes en matière de santé	% des villes ayant mené des actions dans le domaine cité
Prévention toxicomanie	88
Prévention Sida	78
Actions d'information sur l'alimentation	72
Promotion de l'hygiène bucco-dentaire	66
Lutte contre les poux	60
Prévention alcool	58
Actions de formation sur le Sida et les toxicomanies	58
Campagnes d'information et prévention accidents domestiques	56
Prévention tabac	54
Dépistage bucco-dentaire	51
Campagnes d'information et prévention vaccinations	41
Séances de vaccinations dans les quartiers	40
Information et prévention sur les maladies cardio-vasculaires	35
Information et prévention sur le cancer	31

Source : CREDOC / RNSP - 1995

Tableau n°12
**Les actions de prévention menées entre 1989 et 1994
 par les villes de 5 000 à 15 000 habitants**

- Enquête postale : villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Actions des villes en matière de santé	Effectif	%
	Villes ayant mené des actions dans le domaine cité	
Information et prévention sur les vaccinations	154	47
Information, prévention Sida	150	45
Information, prévention toxicomanie	148	45
Lutte contre les poux	113	34
Information, prévention alcool	105	32
Promotion de l'hygiène bucco-dentaire	99	30
Actions d'information sur l'équilibre alimentaire	97	29
Séances de vaccinations dans les quartiers	92	28
Campagnes d'information et prévention accidents domestiques	88	27
Information, prévention tabac	86	26
Information et prévention sur les maladies cardio-vasculaires	69	21
Dépistage bucco-dentaire	63	19
Information et prévention sur le cancer	56	17

Source : CREDOC/RNSP - 1995

La dimension de prévention doit être travaillée et imposée dans le cadre de la définition d'une politique locale de santé. C'est pourquoi on en trouve trace de manière récurrente dans tous les discours des élus, qu'ils soient interrogés sur le rôle de la commune en matière de santé, mais aussi plus concrètement sur leurs objectifs,

leurs réalisations les plus significatives et leurs projets. En fin de compte, le projet municipal se caractérise d'abord par un mode d'intervention - la prévention plutôt que le soin - avant des réalisations en direction de publics particuliers.

D'autres modes d'intervention tels que la formation, la participation communautaire, les enquêtes et études sont autant d'outils souvent délaissés par les municipalités. Selon les élus locaux, cela tient en partie au manque de moyens, mais aussi de formation des personnels en santé publique.

Pour mettre en oeuvre la prévention, deux sites sont privilégiés : **le quartier et l'école**. L'espace restreint que constitue le quartier permet à la municipalité d'identifier plus facilement les partenaires locaux et de les mobiliser efficacement sur un thème précis. En particulier, dans les grandes villes au territoire étendu et hétérogène, le quartier est considéré comme un niveau de proximité pertinent permettant de tester des actions à l'échelle d'une population définie. Certaines villes ont ainsi mis en place des actions classiques très localisées, telles que des séances de vaccinations dans des quartiers défavorisés. Angers (Maine-et-Loire - 146 163 habitants) a organisé des semaines de la santé dans un quartier particulier : animations, jeux-concours, rencontres, débats ont eu lieu, en partenariat avec des associations de quartier, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé locaux. A Amiens (Somme - 136 234 habitants), trois actions ont été lancées sur trois quartiers de la ville. Les thèmes retenus étaient l'alimentation des enfants, la pharmacie familiale et enfin le bruit et ses effets sur les résultats scolaires.

Par ailleurs, les mesures prises dans le cadre de la politique de la ville en faveur des quartiers en difficulté ont conduit certaines municipalités à mettre en place, en partenariat, des actions de santé pour les habitants de ces quartiers. Ces initiatives peuvent prendre plusieurs formes. Certaines actions sont centrées sur l'accès aux soins des populations de quartiers enclavés, éloignés des structures médicales: la municipalité de Vaulx-en-Velin a installé dans un quartier une antenne du Centre de santé. Nantes a mis en place des groupes d'expression santé dans un quartier, afin d'aider les habitants à mieux exprimer leurs problèmes de santé et à comprendre le fonctionnement des services de santé ainsi que les traitements donnés par les médecins.

D'autres actions relèvent de la prévention et traitent de thèmes divers: campagne annuelle de dépistage du saturnisme en direction des enfants en bas-âge dans les quartiers défavorisés de Saint-Etienne, mise en place d'une permanence sur la toxicomanie dans un "bus de prévention" pour les jeunes de quartiers HLM à Bagneux, création d'une structure d'accueil dans un quartier d'Ivry-sur-Seine, afin de recevoir les familles confrontées au problème de la drogue, etc.

Enfin, des recherches-actions, menées durant plusieurs années, visent à mieux connaître les besoins et comportements des habitants en matière de santé. La municipalité de Saint-Denis a mené une action de ce type dans le quartier Franc-Moisin Bel-Air, en partenariat avec des associations, des professionnels locaux de la santé et du social, des universitaires et des acteurs institutionnels. Des groupes de travail ont été constitués, sur des thèmes tels que la santé mentale, l'hôpital dans la ville ou encore le suivi des femmes enceintes.

L'école est l'autre site privilégié pour mener des actions d'information et de prévention dans de nombreux domaines : dépister les problèmes bucco-dentaires, organiser des classes de santé, promouvoir l'importance du petit déjeuner ou encore informer sur le Sida.

A l'école maternelle et primaire, les sujets abordés en matière de santé concernent essentiellement l'hygiène. Ainsi, à Saint-Herblain (42 746 habitants), des séances pédagogiques sur l'équilibre alimentaire ont lieu chaque année dans les établissements scolaires. Cette municipalité a par ailleurs mené une action de sensibilisation au bruit auprès des enfants et de leurs parents (identification du bruit, connaissance de l'oreille...). La ville de Blois (49 320 habitants) organise, en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, des mutuelles, des associations, des dentistes, les instituteurs, le Comité départemental d'Education à la Santé et la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale, des campagnes de prévention, dépistage et soins bucco-dentaires pour les enfants de maternelle et primaire. Certaines municipalités prennent par ailleurs l'initiative de mener des campagnes sur le Sida ou la toxicomanie. Par exemple, la ville de Melun (35 355 habitants) a réalisé une opération de prévention de la toxicomanie auprès des élèves de classes de CM2, en partenariat avec la DDASS. Cette action associait les enseignants et les parents d'élèves.

Dans les collèges et lycées, les actions de prévention - sollicitant souvent la participation des jeunes eux-mêmes - portent principalement sur la toxicomanie, le Sida, l'alcool et le tabac.

Rennes : la politique "d'ouverture de l'école"

(Ille-et-Vilaine - 203 533 habitants)

Les objectifs de cette politique initiée par la ville de Rennes sont de réduire les inégalités en matière de santé et d'aider les enseignants à introduire la santé dans la vie quotidienne des écoles. Pour élaborer cette politique, un groupe de travail spécifique a été créé et associé à la réflexion, élus, représentants de l'Education Nationale, diététiciennes de la DDASS, conseillères du Planning familial, enseignants de l'institut de formation en soins infirmiers et d'autres partenaires.

Les actions menées dans ce cadre sont multiples :

- réalisation de fiches d'aide aux enseignants souhaitant bâtir un projet sur le thème de la santé ;
- organisation régulière de journées d'information et de débats-expositions (exemples : l'enfance maltraitée, l'environnement, etc.) ;
- organisation de "classes-santé-environnement" depuis 1991 : à l'initiative des enseignants, les enfants étudient les missions de l'hôpital, les principes de la bonne alimentation ou encore l'importance de la qualité de l'eau. Ils passent plusieurs journées sur le "terrain" : visites d'un service hospitalier de chirurgie infantile, d'une station d'épuration ou d'une conserverie ;
- mise en valeur dans une bibliographie, "La Santé au Fil des Pages", des livres d'enfants abordant le thème de la santé;
- Conception en partenariat avec la Fédération des Oeuvres Laïques, d'une mallette pédagogique destinée à servir de support d'animation aux enseignants;
- Mise en place de deux écoles préélémentaire et élémentaire sur deux sites hospitaliers, par convention entre la ville, l'Education Nationale et le CHR.

II - 2. Les services aux habitants

A côté de ces actions de prévention, ponctuelles et informatives, les villes proposent à leurs habitants des services dans le domaine de la santé. Ces services concernent surtout les personnes âgées et dépendantes, et visent au maintien à domicile : livraison de médicaments, portage de repas à domicile, téléalarme, numéros de téléphone d'assistance permanente. Ce type de services s'est également développé pour les personnes atteintes du Sida. Les communes ont ainsi développé l'aide au maintien à domicile, en dispensant des formations particulières au personnel soignant amené à être en contact avec les malades du Sida.

Ces services ont souvent une double vocation, d'une part briser l'isolement social de personnes fragilisées, d'autre part assurer des soins médicaux, pour éviter l'hospitalisation ou le placement dans une institution spécialisée.

Nancy : le portage des médicaments à domicile

(Meurthe-et-Moselle - 99 252 habitants)

La ville a mis en place un service de portage de médicaments aux personnes âgées et aux handicapés, en cas d'urgence de nuit. Le médecin indique au pharmacien de garde le contenu de l'ordonnance et le transport des médicaments est assuré par taxi au domicile du malade. Cette initiative revient à la municipalité, en partenariat avec les médecins, la police et les taxis de la ville.

Cannes : un service "SOS 3ème âge"

(Alpes-Maritimes - 69 363 habitants)

Le service "Bel âge assistance", lancé par la municipalité en 1992, est un standard téléphonique ouvert 24 heures sur 24 qui assure des fonctions d'écoute et d'assistance. La vocation de ce service est de répondre aux besoins liés à la dépendance des personnes âgées de plus de 65 ans.

Composé d'une équipe de standardistes, "Bel âge assistance" assure une écoute téléphonique permanente. Une fois la demande identifiée, les standardistes interviennent pour alerter les services d'assistance concernés, les médecins par exemple.

Sous la coordination de la municipalité, ce SOS 3ème âge fédère plusieurs organismes, dont l'hôpital, la CPAM, les caisses de retraite, les assistantes sociales et le CCAS. Les avantages pour les personnes âgées sont multiples : le service offre en effet un guichet unique aux services juridiques, sociaux et médicaux, souvent dispersés dans la ville. Il permet également d'assurer un suivi de l'action sociale au-delà des heures d'ouverture de bureau. Enfin, le recours à cette structure peut éviter une hospitalisation en urgence.

III - LES STRUCTURES MUNICIPALES DE SANTÉ

III - 1. La répartition générale des structures municipales de santé

Tableau n°13
Les structures municipales de santé

- Villes de plus de 15 000 habitants - en % -

	Service Communal hygiène et santé	Centre de santé municipal	Service municipal d'aide médicale à domicile	Service municipal de santé scolaire
Oui	47	22	44	23
Non	53	78	56	77
Total	100	100	100	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Outre ces quatre structures principales, la commune peut avoir mis en place d'autres structures de santé. C'est le cas de 49% d'entre elles.

Pour avoir une approche plus globale du nombre de structures que possède chaque commune, un indicateur accordant la même importance à chaque service, a été construit. Il varie de 0 pour les communes qui ne possèdent aucune de ces structures à 5 pour celles qui ont déjà mis en place les quatre principales ainsi que d'autres services. En fait, aucune commune n'atteint 5, c'est-à-dire qu'aucune commune ne cumule à la fois les quatre structures envisagées plus d'autres.

Selon leur taille, les villes n'ont pas le même volume d'équipements. Ainsi, la moitié des villes de moins de 50 000 habitants ne dispose que d'une seule ou même aucune structure municipale de santé. Un quart des villes de plus de 50 000 habitants est aussi démunie en matière d'équipements.

Tableau n°14
Les structures municipales de santé selon la taille de la ville

- Villes de plus de 15 000 habitants - En % -

	Aucune/une structure	Deux structures	Trois/quatre structures
Moins de 50 000 hab.	51	26	23
50 000 habitants et plus	26	37	37

Source : CREDOC/RNSP - 1995

L'appartenance politique apparaît comme un critère de caractérisation de politiques différenciées des villes en matière d'équipements sanitaires. Les villes de droite, pourtant en moyenne plus grandes que les villes de gauche (44% des villes de droite ont plus de 50 000 habitants, contre 30% de communes socialistes et apparentées et 31% de municipalités communistes) disposent en proportion de moins de structures : 54% d'entre elles possèdent un seul des services municipaux cités ou même aucun, ce qui n'est le cas que d'un tiers des villes communistes et un tiers des communes socialistes et apparentées. Les villes communistes qui ont, par ailleurs, pour la majorité d'entre elles une délégation ancienne, disposent de structures plus nombreuses, car menant une action sur le long terme, elles ont eu le temps d'établir un nombre importants d'équipements, ce qui n'est pas le cas de villes où la délégation est plus récente.

Tableau n°15
Les structures municipales de santé
selon l'appartenance politique du maire

- Villes de plus de 15 000 habitants - En % -

	Aucune/une structure	Deux structures	Trois/quatre structures
PCF	31	38	31
PS et Divers Gauche	30	43	27
Droite	54	17	29
Autres	67	3	5

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Les grandes villes ayant davantage de structures municipales de santé que les petites, force est de constater que ce sont surtout de grandes municipalités de gauche qui ont mis en place de tels équipements, les grandes villes de droite restant plus en retrait sur ce plan.

L'ancienneté de la délégation ne joue pas particulièrement sur l'équipement des communes. Les villes dont les délégations ont été récemment mises en place bénéficient d'un nombre de structures municipales à peu près identiques aux villes dont les délégations sont plus anciennes. Cependant, alors qu'aucune ville dont la délégation a été mise en place après 1983 ne dispose des quatre services municipaux cités, 11% des communes dont la délégation est antérieure sont équipées de l'ensemble de ces structures. Ces villes dont l'intervention sanitaire relève d'une longue tradition ont eu la possibilité d'installer de nombreux équipements.

Enfin, on constate que dans le cas des villes n'ayant qu'une seule structure municipale de santé, pour un tiers, il s'agit d'un service communal d'hygiène et de santé tandis que 23,5% ont un service municipal d'aide médicale à domicile.

III - 2. Les différentes structures municipales de santé

II - 2.1. Les services communaux d'hygiène et de santé

Les Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) remplacent depuis 1986 les Bureaux municipaux d'hygiène dont la fonction principale, selon la loi, est de faire appliquer les règles en matière d'hygiène et de protection de la santé. L'ouverture de ce type de structure et son financement dépendent de la municipalité. Les SCHS -dont la création était auparavant obligatoire dans les villes de plus de 20 000 habitants- existent aujourd'hui dans un peu plus de 200 communes.

47% des villes de plus de 15 000 habitants interrogées possèdent un Service communal d'hygiène et de santé. Il s'agit principalement de petites structures, puisque 40% d'entre elles emploient moins de cinq personnes.

Tableau n°16
Le personnel employé par les services communaux d'hygiène et de santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Le personnel des SCHS	Effectif	%
Moins de 5 personnes	19	40
De 6 à 10 personnes	8	17
De 11 à 20 personnes	7	15
Plus de 20 personnes	7	15
NSP	6	13
Total	47	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

91% des villes de plus de 50 000 habitants disposent d'un SCHS, ce qui n'est le cas que pour 23% des communes de taille plus modeste. Les trois quarts des services des petites villes ont un effectif réduit - moins de cinq personnes. En revanche, parmi les villes de plus de 50 000 habitants possédant un SCHS, quelques-unes bénéficient d'un appui en personnel particulièrement conséquent: 22% de ces communes emploient dans ce service vingt personnes ou plus.

L'ancienneté de la délégation santé n'est pas directement liée à la présence ou non d'un service communal d'hygiène et de santé dans la commune. On note pourtant que les délégations nouvellement créées disposent plus fréquemment d'un service à petit effectif : 63% d'entre elles ont un service santé de moins de 10 personnes. A l'inverse, 20% des délégations anciennes bénéficient de services comprenant un effectif de plus de 20 personnes, ce qui n'est le cas que dans 9% des délégations récentes. A l'évidence, dans les délégations mises en place après 1983, une reconnaissance politique récente correspond à un investissement progressif et parfois encore modeste en termes d'équipements et de personnel. Les municipalités dont l'intervention sanitaire relève au contraire d'une longue pratique, se sont dotées -dans la perspective d'une action menée sur le long terme- de services techniques plus importants.

Tableau n°17
 Qui dirige les services communaux d'hygiène et de santé ?

- Villes de plus de 15 000 habitants -

	Effectif	%
Un médecin	15	32
Une infirmière	1	2
Un chef de service administratif	25	53
Un secrétaire général	3	6
NSP	3	6
Total	47	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Deux logiques de gestion coexistent dans les Services Communaux d'Hygiène et de Santé. 34% des services sont dirigés par un professionnel de la santé, généralement un médecin tandis que 60% sont sous la responsabilité d'un administratif. Dans les grandes villes, les SCHS sont plus fréquemment dirigés par un médecin que par un administratif. Les services hygiène des petites villes -quand de telles structures existent- sont en général gérés par un administratif.

Cette répartition professionnelle est-elle associée à une certaine pratique municipale dans le domaine de la santé ? Le fait que dans certaines villes, ce soit un médecin qui dirige le SCHS pourrait indiquer que la santé est plus étroitement rattachée qu'ailleurs à sa dimension médicale et curative. Cependant, le "tandem" qui gère la santé municipale est le plus couramment constitué d'un administratif, chef du service hygiène et santé, et d'un élu à la santé retraité : près d'un tiers des communes sont dans ce cas. Seulement 13% des villes ont à la fois un élu médecin et un chef de service médecin. La diversité dans la répartition des rôles semble indiquer que les conceptions de la santé à l'oeuvre dans les communes ne seront pas le reflet unique de la pratique et de la compétence d'un groupe professionnel particulier.

Les missions des services communaux d'hygiène et santé sont quant à elles très variées selon les villes. Alors que certaines communes s'en tiennent au simple contrôle des règles d'hygiène ou à la tenue du fichier de vaccinations, d'autres ont en

revanche jugé utile d'étoffer le rôle de leur SCHS. Les orientations nouvellement fixées prennent par exemple la forme de la prévention et l'éducation sanitaire. Certains services ont privilégié des axes particuliers : l'étude de l'état sanitaire de la population communale ; la mise au point de systèmes informatiques sophistiqués permettant une meilleure couverture vaccinale ; la mise en réseau des diverses ressources locales pouvant intervenir dans le champ de la santé ; l'intégration de santé dans une politique plus large d'amélioration de l'environnement.

Le Service communal hygiène et santé de Villeurbanne

(Rhône - 119 848 habitants)

A Villeurbanne, l'intervention municipale est fortement liée à la présence très ancienne d'un Bureau d'hygiène, créé en 1913. A ce titre, la première étape de la mise en place d'une véritable politique de santé à Villeurbanne a consisté à remettre à neuf le service hygiène et santé de la commune. Grâce à l'embauche d'un médecin directeur à plein temps et d'une infirmière, cette institution a pu diversifier ses activités et mettre en oeuvre une politique suivie de prévention.

Le SCHS est subdivisé en plusieurs services dirigés par la Direction de l'hygiène et de la santé publique : Cellule environnement, Prévention Santé, Prévention hygiène sécurité, Salubrité et environnement et Atelier de salubrité. La cellule Environnement a été créée en 1990 et rattachée au SCHS en 1991. Le budget annuel du SCHS est de 1 436 000 Francs.

En matière de prévention santé, le service mène des actions dans plusieurs domaines :

- Les vaccinations : le service organise des séances de vaccinations sur place et dans les quartiers de la ville. Par ailleurs, une campagne de vaccinations contre l'hépatite B est menée chaque année auprès du personnel municipal. Enfin, la ville a procédé à une informatisation du fichier vaccinal.
- Le SCHS participe au fonctionnement du Point Santé RMI par la mise à disposition d'une infirmière un jour par semaine. Ce point est un lieu d'accueil, d'écoute, de soutien et d'accompagnement pour les bénéficiaires du RMI avec des visites médicales de dépistage, des entretiens psychologiques et un suivi médico-social.
- La prévention des conduites à risques : par exemple en 1992, deux séances de formation toxicomanie pour îlotiers ont été organisées à la demande du commissariat de police de Villeurbanne.

Par ailleurs, le SCHS publie un "Bulletin de Liaison" à destination des professionnels de la santé au sens large (éducateurs, enseignants, pharmaciens...). Ce bulletin a pour but d'établir un lien entre les différents partenaires de santé de la ville.

Source : Rapport d'activités du Service Communal d'hygiène et de santé de Villeurbanne, 1992.

III - 2.2. Les centres de santé municipaux

Les centres de santé sont des structures agréées pour dispenser des soins médicaux, infirmiers ou dentaires aux assurés sociaux. Ils peuvent par ailleurs participer à des actions de prévention et d'éducation sanitaire, de formation et de recherche. Ils se sont d'abord développés sous l'impulsion d'associations caritatives et de mutuelles, puis des municipalités.

L'activité des centres de santé se situe entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Les raisons de consulter en centre de santé sont essentiellement de nature économique, la très grande majorité des centres étant conventionnée et pratiquant le tiers payant. La fréquentation des centres s'explique aussi par la préférence pour le cadre collectif d'exercice de la médecine, permettant de bénéficier dans un même lieu de différents services médicaux ou paramédicaux et dans certains cas de services sociaux.

Le dernier recensement de ces centres remonte à fin 1988 : il révélait que sur 2 224 centres dénombrés, 256 étaient gérés par des municipalités. Parmi ceux-ci, 154 étaient implantés en Ile-de-France.⁸

Les centres de santé municipaux, souvent au coeur du dispositif santé de certaines communes, connaissent pourtant des difficultés financières. Certains d'entre eux ont même dû fermer. Plusieurs éléments, entraînant un surcoût par rapport à une activité libérale, pèsent sur le comportement et les résultats des centres : le respect des normes liées à la délivrance de l'agrément (locaux, organisation de l'accueil...); le régime social et fiscal (taxe sur les salaires, impôts directs locaux...); la pratique du tiers payant. Les centres municipaux sont structurellement déficitaires en raison de fortes charges de personnel liées au mode de rémunération de leur personnel (essentiellement salarié), d'investissements en matériel souvent importants et de la mise en place d'actions de prévention non subventionnées. Ils ne survivent que grâce au soutien des institutions de tutelle.

22% des villes de plus de 15 000 habitants interrogées disposent d'un centre de santé municipal. La gestion associative de ces centres est relativement peu courante : 77% des centres sont gérés en régie directe. De manière générale, les communes ayant fait le choix d'investir dans une telle structure l'ont fait de manière conséquente : 64% de ces centres emploient plus de 10 personnes. Ils offrent une palette large de services médicaux (consultations médicales généralistes et

⁸C. Trouvé, R. Drivet, M. Lemoine : Rapport sur la situation des centres de santé, Inspection Générale des Affaires Sociales, mars 1990.

spécialisées, service dentaire, soins infirmiers). En revanche, les services de kinésithérapie et de radiographie sont moins développés.

L'absence de tels services est en partie liée aux difficultés financières que connaissent actuellement les centres de santé municipaux, et témoigne d'un relatif désengagement des communes dans ce type de structures : tandis que les services traditionnels sont maintenus, les investissements dans de nouveaux équipements médicaux sont souvent suspendus. Certaines municipalités ont d'ailleurs entamé une réflexion sur la place et l'utilité du centre municipal dans l'ensemble du dispositif sanitaire communal. Certaines d'entre elles, sans pour autant renoncer à une structure coûteuse, tentent d'en redéfinir les missions, élargissant notamment le volet préventif des activités du centre. Parties prenantes du système de santé, les centres doivent valoriser leurs spécificités comme le travail en équipe et la prévention.

"Il conviendrait d'étudier 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," écrit à ce sujet Philippe Ligneau.⁹

Tableau n°18
Le personnel employé par les centres de santé municipaux

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Le personnel des CMS	Effectif	%
Moins de 5 personnes	4	18,2
De 6 à 10 personnes	1	4,5
De 11 à 20 personnes	6	27,3
Plus de 20 personnes	8	36,4
NSP	3	13,6
Total	22	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

⁹Philippe Ligneau : "De quelques problèmes d'action concertée en santé publique dans les contrats de ville", in : Actualités et Dossier en santé publique n°7, juin 1994

Tableau n°19
Les services offerts par les Centres de santé municipaux

- Villes de plus de 15 000 habitants - Effectif et % -

Les services offerts	Consultations médicales généralistes	Consultations médicales spécialisées	Service dentaire	Service kinésithérapie	Service radiographie	Soins infirmiers
Oui	17 77,3	17 77,3	15 68,2	11 50	12 54,6	18 81,8
Non	4 18,2	4 18,2	6 27,3	10 45,5	9 41	3 13,7
NSP	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5
Total	22 100,0	22 100,0	22 100,0	22 100,0	22 100,0	22 100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Contrairement au SCHS, le critère de taille n'entre pas en compte dans la présence ou non d'un centre de santé municipal dans la ville. Un nombre égal de petites et de grandes villes dispose d'une telle structure communale. Quand les communes sont dotées de telles structures, l'effectif dépasse souvent 10 personnes : 64% des villes de moins de 50 000 habitants ayant un centre de santé disposent d'un effectif supérieur à 10. Il en va de même pour 62,5% des villes de 50 000 habitants et plus.

En revanche, l'histoire des délégations santé a un lien direct avec l'équipement des villes en centres de santé : en effet, on constate que parmi les délégations récemment créées, seulement 9% ont un centre de santé. La présence d'un tel service municipal dans une commune est donc clairement associée à une intervention municipale ancienne. Ainsi, les villes ayant un centre de santé mais pas de délégation, sont rares : seulement 4% sont dans ce cas.

56% des villes communistes ont un centre de santé, contre 23% des villes socialistes et 32% des villes de droite.

Le centre de santé de Grande-Synthe

(Nord - 24 489)

Le centre de santé Roger Vaillant, créé en 1979 à l'initiative de la municipalité, a le statut d'association loi 1901. Il est essentiellement subventionné par la municipalité. L'implantation de ce centre a suscité la mise en oeuvre d'actions de santé diverses qui placent souvent les habitants au coeur du processus de la réflexion sur la promotion de la santé.

Ses champs d'action sont multiples : accueil de tous les services de prévention qui assurent des visites de dépistage ou l'information sur la santé (PMI, service de santé scolaire, centre médico-psychologique, service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, planning familial, médecine du sport, etc.); l'information de groupes d'habitants; soutien à des associations qui assurent des permanences dans les locaux du centre de santé ; réalisations concrètes avec les habitants.

Le centre de santé a notamment mis en place des commissions de travail pluridisciplinaires associant différents partenaires, habitants, travailleurs médicaux et sociaux, associations. Ces groupes se réunissent régulièrement pour débattre de sujets tels que l'alcool, la toxicomanie ou le tabac. A titre d'exemple la commission "tabaccueil" - créée en 1987 et animée par d'anciens fumeurs Grand-Synthois avec le concours de médecins - met en oeuvre des actions d'information des adultes et des jeunes sur le tabac, organise des consultations d'aide à l'arrêt du tabac, et assure un suivi des personnes ayant arrêté de fumer.

Afin de sensibiliser les habitants sur le thème de l'alimentation, le centre de santé tient un "stand" sur le marché : un animateur et une diététicienne donnent des conseils sur tous les sujets ayant trait à la santé et proposent des recettes de cuisine permettant de concevoir des menus équilibrés.

"Améliorer l'état de santé, faire participer les gens, les rendre acteurs, c'est vraiment la base du travail du centre de santé depuis quinze ans. Cela n'a pas changé. Par contre, ce qu'on a amélioré, c'est justement le fait de sortir des murs, on ne s'est pas du tout enfermé dans les murs du centre de santé, et c'est assez novateur. Les gens sont en général enfermés dans les murs et ils gèrent les murs au lieu d'être à la disposition des habitants et des acteurs. Alors que nous on gère plutôt des programmes et des idées, on aide les gens à réaliser des idées (...)

C'est une volonté que l'on a : on ne se substitue pas aux habitants, on ne se substitue pas aux institutions. On fait avec, mais on ne fait pas à la place ou pour. Il y a beaucoup d'exemples où on a forcé et ça n'a pas marché (...)
On a accumulé les preuves que si pour les gens, une action n'a pas de sens, on avait beau essayer de marteler, cela ne marche pas. Si ça vient du haut, ça ne marche pas. Il vaut mieux que ce soit des petites actions, des micro-actions qui collent bien à un petit groupe d'habitants, à une école, à une classe, à un petit groupe de jeunes".

Directrice du centre santé

Source : Centre de santé Roger Charles Vaillant de Grande-Synthe, rapport d'activités 1993

III - 2.3. Les autres structures de santé

Du fait d'une vocation large, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont susceptibles d'offrir des services de santé en plus de leurs attributions en matière d'aide sociale obligatoire et d'action sociale facultative, notamment dans le cadre du dispositif RMI. D'autres actions peuvent également être mises en place dans le cadre des financements du développement social urbain.

Les CCAS sont aussi souvent à l'origine des services d'aide à domicile comme le portage des repas, la téléalarme, les aides ménagères. Ils peuvent aussi gérer des services de soins à domicile pour les personnes âgées, des dispensaires et consultations de médecine infantile, ou encore des établissements médico-sociaux communaux.

L'implication dans la santé varie cependant d'une structure à l'autre : si certains CCAS jouent un rôle de plus en plus important dans la mise en oeuvre de la politique sociale et sanitaire de la ville, d'autres au contraire voient leur champ d'action réduit à la simple gestion quotidienne.

Les services municipaux d'aide médicale à domicile sont présents dans 44% des villes de plus de 15 000 habitants interrogées, et fonctionnent généralement avec un effectif peu important : 66% des communes disposant d'un tel service emploient au maximum dix personnes.

Peu de communes (23%) ont jugé possible de développer leur propre service municipal de santé scolaire. L'exemple de Grenoble montre le coût d'un tel service

Tableau n° 20
Les autres structures municipales de santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Autres services municipaux	Service municipal d'aide médicale à domicile	Service municipal de santé scolaire
Oui	44 %	23 %
Non	56 %	77 %
Total	100,0	100,0

Source : CREDOC / RNSP - 1995

Le service municipal de santé scolaire de Grenoble

(Isère - 153 973 habitants)

Lorsque l'Etat a développé ses propres services et proposé d'absorber les structures existantes, Grenoble a préféré conserver son propre service de santé scolaire - mis en place en 1923 - et en assurer la gestion d'une manière autonome. L'objectif de ce service est de promouvoir le bien-être de l'enfant, en prenant en considération la dimension physique, psychologique et sociale de la santé.

Le service s'attache donc, en étant présent dans les écoles, à repérer les besoins tant sur le plan individuel que collectif et à mettre en oeuvre les moyens nécessaires à la prévention des troubles chez l'enfant et à leur prise en charge. Concrètement, le service effectue des dépistages systématiques (troubles visuels, problèmes dentaires) et plus ciblés (troubles auditifs et de la statique).

Des bilans sont régulièrement organisés avec les équipes pédagogiques encadrant les enfants, ainsi qu'avec les parents. Le service participe, par ailleurs, à des enquêtes épidémiologiques et à des expériences de recherche sur des thèmes ciblés.

Enfin, le service est à l'initiative d'actions d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, en concertation avec les enseignants et les autres partenaires sociaux. Les thèmes abordés concernent aussi bien la santé de l'enfant (les dents, le sommeil, l'alimentation, le corps) que sa sécurité (les accidents domestiques, la prévention des abus sexuels).

Cette structure, placée sous l'autorité d'un médecin-directeur, est financée à 98% par la municipalité et à 2% par l'Etat. Son coût revient à 8 000 000 de Francs par an, soit 470 francs par enfant. La population couverte représente 17 000 enfants scolarisés dans 112 écoles.

Source : Service de santé scolaire de Grenoble

III - 2.4. L'absence de structures municipales de santé et les différents relais locaux

L'absence d'une structure de santé bien identifiée a des retombées diversement appréciées par les élus. Cela peut être un handicap dans l'adoption d'une démarche globale de santé, comme le signale par exemple l'adjoint aux affaires sociales du Portel, commune de 10 000 habitants, située à la périphérie de Boulogne-sur-Mer. Il voudrait ainsi transformer une méthode de travail "empirique" centrée sur des actions ponctuelles, en un projet plus global animé par un professionnel au sein d'un véritable service de santé.

A La Roche-sur-Yon, on avance l'argument inverse. *"Le fait de ne pas avoir de service de santé donne plus de responsabilités à l'ensemble des élus. La santé n'est plus confinée et mise entre les mains de trois ou quatre spécialistes. Cela favorise donc un travail horizontal"*, note le Conseiller municipal délégué à l'environnement. *"Mais en même temps, ce mode de fonctionnement implique un certain éclatement. On passe à côté de certaines actions, car il n'y a personne pour prendre en charge des initiatives de façon plus volontariste"*, admet-il.

De plus en plus, les communes dépourvues de structures spécifiques, s'appuient sur le **tissu associatif local** pour impulser des actions dans des domaines divers. Pour le Sida, par exemple, les antennes locales de l'association AIDES ont permis de promouvoir à l'échelle communale des actions de prévention et de gérer la participation des villes à la Journée Mondiale de lutte contre le Sida. Les municipalités trouvent plusieurs avantages à travailler avec les associations : souplesse dans la création et la gestion de ces structures, capacité d'innovation de ces dernières. Les associations sont également l'occasion de donner une certaine réalité à la problématique de participation des habitants.

Dans le cadre du développement social des quartier, des associations ont ainsi été mises en place afin de regrouper usagers et professionnels de la santé dans une démarche commune de santé publique.

Le dispositif des **missions locales** -dont les communes sont partie prenante- fournit également aux villes un cadre d'intervention dans le domaine de la santé. Espaces polyvalents, ces structures proposent en effet aux jeunes un soutien dans leur insertion professionnelle, mais ont élargi leurs missions à la santé, en détectant les problèmes éventuels et en menant des actions de sensibilisation. Ainsi, certaines missions locales mobilisent des partenaires très divers : elles font appel à la médecine libérale, aux mutuelles, aux associations pour faciliter l'accès aux soins et mener des actions de promotion de la santé.

Les actions santé des Missions Locales : l'exemple de Quimper

(Finistère - 62 541 habitants)

L'association DECLIC qui regroupe la Mission Locale de Quimper et le Bureau Information Jeunesse est le cadre d'accueil d'actions diverses en direction des jeunes. Elle a participé à l'organisation de visites médicales pour les jeunes démarrant un stage de formation, et sensibilisé les jeunes sur l'intérêt d'adhérer à une mutuelle.

En 1992, DECLIC a initié une opération d'information et de prévention, "A l'aise Blaise", financée par la ville, le CCPD, la DDJS et la DRASS et la Fondation Jeunesse et Toxicomanie. La mise en oeuvre a été assurée par la Mission Locale. Concrètement, des ateliers collectifs hebdomadaires situés dans différents lieux de la ville ont permis aux jeunes de réfléchir sur la toxicomanie, les conduites suicidaires, le Sida, l'hygiène alimentaire. Ces ateliers ont été complétés par des animations, expositions et conférences.

Autre exemple d'initiative dans le domaine de la promotion de la santé : des jeunes de 16 à 25 ans ont été sollicités pour concevoir et réaliser eux-mêmes un livret, le "Guide Santé", devant servir à terme d'outil pédagogique et d'auto-formation pour les jeunes en formation professionnelle. Cette action dont le coût s'élève à 25 000 F, a été financée par l'Etat et la commune. La mission locale assure l'assistance technique et le soutien logistique. Les partenaires associés sont un médecin de santé scolaire, la CRAM, le CIPPA, une classe de préapprentissage d'un collège de Quimper, et la SES. Trois groupes de jeunes scolarisés traitent chacun de thèmes différents : IVG, drogue, alcool, tabac, alimentation, MST, etc. Des professionnels de la santé et des spécialistes participent à l'animation de ces groupes, afin d'informer les jeunes sur les thèmes choisis, répondre à leurs interrogations et les aider à l'élaboration d'un compte-rendu simple et compréhensible.

Source : Rapport d'activité de DECLIC 1993

Certaines villes ont éprouvé le besoin de mettre en place de nouvelles structures répondant à des orientations spécifiques, commissions extra-municipales, observatoire local de la santé, centre communal de promotion de la santé, etc.

Les "collectifs santé" de Saint-Jean de Braye

(Loiret - 16 739 habitants)

Créés en 1983, les "collectifs santé" de Saint-Jean-de-Braye, ville de 17 000 habitants située dans le Loiret et adhérente du Réseau Villes-Santé, permettent d'instaurer un débat permanent avec les habitants. Ce sont en quelque sorte des commissions extra-municipales qui ont pour but de réfléchir sur les aspects de la santé communautaire; d'établir un dialogue entre institutions et habitants; d'analyser les problèmes de santé repérés et de proposer des actions ou des recherches. Chaque collectif santé réfléchit sur un thème précis : santé et travail, sport, adolescence, petite enfance, santé mentale...

"Le premier collectif mis en place portait sur le thème de la psychiatrie. On y invitait les gens qui travaillaient sur la ville, des professionnels, des représentants du mouvement associatif, et puis on parlait toujours d'un événement local qui interpellait. Il y a eu deux suicides réussis sur la commune en un mois à Saint-Jean-de-Braye et cela avait interpellé pas mal de gens. Donc, on s'est dit, on va créer un groupe de travail. A partir de là, on a fait une enquête sur le circuit de la dépression à Saint-Jean-de-Braye. Notre principe de travail, c'est celui-là : on essaie de partir d'un fait particulier et à partir de là, on essaie de réunir des gens d'horizons divers pour faire quelque chose. Il y a des hauts et des bas, il y a des fois où ça marche et des fois où ça ne marche pas bien".

Adjointe au maire chargée de la santé et de l'environnement

La communauté municipale de santé à Toulouse

(Haute-Garonne - 365 933 habitants)

En 1984, la ville de Toulouse prend l'initiative de réunir différentes associations d'aide et d'usagers de la santé en créant une Communauté Municipale de Santé (CMS), laquelle naîtra effectivement trois ans plus tard. Cette structure regroupe aujourd'hui 400 partenaires, dont 300 associations. En pratique, la CMS accueille les sièges sociaux des associations qui le souhaitent, met ses locaux à leur disposition pour des permanences ou des réunions, apporte un soutien technique et logistique pour l'organisation de rencontres, colloques, campagnes de prévention, et les aide à résoudre leurs problèmes administratifs. Elle possède une bibliothèque et édite une lettre mensuelle. Dans le cadre de campagnes nationales ou régionales de prévention, tabac, Sida, maladies cardio-vasculaires, certaines associations se regroupent et la CMS peut leur apporter son concours.

"L'initiative de Toulouse, à travers la communauté municipale de santé, c'était d'attirer l'attention de nos concitoyens sur le fait qu'ils avaient en charge leur propre santé et qu'il était de l'intérêt de tout le monde d'échanger des informations de prévention ou de réinsertion sociale dans le domaine de la santé. On peut définir la CMS comme un grand carrefour où se retrouvent tous les usagers de la santé, les administrations de tutelle et les professionnels de la santé. Aujourd'hui, la CMS fédère 410 partenaires : associations d'aide et d'usagers de la santé, représentations syndicales de médecins, pharmaciens et la tutelle. Quand on dit fédérer, cela veut dire qu'on respecte l'identité et l'autorité morale de chaque partenaire : on n'a pas pour but d'être directif, on est un carrefour".

Maire adjoint et président de la communauté municipale de santé

L'adhésion de certaines municipalités au Réseau Français Villes-Santé s'est rarement accompagnée de la création de structures d'action ou de comités de concertation. Les villes ont choisi de renforcer et d'adapter les structures existantes, plutôt que de superposer de nouvelles instances. L'utilisation optimale des ressources locales et la complémentarité des services de santé constituent la base de la réflexion des villes sur le plan organisationnel. Ainsi, au Blanc-Mesnil, on s'efforce de *"connecter les ressources locales entre elles, d'élaborer un savoir-faire commun"*. Marmande réfléchit actuellement à la mise en place d'un "pool" de praticiens pouvant assurer le suivi de populations en difficulté. A Villeurbanne, *"on essaie de mettre en relation tous ceux qui sur le plan local ont à faire ou à dire dans le domaine de la santé"*, explique l'adjoint à la santé. L'illustration de cette démarche est, entre autres,

la création dans cette commune d'un bulletin de liaison régulièrement adressé aux élus, chefs de services et partenaires professionnels de la santé.

Les structures municipales et les moyens mis au service de la santé apparaissent donc relativement limités, même si certaines villes ont su inventer de nouvelles structures adaptées à un travail en partenariat avec les acteurs de santé locaux. Par ailleurs, le fait qu'un certain nombre de municipalités ne possède pas de délégations santé spécifiques, montre que la santé n'est pas toujours reconnue localement comme un secteur à part entière. Cela n'est pas sans conséquences pour la mise en oeuvre d'actions de santé par les villes.

IV - LES MODES D'INTERVENTION MIS EN OEUVRE PAR LES MUNICIPALITÉS

IV-1. Action directe ou coordination

Si les thématiques de santé publique privilégiées par les villes sont souvent communes, les approches concrètes des problèmes peuvent différer d'une ville à l'autre. Deux stratégies municipales de mise en oeuvre des actions se dégagent principalement. D'une part, certaines villes font le choix de mener un projet directement de bout en bout. D'autre part, d'autres communes réalisent peu d'actions elles-mêmes, mais jouent un rôle de coordinateur des initiatives prises par différents acteurs locaux.

"Ce qu'on essaie de faire actuellement, faute de moyens suffisants, c'est de mettre en relation, en collaboration, tous les gens qui sur le plan local, sur le terrain, qu'ils soient publics, privés ou associatifs, ont quelque chose à faire ou à dire dans le domaine de la santé".

Adjoint au maire, délégué à la santé, Villeurbanne

Tableau n°21
**Les phrases qui, selon l'élu, qualifient le mieux
 l'intervention municipale en matière de santé**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

L'intervention municipale en matière de santé	% (*)
Mener des campagnes d'information et de prévention, informer la population sur les services sanitaires existants	84
Soutenir et faciliter les actions des associations spécialisées dans la santé	60
Développer des services de soins spécifiques	18
S'acquitter au mieux des obligations légales	15
Assurer la formation des intervenants de la santé	9
Faire réaliser des études sur les problèmes de santé de la population	4
Autre	1

Source : CREDOC / RNSP - 1995

(*) La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant choisir deux propositions pour caractériser l'intervention municipale.

Petites et grandes villes privilégient des modes d'intervention légèrement différents en matière de santé publique. Tandis que 77% des grandes villes mentionnent la conduite de campagnes d'information et de prévention et l'information de la population sur les services sanitaires existant dans la ville, 88% des petites villes entre 15 000 et 50 000 habitants privilégient ce mode d'intervention directe. En revanche, 71% des grandes villes ont fait le choix de soutenir et faciliter les actions des associations spécialisées dans la santé, ce qui n'est le cas que pour 54% des petites communes.

On voit donc se dessiner clairement deux approches municipales de la santé, deux stratégies d'intervention : l'une, la plus développée, est pratiquée à la fois par les grandes et les petites villes, et en particulier par les petites villes. La deuxième - le soutien et la coordination d'actions - est davantage privilégiée par les grandes villes, où la municipalité peut compter sur des ressources locales plus nombreuses. En

particulier, le tissu associatif peut être un des relais de l'action municipale en matière de santé. De plus, les grandes villes peuvent avoir à monter des opérations de santé plus complexes que les petites communes, et doivent donc recourir à des partenaires différents, aussi bien pour le financement que pour l'apport technique ou la connaissance du sujet.

Dans les villes où il n'existe pas de délégation santé spécifique, la coordination des divers partenaires de santé et l'appui aux initiatives associatives est la stratégie dominante pour 41% des municipalités. La subvention à des associations motivées et compétentes est souvent la seule manière pour certaines communes de taille modeste de s'investir dans des actions de santé.

IV-2. Les modèles d'intervention dominants : l'exemple des villes du Réseau Villes-Santé

Plusieurs modèles d'intervention et modes de travail peuvent être dégagés à partir des villes du Réseau Villes-Santé, qui malgré une adhésion commune aux principes de l'O.M.S., se caractérisent par des pratiques locales très différentes.

- Un modèle d'intervention municipale lourde, ancienne et axée sur le soin. Ces communes principalement situées en région parisienne sont acteurs à part entière en santé, en particulier à travers leurs centres de santé.

Le Blanc-Mesnil,

(Seine-Saint-Denis - 48 000 habitants)

La ville se distingue par le nombre de ses services communaux : deux centres de santé intégrant un centre de planification familiale, un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, une équipe technique de prévention bucco-dentaire et une consultation de dépistage des tumeurs ; un service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ; trois centres de PMI ; une crèche collective ; une crèche familiale ; un service communal d'hygiène et de santé.

L'effectif global est de 207 agents, dont 58 praticiens. Le budget de fonctionnement pour les services communaux de santé s'élève à 9% des dépenses de la commune.

- A l'opposé de ce schéma, des villes refusent d'imprimer une "marque" particulière en matière de santé, c'est-à-dire de définir des priorités ou des publics-cibles. L'approche adoptée est avant tout de répondre à la demande, en apportant un soutien et en fédérant les initiatives extérieures.

Toulouse

(Haute-Garonne - 365 933 habitants)

"La ville n'a pas à choisir des thèmes d'intervention. On ne prend rien en charge nous-mêmes, mais on adhère à toutes les initiatives locales et nationales pour promouvoir la santé. Notre ambition, c'est de soutenir celle des associations et de les aider à mener des actions, sans se substituer à elles. Dans l'aide qu'on apporte aux associations, on ne privilégie rien : une ville comme la nôtre n'a pas à choisir, n'a pas par exemple à laisser tomber les tuberculeux pour traiter les séropositifs. On ne cible pas non plus une action de santé dans tel ou tel quartier. En revanche, si une association nous envoie un projet, on la soutient. On répond à la demande, on laisse venir les choses, mais on n'impose pas".

Adjoint à la santé de Toulouse.

Entre ces deux grands modèles de la gestion de la santé, des villes sont à mi-chemin et se distinguent surtout par les limites qu'elles assignent à leur secteur :

- des villes se concentrent sur des actions de "santé pure", sectorielles à partir d'un service communal d'hygiène et santé.

Saint-Brieuc

(Côtes-d'Armor - 44 700 habitants)

La ville possède un Service communal d'hygiène et de santé qui emploie un effectif de sept personnes. Les missions concernent l'hygiène et la salubrité publique, le suivi vaccinal, l'épidémiologie, les statistiques sanitaires et les actions de promotion de la santé.

"Il est vrai qu'on est un peu paumé dans le sens où on a du mal à définir les contours de la ville-santé. Et certaines villes intègrent dans cette ambition ville-santé des choses qui ont des incidences au niveau de la santé, l'environnement, les transports en commun, etc. Alors que nous, nous avons plus ciblé sur le problème de santé prévention".

Adjoint à la santé de Saint-Brieuc

Une action : la revalorisation du petit déjeuner

L'objectif : sensibiliser les enfants et les parents sur l'importance d'une alimentation équilibrée et en particulier sur le rôle du petit déjeuner.

Dans les classes primaires et maternelles de deux écoles, des documents pédagogiques ont été diffusés, des travaux pratiques organisés, enfin un petit déjeuner a été préparé en classe avec la participation des parents.

Cette action prise à l'initiative de la municipalité, a été mise en place en partenariat avec le centre social, la PMI, un médecin de santé scolaire, les enseignants, l'inspection académique, la CPAM et des commerçants locaux (boulangers, épiciers). Pour la ville, cette opération n'a pas représenté de frais supplémentaires, les partenaires ayant fourni denrées alimentaires et documentation. Cette action qui a eu lieu entre avril 1993 et juin 1994 devrait être reconduite tous les ans.

Lorient

(Morbihan - 59 300 habitants)

La ville se rapproche de Saint-Brieuc dans son organisation et dans les priorités définies.

Un service communal hygiène et santé est centré sur des actions essentiellement de prévention : cahier de textes sur le thème de la santé, classes d'éveil au goût, programme d'éducation nutritionnelle dans des écoles, jeu de l'oie santé, rencontres santé, théâtre-Forum sur l'alcool, le Sida, la drogue pour les jeunes, etc.

- D'autres villes, à partir de structures et de moyens comparables, visent à "étirer" le concept de santé en menant des actions plus transversales, associant en particulier d'autres secteurs municipaux. Ce choix se reflète notamment dans la place même qu'occupe la santé dans l'organisation des services municipaux, le secteur étant par exemple rattaché à l'environnement.

Nantes

(Loire-Atlantique - 245 000 habitants)

L'organisation municipale rassemble santé et environnement dans une Direction de la Protection de l'Environnement et de la santé publique. La création du Bureau municipal d'hygiène remonte à 1894 pour répondre aux conséquences des épidémies de maladies contagieuses, telles que le choléra ou la tuberculose. Ses missions ont évolué depuis. L'organisation de la direction sous sa forme actuelle reflète ainsi les perceptions des élus locaux: *"ceux-ci sont confrontés à l'apparition de nouveaux types de fléaux sanitaires et sociaux (précarité, exclusion, conduites addictives, Sida) pour lesquels ils sont très largement interpellés aussi bien par les usagers que par les pouvoirs publics et auxquels ils sont obligés de faire face, en partenariat avec d'autres institutions ou seuls. Parallèlement, la sensibilité croissante à la protection de l'environnement et de la qualité du cadre de vie fait progresser élus et services vers une réflexion plus globale, vers un concept d'écologie urbaine dans lequel se retrouvent les missions complémentaires des spécialistes de l'environnement et de ceux de la santé publique"*

(Extrait du rapport d'activité de la Direction de la protection de l'environnement et de la santé publique, mairie de Nantes, 1993).

La direction est organisée en deux départements complémentaires :

- le département hygiène du milieu chargé des actions préventives et curatives ayant trait à la surveillance de la qualité du cadre de vie;
- le département santé publique chargé de la mise en oeuvre des actions à caractère sanitaire ayant pour objectif de prévenir ou de dépister l'apparition de maladies ou handicaps.

L'effectif du service est de 50 agents à temps plein, 1 agent à temps partiel et une quinzaine de médecins vacataires au centre médico-sportif.

Nancy

(Meurthe-et-Moselle - 99 250 habitants)

La ville a suivi en matière d'organisation de ses services, une évolution proche de celle de Nantes : en 1991, le Service Communal d'hygiène et de santé est devenu le service Santé-Environnement. Ce changement traduit ainsi la prise en compte municipale d'une nouvelle dimension dans l'action menée en matière de santé : la qualité de la ville et la protection de son environnement. L'action de ce service n'est donc plus seulement la prophylaxie des maladies contagieuses, bien qu'il garde la mission de contrôle des règles d'hygiène, mais prioritairement la promotion d'un environnement et de comportements sains. Le service agit désormais dans les domaines de l'environnement et la salubrité, les vaccinations et l'éducation pour la santé.

- Le dernier modèle est représenté par les villes les moins importantes du Réseau (moins de 20 000 habitants) qui n'ont pas de structures telles qu'un SCHS, et ont par conséquent des difficultés à fonder l'identité et la spécificité d'un programme d'actions santé au sein de la municipalité.

Le Portel

(Pas-de-Calais - 10 600 habitants)

La ville n'a pas de service santé spécifique et ne dispose que d'un budget limité, ce qui ne permet pas à l'adjoint responsable des affaires sociales de mener des actions de santé structurées et suivies dans le temps.

"Il faudrait se donner les moyens, avoir une personne qui est spécialement formée pour élaborer une bonne politique de la santé. Parce qu'un élu n'a pas de formation et va donc procéder d'une façon empirique"

Cependant, afin de mettre en place des actions, la municipalité s'est dotée d'un outil spécifique, le Comité Portelois de Promotion de la Santé, d'Insertion et de Solidarité. Cette association, mise en place dans le cadre d'un groupe de travail D.S.Q, "Santé et Action Sociale" est financée par la commune et par le DSQ (jusqu'au Xème Plan). Elle regroupe essentiellement des élus, des travailleurs sociaux et des directeurs d'école. L'association a notamment créé des ateliers d'insertion et de formation recrutant des personnes en CES ou CRE. Elle gère également dans un quartier une Maison de la Famille et de l'Enfance. Enfin, des actions relevant plus spécifiquement du domaine de la santé sont menées par l'association, en partenariat avec la ville et le centre social : promotion de l'hygiène corporelle, bucco-dentaire et alimentaire, dépistage des troubles visuels dans les écoles, expositions, conférences "tout public" sur le Sida, le tabac, les accidents domestiques...

Une action : les réunions alcool pour des personnes en Contrat Emploi Solidarité

Depuis 1993, des réunions sur le thème de l'alcool sont organisées pour des personnes employées par la ville en CES . L'objectif est de les intégrer à un groupe autre que celui des "copains du bistrot", de leur faire prendre conscience de leur alcoolisation et de leur donner envie de se soigner. Cette action s'organise sous la forme de réunions hebdomadaires, de sorties, d'activités manuelles, d'ateliers cuisine. La ville a pris cette initiative, en partenariat avec les associations Vie Libre et ATD Quart-Monde, des travailleuses familiales et la DDASS. Le coût s'élève à environ 20 000 francs, sans financement direct de la municipalité.

Au sein du Réseau, les villes se caractérisent donc par leur diversité. En cela, elles ne se différencient pas particulièrement de l'ensemble des communes hors réseau, dans les modes de gestion et les pratiques envisagées. Ceci dit, les élus des villes du Réseau lient plus spontanément la santé et l'environnement et intègrent de ce fait des actions mettant en évidence leur mise en application du concept de "santé globale".

Par exemple, sur les 1600 actions des villes décrites dans la base de données, seulement 2,5% concernent l'environnement. Parmi ces actions, près de la moitié émane de villes du Réseau. De la même manière, seulement 1,5% des actions recensées ont un lien avec le thème du bruit. Près de 9 interventions bruit sur 10 proviennent des villes du Réseau.

Evidemment, il n'est pas question de conclure que les autres villes ne font rien en matière d'environnement. En revanche, ces résultats tendent à prouver que les villes appartenant au Réseau ont une capacité plus grande à décloisonner la santé et à la rattacher à d'autres domaines, tandis que ces liens apparaissent encore peu évidents pour les autres villes.

IV-3. L'ouverture de la ville sur le partenariat : un processus inégal

L'ouverture de la ville à des partenaires extérieurs est progressive. Les premiers partenaires sont les acteurs institutionnels : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Par ailleurs, les villes semblent désormais s'appuyer plus systématiquement sur les réseaux associatifs pour mettre en place des actions de santé.

Quand ils acceptent de s'associer aux messages de santé proposés par la municipalité, les enseignants sont aussi des relais privilégiés. Cependant, cette collaboration n'est pas toujours facile à mettre en place : certains chefs d'établissements voient, par exemple, d'un mauvais oeil les interventions extérieures, d'autres ne souhaitent pas voir abordés certains thèmes sensibles comme le Sida ou la toxicomanie.

La mobilisation de la médecine libérale et du secteur hospitalier est encore limitée : si quelques ponts s'établissent ici et là entre les trois secteurs -hospitalier, privé et municipal- les logiques individuelles et les pratiques vont souvent à l'encontre d'une mise en commun des ressources intellectuelles et professionnelles. Des clivages existent souvent entre les médecins libéraux et ceux des centres de santé municipaux. Les médecins libéraux éprouvent une certaine difficulté à se positionner par rapport à ces institutions. De plus, sollicités pour travailler en partenariat sur des projets, ils souffrent parfois d'un manque de formation adaptée en épidémiologie et en santé publique.

Les dispositifs transversaux et les incitations au partenariat dans le cadre, en particulier, des opérations de développement social, ont contribué à faire évoluer les relations entre les professionnels dépendant de l'Etat et les acteurs locaux. Mais les élus interrogés ressentent encore une certaine difficulté à créer une dynamique commune. Ils pointent en particulier comme autant de freins au partenariat, la rigidité des procédures administratives, le cloisonnement des services, et la difficulté à identifier au sein des institutions des interlocuteurs capables d'assurer une coordination et un suivi des actions entreprises.

Tourcoing : Le Réseau santé

(Nord - 94 425 habitants)

Le réseau santé de Tourcoing a été mis en place en 1989, à l'initiative de professionnels de santé mobilisés sur les questions d'insertion et de santé des populations en difficulté. Le réseau est aujourd'hui constitué de personnes ressources issues de différentes structures intervenant dans la ville : institutions, associations, travailleurs sociaux, médecins. Le Réseau compte ainsi des représentations du Centre hospitalier, du CCAS, de la DDASS, de la Mission Locale, de la CRAM, du Plan Local d'Insertion, du Centre d'hygiène et d'alcoologie alimentaire, de la Mission Départementale RMI, etc. Ces professionnels s'efforcent au sein du réseau de connaître leurs champs d'action respectifs et de partager leurs pratiques et expériences, pour développer une synergie autour de la promotion de la santé et de mettre en place des actions de santé.

Deux pistes de réflexion sont privilégiées par le Réseau :

- les difficultés des professionnels à aborder les questions de santé avec les populations en difficulté d'insertion;
- la faible fréquentation des structures médico-sociales par ce public.

Les membres du Réseau se réunissent tous les deux mois pour échanger des informations et réfléchir sur des projets. Par ailleurs, des groupes de travail se sont formés en vue de la réalisation d'une action de santé spécifique.

En 1991, une coordinatrice santé a été embauchée à mi-temps afin de "*coordonner, animer, dynamiser le Groupe, l'aider à se transformer en Espace Santé, lieu de partenariat authentique*".

Parmi les actions initiées par le Réseau : des montages vidéo, "Paroles de Santé" et "Tourcoing écoute ta santé" ; un journal "Tourcoing Santé" à destination des acteurs de santé de la ville ; une recherche action en lien avec des sociologues sur les représentations et pratiques des acteurs de santé.

L'évaluation du travail du Réseau révèle que si la concertation inter-professionnelle se met peu en peu en place avec notamment une large participation d'intervenants sociaux de différentes institutions, l'implication des médecins généralistes demeure limitée.

(Source : Réseau Partenariat Santé Tourcoing, août 1994)

Une étude récente sur la santé et le développement social urbain¹⁰ montre à ce sujet la faiblesse et l'inadéquation des réponses apportées aux besoins de santé exprimés dans les quartiers en difficulté. Cette situation est due, selon l'enquête, au manque d'information des responsables, à la difficulté de travailler en partenariat et à la faible participation des habitants dans les actions menées.

Le principe fondamental de participation des habitants mis en avant par l'O.M.S. s'applique difficilement, souvent de façon isolée et ponctuelle.

"Au niveau scolaire, on peut faire des réunions de parents, et ce sont toujours les mêmes parents qui sont là, ce qui fait qu'on ne touche pas vraiment les gens qui sont concernés. C'est d'ailleurs pour cela qu'on ne fait pas beaucoup d'actions sous forme de conférence. Quand il y en a à faire, on les fait, mais on les fait le moins possible, parce que dans une conférence santé, vous avez tout le personnel social, médical de la région, mais vous comptez au compte-gouttes les personnes vraiment concernées par le problème, et ça c'est dommage. Il vaut mieux trouver d'autres moyens qui vont vers les gens finalement".

Responsable du service santé de Saint-Brieuc

Cette difficulté à associer les habitants à des initiatives de santé est unanimement ressentie par les élus, malgré des tentatives telles que les démarches de "diagnostic de santé communautaire" ou l'implication d'"habitants-relais" dans les quartiers.

Un autre facteur d'explication du cloisonnement et de la difficulté à initier des partenariats réels sur des thèmes d'action communs, tient au retard de la France en matière de santé publique, comme l'indique un rapport récent du Haut Comité de la Santé Publique¹¹: *"le système de santé français n'est pas construit autour de finalités collectives, il est constitué autour d'une multiplicité de pratiques d'acteurs impliqués dans une relation thérapeutique"*. Selon ce rapport, le champ de la santé publique se caractérise par un nombre de professionnels, d'experts ou de chercheurs en santé publique peu élevé, des professionnels dispersés et peu habitués à travailler ensemble: *"en dehors de la faiblesse de la santé publique entendue comme une discipline, on ne peut que déplorer l'absence de diffusion de la culture de santé publique auprès des étudiants en médecine et des professionnels sanitaires et sociaux en général, ainsi que des administrateurs de la santé. La santé publique est mal connue et mal perçue"*.

¹⁰Santé et Développement social urbain en Ile-de-France, rapport de l'enquête sur la prise en compte de la santé dans les programmes de DSU, Santé et Communication, janvier 1993.

¹¹La santé en France : rapport général, Haut Comité de la Santé Publique, Documentation Française, novembre 1994

Une expérience de santé communautaire : au Val-Fourré, Mantes-la-Jolie.

(Yvelines - 45 254 habitants)

Un étude-action menée dans un quartier bénéficiant de procédures de développement social urbain, le Val-Fourré à Mantes-la-Jolie, a permis à la ville de dégager des priorités d'action et de définir une politique de santé associant les habitants (1).

La formation de relais capables d'introduire la dimension santé dans leurs actions est un des axes prioritaires de la politique de santé de la municipalité. Les différents volets en cours bénéficiant d'un appui méthodologique ou de l'intervention de formateurs concernent la formation de femmes en lien avec l'alphabétisation, le soutien méthodologique à l'analyse des données recueillies par l'écoute directe des habitants ou encore la formation d'habitants motivés à l'animation de réunions sur la santé.

L'action santé familles africaines :

Un certain nombre de problèmes de santé ont été identifiés dans la population africaine du Val-Fourré (mauvais suivi de grossesses, troubles nutritionnels chez les jeunes enfants, troubles scolaires et pré-scolaires...). Des actions ont été menées en conséquence depuis septembre 1990 : affectation d'une équipe dans le quartier, composée d'une "femme-relais" africaine et d'un médecin en santé publique, intervenant auprès des familles en relation individuelle et en action collective.

- Organisation de cycles de formation-santé pour les femmes africaines utilisant une pédagogie participative. Les femmes formées en santé sont aidées à s'impliquer en utilisant ce qu'elles ont appris (elles écrivent des articles sur la santé dans le journal de leur association, participent à des groupes de travail à thème...). La plupart des femmes qui ont suivi ces formations sont maintenant dans le circuit classique de l'insertion (alphabétisation, stages rémunérés ou emploi)

- Construction d'un réseau de relations avec la population africaine ;

- Constitution d'un partenariat professionnel motivé pour mieux comprendre la culture africaine et pour faire en sorte que les services qu'il propose soient plus accessibles aux familles. Il s'agit en particulier de favoriser une meilleure connaissance du milieu africain par les partenaires sociaux et sanitaires des secteurs public et libéral.

Cette action associe le "pôle santé" de la municipalité, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, les PMI, le CCAS et le GRDR (association s'occupant de formation de travailleurs immigrés Africains).

(1) : Ketty Guilloux (dir.), La santé au Val Fourré, étude action réalisée par Santé et Communication et GRES 31, Ed. Aidda, 1990

V - PARIS : UN CAS PARTICULIER

Dans l'étude des actions de santé des communes, Paris représente un cas à part. En effet, la Ville de Paris est à la fois commune et département. Distinguer pour les actions et les structures sanitaires ce qui relève uniquement de l'échelon communal -comme pour les autres villes- n'aurait pas ici grand sens dans la mesure où les deux niveaux, communal et départemental, sont étroitement imbriqués. L'action sociale et sanitaire relève ainsi à la fois d'une structure communale, le Bureau d'Aide Sociale (B.A.S.) et d'une structure départementale, la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (D.A.S.E.S).

V-1. Les structures sanitaires

V-1.1. *Le dispositif communal*

- le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (L.H.V.P) a pour mission de contribuer à la maîtrise des pollutions et de leurs conséquences sanitaires. Le LVHP conduit des actions de surveillance dans les structures municipales (écoles, centres aérés, piscines), les locaux industriels et professionnels ainsi que dans l'habitat privé. Les études du LHVP portent essentiellement sur la qualité de l'air (pollutions atmosphériques, radioactivité ambiante), l'étude des nuisances sonores, les contrôles bactériologiques et parasitologiques et la recherche de la plombémie dans le sang liée au problème du saturnisme infantile

- Le Laboratoire d'Etude des Particules Inhalées (L.E.P.I) identifie les particules minérales (amiante, silice) présentes dans les matériaux de construction et leurs effets.

- Le Service Municipal d'Actions de Salubrité et d'Hygiène (S.M.A.S.H.) offre des prestations spécifiques en matière de désinfection, décontamination des locaux, des matériels, de lutte contre les rongeurs. Le SMASH assure également la collecte et la destruction des seringues usagées, abandonnées dans le domaine public.

- Le centre bucco-dentaire George Eastman offre aux enfants jusqu'à 18 ans des soins dentaires.

V-1.2. Les principales structures départementales

- Les centres médico-sociaux de prévention (six au total) assurent des consultations médicales générales ou spécialisées. Devant les risques de recrudescence de la tuberculose, le département a également mis en place, à côté des consultations traditionnelles de pneumologie, un système de dépistage itinérant principalement dans les foyers de travailleurs migrants.

- Les dispensaires anti-vénériens : le département de Paris exerce une tutelle administrative et financière sur six dispensaires anti-vénériens conventionnés : trois relèvent de l'Assistance Publique et trois sont gérés par des associations.

- Les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit du SIDA (C.I.D.A.G.) ont ouvert en 1988 au sein des centres médico-sociaux. Au nombre de trois aujourd'hui, ces centres ont une activité en augmentation continue, contrairement aux autres structures qui connaissent une baisse de fréquentation. Les CIDAG ont accueilli environ 100 000 personnes entre 1988 et 1993.

- Les centres de vaccinations : 16 centres fixes assurent des permanences et administrent gratuitement 17 vaccins. Par ailleurs, des équipes mobiles se déplacent pour organiser des séances de vaccinations dans des établissements scolaires.

- Les Centres d'Adaptation psycho-pédagogique (C.A.P.P) remplissent des missions de prévention et de prise en charge d'enfants et d'adolescents en difficulté scolaire, sociale et familiale. 11 d'entre eux ont une vocation généraliste et 3 sont spécialisés pour les déficiences auditives, visuelles et motrices. Ils assurent des examens médicaux et psychologiques pour les enfants, ainsi que des suivis en rééducations diverses. Ces actions s'exercent de façon conjointe grâce au personnel de l'Education Nationale et du Département de Paris qui sont co-responsables de la structure.

- Le service de santé scolaire assure le dépistage et le suivi médical et social des enfants des établissements municipaux. Il est composé de 81 médecins vacataires, 81 secrétaires médico-sociales, 156 assistantes sociales et 6 infirmières. Ce service a en charge 160 087 élèves inscrits dans 717 établissements de la maternelle au lycée.

- La Mission des Actions de Prévention (M.A.P.) créée au sein de la DASES à la fin 1992 développe des actions spécifiques et a pour objectif d'harmoniser les actions de la Ville de Paris en milieu scolaire dans quatre secteurs d'intervention prioritaire : les "actions d'éducation vie et santé" (une "trousse santé" a été distribuée à tous les CP du primaire dans le cadre d'une action de sensibilisation à l'hygiène de vie), la

prévention des toxicomanies, du Sida et l'information sur l'infection à VIH auprès des professionnels des écoles.

V-2. Les actions menées

"En matière de santé, l'objectif de la Ville de Paris est de promouvoir une vision horizontale des problèmes en faisant en sorte que toutes les structures puissent participer à la résolution des problèmes"

Maire-adjointe chargée de la santé de la Ville de Paris

V-2.1. La lutte contre la toxicomanie et le Sida

La ville mène régulièrement des séances de sensibilisation auprès des enfants de classes de CM2 (à l'aide de supports vidéo, de BD...) et des jeunes des collèges et des lycées. En aval, le département intervient par le biais du réseau associatif et participe au financement d'actions d'hébergement et de réinsertion d'anciens toxicomanes.

Depuis 1990, la ville s'est efforcée de mettre en place une politique cohérente de lutte contre le Sida, mettant à contribution l'ensemble des structures. L'action entreprise par la ville dans ce domaine, comprend trois volets : la prévention, le dépistage et la solidarité.

La prévention passe essentiellement par une politique active d'information auprès des jeunes : outre les activités menées par les équipes de santé scolaire dans les lycées professionnels municipaux, l'Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida (E.M.I.P.S) composée de médecins, d'infirmières et d'assistantes sociales intervient auprès des jeunes pour les sensibiliser et les informer, à la demande de chefs d'établissements, mais aussi d'associations ou d'entreprises. Ainsi, au cours de l'année scolaire 1993-1994, 7 700 jeunes ont été informés par l'EMIPS.

Des campagnes d'information sont également menées en direction du grand public (affiches, plaquettes d'information) et de groupes particulièrement exposés.

Chaque année, la Ville distribue des préservatifs par l'intermédiaire de diverses structures (CIDAG, clubs de prévention, etc.). Par ailleurs, le S.M.A.S.H. assure la collecte de seringues usagées abandonnées dans les lieux publics ou les lieux privés accessibles.

Le dépistage est assuré par les C.I.D.A.G de la ville, et par 7 autres centres gérés par l'Assistance Publique, la Croix-Rouge et l'Institut Alfred Fournier. La ville vise actuellement à étendre le réseau de dépistage (notamment à des PMI), afin de développer dans ce domaine de véritables structures de proximité.

La solidarité en direction des malades infectés passe par l'aide aux associations de lutte contre le Sida : les principales actions financées concernent notamment la gestion d'appartements-relais thérapeutiques, l'ouverture d'un foyer d'hébergement et d'accompagnement psycho-éducatif pour jeunes toxicomanes dont certains sont sidéens, l'animation d'une boutique d'information et de prévention du Sida et de la toxicomanie ouverte dans le quartier latin ("Kiosque Infos Sida Toxicomanie").

V-2.2. Les actions en direction des plus démunis

La Ville de Paris a mis en place plusieurs dispositifs adaptés permettant l'accès aux soins des populations défavorisées. On peut citer :

- Le Samu Social : en décembre 1993, la ville de Paris a mis en place le "Samu social" afin de dispenser aux SDF un accueil et des soins adaptés. Des équipes de médecins, infirmières et assistantes sociales circulent en bus la nuit à la rencontre des SDF. Pour monter cette opération, la ville a fait appel à l'Assistance publique et à des associations humanitaires. La ville a pris en charge le financement à 75%. Selon les responsables de cette opération, le Samu social a eu un effet de "déstabilisation positive", en changeant complètement l'approche des SDF à Paris : "*avant, on faisait tout pour éloigner les SDF à l'extérieur de Paris avec la Maison de Nanterre par exemple. Le Samu Social permet maintenant d'aller vers eux*". Cette expérience a, en particulier, permis de mettre en évidence les problèmes d'ordre psychiatriques dont souffrent fréquemment ces populations, et donc de contribuer à une réflexion sur la prise en charge des SDF dans le secteur psychiatrique.

- La Carte Paris-santé : en 1988, le département a créé la carte Paris-Santé afin de moderniser l'aide médicale à domicile en facilitant l'accès aux soins des personnes les plus démunies et en simplifiant les relations entre les professionnels de santé et le service de l'aide médicale. Les prestations sont directement payées par la CPAM. En 1994, ce dispositif a été élargi à l'entrée à l'hôpital.

- L'Espace Santé Insertion, créé en 1993, prend en charge, sur le mode du volontariat, les personnes sans domicile qui ont des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique.

DEUXIÈME CHAPITRE

LES DOMAINES D'INTERVENTION DES VILLES

I - LES THÈMES D'ACTION DES COMMUNES

I - 1. La prévention de la toxicomanie

La toxicomanie est abordée par les municipalités sous trois angles principaux : les campagnes d'information, la formation et la mise en place de structures d'accueil des toxicomanes. Par ailleurs, certaines communes essaient de favoriser la constitution de réseaux de professionnels susceptibles de prendre en charge les toxicomanes.

- *Les campagnes d'information* sont menées par petites et grandes villes, souvent avec des moyens financiers limités. Le public privilégié de ces campagnes est la jeunesse, touchée en priorité dans le milieu scolaire, de l'école primaire au lycée. Ces initiatives prennent des formes diverses : diffusion de plaquettes d'information, de bandes dessinées, expositions sur les dangers de la drogues, représentations théâtrales suivies de débats, conférences, séances d'information, etc. Par exemple, la ville de Mitry-Mory (Essonne - 15 239 habitants) a organisé une semaine de sensibilisation à la toxicomanie intitulée "une semaine pour la vie". Cette campagne comprenait, d'une part, des séances d'informations dans les collèges et les lycées et, d'autre part, des animations dans la ville, un tournoi de foot-ball par exemple. Cette opération, menée en partenariat entre la ville, la CPAM, la DDASS, des associations spécialisées et des enseignants, a été financée par la municipalité à plus de 80%.

Les débats théâtralisés à Roubaix

(Nord - 98 179 habitants)

La ville de Roubaix a pris l'initiative d'organiser avec une troupe de théâtre en mars 1994 dix "débats théâtralisés" dans les établissements scolaires de la commune : "Picolépiquécollégram ou les dépendances, ça dépend aussi de nous". Quatre saynètes sont présentées au public qui a la possibilité d'intervenir et de proposer des solutions.

Le débat théâtralisé permet de rompre avec les approches traditionnelles de l'éducation pour la santé, qui proposent surtout aux jeunes des séances d'information dans lesquelles ils ont rarement l'occasion d'intervenir directement. Le débat théâtralisé se présente comme un outil de prévention dont la spécificité n'est pas de dispenser un message, un savoir, mais de mettre en jeu des situations en faisant appel au public dans sa capacité à être le propre acteur de sa solution.

Pour cette action, la municipalité a bénéficié du soutien de la Maison Régionale pour la Promotion de la Santé et d'une aide du Conseil régional.

Cannes : La prévention de la toxicomanie dans des classes de CM2

(Alpes-Maritimes - 69 363 habitants)

Une équipe de bénévoles (psychiatres, biologistes, médecins hospitaliers et généralistes, pharmaciens) est intervenue auprès du médecin directeur du Service communal d'hygiène et de santé de la ville dans les classes de primaire pour y tenir des réunions d'écoute et d'information des enfants sur plusieurs thèmes (bonheur, malheur, famille, groupe, loi, parents, puberté, Sida), en coopération avec les enseignants et les médecins scolaires de la ville. L'équipe a reçu une formation préalable de l'AMNAED (Association médicale nationale d'aide aux écoles contre la drogue).

- *La formation* : certaines villes prennent l'initiative d'organiser des formations pour les professionnels en contact avec les jeunes : animateurs, enseignants, policiers, gardiens HLM, travailleurs sociaux, responsables associatifs, etc. Ces formations, souvent initiées par les Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance, ont pour objectif de donner des outils pour aborder le thème de la toxicomanie ou détecter les signes de la dépendance toxicomaniaque. Ces actions sont souvent organisées à l'échelle d'un quartier en difficulté, ou dans des lycées dans le cas d'une formation ciblée sur les enseignants.

Fontaine : une information pour les professionnels

(Isère - 22 859 habitants)

Une formation a été organisée à l'initiative de la municipalité et d'associations spécialisées, pour des professionnels de la santé sur la prise en charge des toxicomanes. Cette action dont le coût n'a pas dépassé 20 000 F, a été intégralement financée par la ville. La principale difficulté dans le montage de cette formation a été la faible implication des médecins qui n'ont pas toujours compris l'intérêt d'une telle démarche.

Brest : une formation d'adultes-relais

(Finistère - 153 099 habitants)

En 1994, la ville a organisé une session de formation d'une durée de trois semaines pour permettre à des militants associatifs de quartiers, des gardiens HLM, des travailleurs sociaux ou encore des instituteurs, de devenir des "adultes-relais". L'objectif d'une telle initiative est de donner à ces volontaires les moyens d'identifier les toxicomanes et d'entrer en contact avec eux.

- *Les structures d'accueil* : Les "Point Ecoute", "Point Accueil" -les appellations varient- sont avant tout des lieux d'information et d'orientation pour les toxicomanes et leur famille. Ces dispositifs ont rarement une fonction médicale. La taille des structures varie, de la simple permanence entièrement financée par la ville, à une organisation plus structurée mobilisant des moyens plus importants et des partenariats plus complexes.

Haguenau : un lieu d'accueil pour les toxicomanes

(Bas-Rhin - 27 672 habitants)

En 1993, une structure d'accueil et d'information a été mise en place à l'initiative de la municipalité, pour les jeunes toxicomanes et leurs parents. Ce service a pu être proposé grâce à un partenariat entre la ville, des associations de quartiers, des travailleurs sociaux, la Police, la Justice, le Conseil Général, la CPAM et la DDASS. Selon les représentants municipaux, le principal obstacle au succès d'une telle structure est qu'elle n'est pas équipée d'une antenne médicale.

- *Les réseaux* : Certaines communes s'efforcent de fédérer les différents intervenants dans le domaine social et sanitaire autour de la problématique de la toxicomanie. Les villes ont ici essentiellement un rôle de coordination : elles visent à décloisonner les pratiques professionnelles et à favoriser la constitution de réseaux de professionnels.

Bourgoin-Jallieu : une réseau de professionnels

(Isère - 22 749 habitants)

En 1993, à l'initiative de médecins et de travailleurs sociaux, un réseau de professionnels médicaux et sociaux s'est mis en place afin d'assurer un suivi en ambulatoire des toxicomanes. Ce réseau, financé entièrement par la municipalité (dans une fourchette comprise entre 50 000 et 100 000F), vise à mettre en place une réponse locale à des demandes de soins et à favoriser l'investissement des professionnels. Parallèlement, un groupe d'analyse de la pratique s'est constitué autour d'un psychanalyste.

I - 2. La prévention du Sida

Dans ce domaine, une très large majorité des villes s'est orientée vers des campagnes d'information. Un certain nombre d'entre elles a également mis en place dans différents lieux des distributeurs de préservatifs. Quelques initiatives limitées portent sur la prise en charge des malades du Sida. Par ailleurs, beaucoup de communes lient dans leurs messages de prévention Sida et toxicomanie, et organisent souvent des opérations combinant ces deux thèmes.

- *Les campagnes d'information* : sur le thème du Sida, la plupart des villes ont engagé des actions d'information, qui dans les méthodes et les moyens mis en oeuvre, sont souvent proches les unes des autres. La campagne-type est financée en très grande partie par la municipalité, coûte moins de 20 000 F et est annuelle. Elle prend la forme d'une exposition (l'une d'entre elles, intitulée "Images pour la lutte contre le Sida", circule de ville en ville), d'une distribution de préservatifs et de rubans rouges, d'une soirée "film-débat", ou des trois à la fois. Par exemple, la ville de Houilles (Val-d'Oise - 29 646 habitants) mène chaque année une campagne d'information auprès des 14-16 ans dans trois collèges de la commune.

Les partenaires souvent mobilisés aux côtés de la municipalité sont les antennes locales de l'association AIDES, le Comité départemental d'éducation à la santé, le milieu enseignant. A l'occasion, la Direction Départementale Des Affaires Sociales et Sanitaires, la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports, la Mission Locale, le Conseil Général ainsi que des professionnels de la santé et du social peuvent être sollicités.

Sur les 143 fiches interventions décrites dans la base de données sous la rubrique "information, prévention Sida", 17% des villes ayant pris une telle initiative indiquent que les actions menées n'ont que partiellement rempli les objectifs initialement fixés. La remarque la plus fréquente concerne la faible participation des jeunes aux manifestations organisées, la difficulté de sensibiliser les publics concernés. Beaucoup des actions menées ne sont pas le fruit d'une réflexion sur le long-terme, ne bénéficient pas d'un "suivi méthodique", et s'étendent sur des périodes très courtes. Leur impact demeure par conséquent souvent limité : d'une part, ces actions n'atteignent pas toujours un public suffisamment large ; d'autre part, leur aspect souvent ponctuel annule la portée durable. Certaines villes font un constat d'échec dans la sensibilisation des adolescents dans les établissements scolaires et mentionnent la nécessité de sans cesse renouveler la diffusion d'informations auprès des jeunes.

Seyssins : prévention Sida dans les collèges

(Rhône - 7028 habitants)

A l'occasion de la journée mondiale du Sida en 1993, une action d'information a été menée auprès des élèves en classe de troisième au collège (diffusion de documents, animation de soirées). Cette action, entièrement financée par la municipalité (le coût représente moins de 20 000 francs au total) a été l'occasion d'un partenariat entre la ville, l'hôpital, les enseignants, le CDES, des professionnels de l'action sociale et des associations de parents d'élèves. Selon les représentants de la ville, la principale difficulté dans le montage de cette opération a été à la fois de mobiliser les partenaires pour les réunions et de sensibiliser les parents d'élèves.

Quimper : des distributeurs de préservatifs

(Finistère - 59 421 habitants)

En 1993, la ville a installé des distributeurs de préservatifs dans différents lieux publics et dans les lycées. A l'occasion de la journée mondiale de la lutte contre le Sida, cette initiative a été complétée par une campagne d'affichage, "préservatif, Quimper en met dans ta ville, mets-en dans ta vie".

Financées par la municipalité, ces actions ont bénéficié d'un partenariat avec des associations de lutte contre le Sida, la Mission Locale, les foyers de jeunes travailleurs, des travailleurs sociaux et la CPAM.

Concernant la portée de cette initiative, les promoteurs de l'action indiquent que les distributeurs sont peu utilisés. Ce constat est partagé par un certain nombre de villes ayant pris l'initiative d'installer des distributeurs, les lieux n'étant pas toujours les mieux adaptés et les distributeurs peu employés.

- *La prise en charge des malades du Sida* : les initiatives municipales demeurent très limitées sur ce volet. Certaines villes adaptent par exemple leur service de maintien à domicile aux populations atteintes du Sida, en dispensant à des aides-ménagères une formation spécialisée.

Bagnolet : un réseau ville-hôpital

(Seine-Saint-Denis - 32 607 habitants)

Afin d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patients séropositifs ou sidéens, une coordination de professionnels s'est organisée sous la forme d'un Réseau Ville-hôpital, depuis 1990 sous la forme associative avec des subventions municipales. Ce réseau s'est mis en place grâce à un partenariat entre la ville, des professionnels de la santé, la DDASS, la CAF et l'Assistance publique.

Brest : une maison-relais pour les malades atteints du Sida

(Finistère - 147 888 habitants)

La ville a apporté son soutien à l'association AIDES Armor pour aménager et gérer une maison-relais, pouvant accueillir des malades du Sida. Cette maison qui a ouvert en 1994, peut recevoir quatre personnes pour un séjour de trois mois maximum, renouvelable une fois. Les malades bénéficient d'un soutien moral et d'une prise en charge socio-éducative.

Le budget de fonctionnement est de 540 000 F. Le financement est assuré par la Ville (7%), la Direction Générale de la Santé, la CRAM, la CAF, le Conseil Général et la Marine Nationale.

- Sida et toxicomanie

Le programme Stéri-Box

Ce programme a été initié par l'Association pour la prévention, la pharmacovigilance et la communication (APOTHICOM). Le Stéri-box est un kit vendu au prix maximum de 10F par les pharmaciens volontaires. Il contient 2 seringues, 1 filtre, 1 préservatif, 2 tampons d'alcool, 1 flacon de liquide stérile, 1 emballage de seringue pour jeter la seringue usagée. Le tout est accompagné de messages de prévention et d'adresses locales de services spécialisés pour la toxicomanie ou l'infection du virus VIH. L'objectif du programme est d'inciter à l'usage unique et personnel de la seringue ; réduire l'abandon des seringues dans les lieux publics ; inciter à l'utilisation du préservatif ; permettre de dépister le virus VIH ; renforcer le rôle des pharmaciens dans la prévention du SIDA.

Un certain nombre de communes se sont fait localement l'écho de ce programme. Par exemple, à Issy-les-Moulineaux (46 163 habitants, Ile-de-France) a assuré la promotion du Stéribox auprès des pharmaciens et des populations concernées. Le financement de cette action a été assuré par la ville, la DDASS et le Conseil Général.

D'autres villes ont repris cette démarche en l'adaptant : Strasbourg par exemple a mis en place en 1993 un système de bus itinérant où les jeunes toxicomanes peuvent se rendre pour échanger des seringues usagées contre des seringues neuves.

Nîmes : Les échangeurs de seringues

(Gard - 128 549 habitants)

La ville a pris l'initiative d'installer en 1993 des "échangeurs-distributeurs de seringues" : ce type d'appareil permet d'échanger une seringue usagée contre une seringue stérile. En échange d'une seringue usagée et d'une pièce de 5 Francs (ou un jeton), est délivré un kit comprenant deux seringues, deux préservatifs, deux tampons désinfectants et des conseils aux toxicomanes sur les structures spécialisées susceptibles de l'aider. A la mise en place de ce dispositif, 44 seringues ont été échangées en six jours.

Cette opération a été montée par la municipalité en collaboration avec l'association AIDES, l'association de prévention des toxicomanies LOGOS, le Centre Hospitalier, les pharmaciens et la DDASS.

I - 3. L'équilibre alimentaire

Les campagnes d'information et de prévention sur l'équilibre alimentaire rencontrent un succès certain, notamment auprès de villes de petite taille. En effet, ce sont souvent des opérations relativement simples à mettre en oeuvre : elles peuvent être ciblées, à la fois dans le thème (le petit déjeuner, le goûter, les menus équilibrés) et dans les publics : les enfants des écoles, les jeunes, les parents. Elles peuvent avoir lieu dans une classe et être assurées par une diététicienne (ex: classes de goût). Ce sont des actions peu coûteuses, dont l'organisation logistique est assez simple, et donc le message et les publics sont clairement identifiés. Enfin, cette opération peut être renouvelée et s'inscrire dans le cadre d'une réflexion sur le long terme, ou simplement demeurer ponctuelle, à l'occasion d'une opportunité. C'est donc une action à la portée de toutes les villes qui s'intéressent à ce thème, même aux petites communes aux moyens limités. Par ailleurs, le thème de l'alimentation fait partie de la vie quotidienne des habitants, et fait appel à la proximité et au local, des notions auxquelles les petites villes sont sensibles. Par ailleurs, le thème de l'alimentation peut être l'occasion pour véhiculer des messages sur des sujets sensibles, comme l'alcool :

"L'alcool était notre première préoccupation, mais on s'est aperçu que la nutrition touchait plus facilement les gens, permettait d'entrer en contact avec les gens plus facilement. Et une action sur la nutrition permet d'englober l'alcool au niveau calorique. Et puis à partir de la nutrition, on a dérivé sur l'organisation budgétaire de la famille."

Maire-adjointe, déléguée à la santé, Lorient

Les initiatives portant sur le thème de l'alimentation sont dans les villes principalement ciblées sur trois catégories de populations : les enfants, les personnes âgées et les personnes en difficulté.

- *Les enfants* : un certain nombre de villes mettent en place des campagnes de promotion de l'équilibre alimentaire. Ces actions souvent intégralement prises en charge par les municipalités, ne représentent pas un coût important (souvent moins de 20 000F). Un petit déjeuner ou un goûter sont par exemple organisés dans les écoles maternelles, primaires ou les collèges. Des classes d'éveil au goût peuvent être également proposées. A l'occasion, les villes peuvent étendre leur action à l'ensemble de la population. Par exemple, la ville de Chambéry (Savoie - 54 045 habitants) a financé une campagne visant à sensibiliser le grand public à l'importance de l'équilibre alimentaire. Cette campagne, "mangeons juste, ici et ailleurs" s'est concrétisée par une exposition, "le marché de la bonne santé", la dégustation de repas diététiques et de mets culinaires étrangers, un concours pour les élèves du primaire, etc.

- *Les personnes âgées* : des séances d'information sont par exemple organisées afin de promouvoir un certain équilibre alimentaire chez les personnes âgées isolées, et leur "réapprendre à manger".

- *Les personnes défavorisées* : dans ce cas, il s'agit souvent d'aider des familles en difficulté à équilibrer budget et alimentation. La ville de Roanne (Loire - 42 848 habitants), par exemple, a pris l'initiative avec une association spécialisée d'organiser un stage de formation à l'hygiène alimentaire pour les mères en difficulté. (financé par la ville, moins de 20 000F). D'autres municipalités par exemple ont mis en place un atelier consacré à l'hygiène alimentaire dans un quartier défavorisé, où une diététicienne aide des parents à composer des menus équilibrés avec un budget limité.

Creil : Le Centre d'Economie Sociale et d'aide municipale

(Oise - 31 926 habitants)

La ville de Creil a mis en place en 1991 un centre d'économie sociale et d'aide municipale, dont l'objectif principal est de favoriser l'insertion de familles en difficulté. Géré par le CCAS, ce centre est situé dans un quartier commerçant dans une zone d'habitat social.

Le centre comporte deux espaces principaux : une épicerie et un coin cuisine. L'épicerie propose des produits vendus aux mêmes prix que ceux du commerce, que la ville achète à une chaîne de distribution ayant accès à des surplus alimentaires. Les familles qui se rendent au centre bénéficient d'une aide financière pour faire leurs courses à l'épicerie du centre. Une ligne de crédit leur est ouverte et peut être renouvelée tous les mois. Ces aides sont accordées dans la mesure où les familles acceptent de s'engager dans une démarche d'insertion (recherche d'emploi par exemple). Dans le coin cuisine du centre, des conseillères en économie sociale et familiale apprennent aux familles à gérer leur budget alimentaire et à connaître les produits indispensables à l'équilibre nutritionnel.

Le financement de ce centre (investissement : 540 000F) a bénéficié d'une aide de 20 000F de l'Etat. Le reste a été pris en charge pour les deux tiers par la ville et pour un tiers par la CAF de l'Oise. Les dépenses de fonctionnement reviennent principalement à la ville (dépenses en achats alimentaires, personnels), avec une aide de la CAF.

I-4. La promotion de la santé et l'accès aux soins des populations en difficulté

Dans ce domaine, les communes s'investissent largement et leurs initiatives prennent des formes variées.

- *L'accès aux soins* : une partie des villes a choisi de se concentrer sur l'accès aux soins des personnes en difficulté : certaines communes participent financièrement à la mise en place de la "carte-santé" qui assure la prise en charge des frais des soins et évite au bénéficiaire de faire l'avance. D'autres municipalités ont suscité l'ouverture d'antennes d'accueil médical ou ont contribué à la mise en place de réseaux de professionnels de santé pouvant assurer la prise en charge et le suivi de personnes en difficulté.

Bourg-en-Bresse : la Carte Santé-Jeunes

(Ain - 42 955 habitants)

La ville de Bourg-en-Bresse a mis en place ce dispositif, à la suite de Grenoble qui a créé en 1989 un passeport santé : accordé aux jeunes sous conditions de ressources, il offre l'accès aux soins et une mutualisation en contrepartie d'une démarche d'insertion et d'une participation financière. Cette action a mobilisé la ville de Grenoble, le CCAS, la mission locale, les centres sociaux, le conseil général, la DDASS, l'AFLS, la CPAM et la mutuelle.

A Bourg-en-Bresse, la carte santé jeunes a été mise en place par l'association "Santé-jeunes" en 1991 et permet aux jeunes de 16 à 25 ans de la ville de se soigner en participant aux frais d'une mutuelle. Le budget est de 415 000 Francs en 1991, la ville contribuant pour moitié. La municipalité est à l'origine de cette initiative, en partenariat avec la CPAM, des associations, la mission locale, la DDASS, le Conseil Général et les mutuelles. En 1993, une aide conjointe de l'Etat et du département a permis d'étendre la carte santé à l'ensemble du département.

Actuellement, l'avenir de la carte est menacé par l'augmentation des jeunes en difficulté d'insertion et des dépenses engagées. Par ailleurs, les acteurs locaux font le constat que les jeunes sans formation qui ne fréquentent pas la Mission Locale "échappent" à la carte-santé.

Blois : "Osons nous soigner"

(Loir-et-Cher - 51 549 habitants)

A l'initiative de la municipalité, une association interpartenariale, "Osons nous soigner", a été mise en place en 1994, afin de favoriser l'accès aux soins des personnes en difficulté. Les objectifs : rencontrer les personnes en difficulté dans les lieux qu'elles fréquentent (associations caritatives, d'entraide, organismes divers) ; les motiver, les informer ; les accompagner dans leurs démarches sociales et de soins ; assurer un suivi. Il s'agit d'un travail en réseau assuré par une infirmière.

Cette initiative est le fruit d'un partenariat large associant la CPAM, les associations spécialisées dans la santé et de quartier, les professionnels de la santé, le centre hospitalier, des travailleurs sociaux, des enseignants, la mission locale, les foyers de jeunes travailleurs, le CDES, la DDASS, le Secours Catholique, le Secours Populaire, les foyers d'hébergement. La ville finance partiellement l'association.

Brest : Le Point H
(Finistère - 153 099 habitants)

Le point H est un lieu d'accueil pour les populations les plus défavorisées et les personnes sans domicile. Les personnes sont accueillies par une infirmière et reçoivent des soins grâce au bénévolat de médecins généralistes et spécialistes et de pharmaciens qui fournissent gratuitement des médicaments.

La municipalité accorde une subvention annuelle de 50 000F au point H et fournit les locaux. Cette structure bénéficie également de financements de la DDASS, de la CPAM et du Conseil Général. Le point H emploie un médecin à mi-temps, une infirmière à plein temps et fait appel à des médecins bénévoles en fonction des besoins.

Le Point H reçoit en moyenne 3 personnes par jour et donne environ 1000 consultations par an. Partant du constat que les SDF ne viennent pas toujours d'eux-mêmes au centre, le médecin se déplace désormais et va rencontrer les populations directement dans les centres d'hébergement.

Toulon : L'espace Santé
(Var - 170 167 habitants)

La ville a soutenu financièrement la création en 1993 d'un Espace Santé pour les populations démunies, géré par une association de médecins bénévoles, "Promo-Soins". Cette volonté municipale s'est concrétisée dans le cadre du Contrat de Ville par la prise en compte en 1994, du secrétariat médico-social de l'association. L'Espace Santé a vu le jour grâce à un partenariat entre la municipalité, la DDASS et le Secours Catholique.

Les missions de cet Espace Santé sont d'assurer un premier accueil d'urgence, d'effectuer un diagnostic santé des personnes accueillies, d'organiser la prévention et l'éducation à la santé auprès de la population SDF, d'assurer un accompagnement psychologique et psychiatrique.

483 consultations ont été effectuées au cours du premier trimestre 1994.

- *Les campagnes d'information et de prévention* : D'autres villes sont moins axées sur la prise en charge médicale des populations en difficulté et s'orientent plutôt vers des actions de sensibilisation spécifiques, à travers l'organisation d'ateliers, de réunions informelles, d'animations dans les quartiers défavorisés.

Grigny : Les débats-santé de la mini-laverie

(Essonne - 24 918 habitants)

Dans une mini-laverie, des après-midi-débats sont organisés pour des femmes de "La Grande Borne (un quartier en développement social urbain), et principalement d'origine africaine, maghrébine et d'Europe Centrale. Différents thèmes de santé sont abordés : la contraception, l'hygiène alimentaire, la toxicomanie, les vaccinations, le développement de l'enfant, etc. Ces débats sont animés par un agent municipal.

La ville finance en partie cette action, en partenariat avec la CAF, le FAS et des associations.

Montauban : Le rallye-santé

(Tarn-et-Garonne - 53 278 habitants)

Un rallye santé a été organisé sur un week-end sous forme de jeux par équipes comportant des épreuves pratiques et sportives, dans le but de faire découvrir à des jeunes défavorisés de 16 à 25 ans, les principaux lieux dans la ville concernant la santé.

Cette action a été menée par la municipalité en partenariat avec la CPAM, des associations, des professionnels de la santé et du social, le centre hospitalier, le foyer de jeunes travailleurs, la CAF et la PAIO. Le financement a été en partie assuré par la municipalité (le coût total de l'opération se situe entre 20 000 et 50 000 Francs.)

Cette action devrait permettre de créer des liens durables entre les partenaires et de constituer un réseau plus efficace dans le champ de la santé et de l'insertion des jeunes.

Tourcoing : le Restaurant convivial

(Nord - 93 798 habitants)

En 1993, la ville a mis en place un "un restaurant convivial" pour des personnes en grande difficulté. Ce restaurant géré par le CCAS accueille 60 personnes, dont 70% d'allocataires du RMI. Conçu comme la première étape d'un parcours d'insertion, ce lieu permet d'aborder des sujets de préoccupations quotidiennes avec les participants et de traiter des principes d'hygiène alimentaire.

Cette action est issue d'un partenariat entre le CCAS, des associations caritatives, le centre hospitalier, des professionnels de la santé et du social, la DDASS. Le coût en 1993 de cette opération est de 400 000F : le financement est assuré à part égale par la ville et le département.

I-5. Des thèmes d'action plus rares

Autant les actions concernant le Sida se sont généralisées à l'ensemble des villes, autant d'autres domaines se révèlent plus marginaux : le cancer, les maladies cardiovasculaires par exemple sont des thèmes mobilisant une minorité de villes, qui, souvent à la faveur d'une opportunité de partenariat, s'engagent à entreprendre des actions, ponctuelles ou de long terme.

Epernon : la prévention des maladies cardio-vasculaires

(Eure-et-Loir - 5 097 habitants)

Depuis la mise en évidence d'un certain nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire, de nombreuses campagnes de prévention ont été organisées, mais leurs conséquences directes n'ont été évaluées que rarement. L'objectif de l'opération "Epernon Ville d'Etude" est d'estimer pendant cinq ans, l'impact d'une campagne d'information et d'éducation sur la prévention des maladies cardio-vasculaires à l'échelle d'une ville française de 5 000 habitants. Ce projet est placé sous la responsabilité scientifique de la Fédération française de cardiologie et du Comité français de coordination des recherches sur l'athérosclérose et le cholestérol.

L'objectif principal de cette étude est la comparaison de l'évolution des facteurs de risque cardio-vasculaire et des habitudes psycho-comportementales dans la ville expérimentale (Epernon) par rapport à deux villes témoins aux caractéristiques comparables. Cet objectif s'articule autour de trois axes principaux : apprécier les modifications induites par une large campagne d'information et d'éducation communautaire sur la prévention cardio-vasculaire ; juger des modifications psycho-comportementales induites au niveau de la population par une telle campagne ; estimer le rapport coût/faisabilité d'une campagne d'information au sein d'une population bien définie.

Suite à la sélection d'un échantillon de 961 sujets, un recueil de données biomédicales a été effectué dans les laboratoires d'analyse des trois villes concernées et une évaluation des habitudes et des comportements a été réalisée.

La campagne d'information et d'éducation destinée à la totalité des habitants d'Epernon, a été menée avec le soutien et la participation de la municipalité et des personnels de santé. Elle prévoit trois à quatre cycles par an, privilégiant des thèmes différents : les maladies cardio-vasculaires et la connaissance du risque, le cholestérol, l'hypertension artérielle, la sédentarité... Depuis mai 1994, la campagne menée à Epernon porte sur le tabac, avec des slogans tels que "tatonair" ou "tataforme".

Les premiers résultats de cette étude montrent qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine (près de 9 personnes sur 10 ignorent encore leur taux de cholestérol), mais la confrontation des données psycho-comportementales aux résultats biomédicaux devrait permettre d'établir une typologie de patients à risque.

II - L'INTERVENTION MUNICIPALE EN MATIÈRE DE SANTÉ : DES PRIORITÉS BIEN IDENTIFIÉES

II-1. L'implication des villes en matière de santé

Pour les 100 villes de plus de 15 000 habitants interrogées, les vingt actions les plus significatives parmi les actions figurant dans la liste présentée dans le questionnaire ont été isolées et un indicateur exprimant le nombre global d'actions réalisées par chaque commune interrogée a été construit.

Construction d'un indicateur global

Liste des 20 actions les plus significatives :

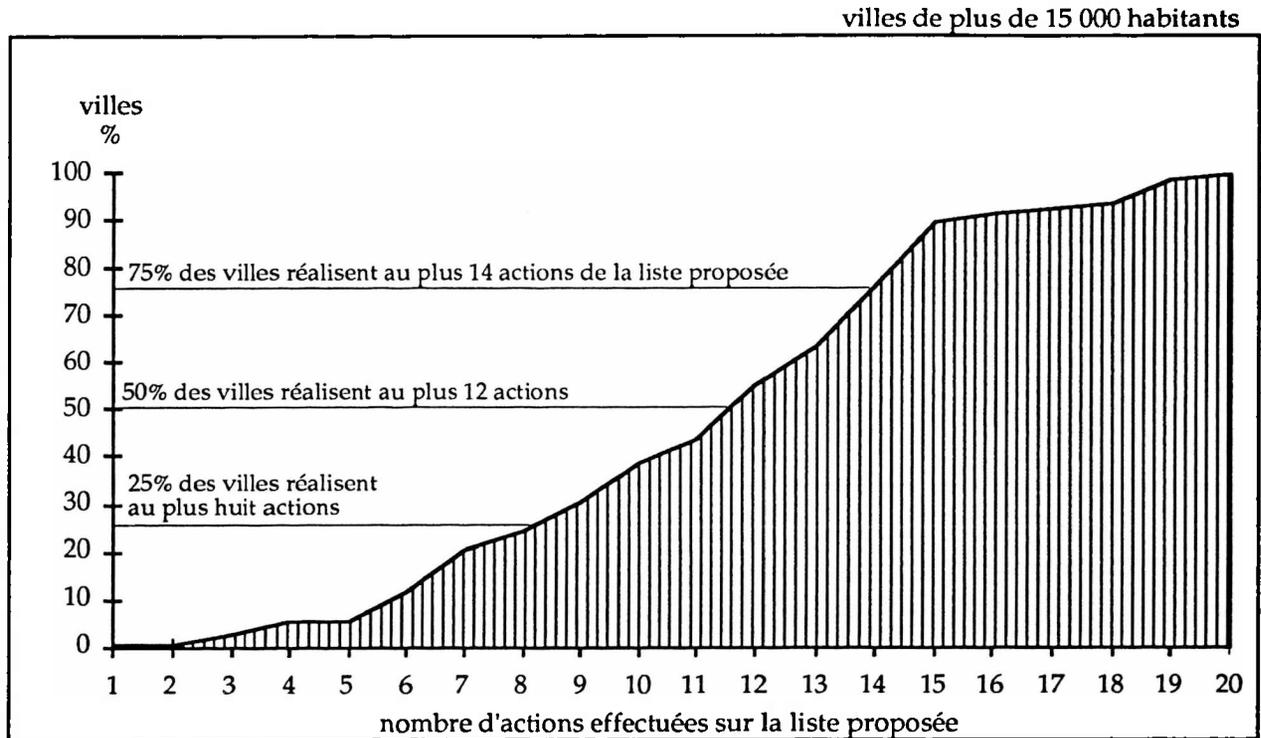
réalisation d'enquêtes ou études sur les problèmes et les besoins de santé de la population ; prévention des accidents domestiques ; suivi informatisé des vaccinations ; séances de vaccinations dans les quartiers ; campagnes d'information et de prévention dans le domaine des vaccinations ; actions dans le domaine de l'alimentation ; actions de lutte contre les poux ; promotion de l'hygiène bucco-dentaire ; actions de dépistage bucco-dentaire ; prévention Sida : prévention toxicomanie ; actions de formation dans les domaines du Sida et de la toxicomanie ; actions d'information et de prévention sur le cancer ; actions d'information sur les maladies cardio-vasculaires ; prévention dans le domaine du tabac ; prévention dans le domaine de l'alcool ; structure d'accueil pour personnes en difficulté ; service de soins médicaux à domicile ; établissements d'accueil spécialisés pour personnes âgées ou dépendantes ; service de portage de repas à domicile.

L'indicateur est construit en accordant la même importance à chacune des actions ci-dessus. Pour une des 100 villes, chaque action qu'elle réalise parmi les 20 considérées, augmente la valeur de son indicateur de 1 point.

Par exemple, si une ville réalise 10 actions, l'indicateur prendra la valeur 10.

Le graphique qui suit visualise la répartition de cet indicateur sur l'ensemble de l'échantillon.

Graphique n°1
Répartition du nombre d'actions réalisées par les communes interrogées parmi les vingt actions considérées



Source : CREDOC/RNSP - 1995

La moitié des villes réalise entre huit et quatorze actions. La moyenne d'actions effectuées est donc légèrement supérieure à la moitié, soit dix actions. Quelques villes ont des comportements extrêmes.

Ainsi, six villes réalisent moins de cinq actions. Denain (59) fait une seule action ; Epernay (51) fait trois actions ; Wasquehal (59) fait trois actions ; Chalons-sur-Marne (51) fait quatre actions ; Le Grand-Quevilly (76) fait quatre actions ; Tournefeuille (31) fait quatre actions.

La santé à Denain
(Nord - 19 685 habitants)

A Denain, la délégation santé date d'avant 1983. L'élu en charge de ce dossier est conseiller municipal. En dehors de ses fonctions à la mairie, il occupe un poste de principal de collège.

La ville possède un dispensaire employant moins de cinq personnes.

Le budget annuel global de la ville pour la santé est estimé à 50 000 F par l'élu chargé de la santé.

L'investissement de la commune dans des actions de santé est directement lié à la politique de développement social des quartiers. La ville ne s'est pas fixés en matière de santé d'objectifs prioritaires. Elle a pour seule vocation de coordonner les différentes actions extérieures. Certains projets -notamment des campagnes d'information et de prévention- n'ont pu être réalisés principalement à cause d'un manque de temps de l'élu délégué à la santé et d'un décalage avec les priorités fixées par le maire (la restructuration urbaine, l'emploi). Pour le prochain mandat, l'élu chargé de la santé souhaiterait définir un véritable projet global de santé, faisant appel au partenariat.

La principale action retenue par l'élu : une action d'information et de prévention des accidents domestiques dans le cadre d'un DSQ, dirigée par une conseillère en économie familiale et sociale, à l'initiative de la CPAM. La ville n'a pas financé directement cette opération.

En revanche, dix villes font plus de 15 actions. Chalon-sur-Saône (71) fait 16 actions ; Villejuif (94) fait 16 actions ; Strasbourg (67) fait 17 actions; Suresnes (92) fait 18 actions ; Saint-Etienne (42) fait 19 actions ; Roubaix (59) fait 19 actions; La Seyne (83) fait 19 actions ; La Rochelle (17) fait 19 actions ; Valence (26) fait 20 actions.

La santé à Valence
(Drôme - 65 026 habitants)

A Valence, la délégation santé est ancienne. Elle est placée sous la responsabilité du maire-adjoint chargé des affaires sociales qui est médecin.

La ville possède un service communal d'hygiène et de santé qui emploie une quinzaine de personnes, réparties en différents secteurs : salubrité-environnement, bruit, vaccinations-suivi épidémiologique, éducation sanitaire, médecine professionnelle, toxicomanies, médecine préventive jeunes, etc. Le budget annuel du service est de 2 000 000 Francs. Cette structure dont la création remonte à 1921, est dirigée par un médecin. La commune est également équipée d'un service d'aide médicale à domicile et d'un centre de santé municipal. Le centre de santé emploie moins de 5 personnes et offre des consultations médicales généralistes et spécialisées, un service dentaire, un service de kinésithérapie et des soins infirmiers.

Le budget annuel global de la ville pour la santé est estimé à 1 000 000 Francs.

L'objectif prioritaire de la municipalité en matière de santé est de faire de la prévention d'une manière globale. Selon l'élu chargé de la santé, le rôle principal d'une ville en matière de santé n'est pas simplement de soigner des maladies, mais de développer l'information et l'éducation sanitaire de la population dans tous les domaines : l'hygiène, l'environnement, etc.

Les réalisations qui illustrent le mieux la démarche de la commune en matière de santé, selon l'élu :

- la création d'un "Collectif prévention santé" qui regroupe 50 associations spécialisées dans la santé, l'environnement, les personnes âgées, etc., ainsi que d'autres partenaires tels que l'Education Nationale, des médecins. Ce comité a été entièrement financé par la ville.

- La création d'un "Espace Santé Jeunes", lieu d'accueil, d'écoute et de prévention qui propose aux jeunes divers services : ateliers santé, séances de relaxation, tests auditifs et visuels, etc. Cet "Espace" a été installé dans un quartier DSU et représente la concrétisation d'un travail de prévention auprès des jeunes en recherche d'emploi. Il permet en même temps l'installation d'un Service de Médecine Universitaire pour les étudiants de Grenoble. Cette structure mise en place à l'initiative de la municipalité et de l'université, a été financée par la DDASS, le Conseil Général et la Fondation de France.

Deux projets que la ville n'a pas pu mener à terme au cours du mandat actuel : l'hospitalisation à domicile, en cours ; la prévention primaire de la toxicomanie.

II - 2. Les thèmes d'action prioritaires : Sida et toxicomanie

Au-delà de l'investissement des communes dans tel ou tel domaine d'action, un travail sur les indicateurs a permis de repérer les thèmes d'action prioritaires des municipalités.

Construction d'indicateurs thématiques

L'indicateur global mesurant le nombre d'actions réalisées par chaque commune a été découpé en plusieurs indicateurs thématiques. Les vingt actions considérées ont été groupées selon cinq grands domaines d'intervention. Chacun est construit à partir de trois ou quatre actions différentes : les vaccinations (suivi informatisé des vaccinations, séances de vaccinations dans les quartiers, campagnes d'information et de prévention) ; l'hygiène (alimentation, lutte contre les poux, hygiène bucco-dentaire, dépistage bucco-dentaire) ; le Sida et la toxicomanie (prévention Sida et toxicomanie, actions de formation) ; la prévention contre les maladies, l'alcool et le tabac (actions d'information et de prévention sur le cancer, sur les maladies cardio-vasculaires, sur l'alcool et le tabac).

A partir de ces cinq indicateurs, nous avons cherché à révéler les thèmes d'action prioritaires des communes. Pour cela, nous avons calculé cinq indices mesurant le degré d'implication moyen des communes pour chacun des cinq domaines envisagés.

Comme les indicateurs thématiques sont construits à partir d'un nombre variable d'actions (trois ou quatre), ils ne peuvent être comparés directement. Un indice base 100 a donc été construit. Cet indice mesure la proportion d'actions effectivement réalisées dans chaque domaine.

Par exemple : si les 100 villes réalisaient chacune des trois actions recensées en matière de lutte contre le Sida et la toxicomanie, l'indice correspondant serait de 100. Si parmi ces 300 actions possibles, seulement 150 sont réalisées, l'indice sera de 50.

Il apparaît ainsi que le thème prioritaire concerne la lutte contre le Sida et la toxicomanie. Ce thème arrive en effet en tête avec une valeur d'indice égale à 74,7.

Tableau n°21
Les thèmes prioritaires

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Thème	Indice
Sida, toxicomanie	74,7
Services d'accueil et soins spécifiques	65,7
Hygiène	62,3
Tabac et alcool	44,3
Vaccinations	43,3

Source : CREDOC/RNSP - 1995

En réalité, l'ordre des priorités diffère selon le degré d'implication des communes en matière de santé, c'est-à-dire que le classement des différents thèmes est modifié selon le nombre d'actions entreprises par la commune.

Tableau n°22
Rang des différents thèmes en fonction du nombre d'actions réalisées

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Thème	8 actions ou moins	9 à 12 actions	13 à 14 actions	Plus de 14 actions
Sida, toxicomanie	1	1	1	2
Services d'accueil et soins spécifiques	2	2	3	3
Hygiène	3	3	2	1
Tabac et alcool	5	4	5	4
Vaccinations	4	5	4	5

Source : CREDOC/RNSP - 1995

On observe que pour les villes qui font le moins d'actions, la priorité reste le Sida et la toxicomanie. Plus les villes multiplient ces actions, plus le domaine de l'hygiène devient prioritaire. Ainsi, pour les communes qui ont entrepris plus de 14 actions, l'hygiène devient la priorité n°1, devant le Sida et la toxicomanie.

Les communes adoptent des stratégies différentes en matière de santé : les unes choisissent de concentrer leurs efforts sur quelques domaines limités, les autres au contraire diversifient au maximum leurs interventions.

En général, les villes qui mènent peu d'actions (huit au maximum) ont plutôt tendance à favoriser un ou deux thèmes de santé publique. Par exemple, la ville de Gif-sur-Yvette a mené sept actions différentes. Parmi ces interventions, quatre concernent l'hygiène. Aucune action n'a été menée en matière de vaccination ou de prévention alcool et tabac. Rillieux-la-Pape a mis en place huit actions, dont trois dans le domaine du Sida et de la toxicomanie. La ville de Carvin a privilégié les thèmes du Sida et de la toxicomanie (deux interventions) et celui de l'hygiène (trois interventions) sur six actions au total. Cette commune n'a en revanche pris aucune initiative en matière de soins spécifiques, de vaccinations, d'alcool et de tabac.

A l'autre extrême, les villes qui mènent beaucoup d'actions (plus de quatorze) sont présentes quasiment dans tous les domaines, mais il arrive qu'elles laissent de côté un domaine complet : sept villes sur vingt-trois ont ainsi choisi d'abandonner toute intervention ayant trait aux vaccinations. La commune de Chalon-sur-Saône a mené 16 actions au total, mais aucune de ces initiatives n'a concerné les vaccinations. Grigny a mené 14 actions, mais ne s'est pas du tout investie dans le domaine de la prévention de l'alcool et du tabac.

Parmi les villes qui mènent un nombre moyen d'actions (dix interventions), deux stratégies différentes peuvent être observées. Une ville comme Miramas a choisi de se concentrer sur deux domaines principaux : le Sida et la toxicomanie d'une part ; l'hygiène d'autre part. A l'inverse, la ville de Nanterre (Hauts-de-Seine ; 84 528 habitants) a diversifié au maximum ses interventions. A nombre égal d'actions, la municipalité s'est investie sur six fronts différents : une action en matière de soins spécifiques ; deux actions touchant aux vaccinations ; deux actions d'hygiène ; trois actions en matière de Sida et toxicomanie ; une action pour la prévention de l'alcool ou tabac ; enfin une action dans un domaine autre.

Quelques actions menées par la ville de Nanterre

(Hauts-de-Seine - 84 528 habitants)

- Les semaines d'actions santé ont eu lieu à trois reprises sur les thèmes de l'alimentation, du Sida et de la toxicomanie, dans un site différent chaque année: un quartier, un lycée, un collège. La municipalité a monté cette opération en partenariat avec des associations, des professionnels de santé, l'Education Nationale, la DDASS, la RATP, la justice et la police.

- Un service de ramassage et la destruction des "piquants-tranchants" chez les professionnels de santé a été mis en place par convention entre la ville et une société spécialisée .

- "Sida-Paroles" est un bus de prévention du Sida, mis en place par l'association du même nom. Cette action a été initiée par la municipalité, en partenariat avec le centre hospitalier, l'Education Nationale, le Comité départemental d'Education à la Santé, la DDASS, le Conseil Général et l'Agence de lutte contre le Sida

III - SPÉCIFICITÉS MUNICIPALES ET ACTIONS DE SANTÉ

III - 1. l'influence de la délégation santé

L'échantillon des 100 villes de plus de 15 000 habitants a été réparti en quatre groupes de taille à peu près équivalente selon le nombre d'actions que les communes réalisent.

L'organisation interne des municipalités se caractérise par une répartition de délégations thématiques confiées à un maire-adjoint ou un conseiller municipal. La présence dans une municipalité d'une délégation spécifique consacrée aux questions de santé tient à la volonté de la ville de reconnaître la santé comme un secteur à part entière de l'intervention communale. Parmi les villes de plus de 15 000 habitants, près de 70% disposent d'une délégation de santé.

Ce sont surtout les villes n'ayant pas de délégation santé spécifique qui font le moins d'actions (huit maximum).

Tableau n°23
Nombre d'actions réalisées par les villes n'ayant pas de délégation santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

	Proportion de villes n'ayant pas de délégation santé en %	Proportion de villes ayant une délégation santé en %	Total en %
8 actions ou moins	40	60	100
De 9 à 12 actions	29	71	100
De 13 à 14 actions	19	81	100
Plus de 14 actions	17	83	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

En revanche, le fait que les villes aient des délégations anciennes (mises en place depuis plus de 10 ans) et interviennent depuis longtemps dans le champ de la santé ne veut pas dire pour autant qu'elles mènent davantage d'actions que les villes ayant

des délégations plus récentes (créées au cours des deux derniers mandats). L'engagement des communes intervenant depuis peu en santé publique est aussi fort que celui des villes qui ont déjà une longue expérience dans le domaine.

Tableau n°24
**Nombre d'actions réalisées en fonction de l'ancienneté
 de la délégation santé municipale**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

	Proportion de villes ayant une délégation santé ancienne en %	Proportion de villes ayant une délégation santé récente en %	Total en %
8 actions ou moins	64	36	100
De 9 à 12 actions	74	26	100
De 13 à 14 actions	65	35	100
Plus de 14 actions	68	32	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Au-delà de l'investissement des communes mesuré en volume d'actions, il convient également de repérer si l'antériorité et l'histoire de la délégation santé dans les municipalités ont un effet sur les domaines d'actions eux-mêmes. Ainsi, les délégations anciennes se situent-elles davantage dans des logiques d'intervention traditionnelles ou ont-elles au contraire réorienté leurs interventions sur des axes nouveaux ? Comment se comportent les délégations nouvelles ? Se concentrent-elles uniquement sur des thèmes d'action nouveaux (Sida, toxicomanie) -ce qui pourrait en partie justifier leur création- ou au contraire diversifient-elles leurs interventions, y compris dans des champs de santé publique plus traditionnels ?

Le thème des vaccinations est privilégié par les villes dont la délégation santé est ancienne. Ainsi, 57% d'entre elles ont mis en place un suivi informatisé des vaccinations, contre 36% seulement des délégations récentes. Il en va de même pour l'organisation de séances de vaccinations dans des quartiers. Enfin, 51% des

délégations anciennes ont mené des campagnes d'information et de prévention en matière de vaccinations, alors que 32% seulement des délégations santé mises en place en 1983 se sont montrées actives dans ce domaine. Les vaccinations relèvent d'un champ d'intervention traditionnel et ancien des communes. Ces dernières choisissent donc d'étoffer et d'affiner ce qu'elles savent faire depuis longtemps.

Le cancer et les maladies cardio-vasculaires sont également des thèmes plutôt privilégiés par les délégations anciennes. Il s'agit là de domaines plus techniques, plus strictement médicaux, nécessitant souvent l'intervention de spécialistes. La technicité des thèmes explique que peu de communes n'ayant pas de délégation santé se soient mobilisées : seulement 18,5% d'entre elles ont mené des actions sur le cancer et 22% sur les maladies cardio-vasculaires.

Les thèmes d'actions privilégiés par les villes ayant une délégation santé depuis moins de 10 ans apparaissent conformes aux grandes préoccupations qui ont contribué à la prise en compte récente de la santé dans ces communes.

86% des délégations créées récemment affirment avoir mené des actions d'information et de prévention sur le Sida. Les délégations anciennes se sont également investies dans ce domaine, mais un peu moins : 77% d'entre elles ont réalisé des opérations de ce type. 95% des délégations nouvelles interviennent en matière de toxicomanie, un peu plus que les délégations anciennes (87%). En ce qui concerne la formation sur les thèmes du Sida et de la toxicomanie, les délégations nouvelles prennent aussi l'avantage : 73% d'entre elles se sont mobilisées dans ce secteur, tandis que 62% des délégations anciennes ont fait ce choix. Enfin, peu de délégations anciennes (6%) se sont engagées sur le terrain de l'aide à domicile pour les malades du Sida. Les délégations nouvelles ont davantage testé ce service innovant (27%).

Sur l'accès aux soins et l'aide aux plus démunis, toutes les villes se sont mobilisées, quelle que soit leur tradition d'intervention. Ainsi, 62% des délégations anciennes déclarent avoir mis en place une structure d'accueil des personnes en difficulté, tandis que 68% des délégations nouvelles en ont fait de même. Cette convergence confirme le renouveau d'une logique d'action dans les villes en matière de santé, celle de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion.

Les délégations récentes dans les villes de plus de 15 000 habitants interviennent donc en priorité sur des domaines de préoccupation actuels -Sida et toxicomanie-, mais se positionnent assez peu sur des domaines de santé publique classiques, tels que les vaccinations. Les délégations anciennes, si elles ont réorienté une partie de leurs activités sur des thèmes nouveaux tels que le Sida et la toxicomanie, demeurent très présentes sur des thèmes d'intervention plus classiques,

et diversifient leurs actions dans des domaines très peu investis par les délégations nouvelles, comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires.

Les motivations des communes ayant des délégations implantées depuis plus de 10 ans, sont diverses. Ces municipalités sont partagées entre la continuité de certaines missions classiques et la nécessité de s'adapter aux nouveaux enjeux de santé publique (le Sida, la toxicomanie).

Les délégations nouvelles ont fait quant à elles un choix plus radical : nouvelles venues dans le secteur sanitaire, elles concentrent directement leurs efforts sur les thèmes qui les ont interpellées récemment et sur les grandes préoccupations actuelles. Elles s'investissent par conséquent très peu dans des actions de santé publique "classique".

En revanche, la difficulté de l'accès aux soins d'un public marginalisé est une préoccupation commune à l'ensemble des délégations santé, quelles que soient leur tradition et leur sensibilité.

Ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas de délégation santé spécifique que certaines villes ne font rien en matière de santé publique. Les communes de plus de 15 000 habitants qui sont dans ce cas, se distinguent particulièrement par leurs efforts pour développer des structures pour les jeunes et les personnes âgées, leurs actions en matière de Sida, toxicomanie, alimentation et promotion de l'hygiène bucco-dentaire.

Le fait que des municipalités qui ne possèdent pas de délégations spécifiques mènent tout comme les villes ayant une telle structure d'appui, des actions dans les domaines de l'alimentation ou de l'hygiène bucco-dentaire par exemple, démontrent que ce sont là des actions ne nécessitant ni savoir-faire ni moyens particuliers. Ce sont là des actions à la portée de toutes les villes, sans qu'une réflexion sur la santé et une politique municipale de santé n'aient été obligatoirement engagées au préalable.

Par ailleurs, un nombre très important de villes n'ayant pas de délégation santé ont pris des initiatives dans le domaine de l'information et de la prévention Sida (78%) et dépassent même des villes dont la délégation existe depuis plus de 10 ans. Le fait que des villes n'ayant pas de délégation santé se soient engagées sur le thème du Sida pose à nouveau la question de la valeur de ces actions : ces villes se contentent-elles de répercuter les campagnes nationales ou s'efforcent-elles d'adapter ce thème aux réalités locales ?

Par ailleurs, 93% des communes n'ayant pas de délégation déclarent avoir mis en place une structure d'accueil à destination des jeunes. Peut-être peut-on expliquer cela par le fait que ces communes bénéficient de structures polyvalentes pour les

jeunes ayant la possibilité d'intégrer la santé parmi d'autres thèmes, par le jeu du partenariat. C'est le cas, par exemple, des missions locales, où un point santé a souvent été installé pour les jeunes qui font appel à ces dispositifs dans une démarche d'insertion professionnelle.

III - 2. Une intervention différente selon la taille des villes

Dans les 100 villes de plus de 15 000 habitants, le nombre d'actions varie considérablement selon la taille des communes. Alors que 80% des communes ayant réalisé au maximum huit actions ont moins de 50 000 habitants, à l'autre extrême, 57% des villes ayant réalisé plus de 14 actions ont plus de 50 000 habitants.

Tableau n° 25
Nombre d'actions réalisées en fonction de la taille de la ville

- Villes de plus de 15 000 habitants - en % -

	Proportion de villes de moins de 50 000 habitants	Proportion de villes de 50 000 habitants et plus	Total
8 actions ou moins	80	20	100
De 9 à 12 actions	68	32	100
De 13 à 14 actions	67	33	100
Plus de 14 actions	43	57	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

De manière générale, les grandes villes ont pris des initiatives dans des domaines plus nombreux que les petites villes, les moyens limités de ces dernières ne leur permettant pas d'envisager la mise en oeuvre d'actions multiples. Les petites communes concentrent donc leurs ressources sur des domaines bien précis.

Certaines initiatives relèvent surtout des communes de 50 000 habitants et plus : le suivi informatisé des vaccinations ; l'organisation de séances de vaccinations dans les quartiers ; les campagnes d'information et de prévention sur le thème des vaccinations ; la lutte contre les poux ; les campagnes d'information et de prévention sur le cancer ; la prise en charge des malades du Sida.

69% des grandes villes ont mis en place un suivi informatisé des vaccinations, contre 38% des petites communes. Ici, l'effet de taille pèse certainement sur la décision d'adopter un tel système, qui se justifie pour répondre aux besoins d'une population plus importante et plus difficile à toucher. Par ailleurs, les moyens informatiques sont plus vastes dans les grandes villes.

63% des villes de 50 000 habitants et plus ont mis en place des séances de vaccinations dans les quartiers, alors que 28% seulement des villes de moins de 50 000 habitants l'ont fait. L'effet de taille peut expliquer que dans les communes les plus grandes, la nécessité de délocaliser les séances de vaccinations ne soit pas apparue utile, contrairement aux grandes villes dont certains quartiers sont très isolés du centre et des structures de soins.

46% des grandes villes ont mené des campagnes d'information et de prévention sur le cancer, alors que seulement 23% des petites villes se sont intéressées à ce thème. Il en va de même pour le secteur des maladies cardio-vasculaires. Le montage d'actions dans ce type de domaine étroitement lié au médical et à la maladie, exige un niveau de compétences techniques et une mobilisation interpartenariale qui sont peut-être plus immédiatement disponibles dans les grandes villes.

Ce sont surtout les grandes villes qui ont mené des études sur les besoins de santé de la population : 57% d'entre elles, contre 40% des petites villes. Le choix des grandes villes de lancer ce type d'enquête se justifie en partie par l'importance et la diversité de la population communale, et peut-être une plus grande difficulté à connaître les publics de l'action sanitaire dans les grandes villes que dans les petites où les réseaux de proximité assurent une meilleure connaissance des difficultés et des besoins des habitants.

Par contraste, les actions dans lesquelles les villes de moins de 50 000 habitants se sont massivement investies concernent l'alimentation, la promotion de l'hygiène bucco-dentaire et les structures d'accueil pour les jeunes.

Autant de petites que de grandes villes ont mené des actions dans le domaine de l'équilibre alimentaire. 72% des villes de moins de 50 000 habitants ont mené une action dans ce domaine et 71% des villes de 50 000 habitants et plus. Par ailleurs, 68%

des villes de moins de 50 000 habitants ont mené des actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire (contre 63% des villes de taille plus importante).

Le choix des petites villes de prendre des initiatives dans les domaines de l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation relève d'une logique semblable. En effet, le public de ce type d'action -les enfants essentiellement- est facilement identifiable. L'action peut être mise en oeuvre dans un espace bien défini -l'école- et ses objectifs sont clairs également. En ce qui concerne le bucco-dentaire, Les moyens d'évaluation de ces opérations sont connus et accessibles à l'ensemble des villes.

85% des petites villes déclarent avoir mis en place une structure d'accueil et d'écoute pour les jeunes, alors que 77% des grandes villes ont mis sur pied un service similaire. Cet investissement massif des petites communes dans ce domaine vient corroborer le fait que le public privilégié des municipalités est bien la population des enfants et des jeunes. En effet, les actions les plus fréquentes dans les petites communes commencent dans la salle de classe, avec la promotion de l'hygiène bucco-dentaire ou des repas équilibrés, continuent au collège et au lycée par des campagnes de prévention et d'information portant sur le Sida et la toxicomanie et se traduisent enfin par la mise en place de structures extérieures au cadre scolaire et susceptibles d'accueillir les jeunes et de leur apporter des réponses concrètes dans le domaine de la santé.

Les domaines recueillant l'intérêt à la fois des grandes et des petites villes concernent le Sida et la toxicomanie. Ainsi, la toxicomanie apparaît comme le thème d'intervention massif de toutes les villes quelle que soit leur taille. 89% des villes de 50 000 habitants et plus déclarent avoir mené des actions d'information et de prévention dans le domaine de la toxicomanie. C'est également le cas de 88% des villes de moins de 50 000 habitants. Cette réponse est à mettre en rapport avec le fait que 70% des communes de moins de 50 000 habitants se trouvent en région parisienne et sont certainement plus exposées aux problèmes de drogue. Par ailleurs, 83% des grandes villes affirment avoir mené des actions d'information et de prévention sur le thème du Sida. Les petites communes ne sont pas en reste : 75% d'entre elles déclarent s'être investies dans ce domaine également.

III-3. L'impact de l'appartenance politique sur l'intervention en santé

Si l'on considère le volume d'actions menées en fonction de la tendance politique des municipalités, il apparaît que pour les communes de droite, la répartition est conforme à la moyenne. En ce qui concerne les villes de gauche non communistes, les extrêmes sont plus représentés. Enfin, seulement deux villes communistes ont mené plus de quatorze actions. La faiblesse de l'activité de ces villes peut paraître à première vue surprenante, dans la mesure où ce sont généralement précisément ces communes qui sont intervenues massivement dans le secteur de la santé, à travers notamment les centres de santé. On peut formuler l'hypothèse que ces communes qui pour la plupart, ont concentré leurs efforts sur la mise en place d'équipements sanitaires (comme le révélait plus haut l'indicateur de structure), sont entrées dans une logique de gestion de leurs structures sanitaires et initient moins souvent des actions relevant du domaine de la prévention et de l'action.

Tableau n°26

Nombre d'actions réalisées en fonction de la tendance politique de la ville

- Villes de plus de 15 000 habitants - en % -

	Villes communistes	Villes de gauche non communistes	Villes de droite	Villes autres tendances	Total
8 actions ou moins	20	40	40	0	100,0
De 9 à 12 actions	12,9	32,3	41,9	12,9	100,0
De 13 à 14 actions	23,8	28,6	38,1	9,5	100,0
Plus de 14 actions	8,7	47,8	43,5	0	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Si l'on s'intéresse non pas au volume d'actions menées, mais aux domaines d'action privilégiés par les villes selon leur appartenance politique, les choix des municipalités apparaissent dispersés et le critère politique ne permet pas de repérer des logiques spécifiques.

On constate cependant que les villes communistes ont un public cible privilégié : les enfants et les jeunes. Ces municipalités se sont plus fortement engagées que les communes d'appartenance politique différente dans des domaines tels que la lutte contre les poux ou la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.

Surtout, on constate que la dimension soins et structures médicales est relativement peu mise en avant par rapport à des villes d'un profil politique différent : les structures d'accueil des personnes en difficulté, les soins médicaux à domicile ou les établissements d'accueil des personnes âgées sont autant de domaines qui ne suscitent pas une intervention massive de la part de délégations communistes.

Ce relatif désintérêt des municipalités communistes pour des structures de soins et d'accueil peut s'expliquer en partie par le fait que les centres de santé, souvent très présents dans ces villes, remplissent déjà la fonction d'accueil et de soins des personnes en difficulté. De plus, ces communes se sont déjà dotées de structures, et ceci depuis longtemps, ce qui n'est pas le cas des autres villes, où la prise en compte de la santé est plus récente et donc les équipements n'ont pu être mis en place.

Les communes de droite ont également un public privilégié : les personnes âgées. Ainsi, la création d'établissements spécialisés d'accueil des personnes âgées et dépendantes est surtout citée par des communes de droite. Ce sont également ces villes qui se montrent plutôt préoccupées de cadre de vie, pour avoir notamment mené des actions dans le domaine du bruit. De façon générale, ces villes cherchent à diversifier leurs interventions au maximum.

Les communes socialistes et apparentées ont particulièrement axé leurs interventions sur le domaine global de la prévention des dépendances : drogue, tabac et alcool.

Plusieurs facteurs influent donc sur les choix municipaux en matière de santé publique : existence ou non d'une délégation santé spécifique, taille de la ville, appartenance politique du maire. Mais pour mieux comprendre la place occupée par la santé dans l'organisation municipale, il convient à présent de décrire de façon plus détaillée les caractéristiques des délégations et des élus municipaux chargés de la santé.

TROISIÈME CHAPITRE

LES ÉLUS ACTEURS DES POLITIQUES DE SANTÉ

I - LA SANTÉ DANS L'ORGANISATION COMMUNALE : UNE RECONNAISSANCE ENCORE INCERTAINE

I - 1. Le statut de la santé dans l'organisation communale

I - 1.1. La délégation santé : reflet des choix municipaux

Alors que certaines villes se caractérisent par une intervention ancienne dans le domaine de la santé, d'autres, au contraire, se sont investies plus tardivement dans les actions de santé. Ces deux grandes tendances de l'intervention communale se reflètent dans l'organisation interne des municipalités : parmi les villes de plus de 15 000 habitants qui possèdent une délégation santé, 16% l'ont mise en place durant l'actuel mandat, tandis que 6% de ces structures politiques ont vu le jour pendant le mandat précédent, c'est-à-dire entre 1983 et 1989. La part relativement importante de délégations mises en place depuis 1989 confirme l'investissement nouveau des communes dans le champ de la santé pour des raisons liées à la fragilisation de certaines populations d'une part, et au Sida d'autre part.

47% des villes interrogées disposent, en revanche, d'une délégation datant d'avant 1983 et reflétant ainsi une reconnaissance plus ancienne du secteur sanitaire. La répartition géographique laisse apparaître que 30% des délégations anciennes sont situées dans des communes de la région parisienne, ce qui n'est le cas que 9% seulement des délégations créées plus récemment.

Tableau n°27
L'ancienneté de la délégation santé au sein de la municipalité

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Création de la délégation santé	%
Pendant la mandature en cours	16
Pendant la mandature précédente	6
Pendant une mandature plus ancienne	47
Il n'y a pas de délégation santé	27
NSP	4
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°28
Le type de délégation santé selon la taille des villes

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Type de délégation	Villes moins de 50 000 habitants		Villes de 50 000 habitants et plus	
	Effectif	%	Effectif	%
Délégation récente	13	20	9	25,7
Délégation ancienne	27	41,5	20	57,1
Délégation n'existe pas	23	35,4	4	11,4
NSP	2	3	2	5,7
Total	65	100,0	35	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

On note la présence plus forte de délégations anciennes dans les villes de 50 000 habitants et plus. Dans 57% de ces communes, la délégation date d'avant 1983, ce qui n'est le cas que dans 41,5% des villes de moins de 50 000 habitants. La proportion de petites villes n'ayant pas de délégation santé spécifique est plus grande : 35,4% ne disposent pas de cette structure politique, tandis que seulement 11,4 % des grandes villes n'ont pas organisé de délégation.

Tableau n°29
Le type de délégation santé selon l'appartenance politique

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Type de délégation	Communiste		Gauche non communiste		Droite (1)		Autres	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Délégation récente	2	12,5	10	27	10	24,4	0	0
Délégation ancienne	12	75	13	35,1	19	46,3	3	50
Délégation n'existe pas	1	6,2	13	35,1	11	26,8	2	33,3
NSP	1	6,2	1	2,7	1	2,4	1	16,7
Total	16	100,0	37	100,0	41	100,0	6	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : cette rubrique regroupe les villes RPR, UDF et Divers droite.

Mises à part les villes communistes qui possèdent à 75% une délégation ancienne, l'appartenance politique n'apparaît pas comme un critère de différenciation : à droite comme à gauche, les délégations -quand elles existent- datent, en majorité d'avant 1983.

Seulement 6% des villes communistes n'ont pas de délégation spécifique, ce qui prouve que dans ces villes, la santé est fortement identifiée comme un secteur à part entière devant faire l'objet de l'intervention municipale. En revanche, un nombre non

négligeable de communes socialistes et divers gauche indiquent qu'elles n'ont pas de délégation santé (35%), dépassant en cela les communes de droite.

Parmi les villes de plus de 15 000 habitants, plus d'un quart n'a pas de délégation santé, aucun élu municipal n'ayant la charge spécifique de ce dossier. 85% des villes dont l'organigramme municipal ne comprend pas de délégation santé ont moins de 50 000 habitants. Ce défaut de prise en compte de la santé comme un domaine à part entière est donc surtout le fait des villes les moins importantes. Ainsi, parmi les communes de moins de 15 000 habitants, 47% indiquent qu'elles n'ont pas de délégation santé et qu'il n'y a pas d'élus en charge de ce domaine.

Tableau n°30
L'ancienneté de la délégation santé au sein de la municipalité

- Enquête postale - Villes entre 5 000 et 15 000 habitants -

Création de la délégation santé	Effectif	%
Pendant la mandature en cours ou précédente	48	14
Pendant une mandature plus ancienne	18	6
Il n'y a pas de délégation santé	156	47
NSP	108	33
Total		100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

I - 1.2. Des moyens financiers limités

En termes de financements, la part de la santé dans le budget municipal est généralement faible. La part de la santé dans le budget municipal, souvent inférieure à 1% selon les informations recueillies au cours de cette enquête, permet de comprendre pourquoi le partenariat revêt un caractère vital pour la réussite des actions de santé.

L'enquête postale auprès des communes de moins de 15 000 habitants montre que la part de la santé dans le budget des villes est généralement très faible : 48% des villes indiquent que le budget est inférieur à 1%. 28% des villes n'ont pu fournir de réponse. Il apparaît cependant que dans les municipalités où une délégation santé est implantée de longue date, les ressources affectées à la santé sont légèrement plus élevées. Dans les communes disposant d'un centre de santé municipal, le budget santé est souvent plus élevé.

I - 2. Les caractéristiques des élus chargés de la santé

I - 2.1. Le profil des élus

Dans les trois quarts des communes de plus de 15 000 habitants interrogées, la délégation santé est confiée à un adjoint au maire. Cette tendance est encore plus forte dans les petites villes que dans les grandes, puisque 85% des élus à la santé sont adjoints dans les communes de moins de 50 000 habitants, contre 73% dans les grandes villes. Dans les municipalités plus importantes, il arrive plus fréquemment qu'un conseiller municipal soit en charge des questions de santé. Cette répartition s'explique en partie par le fait que dans les communes de plus de 50 000 habitants de l'échantillon, les attributions sont éclatées au sein d'une équipe municipale étoffée, composée d'un nombre important de conseillers municipaux. Dans les petites communes, en revanche, les délégations sont concentrées entre les mains d'un nombre plus restreint d'élus adjoints au maire.

Dans les délégations en place depuis un certain temps, l'élue à la santé est plutôt un adjoint au maire. On confiera en revanche plus volontiers les délégations créées plus récemment à un conseiller municipal: 14 % des délégations récentes sont prises en charges par un conseiller municipal, ce qui est le cas dans 8,5 % des délégations anciennes.

Tableau n° 31
Les délégués à la santé selon la taille des villes

- Villes de plus de 15 000 habitants -

L'élu chargé de la santé	Villes de moins de 50 000 habitants		Villes de 50 000 habitants et plus	
	Effectif	%	Effectif	%
Un adjoint au maire	45	84,9	24	72,7
Un conseiller municipal	3	5,7	5	15,1
Un adjoint et un conseiller	5	9,4	4	12,1
Total	53	100,0	33	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Les trois quarts des élus chargés de la santé ont 50 ans et plus. 15% ont au moins 70 ans. Dans les grandes villes, les élus s'occupant de la santé sont plus jeunes : 40% des grandes villes ont un élu santé de moins de 50 ans, contre 21% dans les petites villes. La part des femmes exerçant cette responsabilité est nettement plus importante dans les petites communes que dans les grandes, puisque 48% des communes de moins de 50 000 habitants ont un élu santé féminin, contre 21% dans les villes de taille plus importante. On trouve davantage d'élus féminins dans les délégations nouvelles : la moitié de ces délégations compte en effet des femmes comme élus santé.

On constate que la majorité des maires en France ont entre 40 et 60 ans (52,2%), une tendance qui est amplifiée à l'échelle des élus chargés de la santé interrogés par le CREDOC. 58% d'entre eux se situent dans cette tranche d'âge. En revanche, il arrive plus fréquemment que les élus santé aient 70 ans et plus : 15% sont dans ce cas, contre 9% des maires.

Tableau n°32
L'âge des élus chargés de la santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

L'âge des élus santé	%
Moins de 40 ans	3
Entre 40 et 59 ans	58
Entre 60 et 69 ans	24
70 ans et plus	15
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Tableau n°33
L'âge des maires en France

L'âge des maires en France	%
Moins de 40 ans	5,5
Entre 40 et 59 ans	52,7
Entre 60 et 69 ans	32,5
70 ans et plus	9,3
Total	100

Source : Les collectivités locales en chiffres,
Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement
du territoire, La Documentation Française,
1994

Tableau n°34
La profession des élus chargés de la santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Profession	%
Professions de la santé	21
Professions sociales et de l'enseignement	17
Autres professions	20
Retraité (1)	31
Sans profession (1)	11
Total	100

Source : CREDOC - RNSP - 1995

(1) : Par la suite, ces deux rubriques seront regroupées sous l'intitulé "Retraité ou sans profession" (42%)

Conséquence de leur âge, une grande partie des délégués à la santé est retraitée. Les professionnels de la santé sont représentés, mais à part à peu près égale avec les autres types de professions. On note en particulier la présence d'un nombre non négligeable d'élus dont l'environnement de travail est très éloigné de celui de l'action socio-sanitaire.

Tableau n°35
Répartition socioprofessionnelle des maires

Catégories socioprofessionnelles	1989
Agriculteurs	28,5
Chefs d'entreprise, artisans, commerçants	9,8
Professions libérales	5,2
Enseignants	8,9
Fonctionnaires (hors enseignants)	3,9
Salariés du privé	14,6
Salariés des entreprises publiques	1,7
Retraités	23,7
Divers	3,7
Total	100,0

Source : Les collectivités locales en chiffres, Ministère de l'Intérieur, La Documentation Française, 1994.

La comparaison avec la répartition socioprofessionnelle des maires en France révèle un écart concernant la part des retraités : un tiers des élus chargés de la santé sont retraités, ce qui est un peu plus élevé que la moyenne, puisque à l'échelon des maires, 23,7% n'exercent plus d'activité professionnelle particulière.

Les élus retraités ou sans profession sont, en majorité, des femmes (65%). En revanche, 80% des élus exerçant une profession médicale par exemple, sont des hommes.

La composition socioprofessionnelle des élus à la santé diffère sensiblement selon la taille des villes. Dans les communes de plus de 50 000 habitants, un tiers des élus appartient au milieu sanitaire, ce qui est autant que la catégorie des retraités et sans profession. Les petites communes sont dominées par des retraités ou sans profession : 48% des élus santé ont ce profil, tandis que 15% seulement sont issus de professions sanitaires. On trouve un peu plus d'élus médecins (23 %) dans les délégations récentes, que dans les délégations anciennes (17%).

Seulement 25% des délégués santé communistes sont retraités ou sans profession, alors que 46 % des élus des villes de gauche non communistes sont dans ce cas, de même que 44% des élus de droite. Ce sont logiquement les villes communistes qui ont les élus santé les plus jeunes : 50 % de ces communes ont un délégué aux affaires sanitaires de moins de 50 ans, ce qui n'est le cas que de 16% des villes socialistes et apparentées et de 30% des villes de droite. A l'inverse, on trouve une forte proportion d'élus de 60 ans et plus dans les villes PS (46%) et de droite (41%).

Dans les villes communistes et les villes de droite, les élus santé sont en majorité des hommes. Il n'y a que dans les communes socialistes et apparentées que la répartition hommes/femmes est plus équilibrée.

I - 2.2. Le statut politique des élus chargés de la santé

Le poids de la santé dans les préoccupations municipales peut être en partie repéré grâce à l'appartenance politique. Ainsi, 46% des élus chargés de la santé ont une appartenance politique différente de celle du maire. La divergence politique est plutôt le fait des grandes villes : 67% d'entre elles ont un élu santé ne partageant pas le même horizon politique que le maire, ce qui n'est le cas que de 37% des petites communes.

Tableau n° 36
**L'élu chargé de la santé appartient-il
à la même formation politique que le maire ?**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Formation politique	%
Oui	54
Non	46
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Le fait d'être "minoritaire" indique-t-il que la santé a un rang secondaire ? La position politique des élus représente-t-elle une difficulté dans la définition de politique locale de santé d'envergure ? Les élus minoritaires sont sur ce point quasiment unanimes : 91% d'entre eux affirment que le fait d'appartenir à une formation différente de celle du maire n'a pas d'influence sur la politique de santé de la municipalité.

Le cas des villes communistes montre pourtant le lien entre la position politique de l'élu santé et la place que ce dernier accorde à la santé en termes de priorités. En effet, on rencontre plus fréquemment un élu minoritaire à la santé dans les villes communistes : 62,5% d'entre elles sont dans ce cas, contre 32% des autres villes de gauche. Cette répartition correspond à un certain discours des élus communistes interrogés dans l'échantillon : ceux-ci indiquent en effet que la santé n'est pas une priorité de l'action municipale. Seulement 37,5% d'entre eux placent la santé au rang de priorité municipale, contre 58% des villes de droite et 51% des communes de gauche non communistes.

Tableau n°37
**La position de l' élu chargé de la santé
selon l'appartenance politique du maire**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

	PCF		Gauche		Droite		Autres	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Même tendance politique	6	37,5	25	67,6	19	46,3	4	66,7
Tendance politique différente	10	62,5	12	32,4	22	53,7	2	33,3
Total	16	100,0	37	100,0	41	100,0	6	100,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Les élus ayant la même appartenance politique que le maire sont plus partagés sur une quelconque influence en termes de politique de santé. Une petite majorité (54%) reconnaît que le fait d'être du même "bord" politique a une influence réelle. Il n'est donc pas certain que le secteur de la santé soit nécessairement plus développé dans les communes où le maire et son adjoint sont de la même tendance. En revanche, la reconnaissance politique de la santé y est plus forte. Ainsi, parmi les élus santé de la même tendance que le maire, 59% affirment que la santé est une priorité municipale. Les élus minoritaires se montrent en revanche très partagés sur la question, ce qui laisse ici entrevoir un décalage entre le discours de ces élus ("une position minoritaire n'a pas d'influence sur la politique de santé") et la réalité.

Tableau n° 38
La santé, priorité municipale
selon la position politique de l'élus chargé de la santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

La santé, priorité municipale ?	Elus de la majorité municipale		Elus minoritaires	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	32	59,3	23	50,0
Non	22	40,7	23	50,0
Total	54	100,0	46	50,0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

I - 2.3. La répartition des attributions municipales : un révélateur des approches de la santé

Les délégués à la santé ont généralement d'autres attributions. Leur polyvalence est encore plus répandue dans les grandes villes, où 94% des élus s'occupent d'autres domaines que la santé, ce qui n'est le cas que de 81% des élus des communes de taille plus modeste.

Dans les villes communistes plus fréquemment que dans les autres, les élus à la santé n'ont pas d'autres attributions : 20% des élus PCF ne gèrent pas de dossiers autres que ceux ayant trait aux questions sanitaires, ce qui n'est le cas que dans 9% des villes de droite et 16% des villes de gauche non communistes.

Tableau n° 39
Les autres attributions des élus chargés de la santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Les attributions (1)	%
Environnement, animation, culture	23
Affaires sociales, logement	82
Petite enfance, jeunesse, éducation	20
Attributions diverses (2)	20

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : la somme des pourcentages dépasse 100, les élus pouvant avoir plusieurs autres attributions que la santé.

(2) : les attributions diverses concernent des domaines tels que les affaires internationales, le jumelage, la sécurité, les anciens combattants.

La répartition des attributions municipales est un indice à la fois de la place de la santé dans l'organisation municipale et d'une certaine conception de ce domaine dans les communes. On observe ainsi quatre types d'approches :

- **une approche "sociale" très répandue** : le délégué à la santé est aussi responsable des affaires sociales. Ce cas de figure est particulièrement vrai pour les villes de moins de 50 000 habitants, où 86% des élus cumulent le secteur des affaires sociales et celui de la santé (contre 77% des élus des grandes villes où la répartition des dossiers est plus hétérogène). La santé fait dans ces villes partie intégrante du social. Pour des questions d'organisation -il n'y a, en effet, pas toujours de délégation santé spécifique dans les petites villes-, le maire-adjoint chargé des affaires sociales traite également les dossiers de santé. Cette répartition reflète également une tendance : pour certains élus locaux, la santé est fortement identifiée à l'action sociale. Les interventions municipales en matière sanitaire sont alors souvent rattachées à une politique plus globale de lutte contre l'exclusion et d'aide aux populations en difficulté.

- **une approche ciblée sur l'éducation et la jeunesse** : le rattachement de la santé à la petite enfance, l'éducation ou la jeunesse donne à penser que les communes

privilégient le public scolaire, en menant notamment à leur intention des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

- **une approche plus globale** : la santé est agrégée à des secteurs tels que la culture et l'environnement. Cette répartition concerne surtout des grandes villes : 35% des délégués santé de ces communes traitent ces dossiers, contre 14% seulement des élus des petites villes. Une telle organisation révèle une conception proche de la définition adoptée par l'O.M.S., associant la santé à tous les domaines de la vie quotidienne, et en particulier le cadre de vie.

- **la santé apparaît clairement comme un enjeu mineur** dans les municipalités dont l'élu aux anciens combattants ou au jumelage semble en même temps avoir par hasard "hérité" de la santé parmi des attributions hétérogènes. Politiquement mise au même rang que les affaires internationales, la santé a, dans ce cas, un statut secondaire. Cela est davantage vrai pour des communes de plus de 50 000 habitants. 32% d'entre elles sont dans ce cas, contre 12% seulement des petites villes.

QUATRIÈME CHAPITRE

PERCEPTION DE LA SANTÉ ET OBJECTIFS D'INTERVENTION

I - LES ÉTAPES DE L'ENGAGEMENT DES COMMUNES EN MATIÈRE DE SANTÉ : PRATIQUE ANCIENNE, MOBILISATION RÉCENTE.

La décision de certaines communes d'agir au-delà de leurs seules obligations légales a des origines diverses. La tradition d'intervention municipale, le contexte économique récent, la mise en place de politiques nationales nouvelles, la reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé du rôle des villes en matière de santé, sont autant de facteurs pouvant expliquer les motivations des élus locaux.

L'histoire politique et sociale de certaines villes, notamment des municipalités communistes, a favorisé l'émergence d'un premier modèle d'intervention municipale volontariste, centré sur l'accès aux soins des plus démunis.

Très impliquées dans le domaine de la santé, et ceci bien avant les lois de décentralisation, ces villes ont pris en compte les besoins de santé des habitants, notamment les couches de populations défavorisées, en organisant des services de soins municipaux importants et diversifiés. L'un des outils privilégiés de cette politique, est le centre de santé municipal, dont la vocation première est de faciliter l'accès aux soins. Mais ses activités s'étendent aussi à la prévention. La plupart de ces structures sont implantées en région parisienne.

I - 1. Une action traditionnelle renouvelée

Les lois de la décentralisation n'ont pas particulièrement élargi les compétences communales en matière de santé. Si le maire assure la présidence du Conseil d'administration de l'hôpital communal, son rôle en matière de santé publique, tel qu'il est défini par la loi, est très limité.

Les obligations légales des villes concernent essentiellement les domaines de l'hygiène et de la salubrité publique. Ces attributions ne datent d'ailleurs pas de la décentralisation. Les communes de plus de 20 000 habitants ont, en particulier l'obligation de mettre en oeuvre des mesures de désinfection en cas de maladies contagieuses. Les villes ont également une responsabilité en matière de vaccinations, à travers la tenue d'un fichier vaccinal.

La réglementation n'est cependant pas restrictive et laisse dans les faits toute latitude aux communes désireuses de s'impliquer plus avant dans la santé publique, par des actions directes ou par convention avec l'Etat ou le département.

Depuis la décentralisation, les communes ont par ailleurs la possibilité de gérer des services relevant de la compétence départementale -comme la Protection Maternelle et Infantile - en passant une convention avec l'échelon concerné.

Les textes juridiques régissant l'intervention communale en matière de santé publique demeurent empreints d'un certain "flou"¹² et peuvent donc être interprétés très différemment par les villes : les unes trouvent l'occasion d'assurer -en toute légalité- un "service minimum" ; les autres font au contraire le choix d'investir pleinement l'espace de liberté qui leur est laissé.

D'autres communes se sont investies plus tardivement dans les actions de santé, optant pour un modèle d'intervention indirecte. Le but est alors de faciliter les initiatives des acteurs de la santé, plutôt que de se substituer à eux. Les élus locaux interrogés par le CREDOC ont été amenés à faire de la santé une priorité municipale, d'abord en raison de la marginalisation de certaines populations pour lesquelles l'accès aux soins ne va pas de soi, et en second lieu à cause du développement de fléaux comme le Sida et la toxicomanie. Ces municipalités favorisent les actions d'information et de prévention plutôt que la prise en charge directe des soins. Dans ces villes, la santé a donc fait une entrée récente sur la scène locale.

Les deux logiques d'intervention à l'oeuvre dans les municipalités se reflètent dans les réponses données par les élus à la question "quelles sont les raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé?"

La marginalisation d'une partie de la population et la difficulté de l'accès aux soins constitue le thème de préoccupation majeure des 100 villes de plus de 15 000 habitants interrogées : 62% d'entre elles y voient l'origine de leur action en matière de santé, et ceci quelles que soient les traditions d'intervention des communes. Près d'un tiers des communes cite la montée du Sida et de la toxicomanie. Enfin, la tradition interventionniste de la commune et la sensibilité particulière des élus chargés de la santé sont mises en avant par 28% des villes.

¹²Pour une analyse plus détaillée des textes juridiques régissant l'intervention communale, on peut se reporter au dossier de la Revue du Haut Comité de la Santé Publique : "Actualité et dossier en santé publique", Les Collectivités locales et la santé publique, n°5, décembre 1993 et n°7, juin 1994.

Tableau n°40

**Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité
à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Raisons de l'intervention municipale (1)	%
Le manque d'information sur le SIDA, le développement de la toxicomanie, la montée de certains fléaux chez les jeunes	29
La marginalisation de certaines populations et la difficulté de l'accès aux soins (2)	38
Les politiques d'insertion de la commune, le développement social urbain (2)	24
Le nombre croissant de personnes âgées, le maintien à domicile	13
Le rôle d'information et de prévention de la ville	15
La demande de la population, des habitants, le résultat d'études sur la situation sanitaire communale	14
Une sensibilité particulière des élus à la santé, une tradition d'intervention municipale dans ce domaine	28
L'amélioration du cadre de vie, la préoccupation de l'environnement	4
Autre	8

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : La somme des pourcentages dépasse 100%, les élus pouvant donner plusieurs raisons

(2) : Pour plus de lisibilité et parce que les thèmes abordés découlent de la même problématique, ces deux rubriques seront ensuite regroupées sous une rubrique générale "Politiques d'insertion".

La montée du problème de la toxicomanie et du Sida est une raison décisive surtout dans les petites communes, entre 15 000 et 50 000 habitants. 32% d'entre elles voient dans l'apparition ou l'aggravation de ces deux phénomènes l'origine de leur intervention dans le champ de la santé. Cela est un peu moins vrai des grandes villes de 50 000 habitants et plus : 23 % d'entre elles citent ces thèmes comme une des principales raisons ayant conduit la municipalité à s'investir dans le secteur sanitaire.

Si la montée de l'exclusion, la précarisation d'une partie de la population et la difficulté de l'accès aux soins est l'élément décisif dans l'ensemble des communes toutes tailles confondues, les villes de plus de 50 000 habitants se sont légèrement senties un peu plus concernées par ce thème que les autres villes : 66% d'entre elles citent cette raison tandis que 60% des petites villes l'évoquent.

Enfin, l'amélioration de l'environnement et du cadre de vie n'est pas du tout pris en considération par les petites villes : seulement 1,5% d'entre elles l'évoquent comme une des raisons de leur intervention en matière de santé. En revanche, 9% des grandes villes y voient l'origine de leurs initiatives en matière de santé. La préoccupation environnementale et son lien direct avec la santé est à mettre en relation avec la manière dont les municipalités conçoivent leur rôle en matière de santé. Dans les grandes villes, la notion de santé est élargie au-delà du domaine médical et se rapproche de la définition de l'OMS de la santé, et du rôle nouveau que l'OMS voit pour les villes.

Tableau n° 41
 Les raisons de l'intervention municipale en matière de santé
 selon la taille des villes

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Raisons	Villes de moins de 50 000 habitants		Villes de 50 000 habitants et plus	
	Effectif	%	Effectif	%
Politiques d'insertion, pauvreté, accès aux soins, DSU	39	60	23	66
Sida, toxicomanie	21	32	8	23
Sensibilité des élus, tradition municipale	18	28	10	29
Demandes de la population	8	12	6	17
Information, prévention générale	10	15	5	14
Personnes âgées, maintien à domicile	8	12	5	14
Protection environnement	1	1,5	3	8,6
Autres	5	7,7	3	8,6

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Si l'on considère le critère politique, il se dégage quelques différences dans les motivations municipales, à la fois dans les thèmes et les publics cibles. Ainsi, la montée du Sida et de la toxicomanie est l'une des principales raisons qui ont conduit

les municipalités socialistes et apparentées à prendre des initiatives. 38% d'entre elles citent cette raison, contre 12,5% seulement des villes communistes et 27% des villes de droite. La marginalisation croissante d'une partie de la population et la difficulté de l'accès aux soins est une raison surtout évoquée par les communes socialistes (84%) et communistes (62,5%). La tradition municipale et la sensibilité particulière des élus apparaît surtout dans les villes communistes (37,5%) et socialistes (35%)

Le rôle d'information et de prévention de la ville est mis en avant par les municipalités de droite (22% des villes, contre 8% seulement des communes socialistes et apparentées) : ces villes mettent donc d'abord en avant une "philosophie" et un mode d'intervention plutôt qu'un domaine d'action ou un public particulier.

Le thème de l'accès aux soins et de la politique de santé en direction des publics défavorisés prime dans les municipalités communistes, au détriment d'une diversification au profit d'autres champs et d'autres types de populations. Ainsi, si l'amélioration du cadre de vie est un sujet de préoccupation relativement marginal pour les communes oeuvrant dans le domaine de la santé, il est tout à fait mis de côté par les villes communistes : 8% des communes socialistes citent ce domaine, alors qu'aucune ville communiste ne le mentionne. La priorité donnée à certains domaines par les villes communistes se manifeste également à travers la place très réduite qu'occupe le public des personnes âgées. Seulement 6% d'entre elles y font allusion, contre 15% des communes de droite et 13,5% des communes socialistes et apparentées. Ce choix tient en partie à la configuration sociologique des communes, mais il trouve également son origine dans la définition d'une politique de santé.

Les villes de moins de 15 000 habitants ont des préoccupations identiques : 36% d'entre elles citent la difficulté des populations les plus défavorisées à bénéficier de soins, ceci constitue la raison principale de leur intervention, bien avant le Sida, la toxicomanie ou la prévention en général.

Tableau n°42

Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?

- Enquête postale - villes entre 5 000 et 15 000 habitants -

Raisons de l'intervention municipale (*)	Effectif	%
La marginalisation de certaines populations et la difficulté de l'accès aux soins, les politiques d'insertion de la commune, le développement social urbain	53	36
Le rôle d'information et de prévention de la ville	32	22
La montée de certains fléaux (Sida, toxicomanie)	33	22
La prise en compte de la santé dans la politique de la commune en direction de l'enfance et de la jeunesse	28	19
Le nombre croissant de personnes âgées, le maintien à domicile	22	15
La demande de la population, des habitants, le résultat d'études sur la situation sanitaire communale	20	14
Le constat de la dégradation de la santé de la population	11	7
Une sensibilité particulière des élus à la santé, une tradition d'intervention municipale dans ce domaine	10	7
Le manque de structures de soins dans la ville	7	5
Autre	10	7

Source : CREDOC/RNSP - 1995

- (*) - La somme des pourcentages dépasse 100%, les élus pouvant donner plusieurs raisons
 - Les pourcentages ont été calculés en fonction des répondants

I-2. Le programme villes-santé de l'OMS, globalisation et pression nationale : les raisons de l'investissement

I - 2.1. "Villes-Santé"

Le programme "Villes-Santé" initié en 1986 par le Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé considère la ville comme un niveau d'intervention particulièrement pertinent pour appliquer une politique de promotion de la santé, dans le but d'apporter "la santé pour tous en l'an 2000". Pour l'OMS, l'échelon communal permet de résoudre les problèmes de santé au sens large, à travers les multiples champs de compétences municipales (transport, urbanisme, logement).

En 1974, le ministre canadien de la santé, Marc Lalonde, a été l'un des premiers à développer dans son rapport, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, la notion de stratégie de promotion de la santé, "*destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique*".

Cette approche de promotion de la santé sera, par la suite officiellement définie dans la charte d'Ottawa en 1986, comme "*le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre état de santé et d'améliorer celle-ci.*"

Le projet "Villes-Santé" a trouvé son expression française dans la création en 1987 d'un réseau comprenant aujourd'hui une trentaine de villes. Ces dernières se sont engagées à mener une politique globale de promotion de la santé, en concertation avec les habitants.

Le programme fixe pour les villes les nouveaux cadres de l'intervention en santé publique : le partage d'une même vision globale et positive de la santé entre décideurs, professionnels et habitants ; la préoccupation de mener des actions locales ; la mobilisation des partenaires publics et privés dans le but d'une coopération intersectorielle ; la participation des habitants dans les décisions et dans les actions concrètes ; la coopération interdisciplinaire entre les professionnels de différents secteurs.

Au-delà d'une certaine approche de la santé, le programme de l'OMS vise donc à promouvoir de nouvelles méthodes de travail fondées sur les principes de l'intersectorialité et de la participation. Par intersectorialité, on entend le "*processus*

par lequel les organismes autres que ceux concernés par la santé modifient leurs activités afin de contribuer plus amplement à la santé de la population." A travers le concept de participation de la population, le projet Villes-Santé donne "des rôles plus actifs à la population (...), fournissant aux citoyens un moyen d'agir directement sur les prises de décisions liées au projet et, de par cette action, sur les activités des services municipaux et d'autres organismes."¹³

Cette approche confère une nouvelle légitimité aux élus municipaux en matière de santé publique. *"Le maire a entre les mains le pouvoir d'agir dans de nombreux domaines qui ont à plus ou moins long terme à voir avec la santé : logements, transports, sécurité, solidarité, vie sociale et culturelle ... Il peut donc intervenir parallèlement sur un bon nombre de facteurs qui se conjuguent pour améliorer ou détruire la santé", écrit à ce titre Annette Sabouraud, maire-adjoint chargée de la santé de Rennes, et présidente du Réseau Français Villes-Santé.¹⁴*

I - 2.2. La politique de la ville

La mise en place des procédures de développement social urbain a également permis d'introduire le thème de la santé au coeur des préoccupations municipales, dans une politique globale d'insertion des publics en difficulté. En effet, l'accès à l'emploi et le logement ne suffit pas à garantir l'insertion. La santé en est également une composante.

La Délégation interministérielle à la ville a impulsé la promotion de la santé dans les programmes de la politique de la ville et a incité les communes concernées par les procédures DSQ à reconsidérer la santé comme une dimension importante de leur politique sociale.

Aujourd'hui, les Contrats de Ville qui remplacent les procédures de développement social des quartiers, intègrent pleinement la santé. *"La mise en oeuvre d'un volet santé dans un projet de DSU doit s'appuyer sur les principes essentiels du DSU que sont la responsabilité politique communale (ou intercommunale), la globalité, le partenariat et l'implication des habitants."¹⁵ Les actions préconisées doivent viser à réduire les inégalités dans l'accès aux soins, mais également à informer et éduquer les populations en difficulté.*

¹³Ving étapes pour réussir un projet Villes-Santé, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional Europe, 1992.

¹⁴Annette SABOURAUD : Politique municipale et santé, in Echanges Santé, n°66, juin 1992.

¹⁵Les contrats ville dans le XI^e plan, dossier ressources DIV.

Dans ce cadre, l'action de la commune en matière de santé acquiert une pleine légitimité dans la mesure où ce type d'initiative doit être mis en oeuvre sur un territoire donné, au plus proche des habitants.

Par exemple, la DIV incite depuis 1993 les municipalités à créer des réseaux santé de proximité. Ces réseaux -pour lesquels des crédits exceptionnels ont été dégagés par l'État- offrent à la population un lieu d'accueil, de prévention et d'orientation reconnu à la fois par les habitants et les professionnels. La mise en place de ces espaces est rendue possible par le déclouisonnement des professionnels du sanitaire et du social et une mise en commun des compétences.¹⁶

A travers le développement social urbain, les villes trouvent donc l'occasion d'expérimenter -avec plus ou moins de succès- des actions nouvelles sollicitant le concours de compétences multiples : partenaires institutionnels, professionnels de la santé, travailleurs sociaux, enseignants, associations.

I - 2.3. RMI et insertion professionnelle

La même démarche s'applique à des publics plus ciblés, notamment les bénéficiaires du RMI. Selon une enquête de la Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion (DIRMI)¹⁷, 40% des allocataires du RMI déclarent avoir des problèmes de 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."*¹⁸

La DIRMI souligne ainsi l'importance de la santé dans les démarches d'aide à l'insertion des RMistes : *"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*

¹⁶Circulaire Plan santé ville, DGS, DDASS, H, DIV, DIRMI, n°74, 2/12/93

¹⁷O. QUEROUIL, F. SCHAETZEL : *L'état de santé des bénéficiaires du RMI*, 1992

Voir aussi P. CROUTTE et M. GOUTORBE, *Les allocataires du RMI dans le Territoire-de-Belfort : demande de soins et offre sanitaire*, collection des rapports du CREDOC n°125, décembre 1992.

¹⁸*Les politiques d'insertion : la santé*, annexe IV, circulaire DIRMI n°93-04, 27 mars 1993.

*(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."*¹⁹

Si la santé n'était qu'un enjeu secondaire pour les élus municipaux, elle passe donc au premier plan dès lors qu'elle est insérée dans une politique plus globale de lutte contre l'exclusion. Les interventions municipales en direction des allocataires du RMI prennent des formes diverses : actions de promotion de la santé, organisation de consultations médicales, coordination des partenaires de terrain en vue d'une meilleure prise en charge.

**"Sur la piste de la santé" : un jeu d'éducation à la santé
conçu par des Rmistes à Grande-Synthe**

(Nord - 24 489 habitants)

En 1989, un groupe Santé réunissant des allocataires du RMI a été mis en place au Centre de Santé. Le but des réunions, animées par des professionnels de la santé, est de permettre aux Rmistes d'aborder des sujets tels que le stress, le mal de dos, le diabète, le cancer, les allergies, etc. L'initiative revient à la Mission Locale qui mène cette action en partenariat avec le Centre de Santé, des professionnels de la santé et des associations. Le financement est assuré conjointement par la municipalité et le Conseil Général. A l'issue de ces séances, le groupe a conçu un jeu, "Sur la Piste de la Santé", sur le modèle du "Trivial Pursuit".

Suivant une problématique similaire, les communes se sont montrées de plus en plus attentives aux problèmes de santé rencontrés par les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle. Des actions ont visé à combler le défaut de prise en charge sanitaire des jeunes sortis du circuit scolaire et non intégrés dans le milieu professionnel. Là encore, c'est dans le cadre de politiques globales d'insertion que les villes ont redécouvert la santé.

Ces divers outils -développement social urbain, missions locales, dispositifs RMI- permettent donc à certaines communes d'introduire au sein de la municipalité une problématique santé nouvelle et de la légitimer en la replaçant dans des politiques globales. La santé acquiert une visibilité nouvelle dans la lutte contre l'exclusion menée par les municipalités.

Ces outils permettent également aux communes dont l'intervention sanitaire est moins récente, de repenser leurs pratiques et renouveler leurs modes d'intervention.

¹⁹Op. Cit.

I - 2.4. La montée du Sida

Au-delà des lois de la décentralisation et des politiques globales dont l'objectif premier n'est pas la santé, l'Etat suscite la participation des communes sur des thèmes qui font l'objet de vastes campagnes nationales très médiatisées. La lutte contre le Sida, les campagnes anti-tabac sont des exemples de ces priorités définies au plan national. L'Etat voit dans les communes un relais permettant de diffuser localement ces messages.

En ce qui concerne le Sida, l'Agence Française de Lutte contre le Sida a tenté -par l'intermédiaire des Journées mondiales de lutte contre le Sida- de mobiliser directement les maires sur ce thème, en insistant notamment sur l'importance de la proximité. Les communes ont donc été vivement incitées à mener à leur échelle des actions d'information et de prévention auprès des habitants : distribution de préservatifs, expositions, journées-débats, affiches, etc.

Dans les faits, la pression nationale concernant le Sida a donné lieu à une mobilisation importante des communes, même des plus petites. Ainsi, interrogées sur les actions menées depuis 1989, 78% des 100 villes de plus de 15 000 habitants indiquent qu'elles ont pris des initiatives d'information et de prévention dans ce domaine. De même, 45% des communes de moins de 15 000 habitants ont mené des actions d'information et de prévention ayant trait au Sida.

Si les campagnes nationales ont donc -en particulier pour le Sida- été très largement reprises par l'ensemble des villes françaises, les actions elles-mêmes sont d'une grande disparité, de la simple diffusion de brochures à la mise en place de journées de formation approfondies pour les acteurs locaux.

I - 3. Les objectifs des villes en matière de santé

La dégradation de la situation économique a eu pour conséquence de creuser les écarts dans l'accès aux soins de populations fragilisées. Placées en première ligne face à la montée des exclusions, les communes ont été sensibilisées à l'émergence de ces nouvelles situations de précarité, mal connues des systèmes de protection et d'aide sociale. En effet, la difficulté qu'ont les populations défavorisées à accéder aux soins appelle des interventions diversifiées afin de faciliter l'accès aux soins. Les blocages d'ordre culturel, psychologique et social de ces populations justifient qu'au-delà de l'aide strictement médicale, se mettent en place des actions plus globales de

promotion et d'éducation pour la santé. La nécessité d'un travail préventif de fond adapté aux spécificités des publics en difficulté donne donc aux communes un rôle particulier à jouer, complémentaire de la prise en charge médicale.

Ce nouvel enjeu, les communes l'ont bien compris : interrogées sur leurs objectifs prioritaires en matière de santé publique, 52% des villes de plus de 15 000 habitants citent l'accès aux soins et la promotion de la santé auprès des populations en difficulté.

Tableau n°43
Les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Les objectifs prioritaires	% (1)
Promotion santé des populations défavorisées, accès aux soins, lutte contre l'exclusion	52
Prévention globale des maladies et handicaps	37
Lutte contre la toxicomanie	26
Actions en faveur des personnes âgées, maintien à domicile	18
Actions en faveur des enfants et des jeunes	15
Actions d'information et de prévention sur le Sida	14
Réduction consommation alcool et tabac	11
Amélioration cadre de vie, réduction des pollutions	10
Création ou amélioration de structures de soins	6
Actions en faveur des handicapés	4
Coordination d'actions	4
NSP	2

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant avoir plusieurs objectifs prioritaires.

37% des communes citent également comme objectif prioritaire de leur politique de santé la prévention globale des maladies et des handicaps: sans indiquer un thème d'action précis, les élus expriment davantage une certaine vision de la forme que devrait prendre l'intervention communale.

La lutte contre la toxicomanie est mise en avant par un peu plus d'un quart des communes. Les actions en direction des personnes âgées et le maintien à domicile sont citées par 18% des communes. Enfin la lutte contre le Sida qui apparaît pourtant comme l'un des domaines dans lequel les villes se sont le plus investies récemment, n'est un objectif prioritaire que pour 14% des municipalités.

Pour les 100 villes de plus de 15 000 habitants interrogées, on note donc un certain recul des missions traditionnelles de santé. Le domaine des vaccinations, en particulier, est en recul. L'approche environnementale de la santé (surveillance de la qualité de l'eau et de l'air, réduction des pollutions) est également peu présente .

Dans certaines villes, la nécessité de traiter en priorité certains problèmes -toxicomanie, précarité- a conduit les municipalités à restructurer leurs services et moyens en fonction de ces nouveaux objectifs, et au détriment d'activités plus traditionnelles. Par exemple, la ville de Roubaix s'est dotée en 1990 d'un service municipal spécifique de lutte contre la toxicomanie qui comprend une équipe de six personnes. En contrepartie, la municipalité a dû fermer ses centres de soins infirmiers.

Dans les villes de moins de 15 000 habitants, la prévention est un mot-clé, et indique de la part des communes une volonté de définir une mission municipale spécifique en matière de santé, complémentaire du système de soins. La lutte contre les dépendances (drogue, alcool, tabac) est également un objectif prioritaire. Enfin, la santé des personnes âgées représente un autre objectif, essentiel pour les municipalités de cette taille.

Tableau n°44
Les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé

- Enquête postale - villes de 5 000 à 15 000 habitants -

Les objectifs prioritaires	Effectif	% (1) et (2)
Lutte contre les dépendances	63	37
Prévention	52	30
Actions en faveur des personnes âgées, maintien à domicile	49	29
Actions en faveur des enfants et des jeunes	47	27
Actions Sida	43	25
Promotion santé des populations défavorisées, accès aux soins	37	22
Organisation du partenariat, soutien et coordination d'actions	18	11
Création ou amélioration de structures de soins	14	8
Promotion de l'hygiène de vie (alimentation, bucco-dentaire)	14	8
Actions de vaccinations	8	5
Amélioration cadre de vie, environnement	7	4
Autres	16	9

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant avoir plusieurs objectifs prioritaires.

(2) : Les pourcentages ont été calculés en fonction des répondants.

Tableau n°45
**Les objectifs prioritaires des villes en matière de santé
selon l'ancienneté de leur délégation santé**

- Villes de plus de 15 000 habitants - effectifs -

Les objectifs prioritaires	Délégation ancienne	Délégation récente	Pas de délégation
Promotion santé pop. défavorisées, accès aux soins, lutte exclusion	24	12	13
Prévention globale maladie et handicaps	16	9	12
Lutte contre la toxicomanie	11	6	8
Actions en faveur des personnes âgées, maintien à domicile	9	2	7
Actions en faveur des enfants et des jeunes	6	2	4
Actions information et prévention sur le Sida	5	4	5
Réduction consommation alcool et tabac	6	2	3
Amélioration cadre vie, réduction pollutions	4	1	5
Création, amélioration de structures de soins	0	1	0
Actions en faveur des handicapés	2	1	1
Coordination d'actions	2	1	1
NSP	1	0	1

Source : CREDOC/RNSP - 1995

L'histoire de la délégation santé a son importance dans la définition des objectifs de santé publique. Pour les villes de plus de 15 000 habitants, la préoccupation de l'information et de la prévention générale domine surtout dans les délégations récentes : 41% d'entre elles en font un objectif prioritaire, ce qui est le cas pour 34% des délégations anciennes. 44% des villes qui n'ont pas de délégation spécifique sont également attachées à ce thème. Plutôt que d'identifier un domaine précis d'intervention ou un public cible, ces villes ont cherché à définir la spécificité de leur rôle en matière de santé : la prévention, l'information. Les municipalités établissent en premier lieu un mode de fonctionnement et des principes généraux qui les guideront dans leurs actions. Le fait que ce soit surtout des délégations récentes qui raisonnent en termes de méthodes de travail plus que sur des thématiques particulières est à ce titre révélateur : les villes nouvelles venues sur le champ de la santé sont celles qui doivent justement passer par une réflexion globale sur les modes d'intervention et les stratégies à mettre en oeuvre, avant même de définir des thèmes d'action plus précis. Les communes plus "expérimentées" en la matière ont déjà passé cette étape de réflexion sur les moyens et le savoir-faire particulier qu'une municipalité peut apporter en matière de santé.

La lutte contre la toxicomanie est également une préoccupation commune à toutes les municipalités, quel que soit leur mode d'organisation : 27% des délégations nouvelles en font un objectif prioritaire, tout comme 30% des villes n'ayant pas de délégation. Ce thème est légèrement moins présent chez les délégations anciennes, puisqu'il n'est cité que par 23 % d'entre elles.

L'aide aux plus démunis et l'accès aux soins est ressenti de manière semblable par l'ensemble des délégations : 54% des délégations récentes en font un axe prioritaire de leur politique de santé tandis que 51% des délégations anciennes mettent l'accent sur cette dimension. Enfin, 48% des villes dépourvues de délégation santé spécifique évoquent ce thème.

Sur ce volet, une différenciation s'opère cependant entre les communes quant au mode d'intervention auprès des populations en difficulté : alors que les délégations anciennes mettent l'accent sur l'accès aux soins (30% d'entre elles le citent, contre 18% des délégations nouvelles), les équipes municipales issues de délégations récentes privilégient une approche plus globale, et visent notamment à promouvoir une politique de promotion de la santé en direction des publics en difficulté en lien avec une démarche d'insertion économique et sociale, et moins axée sur la dimension stricte de soins. Pour les délégations récentes, le volet santé entre dans le cadre d'un projet plus global de lutte contre l'exclusion, tandis que les délégations plus anciennes ont tendance à recentrer la santé sur la dimension de soins. Seulement 7% des villes qui n'ont pas de délégation santé, mettent l'accent sur l'accès aux soins, privilégiant ainsi, elles aussi, un projet global d'insertion.

Les objectifs municipaux en matière de santé peuvent être confrontés aux deux grandes tendances de l'intervention municipale décrites plus haut : la santé comme champ traditionnel de l'action communale d'une part, et la santé comme mission nouvelle de la municipalité d'autre part. Il apparaît qu'à partir d'une tradition d'intervention différente au départ, les communes impliquées dans la santé se rejoignent dans les domaines d'intervention. On aboutit ainsi à des préoccupations actuelles similaires : lutte contre l'exclusion, sensibilisation aux inégalités dans l'accès aux soins. A ce titre, il semble que le "renouveau" de la santé observé depuis quelques années dans les communes soit en réalité une résurgence de préoccupations anciennes. En effet, l'une des raisons de la prise d'initiative de certaines municipalités dès les années 50 tenait à la difficulté de l'accès aux soins. La création de centres de santé a en partie permis de résoudre ce problème. Si la généralisation de la couverture sociale a pour un temps remis en cause l'utilité de telles structures, le développement actuel de la précarité remet la réflexion sur l'accès aux soins à l'ordre du jour. Parallèlement, le contexte actuel de développement de situations de précarité a conduit certaines délégations plus récentes à engager elles aussi une réflexion nouvelle dans le domaine de la santé.

En fin de compte, ce thème a mobilisé de nouveaux acteurs dans la santé, et au premier chef les communes qui jusqu'alors s'étaient senties peu concernées par la santé. Mais cette évolution a également permis de relégitimer et de solliciter à nouveau des communes plus expérimentées dans le champ de la santé.

L'hypothèse selon laquelle ces deux sensibilités et traditions municipales se rejoignent sur un objectif commun est confirmée par le fait que la lutte contre l'exclusion est le cheval de bataille aussi bien des communes dont la délégation est ancienne que celles dont la délégation est toute récente.

En matière de santé, les objectifs des villes de plus de 15 000 habitants varient sensiblement selon les appartenances politiques. Ainsi, si la politique d'information et la prévention est un objectif commun à l'ensemble des villes, toutes tendances politiques confondues, l'aide aux plus démunis et l'accès aux soins est l'objectif prioritaire de 75% des villes communistes, devant les villes socialistes et apparentées (51,5%) et de droite (41,5%). Dans ce domaine, on distingue plus particulièrement une politique de prévention et de promotion de la santé auprès des publics en difficulté -qui est davantage le fait des communes de gauche non communistes- et un mode d'intervention plus centré sur l'accès aux soins, ce qui est le choix de municipalités communistes (44% d'entre elles le mentionnent, contre 13,5% des villes socialistes et apparentées).

Tableau n°46
 Les objectifs des villes en matière de santé
 selon l'appartenance politique

- Villes de plus de 15 000 habitants - effectifs -

Les objectifs prioritaires	Villes communistes	Villes de gauche non communistes	Villes de droite	Autres
Promotion santé pop. défavorisées, accès aux soins, lutte exclusion	12	19	17	0
Prévention globale maladies et handicaps	5	12	15	3
Lutte contre la toxicomanie	5	10	10	1
Actions en faveur des personnes âgées, maintien à domicile	1	8	8	1
Actions en faveur des enfants et des jeunes	0	6	5	2
Actions information et prévention sur le Sida	2	3	8	0
Réduction consommation alcool et tabac	1	7	3	0
Amélioration cadre vie, réduction pollutions	1	5	4	0
Création, amélioration de structures de soins	0	0	2	0
Actions en faveur des handicapés	0	2	2	0
Coordination d'actions	0	2	2	0
NSP	0	0	2	0

Source : CREDOC/RNSP - 1995

La lutte contre la toxicomanie est un objectif largement partagé par les municipalités, quelle que soit leur appartenance politique, avec un petit avantage aux villes communistes (31% contre 24% des villes de droite).

En revanche, la lutte contre le Sida est l'objectif prioritaire des communes de droite : 19,5% d'entre elles citent ce thème, suivies par 12,5% de villes communistes. Par ailleurs, le développement ou la création de structures médicales est un objectif privilégié uniquement par les communes de droite (5%). Aucune ville de gauche ne le cite. Cette différence tient en partie au fait que ce sont les villes de droite -comme l'a révélé l'indicateur sur les structures municipales de santé- qui sont le moins bien équipées. Ce sont donc ces municipalités qui donnent une priorité à la mise en place de structures.

Enfin, l'amélioration du cadre de vie et de l'environnement n'est pas un objectif prioritaire dans la politique de santé des villes communistes : seulement 6% d'entre elles le citent, contre 13,5% de communes de gauche non communistes.

II - PERCEPTION DE LA SANTÉ PAR LES ÉLUS

II - 1. Définitions de la santé : de la non-maladie au bien-être global

Dans les définitions de la santé, deux approches principales peuvent être dégagées. La première est restrictive, associant la santé à la dimension médicale. La deuxième est plus globale et multidimensionnelle, intégrant la santé aux différents aspects de la vie humaine.

"La première approche est centrée sur la maladie et sur les facteurs fragilisants qui concourent au déclenchement ou à l'aggravation d'une maladie. Dans cette optique, la santé est définie négativement : conçue comme le "silence des organes", l'absence originelle de la maladie, elle est l'état qu'il s'agit de retrouver à travers la guérison. Dans la deuxième approche, la santé est définie positivement comme un état d'équilibre entre l'individu et son environnement, l'intérêt se portant sur les facteurs susceptibles de préserver un tel équilibre en dépit de la survenue d'éléments déstabilisants", écrit Silla Consoli.²⁰

Pour l'OMS, "la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social." La prise en compte au niveau local de la définition de l'OMS suppose d'adopter une démarche nouvelle, fondée sur le principe d'intersectorialité. Le logement, l'environnement, l'éducation sont autant de domaines qui contribuent à la santé. Les municipalités -selon les principes du programme Villes-Santé- doivent promouvoir une organisation interne favorisant la mise en commun des savoirs et des méthodes.

Dans les villes membres du Réseau Villes Santé, la difficulté à mettre en oeuvre le principe d'intersectorialité s'explique en partie par la référence médicale encore fortement attachée au terme de santé. "Le problème, c'est que dès qu'on parle de santé, les gens voient la maladie, l'hôpital, le médecin, le pharmacien et c'est tout. Il faut faire admettre cette idée que la santé, ce n'est pas simplement la non-maladie, et que ce n'est pas obligatoirement une affaire de médecins," indique l'adjoint aux Affaires sociales et sanitaires d'Amiens.

Cette approche restrictive de la santé constitue notamment un frein puissant à la mobilisation des élus d'autres services municipaux. "Quoi qu'on fasse, on doit sans

²⁰Silla CONSOLI : "Influence des événements de vie et du soutien social sur la santé, in : La ville, Courrier du CNRS, n°81, été 1994.

arrêt retravailler et reconvaincre sur la notion de santé globale. Parce que la santé, c'est aujourd'hui un mot qui continue à référer à la maladie, au sanitaire et aux médecins", déplore-t-on à Saint-Denis. "Ce n'est pas pour rien que quand on fait une formation, un colloque, une réunion et qu'on dit santé, on voit d'abord venir les gens du sanitaire. C'est toujours très difficile de se repositionner dans une vision plus globale".

"J'ai remarqué une chose, les hommes politiques ne savent pas ce qu'est la santé, ils ont très peur de la santé, ils ne comprennent rien" indique le conseiller municipal délégué à la santé de Mulhouse. "Je crois que les autres élus sont toujours d'accord pour une action de santé publique dans le domaine du Sida, de la toxicomanie, ou de l'hygiène en général. Mais je n'ai pas encore réussi à leur faire passer un message en disant que tout pourrait être considéré du domaine de la santé, qu'on fait de la santé sans le savoir, et que l'on pourrait presque avoir une sorte de réflexe santé à chaque fois. Cela, on n'est pas encore arrivé à le faire."

Lever l'ambiguïté liée à la définition de la santé -médicale ou globale- constitue un enjeu fondamental pour la politique municipale de santé. Cela conditionne le passage d'une politique sectorielle à une politique transversale.

"L'engagement de Saint-Denis au-delà des compétences réglementaires n'est pas forcément qu'un avantage, dans la mesure où on est repéré comme santé au sens sanitaire, avec les centres de santé, etc. C'est donc plus difficile vis-à-vis des partenaires extérieurs avec lesquels on veut travailler : c'est difficile de sortir du champ du soin et de la prévention sanitaire et de tenir un discours sur la santé globale, et de travailler avec l'urbanisme par exemple", note le maire-adjoint chargée de la santé à Saint-Denis.

Dans une ville comme Montpellier, on évite d'utiliser le terme de santé, trop connoté : on parle donc de "solidarité" et de "cadre de vie". *"On est passé d'une vision de la santé traditionnellement liée à la thérapie à une définition qui se rapproche du cadre de vie et de l'environnement. Il n'y a pas un élu qui s'occupe de santé, c'est une politique globale. Avant, il y avait un élu qui s'occupait de la santé au sens traditionnel du terme. A présent, chaque élu prend cette dimension d'environnement et de qualité de vie en compte quand il a une décision à prendre dans son secteur", indique le maire-adjoint.*

En dehors des villes membres du Réseau OMS Villes-Santé, les élus chargés de la santé dans les communes de plus de 15 000 habitants interrogés, sont partagés entre deux types d'approches révélés par la place qu'ils donnent à la santé.

Tableau n° 47
La santé, priorité de l'action municipale ?

- Villes de plus de 15 000 habitants -

La santé, priorité municipale	%
Oui	55
Non	45
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

55% des élus chargés de la santé indiquent que la santé est une priorité de l'action municipale.

Pour justifier ce choix, les élus invoquent deux raisons. Pour les uns, la santé est priorité municipale car elle est liée au bien-être global. Pour les autres, la santé est priorité municipale dans la mesure où elle fait partie de la lutte contre l'exclusion et des objectifs de réinsertion sociale que s'est fixée la ville. C'est là deux visions de la santé qui apparaissent.

Dans les deux cas, la notion de santé est élargie au-delà du domaine médical. A ce titre, la santé n'est plus seulement "l'affaire des médecins", mais l'affaire de tous, des citoyens, comme des élus. Elle peut donc légitimement devenir une priorité de l'action municipale.

Tableau n°48
Pourquoi la santé est-elle une priorité municipale ?

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Raisons (1)	Effectif	%
La santé fait partie d'un bien-être global	29	52,7
La santé fait partie de la lutte contre l'exclusion sociale	25	45,4
Autres	10	18,2

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : la somme des pourcentages est supérieure à 100, les élus pouvant définir leur rôle de plusieurs façons.

- **un élargissement à la notion d'insertion sociale** : pour une large majorité des villes, la santé n'est pas distincte de la politique d'insertion et de lutte contre l'exclusion. La santé n'est pas définie comme priorité en tant que telle, mais est associée à une réflexion plus globale sur l'exclusion et la précarité. La santé n'est donc pas envisagée comme un champ d'action à part entière, mais comme l'un des aspects de la lutte contre l'exclusion. Les élus ont pris conscience de la complexité des problèmes auxquels sont confrontées les personnes en difficulté. La politique d'insertion ne saurait donc se concentrer sur quelques domaines, comme l'emploi ou le logement. Elle doit favoriser une approche globale et préventive des problèmes de l'individu, plutôt qu'une action morcelée. La santé prend alors sa place dans ce projet global de lutte contre l'exclusion.

- **un élargissement à la notion de bien-être global et de qualité de vie** : l'attention plus grande ces dernières années que portent les élus locaux à l'environnement et la qualité de vie les a conduits à intégrer la santé dans une démarche globale de protection du cadre de vie et de prise en compte de la santé dans toutes les dimensions de la vie quotidienne. Le fait que certaines villes aient au sein de leurs services communaux d'hygiène et de santé regroupé les activités d'environnement et de santé témoigne de cette évolution et de cette nouvelle approche de la santé.

Parmi les élus qui en revanche indiquent clairement que la santé ne représente pas une priorité municipale (45%), peu nombreux sont ceux qui mettent en avant un cadre légal d'intervention peu contraignant pour justifier ce choix. La raison la plus fréquemment citée est qu'il y a d'autres thèmes plus importants -tels l'emploi et le logement- qui doivent être traités avant la santé. Ici, la santé est entendue dans un sens plus restrictif.

II- 2. La spécificité du rôle communal en matière de santé

Rejoignant sur ce point les textes de l'OMS, 46% des élus des villes de plus de 15 000 habitants pensent que le niveau d'intervention le plus pertinent pour améliorer l'état de santé de la population est d'abord celui de la commune, en raison de la proximité aux habitants. L'action communale acquiert donc une légitimité spécifique, tandis que le rôle des départements en matière d'action sanitaire -pourtant bien défini au regard des lois de la décentralisation- n'est que faiblement pris en compte par les élus municipaux. Peut-être faut-il repérer dans la faible considération que recueille l'échelon départemental l'indice d'un partenariat département-commune difficile à mettre en oeuvre pour la réalisation d'actions de santé concrètes.

Tableau n°49
**Le niveau d'intervention le plus pertinent
 pour améliorer l'état de santé de la population**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Niveau d'intervention	%
La commune	46
Le département	12
La région	1
L'Etat	25
Total	100

Source : CREDOC/RNSP - 1995

Ces résultats diffèrent de la perception de la population qui ne reconnaît qu'un rôle mineur à la commune en matière de santé. En effet, selon une précédente enquête du CREDOC, près d'une personne sur trois estimait que la politique de santé devait être mise en oeuvre de façon prépondérante au niveau de la France, tandis que 26% privilégiaient l'échelle européenne. Au total, 57% des personnes interrogées n'envisageaient la politique de santé que dans un cadre territorial vaste. A l'inverse, la priorité accordée à l'échelon communal ne recueillait que 14% d'avis favorables et les collectivités territoriales intermédiaires, département et région, se situaient à 10% pour chacune d'entre elles. ²¹

Devant la faible reconnaissance par la population de la légitimité communale en matière de santé, on peut s'interroger sur la motivation et le degré de participation des habitants à des projets de santé "communautaire" les associant étroitement à une initiative communale.

Dans la conception que les élus ont de leur rôle en matière de santé, deux approches prédominent. D'une part, pour 63% des élus interrogés, le rôle d'une commune est de mener des campagnes de prévention et d'orienter la population sur les structures sanitaires existantes. D'autre part, 42% estiment que cette mission consiste à coordonner et soutenir les actions des intervenants en santé. Enfin, la lutte contre l'exclusion et l'accès aux soins constituent le troisième domaine que s'attribuent 29% des communes.

²¹Patricia CROUTTE, Michel LEGROS : La perception de la santé en France, CREDOC, février 1993.

Tableau n°50
Le rôle principal d'une ville et de ses élus en matière de santé

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Le rôle d'une ville et de ses élus en matière de santé (1)	%
Mener des actions d'information et de prévention ; informer et orienter la population sur les structures existantes (2)	63
Coordonner et soutenir les actions des intervenants en santé	42
Lutter contre l'exclusion et aider les plus démunis , faciliter l'accès aux soins (3)	29
Répondre à des demandes spécifiques de la population	15
Améliorer le cadre de vie, l'environnement	6
Lutter contre la toxicomanie	3
Mener des actions pour les personnes âgées, développer des services de maintien à domicile	3
Autres	5

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) : la somme des pourcentages est supérieure à 100, les élus pouvant définir leur rôle de plusieurs façons.

(2) : Mener des actions d'information et de prévention : 45% ; informer et orienter la population sur les structures existantes : 18%

(3) : Lutter contre l'exclusion et aider les plus démunis: 16%; faciliter l'accès aux soins : 13%

La lutte contre l'exclusion mise à part, la spécificité de l'action communale en matière de santé s'articule autour de deux types d'intervention : certaines municipalités privilégient une intervention directe tandis que d'autres se considèrent comme ayant d'abord un rôle de coordination des actions externes.

Tableau n° 51
**Le rôle d'une ville et de ses élus en matière de santé
selon la taille de commune**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Le rôle d'une ville et de ses élus en matière de santé (1)	moins de 50 000 h.		50 000 h. et plus	
	Effectif	%	Effectif	%
Mener des actions d'information et de prévention	44	67,7	19	54,3
Coordonner et soutenir les actions des intervenants santé	28	43	14	40
Lutter contre l'exclusion	17	26,1	12	34,3
Répondre à des demandes spécifiques	11	16,9	4	11,4
Améliorer l'environnement	2	3	4	11,4
Lutter contre la toxicomanie	2	3	1	2,8
Mener des actions pour les personnes âgées, développer le maintien à domicile	1	1,5	2	5,7
Autres	4	6,1	1	2,8

Source : CREDOC/RNSP - 1995

L'approche "environnementale" de la santé est surtout prise en compte par les grandes villes. 11% des villes de 50 000 habitants et plus citent l'amélioration du cadre de vie et de l'environnement comme faisant partie du rôle de l'élus en matière de santé, alors que 3% seulement des villes de moins de 50 000 habitants mettent en avant ce thème.

Le rôle d'information et de prévention des municipalités est cité massivement par l'ensemble des élus. Cependant, ce rôle est davantage reconnu par les petites villes : 67,5% d'entre elles insistent sur la dimension de prévention, contre 54,5% des grandes villes.

La lutte contre l'exclusion est évoquée par 34% des grandes villes de 50 000 habitants et plus qui considèrent ainsi que le rôle d'une municipalité doit être de faciliter l'accès aux soins des populations défavorisées et de mener une politique de promotion de la santé ciblée sur les publics en difficulté. Ce rôle social de la commune est mis en avant par 26% des petites communes de moins de 50 000 habitants.

L'ensemble des délégations, quelles que soient leur ancienneté et leur histoire, a une conception identique de leur rôle en matière de santé : le premier rôle d'une ville et de ses élus est de mener des campagnes d'information et de prévention (68% des délégations récentes, et 66% des délégations anciennes). Il en va de même pour le rôle municipal de coordination et de soutien aux actions, autant évoqué par les délégations anciennes que par celles qui se sont mises en place plus récemment.

L'appartenance politique n'apparaît pas non plus comme un critère très différenciateur quand on en vient à la conception même de ce que doit être le rôle d'une ville et de ses élus en matière de santé. Ainsi, le rôle d'information, de prévention et d'orientation de la ville est mis en avant à la fois par 69% des municipalités communistes et 69% des villes de droite.

Une différence plus nette concerne la lutte contre l'exclusion et l'accès aux soins, un thème surtout privilégié par les villes communistes : 62,5% d'entre elles évoquent ce thème contre 19 % seulement des municipalités de droite et 24% des villes PS et apparentées.

La santé est donc depuis quelques années un axe prioritaire de l'intervention municipale. Les élus municipaux ont particulièrement pris conscience du rôle qu'ils peuvent jouer dans ce secteur en organisant des actions de prévention et d'information sanitaire. Ils sont également sensibles aux inégalités flagrantes en matière d'accès aux soins et centrent leurs efforts sur les populations en difficulté.

III - ACTIONS DE SANTÉ ET POLITIQUE DE SANTÉ

III - 1. Des glissements entre les objectifs et les réalisations

II - 1. 1. Les réalisations privilégiées par les élus : les structures avant la prévention

Alors que les actions des communes semblent parfois manquer de cohérence et ne sont pas toujours structurées dans la durée, les réalisations privilégiées par les élus locaux ne correspondent pas toujours aux objectifs affichés en matière de santé.

En effet, interrogés sur leurs priorités, les élus mettent l'accent sur une valorisation de la santé conçue comme un tout. Ils attachent une importance toute particulière à la dimension de la prévention, et s'efforcent de faire sortir la santé du monde médical. Dans les pratiques pourtant, on constate plutôt un intérêt pour les structures de type soignantes : services d'aide à domicile et de soins aux personnes âgées.

Ainsi, les élus des villes de plus de 15 000 habitants devaient au terme du questionnaire, retenir la ou les réalisations qui leur paraissaient le mieux illustrer la démarche de leur commune en matière de santé. Ce choix est révélateur d'une certaine conception de la santé, et met à jour un décalage entre les discours et les réalisations

En effet, si une majorité des élus donne de la santé une définition élargie dépassant le cadre médical, les réalisations qu'ils placent en avant mettent surtout l'accent sur les structures de soins et la contribution de la ville au développement ou à la modernisation de services sanitaires. Ainsi, la réalisation la plus citée concerne les actions et services en direction des personnes âgées ou dépendantes : services d'aide au maintien à domicile, soins infirmiers, maisons d'accueil médicalisées... 37% des communes évoquent ce type d'action comme la plus représentative de leurs démarches en matière de santé. Ce choix montre combien un type d'intervention -les équipements médicaux, les services de soins spécifiques- priment sur une approche transversale de promotion de la santé. Ce constat est renforcé par l'importance qu'accordent les élus au développement ou à la modernisation de structures de soins (16%).

Si les élus reconnaissent l'intérêt de développer une réflexion sur la mise en place d'une politique globale de santé publique, fondée sur une démarche interpartenariale, la visibilité immédiate de nouveaux équipements et services offrant des soins contribue à façonner une certaine pratique municipale à court terme.

"La santé, ce n'est pas la priorité numéro 1 de l'ensemble des élus, pour une raison très simple : la santé, c'est quelque chose qui ne se voit pas, qui ne s'inaugure pas, qu'il est très difficile de mettre en valeur. D'autre part, chacun a plus ou moins de sensibilité à ce genre de problèmes. C'est un travail de longue haleine".

Maire-adjoint chargé de la santé à Amiens

Tableau n°52
**Les réalisations qui illustrent le mieux les objectifs et la démarche
 de la commune en matière de santé**

- Villes de plus de 15 000 habitants -

Réalisations (1)	%
Les actions et services en direction des personnes âgées ou dépendantes (2)	37
Les actions d'information et de prévention pour les enfants et des jeunes	29
La prévention des dépendances (toxicomanie, alcool, tabac)	26
Le développement ou modernisation de structures de soins	16
Le soutien et coordination d'actions	13
La prévention en général	10
La lutte contre le Sida	9
Les actions en faveur des populations démunies, accès aux soins	9
Les actions en faveur des vaccinations	6
Les actions en direction des handicapés	4
Autres	1
NSP	6

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) La somme des pourcentages dépasse 100, les élus pouvant citer plusieurs réalisations.
 (2) Cette rubrique comprend : le développement de services de maintien à domicile (12%), les maisons d'accueil et structures de soins (15%) et diverses actions d'information et de prévention (10%).

Les villes dont la délégation santé est antérieure à 1983 mettent particulièrement en avant la prévention des dépendances (citée par 32% des délégations anciennes, contre 23% des délégations récentes). Les actions en direction des enfants et des jeunes sont évoquées par 34% des délégations anciennes, contre 14% des délégations récentes. La mise en place ou le développement de structures médicales est mentionnée par 23% des délégations anciennes, contre 9% des délégations récentes.

A travers la sélection par les villes des réalisations qui leur paraissent être les plus représentatives de leur démarches, apparaissent donc les thèmes de prédilection traditionnels des délégations anciennes : la protection de l'enfance et de la jeunesse d'une part et le développement de structures de soins dans la commune.

Les villes dont la délégation santé a été mise en place plus récemment insistent davantage sur les campagnes d'information et de prévention qu'elles ont menées durant le mandat, sans dégager un thème plus particulier. Pour ces délégations, le mode d'intervention et le choix d'une méthode de travail spécifique -la prévention par rapport au soin- prime donc sur le thème d'action.

La création ou le développement de structures médicales (références à l'hôpital, aux établissements spécialisés) est un thème retenu en priorité par les élus dont la profession est sans rapport avec le domaine social ou sanitaire : 30% de ces communes citent ce thème comme la réalisation qui illustre le mieux la démarche de la ville en matière de santé, tandis que 14% seulement des villes dont l'élue est un professionnel de la santé mettent l'accent sur ce type de réalisations. Cela confirme bien que l'appartenance à un groupe professionnel ne conditionne pas une perception de la santé particulière : ainsi les élus médecins ne soutiennent pas en priorité des réalisations municipales fortement liées à la dimension médicalisée de la santé.

Les communes de droite ont un public privilégié : les personnes âgées. 39% de ces municipalités mettent en effet en avant les réalisations à destination de cette population. Par contraste, aucune ville communiste n'a évoqué ce type d'actions, tandis que les villes socialistes et apparentées sont à mi-chemin (19%).

La prévention des dépendances est massivement citée par les villes communistes : 81% d'entre elles retiennent ce type de réalisation comme représentative de leur démarche, contre 24% des communes de droite et 8% des communes de gauche non communistes.

Le public cible des municipalités communistes est davantage les enfants et les jeunes : 31% de ces municipalités citent les actions en direction de cette population comme celles qui illustrent le mieux leur démarche en matière de santé.

L'information générale, la politique globale de prévention est un axe retenu surtout par les villes de gauche non communistes (16% d'entre elles contre 6% des villes communistes). Cela montre que les villes socialistes privilégient davantage une stratégie de diversification de leurs actions et appliquent surtout un mode d'intervention -la prévention- plutôt que de se concentrer sur quelques domaines et publics particuliers, comme c'est davantage le cas dans les villes communistes .

La mise en place ou la modernisation de structures médicales est une réalisation surtout mise en avant par les villes communistes : 25% d'entre elles le mentionnent, contre 15% des villes de droite. Si les villes communistes ont fait des efforts pour développer l'offre de soins communale, elles ne négligent pas d'autres formes d'intervention : 12,5% des villes communistes en effet évoquent le soutien aux associations et la coordination d'actions extérieures à la municipalité dans le domaine de la santé, ce qui n'est le cas que de 5% des villes socialistes et apparentées et 5% des villes de droite.

III - 1.2. Le Sida : l'action avant la réflexion

Le décalage entre les objectifs et les réalisations apparaît également à propos d'autres mesures. Ainsi, l'intervention en matière de lutte et de prévention du Sida n'est que rarement identifiée comme une priorité par les communes : seulement 14% des 100 villes de plus de 15 000 habitants interrogées en font un objectif de leur politique de santé. Pourtant, concrètement, l'action Sida est un véritable stéréotype. La majorité des communes -y compris les plus petites- a mené au moins une action concernant le Sida pendant la dernière mandature.

Bien que localement, certaines communes aient su mettre en oeuvre des expériences innovantes dans le domaine du Sida, l'engagement des communes dans ce domaine n'est pas toujours en lien avec l'élaboration d'une politique de santé municipale. Il s'agit plutôt de la reprise locale de campagnes et de directives de l'Etat, et l'application de "produits " testés à l'échelon national. Dans ce cas, l'effort d'adaptation des problématiques nationales au contexte communal laisse la place à un simple plaquage d'actions sur la réalité locale.

A ce titre, interrogées sur les raisons qui les ont conduites à intervenir dans le domaine de la santé, les communes de moins de 15 000 habitants n'ayant pas de délégation santé, indiquent que la montée de certains fléaux (Sida et toxicomanie essentiellement) est l'une des principales raisons qui ont suscité leur intervention en santé publique. La politique de santé de ces petites villes qui n'ont pas les moyens de

mener une réflexion locale sur les besoins de santé de la population communale s'articule donc clairement autour des campagnes et des priorités nationales.

III - 2. Des politiques de santé locales incertaines

L'exemple du Sida montre qu'un certain nombre de communes se sont engouffrées dans des actions d'information sans avoir toujours su définir au préalable des priorités. Elles usent de thématiques qu'elles ne structurent pas en force de proposition et éprouvent à ce titre de la peine à définir une réelle politique locale de la santé publique. La pratique limitée des études en amont sur les besoins de la population locale ainsi que l'inexistence d'évaluations des actions menées par les communes reflètent cette difficulté. Si les villes ont pris en compte la dimension santé dans leurs interventions, elles ont jusqu'à présent surtout mis l'accent sur des actions de sensibilisation.

Au-delà de la première impression de foisonnement d'actions et d'un engagement réel des communes dans le domaine de la santé, dans la pratique, les actions menées sont souvent ponctuelles et peu structurées. Certains élus identifient un manque certain de savoir-faire local nécessaire pour aller au-delà d'actions ponctuelles. Ils notent la difficulté d'assurer une continuité dans les actions, d'impliquer des professionnels et des habitants, et surtout de constituer des réseaux durables de partenaires

En particulier dans les petites villes, les élus ne peuvent compter sur les relais techniques que sont les services de santé municipaux :

"Notre service santé est né réellement début 1990, avec une infirmière chargée des actions d'éducation pour la santé, un rédacteur et une secrétaire. On s'est aperçu, en regardant ce qui s'était passé avant, qu'il y avait eu beaucoup de bonne volonté, beaucoup d'essais, mais ces essais ne s'étaient pas vraiment concrétisés pour la bonne raison qu'il n'y avait pas de suivi ni de coordination possible. Et c'est vrai que sans service, ce n'est pas possible. Il faut quand même à un moment donné une coordination. Le suivi des réunions, la synthétisation des actions, rien que ça, c'est tout un travail qui demande des heures. Il faut donc des permanents".

Maire-adjointe, déléguée à la santé, Lorient

Par ailleurs, la difficulté à définir une véritable politique locale de santé tient également au faible enjeu électoral que la santé représente pour les municipalités. Interrogés sur la place qu'occupera la santé au cours de la campagne pour les prochaines élections municipales, 35% des élus en charge de la santé dans les villes de plus de 15 000 habitants, indiquent clairement que ce thème ne sera pas du tout

-ou seulement de façon marginale- mis en avant, d'autres questions, telles que l'emploi et le logement étant prioritaires. Pour 21% des élus, la santé -sans être particulièrement valorisée- sera abordée au même titre que d'autres thèmes. 21% déclarent que la santé aura une place centrale. Ce point de vue est un peu plus celui des villes de plus de 50 000 habitants : 26% d'entre elles accordent une importance majeure à la santé, contre 18% des communes de moins de 50 000 habitants. Enfin, la tendance de certaines villes à rattacher la santé au secteur plus général de l'action sociale apparaît nettement ici, puisque 21% des élus évoqueront la santé sous le chapitre plus général réservé à la lutte contre l'exclusion sociale.

Tableau n° 53
La place de la santé au cours des prochaines élections municipales

- Villes de plus de 15 000 habitants -

La place de la santé	% (1)
La santé n'aura pas de place	35
La santé sera un thème abordé parmi d'autres	26
La santé sera abordée à travers une action ou une réalisation précise	21
la santé sera un thème important	21
La santé sera abordée à travers l'action sociale	17
NSP	8

Source : CREDOC/RNSP - 1995

(1) La somme des pourcentages est supérieure à 100%, les élus pouvant donner plusieurs réponses.

La santé sera moins à l'ordre du jour des prochaines élections municipales pour les délégations anciennes que pour les délégations nouvelles. En effet, les équipes municipales en place seront jugées sur les réalisations nouvelles, et pour un certain nombre de communes, la santé est un champ d'intervention tout neuf qui a justifié la création d'une délégation spécifique durant le mandat actuel. Pour les délégations anciennes, les dossiers ayant trait à la santé font partie des interventions habituelles et traditionnelles de la municipalité. La santé est donc susceptible de représenter un enjeu surtout pour les communes où les délégations santé sont les plus récentes.

41,5% des élus issus de délégations récentes indiquent que la santé sera abordée à travers une réalisation ou un thème très précis (la mise en place d'un équipement de soins par exemple), alors que seulement 15% des élus des délégations anciennes envisageront la santé sous un angle très précis lors de la prochaine campagne électorale. Clairement, les délégations récentes accordent une importance toute particulière à la visibilité de certaines réalisations dont la fonction essentielle est de légitimer des choix récents. Cette approche s'oppose à celle des délégations anciennes centrées sur une certaine expérience de l'intervention en santé publique et une longue pratique de la gestion de structures municipales sanitaires.

La position des élus appartenant à une délégation ancienne semble osciller entre deux extrêmes : pour une partie d'entre eux, la santé n'aura pas de place au moment des élections, tandis qu'un autre groupe d'élus voit en la santé un enjeu important de la campagne. Ce sont en effet surtout les délégations anciennes (25,5%) qui indiquent que la santé figurera en bonne place parmi les thèmes abordés au cours des élections municipales, ce qui n'est le cas que de 18% des délégations récemment créées. Pourtant, 42,5% des délégations anciennes indiquent que la santé n'aura pas de place dans le débat qui précédera les élections municipales. Ce point de vue est partagé par 36% des délégations récentes.

Par conséquent, si certaines délégations anciennes continuent à se positionner comme des acteurs forts en santé, poursuivant des axes d'intervention bien identifiés, d'autres apparaissent en revanche moins sûres d'elles-mêmes.

Faut-il y voir là un certain désenchantement ou effet de routine dans les municipalités dont l'intervention en matière de santé publique n'est pas récente ? Certaines villes ayant organisé leurs interventions autour de structures souvent lourdes gérées en régie directe comme le centre de santé, font ainsi le constat d'une relative inadéquation entre les pratiques municipales en santé publique et les besoins des habitants.

CONCLUSION

Depuis quelques années, les études réalisées par le CREDOC auprès de population en difficulté ou auprès des professionnels chargés de l'élaboration et de la mise en oeuvre des différents dispositifs d'aide en direction de ces personnes, montraient une sensibilité réelle des acteurs locaux aux questions de santé. Qu'il s'agisse des enquêtes auprès des allocataires du Revenu Minimum d'Insertion, des évaluations des actions menées dans les villes bénéficiant de mesures de Développement Social des Quartiers, des études sur les réponses des réseaux associatifs aux demandes d'accueil et d'hébergement en urgence, les personnes interrogées soulignaient l'accroissement des difficultés d'accès des plus démunis aux structures de santé, médecine libérale ou hôpital, et faisaient état de réalisations ou de projets visant à faciliter l'accès aux soins. Alors que le secteur de l'action sociale s'éloignait depuis des années du secteur sanitaire, éloignement dont témoigne, par exemple, la séparation des formations d'assistant de service social et d'infirmier au début des années soixante-dix, les constats ci-dessus pouvaient sembler le symptôme d'un repositionnement de ces deux secteurs. La prévention de la toxicomanie, les efforts de lutte contre l'alcoolisme, mais aussi certaines améliorations apportées dans les quartiers s'inscrivent aussi dans cette perspective de rapprochement du sanitaire et du social. Si les actions de santé rencontrées dans ces études semblaient fortement articuler sanitaire et social, cette tendance n'épuisait pas la totalité des actions menées dans des communes et des quartiers en matière de santé. Les campagnes locales d'éducation sanitaire en matière bucco-dentaire, d'alimentation ou de prévention des accidents domestiques concernent des populations qui s'étendent bien au-delà des seules populations en risque de rupture sociale.

Issue d'une lointaine tradition illustrée, notamment, au cours du 18^{ème} siècle par l'émergence d'une police sanitaire, puis au 19^{ème} siècle par le mouvement hygiéniste, l'orientation des communes vers la prise en charge de la santé publique avait connu une période de déclin à partir du milieu des années cinquante avec le recul de la tuberculose et de l'ensemble de l'appareil sanitaire associé à cette pathologie. Les constats ci-dessus remettent en cause cette idée d'un affaiblissement de l'intervention des communes en matière de santé. S'interroger sur ce mouvement, en décrire les différentes formes et mettre à la disposition des acteurs concernés des informations souvent très dispersées sur les réalisations communales dans ce domaine, tels étaient les objectifs principaux de cette étude.

Faute de pouvoir s'engager dans une étude exhaustive dont le coût aurait été hors de proportions avec les ressources affectées à ce programme, cette étude a été réalisée en trois étapes et d'une manière ou d'une autre 621 communes y ont pris

part. Rapporté aux 36 551 communes que compte la vie municipale française métropolitaine ce chiffre peut apparaître fort limité. Il faut noter toutefois que les communes de moins de 5 000 habitants sont au nombre de 34 812. Ainsi, le nombre des communes de plus de 5 000 habitants est de 1739. Plus d'une commune sur 3 ayant plus de 5 000 habitants a donc participé à cette enquête. Si l'examen de 29 communes membres du réseau ville-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé a pu constituer un point de départ dans cette investigation, celle-ci a été prolongée par une rencontre avec une centaine d'élus, occupant le plus souvent une fonction de maire-adjoint, délégués aux questions de santé dans des villes de plus de 15 000 habitants recouvrant ainsi une population de 7,4 millions de personnes. Enfin, un questionnaire postal a été diffusé à 1500 villes de plus de 10 000 habitants et retourné par un tiers d'entre elles (recouvrant 10 millions d'habitants). Au total, les municipalités ayant participé à ce programme regroupent 20 millions d'habitants, soit, 63% du nombre des habitants des villes de plus de 5 000 habitants.

Ce rapport possède deux conclusions différentes dans leur nature. La première conforme aux canons habituels des rapports d'étude et de recherche vise à mettre en perspective les principales idées suggérées par l'examen des matériaux rassemblés dans cette étude. La seconde, réside dans l'organisation des données disponibles en un corpus d'informations facilement accessibles. S'agissant de la première partie de cette conclusion, on peut affirmer tout d'abord que les communes rencontrées ont manifesté une réelle volonté de prendre en compte la dimension de santé publique dans le développement de l'action municipale. Ce développement lié fortement à la volonté politique des élus a été rendu possible par une conjonction de trois facteurs : une inflexion de la croissance des formes traditionnelles du système de santé, une accentuation du rôle du local et des territoires dans la gestion des politiques sociales, le retour dans le champ du social de problématiques bien identifiées liées à la pauvreté et à ce qu'on appelait dans les années cinquante les fléaux sociaux. Ce retour de problématiques classiques n'est d'ailleurs pas sans poser une interrogation quant aux développements à plus long terme de l'intervention des communes en matière de santé.

La santé en local : forces, diversité et limites

Les actions de santé menées par les communes se caractérisent par leur grande diversité, à la fois par les modes de mise en oeuvre et par les moyens mobilisés. Pourtant, en termes de domaines d'intervention, l'ensemble des municipalités privilégient trois axes principaux : l'accès aux soins des populations en difficulté ; la prévention du Sida et de la toxicomanie ; le développement de services en direction des personnes âgées. Les actions de prévention auprès des jeunes sont

particulièrement développées par les communes, sous des formes diverses. Enfin, la réflexion sur la dépendance et le maintien à domicile est largement amorcée par bon nombre de communes et devrait s'accroître et se concrétiser au cours du prochain mandat municipal.

Si elles ont bien identifié les principaux problèmes de santé à résoudre, les communes sont souvent confrontées à une difficulté de construire une véritable politique de santé qui ait un sens localement. Ainsi, certaines municipalités n'ont pas les moyens ni les outils méthodologiques adaptés pour engager sur leur territoire des diagnostics ou des enquêtes préalables permettant de mieux repérer les logiques à l'oeuvre localement. Par conséquent, elles répercutent souvent plus les campagnes nationales de santé qu'elles ne les reformulent en fonction des besoins d'une population bien définie. Cependant quelques communes s'efforcent de se doter des instruments de connaissance et d'évaluation afin de définir une réelle politique de santé, tout comme d'autres testent des démarches neuves, faisant notamment appel aux méthodes de santé communautaire. Ces expériences demeurent cependant encore isolées.

La difficulté à élaborer une politique de santé plus appropriée au contexte local tient également au fait que la santé n'a pas encore dans la plupart des cas, acquis un statut spécifique dans la répartition des secteurs municipaux. Un certain nombre de municipalités ne sont pas pourvues de délégations santé ; quand ces dernières existent, elles sont parfois agrégées à des secteurs secondaires de l'action municipale, formant ainsi un ensemble hétérogène. Par ailleurs, la santé représente un faible enjeu électoral, la majorité des élus indiquant clairement que la santé n'aura qu'une place limitée dans les débats précédant la prochaine campagne pour les élections municipales. Ainsi, au-delà de l'impression de foisonnement des actions des communes qui peut apparaître à l'examen des bulletins municipaux, ce secteur d'intervention est encore loin de connaître un développement de grande ampleur.

L'évolution du système de santé, un facteur favorisant le rôle de la commune.

Il n'est pas nécessaire de rappeler ici, tant les données sont connues, l'évolution du taux de croissance du secteur hospitalier depuis la réforme de 1958 créant les centres-hospitalo-universitaires et le plein-temps hospitalier, intégrant à l'hôpital les sciences fondamentales et faisant du CHU un lieu de soins, d'enseignement et de recherche. De la même manière, on ne peut qu'évoquer le taux de croissance du nombre des médecins libéraux, qui, en dépit des barrières régulièrement renouvelées, est resté régulièrement fort jusqu'à ces dernières années. La conjugaison de ces deux taux de croissance, soutenue par une mobilisation réglementaire des

ressources et servie par une idéologie du progrès qui semblait rendre possible toute utopie en matière de soins a, pendant près d'un quart de siècle, rendu difficile toute autre démarche, toute troisième voie entre l'hôpital et la médecine de ville. Les centres de santé pâturent au moins jusqu'à la loi du 18 janvier 1991, des accords conventionnels entre l'Assurance Maladie et les organisations professionnelles de médecins. Les alternatives à l'hospitalisation sont restées pendant toute cette période au stade des innovations. Au cours des années quatre-vingt, le poids plus fort des contraintes économiques a rendu difficile la poursuite de la croissance du système de santé. Si une partie de la dépense de santé se trouve transférée sur les ménages, le temps est arrivé d'une interrogation sur le nombre de lits hospitaliers et sur les conditions de prescription des médecins libéraux. Par ailleurs, si les facteurs sociaux de la maladie n'étaient pas ignorés dans les périodes antérieures, les voix qui réclament une action plus vigoureuse dans le domaine de la prévention des accidents de la route, de l'alcoolisme et du tabagisme se font entendre avec plus de force. Enfin une pathologie comme le Sida oblige le système hospitalier à accorder une place plus importante aux associations de malades et à valoriser les traitements d'accompagnements à domicile. La question de la prise en charge des personnes âgées devenues dépendantes se pose davantage dans un cadre de maintien à domicile que de recours massif à l'hospitalisation. Ainsi, facteurs économiques, sociaux et culturels se mêlent à l'évolution des pathologies pour redonner une place plus importante à d'autres formes d'intervention sur la santé qui ne passent pas nécessairement par l'appareil de soins. Ce mouvement semble si net que l'externalisation des activités de soins est jugée inéluctable par le rapport du Commissariat Général du Plan : "Santé 2010 "22.

Dans un cadre légal qui n'impose qu'un nombre limité de moyens, si le développement d'une action de santé à l'échelon de la commune n'est rendu possible que par la volonté des élus, l'existence même de ces actions de santé est aussi fortement liée aux modalités de fonctionnement du système de santé. De ce point de vue, la période actuelle est sûrement plus propice que toute autre à l'investissement communal en matière de santé publique.

²² Commissariat Général du Plan, Santé 2010, Rapport de l'atelier n° 2 : Les inégalités sociales de santé, présidé par Robert ROCHEFORT, juin 1993.

La priorité au local et aux territoires, un atout pour les communes.

Dans le découpage des activités communales, on peut distinguer des fonctions transversales : les finances, le personnel, l'administration générale et des fonctions spécifiques telles que la voirie, les parcs et jardins, les affaires sociales, les écoles, les sports, les anciens combattants, les jumelages, etc. La santé appartient à ce second groupe de fonctions. En règle générale, les découpages dans les fonctions spécifiques n'obéissent pas à des règles très précises et sont susceptibles de variations d'une commune à l'autre. Ainsi les actions en matière de santé peuvent également être développées par le secteur de l'enfance. Certaines municipalités ont développé un secteur jeunesse et les actions de prévention de la toxicomanie relèvent assez souvent de ce secteur. A ces délimitations incertaines, correspondent des chevauchements dans les personnels qui doivent exécuter ces différentes missions. Il arrive également de plus en plus que les communes, et cela est particulièrement vrai dans les grandes agglomérations, adoptent un découpage territorial respectant au mieux les quartiers sur le modèle des mairies d'arrondissement de Paris, de Lyon ou de Marseille. Cette action territoriale qui a été renforcée par les administrations d'Etat dans le cadre de la politique de la ville, se prête particulièrement bien à une pratique de réseau avec les différentes associations et à une véritable pédagogie de quartier s'appuyant sur des interventions légères, en collaboration avec d'autres services relevant de la ville ou d'autres institutions. Alors que les villes respectent les principes du droit prévoyant l'égalité de tous devant le service public, au fil des années, une autre forme d'intervention est apparue de manière locale, visant davantage à assurer la continuité d'un tissu social et à prévenir des formes de désocialisation. Les services municipaux investissent de plus en plus dans cette forme d'action. Or pour nourrir ces activités, il est important de trouver des thèmes mobilisateurs et fédérateurs. De ce point de vue, pour les élus, l'action sanitaire possède une légitimité plus importante que d'autres interventions, elle rejoint en cela l'action culturelle d'incitation à la lecture où les centres de loisirs pour les adolescents.

Une représentation traditionnelle et admise de la santé publique

Pour comprendre le succès rencontré par certains programmes locaux, il faudrait analyser en profondeur les représentations qui les soutiennent et les enjeux pour les différents groupes sociaux qui gèrent la ville, un peu à la manière dont Edgar MORIN analysait la rumeur d'Orléans ou dont Emmanuel LEROY-LADURIE décortiquait le carnaval de Romans. Ce travail n'a pas été engagé dans le cadre de cette étude. Tout au plus, peut-on souligner quelques dimensions des conceptions à l'oeuvre dans ces politiques locales de santé.

Si, en dépit de leur âge, la grande majorité des élus locaux chargés de la santé n'a pas connu les temps de la lutte contre la tuberculose, les cultures et les mémoires en conservent pourtant la trace. Il peut paraître étonnant de retrouver, non pas dans les modalités de mise en oeuvre des actions, l'image, clip ou vidéo, est passée par là mais dans les logiques de déroulement des actions actuelles bien des mécanismes de ces périodes plus anciennes. Il en va ainsi de l'idée selon laquelle l'individu est rationnel et que s'il est informé, on peut penser qu'il se comportera de manière à éviter la maladie. Il faut alors trouver les moyens de l'informer et multiplier les sources d'information. En matière de toxicomanie et de Sida on ne compte plus les campagnes d'information, soit gérées de manière autonome localement, soit relayant des campagnes nationales. L'idée selon laquelle la maladie est souvent liée à la pauvreté et à la misère n'est pas nouvelle. La maladie engendre la misère et inversement la misère, parce qu'elle empêche l'accès au soin, renforce la maladie. Le thème est ancien et les études d'épidémiologie historique sur le choléra et la tuberculose en ont démontré la véracité. Enfin, face à la maladie, il importe de préserver les enfants et les plus jeunes. Là encore, cette image, forte et consensuelle, a traversé bien des années pour revenir en force dans la période actuelle. Cette conception réactualisée par les situations de pauvreté extrêmes conduit bien des villes à associer intervention en matière de santé et pauvreté renouant avec une pratique plus ancienne de la lutte contre les fléaux sociaux. On pourrait, de ce point de vue, penser que si les communes développent des actions de santé, c'est aussi parce qu'existe un cadre conceptuel relativement bien défini et validé qui permet de penser la maladie et les moyens de s'en protéger. En matière de représentations, on pourrait dire, en suivant Claudine HERZLICH²³, que le modèle exogène est largement dominant dans les conceptions sous-jacentes aux interventions de santé publique. La maladie, dans cette représentation, résulte d'une atteinte de l'extérieur contre laquelle il importe d'adopter un comportement individuel de protection, comportement que l'on adoptera si l'on est correctement informé et apte à recevoir cette information.

A cette conception de la santé et de la maladie que l'on pourrait qualifier de post-pasteurienne s'oppose un autre registre dans lequel la santé est davantage définie sur le mode OMS de manière positive. Les élus rencontrés se réfèrent assez souvent à cette thématique pour dire, par exemple, que l'aménagement de la voirie qui permet aux personnes handicapées de circuler sans difficulté dans la ville, doit être rangée dans les actions de santé, d'autres élus affirment aussi qu'avant de se préoccuper du bien-être de tous, il faut d'abord s'occuper de ceux qui sont les plus en difficulté. Dans le dernier cas, les actions conduites renvoient plus à une intervention

²³ HERZLICH Cl. Santé, maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, éd. Mouton, 1969 et rééd. ultérieures.

sociale que sanitaire et dans le premier cas, la visibilité des actions sanitaires n'est pas très grande.

Vers un modèle de prévention locale distinct d'un modèle de réparation

Les actions des communes en matière de santé s'insèrent majoritairement dans un schéma conceptuel qui en facilite actuellement le développement car il reproduit assez bien tant au plan sanitaire que social des modèles expérimentés par le passé. Elles s'inscrivent aussi dans une dichotomie classique entre un rôle de prévention et un rôle de réparation. La médecine, hospitalière ou de ville, répare l'individu blessé, malade et souffrant, présentant un ensemble de signes que le recours à la théorie va transformer en symptômes de telle ou telle pathologie dont le traitement est le plus souvent connu. Elle réussit le plus souvent dans cette tâche, il arrive qu'elle échoue. Face à ce modèle médical, les communes, et plus généralement l'ensemble du dispositif préventif, usent d'un autre modèle dont les sources théoriques et conceptuelles sont différentes. En schématisant, on peut dire qu'il s'agit d'un modèle probabiliste, comportemental et utilitariste. Utilitariste et comportemental en ce qu'il postule chez l'individu l'adoption d'un comportement rationnel lui permettant d'adopter le meilleur comportement visant à préserver sa santé et probabiliste, parce qu'il ne recourt pas à une explication théorique pour rendre compte des liens entre les causes et les effets, mais qu'il postule que le lien peut être tiré de la répétition de l'expérience. Ce débat place la réflexion au coeur même du savoir médical, il n'est pas sans incidence toutefois sur l'avenir des actions de santé locale. Il est probable en effet que cette dichotomie entre modèles ne subsiste que tant que la théorie médicale n'apporte pas de réponses aux questions de l'heure. Certes entre l'invention de la tuberculose comme maladie unifiée, l'identification du bacille et la mise au point du traitement, les intervalles furent plutôt longs, ils ont tendance à se réduire dans le cas de pathologies plus récentes. On peut admettre que le modèle préventif est surtout un modèle supplétif condamné à se renouveler et éventuellement à disparaître dans les périodes où le savoir théorique progresse plus fortement et soutient la production de soins.

A ce modèle de prévention, le local apporte, et c'est sa force, la finesse de l'approche des populations, la proximité comme source de confiance, la capacité à mobiliser des réseaux beaucoup plus denses. De ce point de vue, le local est un atout pour le développement des formes d'intervention préventive. Il n'est pas certain que les politiques communales de santé doivent se réduire à ne parcourir que cette seule piste. Quelques communes empruntent d'autres chemins qui sans être contradictoires avec les premiers sont peut-être porteurs d'un renouvellement plus grand. Lorsque des communes réalisent des opérations d'épidémiologie sur des

quartiers ou sur des populations, visant à mieux connaître les affections spécifiques à certaines populations ou confrontées à certains risques, elles esquissent des politiques plus interventionnistes mêlant prévention et soins et sortent ainsi d'une dichotomie trop réductrice. De la même manière, il est probable qu'autour de l'accompagnement en milieu ordinaire de vie de personnes âgées et dépendantes, de malades atteints du Sida, un autre modèle s'invente, réarticulant le sanitaire et le social, préfigurant peut-être ce que pourrait être une médecine externalisée de l'hôpital.

Les données disponibles : la base de données

Au total, ce sont donc 621 villes qui ont été interrogées sur la santé, sur les différentes réalisations et actions qu'elles ont pu entreprendre. Cette enquête a permis de constituer une base de données des actions de santé des communes. Cette base donne accès à un certain nombre d'informations sur les villes : établissements hospitaliers, structures de santé municipales, nom de l' élu chargé de la santé dans la ville, etc. Mais surtout, cette base contient la description d'interventions municipales concernant des thèmes très divers : la lutte contre le Sida, l'aide au maintien à domicile, la promotion de l'hygiène bucco-dentaire, etc. Pour chaque intervention, une "fiche technique" contient des informations sur les objectifs de l'action, ses publics, son déroulement, les partenaires mobilisés, les financements, et éventuellement les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre, ainsi qu'un bref bilan.

La base peut être interrogée sur un domaine d'intervention (Sida, toxicomanie, vaccinations, etc.), sur un type d'intervention (soins, formation, information-prévention, conseil-orientation, études-diagnostics) ou sur un public (personnes âgées, jeunes, RMistes, etc.). Une recherche combinant plusieurs de ces critères peut également être effectuée. Par exemple : "quelles sont les actions menées par les communes dans le domaine de la toxicomanie, sur le plan de la formation, dans les quartiers défavorisés ?" ; ou encore : "quelles sont les villes qui ont mis en place un système informatisé pour assurer un suivi des vaccinations de la population communale ?"

A l'heure actuelle, la base contient des informations sur près de 500 villes ayant transmis des informations précises sur leur action de santé et quelque 1600 interventions, ce qui donne une moyenne légèrement supérieure de trois actions par ville. Les informations obtenues varient cependant d'une ville à l'autre. Ces disparités s'expliquent par les méthodes d'enquête utilisées.

L'enquête par questionnaire en face-à-face auprès des élus de l'échantillon des 100 villes a permis de rassembler des données assez homogènes, l'enquêteur pouvant à tout moment relancer l'élu sur les différents thèmes. Par ailleurs, les entretiens se sont souvent déroulés en présence du responsable technique du secteur santé de la commune. Tandis que l'élu s'est exprimé sur l'ensemble des questions d'opinion relatives à la place de la santé dans la commune, le responsable administratif (médecin directeur du Service Hygiène et Santé ou du Centre de santé municipal, directeur du CCAS, etc.) avait la possibilité d'intervenir ponctuellement afin d'apporter des éléments sur les questions plus techniques relatives aux actions de santé entreprises par la ville.

La qualité des informations recueillies par le questionnaire postal est plus variable. En effet, le questionnaire -s'il a été adressé à l'élu chargé de la question- n'a pas été dans tous les cas rempli par ce dernier. Ainsi, le document a été parfois rempli par le directeur du service communal d'hygiène et de santé ou du CCAS, mais aussi par le secrétaire général de la mairie ou d'autres responsables municipaux. Il va de soi que les questionnaires n'ont pas toujours été renvoyés sous une forme satisfaisante : réponses manquantes ou partielles, fiches action incomplètes ou trop elliptiques pour être retranscrites dans la base de données. Certaines villes ont renvoyé une douzaine de fiches action (ce n'est pas là uniquement le fait de grandes villes, mais aussi de communes de moins de 10 000 habitants), joignant à ces fiches des documents (brochures, rapports internes, etc.). D'autres en revanche n'ont renvoyé aucune fiche. Enfin, certaines fiches contiennent peu d'éléments de description des actions. Par conséquent, on devra garder en tête ces disparités en consultant la base de données : alors que pour certaines villes, la base donne accès à des informations riches et précises, elle ne fournit en revanche que des indications plus succinctes sur d'autres communes.

L'extension de cette base et sa fiabilisation dans le temps doivent tenir compte du rythme propre à la vie municipale. De ce point de vue, l'année 1995 est marquée par le renouvellement des équipes en place à l'occasion des élections du mois de juin. Une partie des maires-adjoints chargés de la santé ne se représentera pas ou ne sera pas réélue. Dans d'autres communes, les équipes reconduites décideront de faire évoluer leur politique et les nouvelles équipes choisiront ou non d'investir dans le domaine de la santé publique. La mise à jour de cette base devrait pouvoir se faire utilement au cours du second semestre de l'année 1995. Il serait alors utile d'approfondir la recherche d'information dans trois directions :

- près de 16 millions de Français résident dans des communes de 700 à 5 000 habitants. Si les actions de santé sont certainement moins développées, il ne semble pas qu'elles soient totalement absentes des préoccupations des élus de ces communes. En particulier, certaines pratiques partenariales ou intercommunales

viennent compenser les limites financières de communes trop petites pour développer leur propre politique.

- parmi les communes n'ayant pas participé à la première enquête postale, il est probable que certaines mènent des actions de santé. Il importerait de trouver les moyens les plus aptes à faciliter une transmission d'information.

- enfin, des communes développant des actions qu'elles n'inscrivent pas dans une politique de santé faute de chercher à leur donner ce sens. Nous pensons à des actions sur l'urbanisme, l'environnement et, plus généralement, ce que les élus appellent le cadre de vie. Il serait intéressant d'approfondir cette dimension qui porte peut-être en germe le renouvellement d'une part des pratiques sanitaires des communes.

ANNEXES

Annexe 1	Fichier des 100 villes (tris à plat)
Annexe 2	Questionnaire postal (tris à plat)
Annexe 3	Liste des 100 villes enquêtées
Annexe 4	Liste des villes de l'enquête postale ayant répondu
Annexe 5	Questionnaire pour les élus chargés de la santé des 100 villes
Annexe 6	Questionnaire postal

ANNEXE 1

FICHER DES 100 VILLES
(TRIS A PLAT)

Q14 - Quand la délégation santé de la municipalité a-t-elle été créée ?

Mandature en cours	16	16%
Mandature précédente	6	6%
Une mandature plus ancienne	29	29%
A toujours existé	18	18%
N'existe pas	27	27%
Ne sait pas	4	4%
Total	100	100 %

Q15 - Qui sont les délégués à la santé ?

Un adjoint au maire	69	80,23%
Un conseiller municipal	8	9,30%
Un adjoint et un conseiller	9	10,46%
Deux conseillers municipaux	-	-
Ne sait pas	-	-
Total	86	100,00 %

Q16 - Le délégué à la santé a-t-il d'autres attributions ?

Oui	74	86,05%
Non	12	13,95%
Total	86	100,00 %

Q17 - Quelles sont ces autres attributions ?

Environnement, animation, sport, culture	17	23%
Affaires sociales, logement	61	82%
Attributions diverses (jumelage, sécurité, anciens combattants)	15	20%
Education, jeunesse	15	20%

Q18 - En dehors de la fonction municipale, profession ?

Profession de la santé	21	21%
Professions sociales et de l'enseignement	17	17%
Autres professions	20	20%
Retraités ou sans profession	42	42%
Total	100	100%

Q19 - Vous-même, êtes-vous ?

Maire adjoint chargé de la santé	87	87%
Conseiller municipal délégué à la santé	13	13%
Total	100	100%

Q20 - Quel âge avez-vous ?

Moins de 50 ans	28	28%
De 50 à 59 ans	33	33%
De 60 à 69 ans	24	24%
Plus de 70 ans	15	15%
Total	100	100%

Q21 - Sexe de la personnes interrogée

Homme	59	59%
Femme	41	41%
Total	100	100%

Q22 - Avez-vous réalisé des enquêtes ou des études sur les problèmes et les besoins de santé de la population ?

Oui	46	46%
Non	54	54%

Total	100	100%
--------------	------------	-------------

Q23 - Avez-vous mis en place un suivi informatisé des vaccinations ?

Oui	49	49%
Non	51	51%
Total	100	100%

Q24 - Avez-vous organisé des séances de vaccinations dans les quartiers ?

Oui	40	40%
Non	60	60%
Total	100	100%

Q25 - Avez-vous mené des campagnes d'information et de prévention dans le domaine des vaccinations ?

Oui	41	41%
Non	59	59%
Total	100	100%

Q26 - Avez-vous organisé des bilans de santé gratuits ?

Oui	28	28%
Non	72	72%
Total	100	100%

Q27 - Avez-vous mené des actions dans le domaine de l'alimentation ?

Oui	72	72%
Non	28	28%
Total	100	100%

Q28 - Avez-vous mené des actions de lutte contre les poux ?

Oui	60	60%
Non	40	40%
Total	100	100%

Q29 - Avez-vous mené des actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire ?

Oui	66	66%
Non	34	34%
Total	100	100%

Q30 - Avez-vous mené des actions de dépistage bucco-dentaire ?

Oui	51	51%
Non	49	49%
Total	100	100%

Q31 - Avez-vous mené des campagnes d'information et de prévention dans le domaine des accidents domestiques ?

Oui	56	56%
Non	44	44%
Total	100	100%

Q32 - Avez-vous mené des actions dans le domaine du bruit ?

Oui	61	61%
Non	39	39%
Total	100	100%

Q33 - Avez-vous mené des actions d'information et de prévention sur le cancer ?

Oui	31	31%
Non,	69	69%
Total	100	100%

Q34 - Avez-vous mené des actions d'information et de prévention sur les maladies cardio-vasculaires ?

Oui	35	35%
Non	65	65%
Total	100	100%

Q35 - Avez-vous mené des actions de dépistage de certaines maladies ?

Oui	28	28%
Non	72	72%
Total	100	100%

Q36 - Avez-vous mené des actions de prévention sur le SIDA ?

Oui	78	78%
Non	22	22%
Total	100	100%

Q37 - Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine de la toxicomanie ?

Oui	88	88%
Non	12	12%
Total	100	100%

Q38 - Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine du tabac ?

Oui	54	54%
Non	46	46%
Total	100	100%

Q39 - Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine de l'alcool ?

Oui	58	58%
Non	42	42%
Total	100	100%

Q40 - Avez-vous mené des actions de formation dans les domaines du SIDA et des toxicomanies ?

Oui	58	58%
Non	42	42%
Total	100	100%

Q41 - Avez-vous créé une structure d'accueil pour des personnes en difficulté ?

Oui	60	60%
Non	40	40%
Total	100	100%

Q42 - Avez-vous créé une structure d'écoute des jeunes ?

Oui	82	82%
Non	18	18%
Total	100	100%

Q43 - Avez-vous mis en place un service de soins médicaux à domicile ?

Oui	48	48%
Non	52	52%
Total	100	100%

Q44 - Avez-vous créé des établissements d'accueil spécialisés pour les personnes âgées ou personnes dépendantes ?

Oui	75	75%
Non	25	25%
Total	100	100%

Q45 - Avez-vous mis en place un service de portage de repas à domicile ?

Oui	80	80%
Non	20	20%
Total	100	100%

Q46 - Avez-vous mis en place un service de prise en charge des malades du SIDA à domicile ?

Oui	13	13%
Non	87	87%
Total	100	100%

Q47 - Avez-vous mis en place des aménagements dans les transports ou lieux publics pour les personnes âgées, handicapées ou mal-voyantes ?

Oui	77	77%
Non	23	23%
Total	100	100%

Q48 - Avez-vous mis en place un service de transports spécialisé pour les handicapés ?

Oui	45	45%
Non	55	55%
Total	100	100%

Q49 - Votre ville a-t-elle un service communal d'hygiène et de santé ?

Oui	47	47%
Non	53	53%
Total	100	100%

Q51 - Quel personnel emploie ce service ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Un médecin à plein temps	16	23	8	47
%	34,04	48,94	17,02	100,00
Une infirmière à temps plein	22	18	7	47
%	46,81	38,30	14,89	100,00
Un administratif à temps plein	32	8	7	47
%	68,08	17,02	14,89	100,00
Des personnels médicaux à temps partiel	26	12	9	47
%	55,32	25,53	19,15	100,00
Des personnels administratifs à temps partiel	24	14	9	47
%	51,06	29,79	19,15	100,00
Autres personnels	22	16	9	47
%	46,81	34,04	19,15	100,00

Q52 - Au total, combien de personnes travaillent dans ce service en équivalent temps plein ?

Moins de 5 personnes	19	40,42%
De 6 à 10 personnes	8	17,02%
De 11 à 20 personnes	7	14,89%
Plus de 20 personnes	7	14,89%
Ne sait pas	6	12,76%
Total	47	100,00%

Q53 - Qui dirige ce service ?

Un médecin	15	31,91%
Une infirmière	1	2,13%
Un chef de service administratif	25	53,19%
Un secrétaire général	3	6,38%
Ne sait pas	3	6,38%
Total	47	100,00%

Q54 - Votre ville a-t-elle un centre de santé municipal ?

Oui	22	22%
Non	78	78%
Total	100	100%

Q56 - Ce centre offre-t-il :

Des consultations médicales généralistes	17	4	1	22
%	77,27	18,18	4,54	100,00
Des consultations médicales spécialisées	17	4	1	22
%	77,27	18,18	4,54	100,00
Un service dentaire	15	6	1	22
%	68,18	27,27	4,54	100,00
Un service de kinésithérapie	11	10	1	22
%	50,00	45,45%	4,54	100,00
Un service de radiographie	12	9	1	22
%	54,54	40,91	4,54	100,00
Des soins infirmiers	18	3	1	22
%	81,82	13,64	4,54	100,00

Q57 - Ce centre est-il géré :

Par une association	4	18,18%
En régie directe	17	77,27%
Ne sait pas	1	4,54%
Total	22	100,00%

Q58 - Au total, combien de personnes travaillent dans ce service en équivalent temps plein ?

Moins de 5 personnes	4	18,18%
De 6 à 10 personnes	1	4,54%
De 11 à 20 personnes	6	27,27%
Plus de 20 personnes	8	36,36%
Ne sait pas	3	13,64%
Total	22	100,00%

Q59 - Votre ville a-t-elle un service municipal d'aide médicale à domicile ?

Oui	44	44%
Non	56	56%
Total	100	100%

Q61 - Au total, combien de personnes travaillent dans ce service en équivalent temps plein ?

Moins de 5 personnes	13	29,54%
De 6 à 10 personnes	16	36,36%
De 11 à 20 personnes	7	15,91%
Plus de 20 personnes	6	13,64%
Ne sait pas	2	4,54%
Total	44	100,00%

Q62 - Votre ville a-t-elle un service municipal de santé scolaire ?

Oui	23	23%
Non	77	77%
Total	100	100%

Q64 - Au total, combien de personnes travaillent dans ce service, en équivalent temps plein ?

Moins de 5 personnes	15	65,22%
De 6 à 10 personnes	1	4,35%
De 11 à 20 personnes	3	13,04%
Plus de 20 personnes	1	4,35%
Ne sait pas	3	13,04%
Total	23	100,00%

Q65 - Votre ville dispose-t-elle d'autres structures de santé ?

Oui	49	49%
Non	51	51%
Total	100	100%

Q67 - Quelle part la santé représente-t-elle dans le budget total de votre ville ?

Moins de 5%	35	35%
De 5 à 9%	11	11%
De 10 à 14%	6	6%
De 15 à 19%	2	2%
Plus de 20%	2	2%
Ne sait pas	44	44%
Total	100	100%

Q68 - Le budget de santé de la ville est-il ?

En progression	55	55%
Stable	30	30%
En régression	2	2%
Ne sait pas	13	13%
Total	100	100%

Q70 - Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?

Le manque d'information de la population sur le SIDA	8	8%
Le développement de la toxicomanie	17	17%
La marginalisation d'une partie de la population et la difficulté de l'accès aux soins	38	38%
Le nombre croissant de personnes âgées	11	11%
La politique de DSQ	12	12%
Une sensibilisation particulière des élus à la santé	12	12%
La santé à toujours été prise en compte par la municipalité	16	16%
Le rôle d'information et de prévention de la ville	15	15%
Le rôle social et la politique d'insertion de la ville	12	12%
La montée de certains fléaux chez les jeunes	4	4%
Le secteur de la petite enfance est une priorité	2	2%
Des demandes particulières de la population	12	12%
L'amélioration du cadre de vie	4	4%
L'étude sur la santé de la population de la ville	2	2%
Le thème du maintien à domicile	2	2%
Autre	6	6%

Q71 - Quels sont les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé ?

Réduire les pollutions	6	6%
Réduire la consommation d'alcool et de tabac	11	11%
Lutter contre la toxicomanie	26	26%
Information et prévention globale	37	37%
Mener des actions d'information et de prévention SIDA	14	14%
Lutter contre l'exclusion, accès aux soins	52	52%
Mener des actions en direction des personnes âgées	14	14%
Créer ou améliorer des structures de soins	6	6%
Développer des services de maintien à domicile	4	4%
Actions en direction de la petite enfance, des enfants et des jeunes	13	13%
Action en direction des handicapés	4	4%
Amélioration du cadre de vie	4	4%
Coordination d'actions	4	4%
Ne sait pas	2	2%

Q72 - Quelles sont les deux phrases qui caractérisent le mieux l'intervention de la municipalité dans le domaine de la santé ?

S'acquitter au mieux des obligations légales	15	15%
Faire réaliser des études sur les problèmes de santé de la population	4	4%
Informers la population sur les services sanitaires existants	30	30%
Soutenir et faciliter les actions des associations spécialisées dans la santé	60	60%
Mener des campagnes d'information et de prévention	54	54%
Assurer la formation des acteurs de santé	9	9%
Développer des services de soins spécifiques	18	18%
Faciliter l'accès aux soins	1	1%

Q73 - A votre avis, quel doit être le rôle principal d'une ville et de ses élus en matière de santé ?

Mener des campagnes d'information et de prévention	45	45%
Informers et orienter la population sur les structures existantes	18	18%
Lutte contre l'exclusion, aide aux plus démunis, accès aux soins	29	29%
Actions en direction des personnes âgées et maintien à domicile	3	3%
Répondre aux demandes spécifiques de la population	15	15%
Améliorer le cadre de vie	6	6%
Coordination et soutien d'actions	42	42%
Lutte contre la toxicomanie	3	3%
Autre	5	5%

Q74 - Quel est le niveau d'intervention le plus pertinent pour améliorer l'état de santé de la population ?

La commune	46	46%
Le département	12	12%
La région	1	1%
L'Etat	25	25%
Ne sait pas	16	16%
Total	100	100%

Q75 - Y-a-t-il des projets que vous n'avez pas pu réaliser pendant cette mandature ?

Oui	65	65%
Non	35	35%
Total	100	100%

Q76 - Quels sont ces projets que vous n'avez pas pu réaliser ?

Développement, modernisation, structure de soins	19	29,23%
Structure d'accueil et de soins pour personnes âgées, maintien à domicile et autres actions en direction des personnes âgées	24	36,91%
Structures d'accueil et de soins des personnes en difficulté	10	15,38%
Structures d'accueil, soins et prévention toxicomanie	9	13,85%
Prévention, information en direction des jeunes	11	16,92%
Vaccinations	2	3,08%
Définition d'une politique de santé	4	6,15%
Actions en direction des handicapés	5	7,69%
Information générale auprès du public	6	9,23%
Etudes, enquêtes sur l'état de santé de la ville	3	4,61%
Information sur les MST et le SIDA	3	4,61%
Ne sait pas	1	1,54%

Q77 Pourquoi n'avez-vous pas pu réaliser ce ou ces projets ?

Problème de financement	42	63,84%
Autres priorités municipales définies ou refus du maire	15	22,72%
Blocage administratif, problème d'effectifs, manque de temps, blocage à d'autres niveaux de décision	26	39,39%
Autre	6	9,09%

Q78 - Quelle est la réalisation qui illustre le mieux les objectifs et la démarche de votre commune en matière de santé ?

Actions SIDA	9	9%
Structure de soins, maintien au domicile et autres actions en direction des personnes âgées	37	37%
Structure d'accueil et de soins des personnes en difficulté, accès aux soins des plus démunis	9	9%
Structure d'accueil, soins aux toxicomanes	13	13%
Prévention des dépendances	13	13%
Prévention et information auprès des jeunes	12	12%
Vaccinations	6	6%
Actions en direction des handicapés	4	4%
Prévention et soins petite enfance et enfants	17	17%
Informations générales auprès du public	10	10%
Etudes, enquêtes état de santé des villes	1	1%
Développement, modernisation des structures médicales	16	16%
Soutien et coordination d'actions	13	13%

Q79 - Quelle est la réalisation qu'il vous paraît importante de mener sous la prochaine mandature ?

Le développement de structures sanitaires communales	37	37%
Les actions en direction des personnes âgées, structures spécialisées et maintien à domicile	23	23%
La prévention en direction des enfants et des jeunes	22	22%
La lutte contre les dépendances	18	18%
La lutte contre l'exclusion, l'accès aux soins	15	15%
Les actions SIDA	12	12%
La coordination d'actions	12	12%
La définition d'une politique de santé	5	5%
L'action en faveur des handicapés	4	4%
Promotion de la santé, information, prévention	5	5%
Poursuivre les actions engagées	2	2%
Autres	6	6%
Ne sait pas	7	7%

Q80 - Diriez-vous que la santé est une priorité de l'action municipale ?

Oui	55	55%
Non	45	45%
Total	100	100%

Q81 - Pourquoi pensez-vous que la santé est une priorité ?

La santé fait partie d'un bien être global	29	52,73%
La santé fait partie de la lutte contre l'exclusion sociale	23	41,82%
La santé, priorité à cause des personnes âgées	2	3,64%
Autres	10	18,18

Q82 - Pourquoi pensez-vous que la santé n'est pas une priorité ?

La santé ne relève pas des compétences communales	6	13,33%
Il y a des priorités plus importantes que la santé	34	75,55%
La santé est abordée à travers d'autres thèmes	10	22,22%
Autres	6	13,33%

Q83 - Quelle sera la place de la santé au cours des prochaines élections ?

La santé n'aura pas de place	10	10%
La santé sera abordée à travers l'action sociale	17	17%
La santé sera abordée à travers un thème de santé précis ou une action précise	17	17%
La santé sera un thème important	21	21%
Ce sera un thème abordé parmi d'autres	26	26%
La santé sera abordée à travers l'hôpital	4	4%
D'autres thèmes passent avant la santé	25	25%
Ne sait pas	8	8%

Q84 - Combien d'habitants y-a-t-il dans votre ville ?

De 15000 à moins de 20000 hab.	17	17%
De 20000 à moins de 30000 hab.	26	26%
De 30000 à moins de 50000 hab.	22	22%
De 50000 à moins de 80000 hab.	18	18%
De 80000 à moins de 100000 hab.	8	8%
De 100000 à moins de 200000 hab.	6	6%
200000 hab. et plus	3	3%
Total	100	100%

Q85 - Quelle est la tendance politique de votre ville ?

PC	16	16%
PS	28	28%
Divers gauche	6	6%
UDF	15	15%
RPR	10	10%
Divers droite	10	10%
CDS	4	4%
PR	2	2%
Centre gauche	2	2%
MRG	1	1%
Ecologie	-	-
Sans étiquette	4	4%
Autre	2	2%
Total	100	100%

Q85 - Vous-même, appartenez-vous à la même formation politique que le maire ?

Oui	54	54%
Non	46	46%
Total	100	100%

Q87 - Le fait d'appartenir à la même formation que le maire a-t-il une influence sur la politique de santé de la municipalité

Oui	29	53,70%
Non	25	46,30%
Total	54	100,00 %

Q88 - A quelle formation politique appartenez-vous ?

PC	2	4,35%
PS	11	23,91%
Autres formations de Gauche	3	6,52%
UDF, CDS, PR	8	17,39%
RPR	4	8,69%
Ecologie	1	2,17%
Sans étiquette	16	34,78%
Autre	1	2,17%
	46	100,00 %

Q89 - Le fait d'appartenir à une formation différente de celle du maire a-t-il une influence sur la politique de santé de la municipalité ?

Oui	4	8,69%
Non	42	91,30%
Total	46	100,00 %

Q90 - En quoi cela a-t-il une influence ?

Le fait d'être minoritaire montre que la santé est un domaine secondaire pour la ville	1	25%
C'est un facteur d'empêchement dans certains projets	3	75%
Total	4	100 %

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE POSTAL
(TRIS À PLAT)

Q11 - Sur quelle structure municipale la ville s'appuie-t-elle pour mener des actions de santé ?

Le service communal d'hygiène et de santé	55	11,2%
Le centre de santé	34	6,9%
Le centre communal d'action sociale	285	58,0%
Aucune structure en particulier	126	25,7%
Une autre structure	135	27,5%

Q13 - Votre ville a-t-elle un service communal d'hygiène et de santé ?

Oui	72	14,7%
Non	419	85,3%
Total	491	100,0%

Q14 - Votre ville a-t-elle un centre de santé municipal ?

Oui	39	7,9%
Non	452	92,0%
Total	491	100,0%

Q15 - Votre ville a-t-elle un service municipal d'aide médicale à domicile ?

Oui	116	23,6%
Non	375	76,4%
Total	491	100,0%

Q16 - Votre ville a-t-elle un service municipal de santé scolaire ?

Oui	72	14,7%
Non	419	85,3%
Total	491	100,0%

Q17 - Votre ville dispose-t-elle d'autres structures municipales de santé ?

Oui	125	25,4%
Non	366	74,5%
Total	491	100,0%

Q64 - Quelle part la santé représente-t-elle approximativement dans le budget total de la ville ?

Moins de 1%	227	46,2%
De 1 à moins de 3%	62	12,6%
Plus de 3%	60	12,2%
Ne sait pas	142	28,9%
Total	491	100,0%

Q20 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos des vaccinations ?

Oui	250	50,9%
Non	241	49,1%
Total	491	100,0%

Q21 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos de l'équilibre alimentaire ?

Oui	179	36,4%
Non	312	63,5%
Total	491	100,0%

Q22 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos des accidents domestiques ?

Oui	152	30,9%
Non	339	69,0%
Total	491	100,0%

Q23 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos du cancer ?

Oui	93	18,9%
Non	398	81,0%
Total	491	100,0%

Q24 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos des maladies cardio-vasculaires ?

Oui	121	24,6%
Non	370	75,3%
Total	491	100,0%

Q25 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos du SIDA ?

Oui	282	57,4%
Non	209	42,6%
Total	491	100,0%

Q26 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos de la toxicomanie ?

Oui	265	54%
Non	226	46%
Total	491	100%

Q27 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos du tabac ?

Oui	144	29,3%
Non	347	70,7%
Total	491	100,0%

Q28 - Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention à propos de l'alcool ?

Oui	180	36,6%
Non	311	63,3%
Total	491	100,0%

Q29 - Enquêtes ou études sur les problèmes et les besoins de santé de la population ?

Oui	91	18,5%
Non	400	81,5%
Total	491	100,0%

Q30 - Suivi informatisé des vaccinations ?

Oui	94	19,1%
Non	397	80,8%
Total	491	100,0%

Q31 - Séances de vaccinations dans les quartiers ?

Oui	157	32%
Non	334	68%
Total	491	100%

Q32 - Actions de lutte contre les poux ?

Oui	186	37,9%
Non	305	62,1%
Total	491	100,0%

Q33 - Actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire ?

Oui	191	38,9%
Non	300	61,1%
Total	491	100,0%

Q34 - Actions de dépistage bucco-dentaire ?

Oui	130	26,5%
Non	361	73,5%
Total	491	100,0%

Q35 - Actions de formation dans le domaine du SIDA ,

Oui	142	28,9%
Non	349	71,1%
Total	491	100,0%

Q36 - Actions de formation dans le domaine de la toxicomanie ?

Oui	152	30,9%
Non	339	69,0%
Total	491	100,0%

Q37 - Création d'une structure d'accueil pour des personnes en difficulté ?

Oui	165	33,6%
Non	326	66,4%
Total	491	100,0%

Q38 - Mise en place d'un service de soins médicaux à domicile ?

Oui	121	24,6%
Non	370	75,3%
Total	491	100,0%

Q39 - Création d'établissements d'accueil et de soins spécialisés pour les personnes âgées ou personnes dépendantes ?

Oui	180	36,6%
Non	311	63,3%
Total	491	100,0%

Q40 - Aménagements dans les transports ou les lieux publics pour les handicapés ?

Oui	257	52,3%
Non	234	47,6%
Total	491	100,0%

Q41 - Service de portage de repas à domicile ?

Oui	336	68,4%
Non	155	31,6%
Total	491	100,0%

Q46 - Qui sont les délégués à la santé ?

Un adjoint au maire	132	44,4%
Un conseiller municipal	18	6,1%
Un adjoint et un conseiller	18	6,1%
Deux conseillers municipaux	1	0,3%
Il n'y a pas de délégué à la santé	34	11,4%
Autres	11	3,7%
Ne sais pas	83	27,9%
Total	297	100,0%

Q48 - Quelle est l'appartenance politique du maire ?

PC	51	10,4%
PS	127	25,9%
Divers gauche	21	4,3%
UDF	56	11,4%
RPR	53	10,8%
Divers droite	35	7,1%
Sans étiquette	65	13,2%
Autre	12	2,4%
Ne sait pas	71	14,5%
Total	491	100,0%

Q50 - Quelle est l'appartenance politique du délégué à la santé ou de l'élu chargé de la santé ?

PC	28	5,7%
PS	60	12,2%
Divers gauche	15	3,0%
UDF	19	3,9%
RPR	20	4,1%
Divers droite	15	3,0%
Sans étiquette	62	12,6%
Autre	9	1,8%
Ne sait pas	263	53,6%
Total	491	100,0%

Q54 - Question n°10 : Quels sont les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé ?

L'accès aux soins et action en faveur des personnes en difficulté	87	17,7%
La prévention	98	19,4%
Le maintien à domicile et autres actions en faveur des personnes âgées et dépendantes	82	16,7%
Lutte contre les dépendances	112	22,8%
Lutte contre le SIDA et les MST et développer les soins à domicile des malades du SIDA	79	16,1%
Actions et promotion de l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire	26	5,3%
Actions de vaccinations	16	3,2%
Actions d'amélioration de l'environnement et du cadre de vie	15	3,0%
Favoriser le partenariat, soutien et coordination d'actions	38	7,7%
Créer, développer ou conforter des structures de santé	34	6,9%
Actions en direction de la petite enfance et des jeunes	89	18,1%
Actions en direction des handicapés	11	2,2%
Autres	11	2,2%
Ne sait pas	198	40,3%

Q55 - Question n°11 : Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?

Le manque de structures de soins dans la ville	14	2,8%
Le rôle d'information et de prévention de la ville	71	14,5%
La santé et la difficulté d'accès aux soins d'une partie de la population de la ville, le problème des personnes âgées et leur maintien à domicile	112	22,8%
La mise en œuvre de la politique de la ville - DSU	17	3,5%
La montée de certains fléaux (SIDA, toxicomanie)	49	10,0%
La politique en faveur des jeunes et de la petite enfance	39	7,8%
La participation à des campagnes nationales	5	1,0%
Le constat de la dégradation de la santé, surmortalité	23	4,7%
Des demandes particulières, des études sur la santé des populations	42	8,5%
Tradition historique de prise en charge municipale de la santé	4	0,8%
Une sensibilité particulière des élus sur ce thème	15	3,0%
Autre	8	1,6%
Ne sait pas	241	49,1%

Q56 - Question n°12 : Avez-vous des projets en matière de santé pour le prochain mandat ?

Mener des actions d'information et de prévention SIDA, MST, soins à domicile pour les malades	77	15,6%
Actions de promotion hygiène alimentaire et actions bucco-dentaires	13	2,6%
Développement des services de maintien à domicile et d'actions pour les personnes âgées	61	12,4%
Faciliter l'accès aux soins	10	2,0%
Prévention et lutte contre les dépendances	46	9,4%
Vaccinations	11	2,2%
Soutien et coordination d'actions, développement du partenariat	31	6,3%
Créer ou conforter les structures sanitaires	52	10,5%
Actions en direction des handicapés	8	1,6%
Actions en direction de la petite enfance et des jeunes	49	9,9%
Les projets ne sont pas encore définis	35	7,1%
Poursuite des actions en cours	51	10,4%
Autre	4	0,8%
Ne sait pas	245	49,9%

Q57 - Combien y-a-t-il d'habitants dans votre ville ?

De 5000 à moins de 10000 hab.	257	52,3%
De 10000 à moins de 15000 hab.	73	14,9%
De 15000 à moins de 20000 hab.	36	7,3%
De 20000 à moins de 30000 hab.	47	9,6%
De 30000 à moins de 50000 hab.	50	10,2%
De 50000 à moins de 80000 hab.	19	3,9%
De 80000 à moins de 100000 hab.	1	0,2%
De 100000 à moins de 200000 hab.	6	1,2%
200000 habitants et plus	2	0,4%
Total	491	100,0%

Q60 - Région

Région parisienne	100	20,4%
Bassin parisien	77	15,7%
Nord	42	8,6%
Est	45	9,2%
Ouest	58	11,9%
Sud-Ouest	44	9,0%
Centre est	56	11,4%
Méditerranée	67	13,7%
Total	489	100,0%

Q61 - Quand la délégation santé de la municipalité a-t-elle été créée ?

Pendant la mandature en cours ou précédente	92	18,7%
Pendant une mandature plus ancienne ou a toujours existé	64	13,0%
Il n'y a pas de délégation santé	226	46,0%
Ne sait pas	109	22,2%
Total	491	100,0%

ANNEXE 3

LISTE DES 100 VILLES ENQUÊTÉES

Liste des villes interrogées en face à face

Département	Commune	Nbre d'habitants
11	Carcassonne	42494
13	Arles	52593
13	La Ciotat	30748
13	Gardanne	18113
13	Miramas	21601
13	Salon-de-Provence	33968
14	Caen	112093
17	La Rochelle	70968
17	Royan	16836
17	Saintes	25771
18	Bourges	75420
26	Montélimar	29932
26	Valence	63195
27	Vernon	23616
29	Concarneau	18627
29	Quimper	59427
30	Nîmes	133607
31	Tournefeuille	16696
33	Bordeaux	210082
33	Eysines	16391
33	Lormont	21590
33	Mérignac	57181
33	Pessac	51051
33	Saint-Médard-en-Jalles	22121
33	Talence	34457
33	Villenave d'Ornon	25957
42	Firminy	23367
42	Roanne	42848
42	Saint-Etienne	199328
44	Bouguenais	15098
44	Saint-Nazaire	64727
51	Chalons-sur-Marne	51533
51	Epernay	26640
51	Reims	180342
54	Laxou	15471
56	Lanester	23163
56	Vannes	48454
59	Armentières	25210
59	Denain	19543
59	Douai	44195
59	Lambersart	28263
59	Loos	19202

59	Mons-en-Baroeul	23577
59	Roubaix	97739
59	Saint-Amand-les-Eaux	16776
59	Saint-Pol-sur-Mer	23832
59	Tourcoing	93750
59	Wasquehal	17986
59	Wattrelos	43675
60	Beauvais	54086
60	Compiègne	41663
62	Arras	38631
62	Carvin	17059
62	Hénin-Beaumont	26252
62	Lens	35016
67	Bischheim	16308
67	Haguenau	27450
67	Lingolsheim	16480
67	Schiltigheim	29144
67	Strasbourg	251454
69	Ecully	18318
69	Lyon	414014
69	Rillieux-la-Pape	30776
69	Saint-Fons	15735
69	Saint-Genis-Laval	18776
69	Tassin-la-Demi-Lune	15460
69	Vaulx-en-Velin	44174
69	Venissieux	60437
69	Villefranche-sur-Saône	29889
71	Le Creusot	28909
71	Chalon-sur-Saône	56259
75	Paris	2148991
76	Le Grand-Quevilly	27657
76	Le Havre	195717
76	Rouen	102056
83	Fréjus	40813
83	Hyères	47941
83	La Seyne-sur-Mer	60567
83	La Valette-du-Var	20680
83	Toulon	167248
84	Avignon	89440
91	Athis-Mons	29123
91	Gif-sur-Yvette	19818
91	Grigny	24290
91	Sainte-Geneviève-des-Bois	31286
91	Ris-Orangis	24788
91	Les Ulis	27207
92	Bagneux	27207
92	Le Plessis-Robinson	21289

92	Meudon	45326
92	Montrouge	38031
92	Nanterre	84547
92	Rueil-Malmaison	66364
92	Suresnes	35943
94	Arcueil	20332
94	Champigny-sur-Marne	79486
94	Créteil	81998
94	Gentilly	17145
94	Maisons-Alfort	53363
94	Villejuif	48362
94	Vitry-sur-Seine	82381
95	Franconville	33874
95	Montmorency	21003
95	Pontoise	26655
95	Sarcelles	56830

ANNEXE 4

**LISTE DES VILLES DE L'ENQUÊTE POSTALE
AYANT RÉPONDU**

Liste des villes ayant répondu au questionnaire postal

Département	Commune	Nbre d'habitants
1	Belley	7797
1	Bourg-en-Bresse	40853
1	Saint-Genis-Pouilly	5696
2	Gauchy	5736
2	Guise	5965
2	Saint-Quentin	60499
2	Soissons	29684
3	Bellerive-sur-Allier	8543
3	Commentry	8021
3	Saint-Pourçain-sur-Sioule	5159
4	Manosque	19104
5	Embrun	5777
6	Antibes	69991
6	Cannes	68599
6	Carros	10747
6	Mandelieu-La-Napoule	16493
6	Nice	341462
6	Saint-Laurent-du-Var	24426
6	Valbonne	9244
6	Villefranche-sur-Mer	7913
7	Saint-Peray	5886
8	Charleville-Mézières	58888
8	Nouzonville	6970
8	Revin	9371
9	Saint-Girons	6592
10	Nogent-sur-Seine	5505
10	Saint-André-les-Vergers	11329
10	Saint-Julien-les-Villas	6027
10	Sainte-Savine	9493
10	Troyes	59148
11	Coursan	5137
11	Lézignan-Corbières	7881
11	Narbonne	45825
12	Millau	21786
12	Saint-Affrique	7798
12	Villefranche-de-Rouergue	12291
13	Auriol	6788

13	Carry-le-Rouet	5224
13	Châteauneuf-les-Martigues	10911
13	Châteaurenard	11790
13	Fuveau	6410
13	Istres	35096
13	Marseille	797900
13	Martigues	42675
13	Rognac	11099
13	Sausset-les-Pins	5541
13	Senas	5113
13	Velaux	7265
13	Vitrolles	35396
14	Colombelles	5695
14	Hérouville-Saint-Clair	24792
14	Ifs	6974
14	Lisieux	23676
14	Mondeville	9488
14	Vire	12891
15	Aurillac	30724
17	Rochefort	25249
17	Saint-Jean-d'Angely	8059
17	Surgères	6039
17	Tonnay-Charente	6814
18	Vierzon	32235
20	Ajaccio	58243
20	Porto-Vecchio	9307
21	Beaune	21286
21	Fontaine-lès-Dijon	7856
21	Genlis	5241
21	Nuits-Saint-Georges	5569
21	Quetigny	9230
22	Lannion	16954
22	Plérin	12095
22	Ploufragan	10583
24	Coulounieix-Chamiers	8402
24	Périgueux	30069
24	Trélissac	6660
25	Mandeure	5402
25	Montbéliard	28904
25	Pontarlier	18083
26	Crest	7583

26	Loriol-sur-Drôme	5609
27	Pont-Audemer	8975
27	Val-de-Reuil	10903
28	Chartres	39441
28	Châteaudun	14485
28	Epernon	5097
28	Lucé	18796
28	Mainvilliers	9955
28	Vernouillet	11680
29	Guipavas	11956
29	Lesneven	6249
29	Moelan-sur-Mer	6596
29	Plabennec	6598
29	Rosporden	6485
29	Scaër	5555
30	Alès-en-Cévennes	40996
30	Bagnols-sur-Cèze	17871
30	Manduel	5579
30	Marguerittes	7548
31	Beauzelle	5405
31	Castelginest	6757
31	Colomiers	26960
31	Pibrac	5879
31	Portet-sur-Garonne	8030
31	Ramonville-Saint-Agne	11829
31	Revel	7520
31	Saint-Orens-de-Garneville	9703
31	Villeneuve-Tolosane	7559
32	L'isle-Jourdain	5029
33	Artigues-près-Bordeaux	5528
33	Bassens	6472
33	Biganos	5908
33	Bruges	8753
33	Langon	5842
33	Le Bouscat	21538
33	Martignas-sur-Jalle	5596
33	Saint-André-de-Cubzac	6341
34	Agde	17583
34	Balaruc-les-Bains	5013
34	Frontignan	16245
34	La Grande-Motte	5016

34	Le Cres	6601
34	Lunel	18402
34	Mèze	6502
34	Saint-Jean-de-Vedas	5383
34	Sète	41510
35	Le Rhéu	5021
35	Pacé	5556
35	Saint-Grégoire	5807
35	Saint-Malo	47968
35	Vitré	14451
37	Chambray-lès-Tours	8185
37	Château-Renault	5787
37	La Riche	7838
38	Bourgoin-Jallieu	22326
38	Charvieu-Chavagneux	8126
38	Echirolles	34431
38	Fontaine	22852
38	La Mure	5480
38	La Verpillière	5595
38	Moirans	7124
38	Pont-Evêque	5385
38	Pontcharra	5824
38	Rives	5403
38	Saint-Egrève	15891
38	Saint-Ismier	5292
38	Saint-Martin-d'Hères	34341
38	Seyssinet-Pariset	13241
38	Seyssins	7028
38	Voiron	18683
39	Saint-Claude	12704
40	Dax	19309
40	Tarnos	9099
41	Blois	49187
41	Romorantin-Lanthenay	17865
41	Vendôme	17525
41	Vineuil	6253
42	Feurs	7802
42	La Talaudière	5665
42	Mably	8291
42	Rive-de-Gier	15588
42	Saint-Jean-Bonnefonds	6411

42	Sorbiers	7101
42	Unieux	8062
42	Veauche	7282
43	Le Puy-en-Velay	21691
43	Sainte-Sigolène	5236
44	Blain	7434
44	Châteaubriant	12782
44	Clisson	5495
44	Donges	6377
44	La Montagne	5555
44	Machecoul	5072
44	Nort-sur-Erdre	5362
44	Orvault	23115
44	Pornic	9815
44	Pornichet	8133
44	Saint-Herblain	42740
44	Saint-Julien-de-Concelles	5418
44	Sautron	6026
44	Thouare-sur-Loire	5140
44	Trignac	7020
44	Vertou	18234
45	Beaugency	6917
45	Briare-le-Canal	6070
45	Châteauneuf-sur-Loire	6558
45	Fleury-les-Aubrais	20673
45	Ingre	5880
45	La Chapelle-Saint-Mesmin	8203
45	Malesherbes	5778
45	Meung-sur-Loire	5993
45	Olivet	17479
45	Saint-Jean-de-la-Ruelle	16324
45	Saint-Jean-le-Blanc	6798
45	Saint-Pryve-Saint-Mesmin	5463
45	Villemandeur	5131
47	Agen	30368
47	Tonneins	9332
48	Mende	11229
49	Beaufort-en-Vallée	5364
49	Bouchemaine	5799
49	Chalonnnes-sur-Loire	5354
49	Chemille	6013

49	Cholet	55094
49	Doué-la-Fontaine	7257
49	Montreuil-Juigne	6451
49	Segré	6434
50	Avranches	8635
50	Cherbourg	26997
50	Coutances	9641
51	Vitry-le-François	17030
52	Langres	9983
52	Saint-Dizier	33431
53	Evron	6900
53	Laval	50307
53	Saint-Berthevin	6382
54	Dombasle-sur-Meurthe	9086
54	Heillecourt	6393
54	Homecourt	7088
54	Jarny	8399
54	Longwy	15438
54	Maxeville	8631
54	Mont-Saint-Martin	8660
54	Pompey	5143
54	Pont-à-Mousson	14645
54	Saint-Max	11074
54	Toul	16965
54	Vandoeuvre-les-Nancy	34103
55	Bar-le-Duc	17489
55	Ligny-en-Barrois	5342
55	Saint-Mihiel	5367
55	Verdun	20669
56	Auray	10323
56	Guidel	8241
56	Hennebont	13624
56	Inzinzac-Lochrist	5541
56	Saint-Ave	6929
57	Bitche	5415
57	Fameck	13922
57	Farebersviller	6835
57	Hagondange	8222
57	L'hôpital	6385
57	Marange-Silvange	5674
57	Metz	118640

57	Petite-Rosselle	6944
57	Sarreguemines	23034
57	Stiring-Wendel	13743
57	Thionville	39626
58	Decize	6876
58	Nevers	41839
59	Avesnes-sur-Helpe	5107
59	Comines	11320
59	Croix	20229
59	Dunkerque	70215
59	Essey-lès-Nancy	7358
59	Feignies	7269
59	Halluin	17629
59	Hautmont	17475
59	Hem	20200
59	Linselles	7674
59	Lys-lez-Lannoy	12300
59	Marquette-lez-Lille	11013
59	Maubeuge	34986
59	Merville	9015
59	Mouvoux	13566
59	Nieppe	7417
59	Petite-Forêt	5293
59	Saint-André	10098
59	Saint-Saulve	11122
59	Teteghem	5839
59	Wattignies	14532
60	Chambly	7140
60	Creil	31954
60	Montataire	12353
60	Nogent-sur-Oise	19528
60	Senlis	14384
61	La Ferté-Macé	6909
62	Achicourt	7959
62	Aire-sur-La-Lys	9527
62	Annezin	5859
62	Avion	18534
62	Barlin	7948
62	Béthune	24203
62	Billy-Montigny	8126
62	Coulogne	5809

62	Courrières	11375
62	Divion	7642
62	Douvrin	5442
62	Grenay	6213
62	Guines	5105
62	Harnes	14309
62	Houdain	7930
62	Liévin	33603
62	Lillers	9666
62	Longuenesse	12601
62	Oignies	10660
62	Saint-Omer	14280
62	Vendin-le-Vieil	6938
63	Ceyrat	5283
63	Clermont-Ferrand	136010
63	Cournon-d'Auvergne	19155
63	Thiers	14832
64	Anglet	32910
64	Biarritz	28742
64	Ciboure	5849
65	Bagnères-de-Bigorre	8419
66	Argelès-sur-Mer	7188
66	Bompas	6323
66	Céret	7283
66	Elné	6262
66	Le Soler	5147
66	Perpignan	105128
66	Prades	5972
66	Saint-Laurent-de-la-Salanque	7186
67	Bischwiller	10963
67	Eckbolsheim	5253
67	Erstein	8600
67	Hoenheim	10566
67	Illkirch-Graffenstaden	22192
67	Molsheim	7966
67	Obernay	9602
67	Sélestat	15535
67	Vendenheim	5193
67	Wissembourg	7442
68	Colmar	63246
68	Guebwiller	10936

68	Riedisheim	11864
68	Rixheim	11665
68	Soultz-Haut-Rhin	5867
68	Thann	7751
69	Bron	39567
69	Craponne	7048
69	Dardilly	6686
69	Feyzin	8520
69	Francheville	10863
69	Genas	9316
69	Gleize	8317
69	Irigny	7953
69	Jonage	5076
69	L'Arbresle	5198
69	La Mulatière	7296
69	Meyzieu	28077
69	Pierre-Bénite	9574
69	Saint-Cyr-au-mont-d'or	5301
69	Saint-Didier-au-Mont-d'Or	5967
70	Lure	8736
70	Luxeuil-les-Bains	8790
71	Bourbon-Lancy	6178
71	Chagny	5345
71	Mâcon	37217
71	Montchanin	5960
71	Saint-Rémy	5627
72	Coulaines	7370
72	Le Mans	145329
72	Mamers	6071
72	Mulsanne	5058
72	Sablé-sur-Sarthe	12169
73	Chambéry	53908
73	La Motte-Servolex	9347
73	La Ravoire	6688
73	Saint-Jean-de-Maurienne	9439
74	Annecy	49611
74	Annemasse	27667
74	Cran-Gevrier	15536
74	La Roche-sur-Foron	7089
74	Passy	9228
74	Saint-Gervais-les-Bains	5121

74	Saint-Julien-en-Genevois	7918
74	Scionzier	5945
74	Seynod	14764
74	Ville-la-Grand	6461
76	Barentin	12716
76	Bonsecours	6898
76	Elbeuf-sur-Seine	16603
76	Eu	8344
76	Gonfreville-l'Orcher	10202
76	Le Trait	5485
76	Le Tréport	6227
76	Maromme	12744
76	Montivilliers	17067
76	Notre-Dame-de-Gravenchon	8901
76	Saint-Pierre-lès-Elbeuf	8411
76	Sotteville-lès-Rouen	29539
76	Yvetot	10807
77	Brie-Comte-Robert	11499
77	Champagne-sur-Seine	6090
77	Dammarie-les-Lys	21127
77	Emerainville	6766
77	Gretz-Armainvilliers	7246
77	Le Mée-sur-Seine	20933
77	Lésigny	7865
77	Meaux	48210
77	Melun	34805
77	Mitry-Mory	15205
77	Nangis	7013
77	Roissy-en-Brie	18682
77	Savigny-le-Temple	18520
78	Buc	5434
78	Chatou	27977
78	Chevreuse	5026
78	Croissy-sur-Seine	9098
78	Gargenville	6202
78	Guyancourt	18305
78	Houilles	29646
78	La Verrière	6187
78	Le Chesnay	29542
78	Le Mesnil-Saint-Denis	6528
78	Le Vésinet	15935

78	Les Essarts-le-Roi	5565
78	Limay	12660
78	Louveciennes	7446
78	Maisons-Laffitte	22172
78	Mantes-la-Jolie	45083
78	Poissy	36480
78	Rambouillet	24212
78	Saint-Germain-en-Laye	39808
78	Trappes	30878
78	Triel-sur-Seine	9615
78	Velizy-Villacoublay	20584
78	Villepreux	8771
78	Viroflay	14689
78	Voisins-le-Bretonneux	11220
79	Mauléon	8779
79	Parthenay	10809
80	Doullens	6608
80	Montdidier	6261
81	Carmaux	10956
81	Castres	43996
81	Graulhet	13522
82	Castelsarrasin	11275
82	Caussade	6009
82	Moissac	11971
82	Montauban	50795
83	Bandol	7431
83	Bormes-les-Mimosas	5083
83	Cogolin	7976
83	Cuers	7027
83	La Crau	11256
83	La Garde	22400
83	La Londe-des-Maures	7150
83	Le Pradet	9686
83	Lorgues	6338
83	Ollioules	10398
83	Roquebrune-sur-Argens	10389
83	Saint-Cyr-sur-Mer	7033
83	Saint-Maximim-La-Ste-Baume	9593
83	Sanary-sur-Mer	14730
83	Six-Fours-les-Plages	28955
83	Vidauban	5460

84	Cavaillon	23100
84	Entraigues-sur-Sorgue	5788
84	Le Pontet	15677
84	Le Thor	5941
84	Orange	26325
84	Vaison-la-Romaine	5663
85	Challans	14203
85	Les Herbiers	13413
85	Luçon	9099
85	Pouzauges	5473
86	Buxerolles	6337
86	Chatellerault	34638
86	Poitiers	78666
86	Saint-Benoit	5843
87	Le Palais-sur-Vienne	6085
87	Limoges	133243
87	Saint-Léonard-de-Noblat	5024
87	Saint-Yrieix-la-Perche	7555
88	Mirecourt	6899
88	Remiremont	9052
89	Saint-Florentin	6433
91	Brétigny-sur-Orge	19668
91	Breuillet	7321
91	Chilly-Mazarin	16939
91	Crosne	7966
91	Draveil	27861
91	Epinay-sous-Sénart	13374
91	Epinay-sur-Orge	9688
91	Etrechy	5950
91	Igny	9428
91	Limours	6324
91	Marcoussis	5679
91	Massy	38542
91	Mennecy	11048
91	Palaiseau	28321
91	Saint-Germain-lès-Corbeil	6141
91	Savigny-sur-Orge	33294
91	Verrières-le-Buisson	15710
91	Villemoisson-sur-Orge	6404
91	Yerres	27116
92	Antony	57771

92	Clamart	47214
92	Courbevoie	65387
92	Gennevilliers	44814
92	Issy-les-Moulineaux	46115
92	Levallois-Perret	47548
92	Neuilly-sur-Seine	61766
92	Sceaux	17989
92	Vaucresson	8114
92	Villeneuve-la-Garenne	23822
93	Aubervilliers	67554
93	Bagnolet	32600
93	Epinay-sur-Seine	48760
93	Gagny	36059
93	La Courneuve	34122
93	Le Bourget	11699
93	Les Lilas	20118
93	Montfermeil	25556
93	Montreuil	94748
93	Noisy-le-Grand	54032
93	Pantin	47303
93	Rosny-sous-Bois	37488
93	Saint-Ouen	42341
93	Tremblay-en-France	32385
93	Villemomble	26836
93	Villetaneuse	11177
94	Chevilly-Larue	16196
94	Choisy-le-Roi	34068
94	Fresnes	22970
94	Ivry-sur-Seine	53610
94	Le Perreux-sur-Marne	28477
94	Orly	21629
94	Saint-Maurice	11157
94	Villiers-sur-Marne	22740
95	Argenteuil	93089
95	Bezons	25677
95	Bouffemont	5700
95	Cergy	48209
95	Domont	13218
95	Goussainville	24811
95	Jouy-le-Moutier	16910
95	Le Plessis-Bouchard	6138

95	Montmagny	11505
95	Saint-Leu-la-Forêt	14489
95	Sannois	25227
95	Taverny	25151

ANNEXE 5

**QUESTIONNAIRE POUR LES ÉLUS CHARGÉS DE
LA SANTÉ DES 100 VILLES**



juin 1994

Les actions de santé publique réalisées ou projetées par les villes

Questionnaire pour l'enquête auprès des élus chargés de la santé

Pour les enquêteurs :

- Toutes les questions doivent être posées sauf mention contraire (filtre).
- Entourez le chiffre correspondant à la réponse.
- Quand figure la mention "Préciser", notez la réponse en clair. Pour les questions ouvertes, notez le plus précisément et lisiblement la réponse de l'enquêté. Les réponses seront complétées et retranscrites à l'aide de l'enregistrement.
- N'écrivez rien dans la colonne de droite, réservée à la codification.
- Les consignes en italiques vous sont destinées, et ne sont pas à lire à l'enquêté.

*** Au cours de l'entretien, demandez à l'élu de vous remettre tous les documents dont il dispose sur la politique de santé de la ville.**

Ces documents sont par exemple : des bulletins municipaux, notices de présentation des actions de santé, rapports d'activités du service de santé, études, évaluations, plaquettes, brochures d'information, etc.

N° enquêteur	_ _	1-2
N° enquête	_ _	3-4
Département	_ _	5-6
Ville : -----	_ _	7-8

Nom et prénom de la personne interrogée : -----

Présentation de l'enquête aux interviewés

Le CREDOC est un centre de recherche qui réalise des études sur les conditions de vie, les attentes et les aspirations des Français. Le département Evaluation des politiques sociales réalise notamment des études sur les bénéficiaires du RMI, le logement des plus démunis ou encore les réseaux de prise en charge des alcooliques.

L'enquête à laquelle nous vous demandons de participer vise à recenser et décrire les actions et les services existants ou envisagés dans les communes en matière de santé publique. L'entretien que nous vous avons demandé s'inscrit dans le cadre d'une enquête auprès des élus chargés des questions de santé dans les villes de plus de 15 000 habitants.

Nous allons parler des actions de de santé menées dans votre ville, des structures municipales de santé existantes et plus généralement, de la place de la santé dans les interventions municipales.

LA DELEGATION SANTE DE LA MUNICIPALITE

<p>1. Quand la délégation santé de la municipalité a-t-elle été créée? ENQUETEUR : citez les items un par un</p> <p style="margin-left: 40px;"> pendant la mandature en cours (1989 - 1995) 1 pendant la mandature précédente (1983-1989) 2 pendant une mandature plus ancienne 3 la délégation a toujours existé 4 NSP 5 </p>	9
<p>2. Qui sont les délégués à la santé ?</p> <p style="margin-left: 40px;"> un adjoint au maire 1 un conseiller municipal 2 un adjoint et un conseiller 3 deux conseillers municipaux 4 NSP 5 </p>	10
<p>3. Le délégué à la santé a-t-il d'autres attributions ?</p> <p style="margin-left: 40px;"> oui 1 non 2 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">passer à 5</p>	11
<p>4. Quelles sont ces autres attributions ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	12-14

<p>5 En dehors de votre fonction municipale, quelle est votre profession ?</p>	<p> _ _ 15-16</p>
<p>6. Vous-même, vous êtes :</p> <p> maire adjoint chargé de la santé..... 1</p> <p> conseiller municipal délégué à la santé 2</p>	<p>17</p>
<p>7. Quel âge avez-vous ?</p> <p> _ _ </p>	<p>18-19</p>
<p>8. ENQUETEUR : notez le sexe de la personne interrogée</p> <p> homme 1</p> <p> femme 2</p>	<p>20</p>

LES ACTIONS DE SANTÉ

9. Quelles sont les principales actions que la ville a mené en matière de santé publique depuis septembre 1993 ?

ENQUÊTEUR : *notez précisément toutes les actions, en les différenciant bien; demandez à l'élu de décrire l'action*

9.1. Action n° 1 :

I _ I _ |21-22

9.2. Action n° 2 :

I _ I _ |23-24

9.3. Action n° 3 :

I _ I _ I25-26

9.4. Action n° 4 :

I _ I _ I27-28

9.5. Action n° 5 :

I _ I _ I29-30

10. Depuis le début de la mandature, y-a-t-il d'autres réalisations qu'il vous paraît important de faire connaître ?

oui..... 1

non|2

passer aux fiches actions pour la question 9

41

11. Quelles sont ces actions ?

ENQUETEUR : notez précisément toutes les actions, en les différenciant bien; demandez à l'élu de décrire les actions

11.1. Action n° A :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| | |42-43

11.2. Action n° B :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| | |44-45

Je vais à présent vous citer une série de domaines d'intervention : je souhaiterais que vous me disiez si, en dehors des actions que vous avez déjà évoqué, votre ville a fait des choses au cours de la mandature actuelle. Cela nous permettra de balayer l'ensemble de toutes les interventions municipales en matière de santé publique.

12. Avez-vous réalisé des enquêtes ou études sur les problèmes et les besoins de santé de la population ?		
oui.....	1	62
non	2	
13. Avez-vous mis en place un suivi informatisé des vaccinations ?		
oui.....	1	63
non	2	
14. Avez-vous organisé des séances de vaccinations dans les quartiers ?		
oui.....	1	64
non	2	
15. Avez-vous mené des campagnes d'information et de prévention dans le domaine des vaccinations ?		
oui.....	1	65
non	2	
16. Avez-vous organisé des bilans de santé gratuits ?		
oui.....	1	66
non	2	
17. Avez-vous mené des actions dans le domaine de l'alimentation ?		
oui.....	1	67
non	2	
18. Avez-vous mené des actions de lutte contre les poux ?		
oui.....	1	68
non	2	
19. Avez-vous mené des actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire ?		
oui.....	1	69
non	2	
20. Avez-vous mené des actions de dépistage bucco-dentaire ?		
oui.....	1	70
non	2	

<p>21. Avez-vous mené des campagnes d'information et de prévention dans le domaine des accidents domestiques ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	71
<p>22. Avez-vous mené des actions dans le domaine du bruit ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	72
<p>23. Avez-vous mené des actions d'information et de prévention sur le cancer?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	73
<p>24. Avez-vous mené des actions d'information et de prévention sur les maladies cardio-vasculaires ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	74
<p>25. Avez-vous mené des actions de dépistage de certaines maladies ? <i>ENQUETEUR : il s'agit par exemple d'exams gratuits de dépistage du cancer du sein; dépistage SIDA, etc.</i></p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	75
<p>26. Avez-vous mené des actions de prévention sur le SIDA ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	76
<p>27. Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine de la toxicomanie ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	77
<p>28. Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine du tabac ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	78
<p>29. Avez-vous mené des actions de prévention dans le domaine de l'alcool ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	79
<p>30. Avez-vous mené des actions de formation dans les domaines du SIDA et des toxicomanies ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p>	80

<p>31. Avez-vous créé une structure d'accueil pour des personnes en difficulté ? ENQUETEUR : <i>il s'agit par exemple de "points-santé" RMI, d'un point d'accueil médical des SDF, service de consultations médicales gratuites, etc.</i></p> <p>oui 1 non 2</p>	81
<p>32. Avez-vous créé une structure d'écoute des jeunes ? ENQUETEUR : <i>il s'agit par exemple de lieux d'accueil et de consultations gratuites pour les jeunes, d'un point écoute pour les jeunes toxicomanes et leur famille</i></p> <p>oui 1 non 2</p>	82
<p>33. Avez-vous mis en place un service de soins médicaux à domicile ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	83
<p>34. Avez-vous créé des établissements d'accueil spécialisés pour les personnes âgées ou personnes dépendantes ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	84
<p>35. Avez-vous mis en place un service de portage de repas à domicile ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	85
<p>36. Avez-vous mis en place un service de prise en charge des malades du SIDA à domicile ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	86
<p>37. Avez-vous mis en place des aménagements dans les transports ou les lieux publics pour les personnes âgées, handicapés ou mal-voyants ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	87
<p>38. Avez-vous mis en place un service de transports spécialisé pour les handicapés ?</p> <p>oui 1 non 2</p>	88

45. Quel est le budget annuel de ce centre ?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

106-112

46. Ce centre offre-t-il

ENQUETEUR : citez les items un par un

	oui	non	
des consultations médicales généralistes	1	2	113
des consultations médicales spécialisées	1	2	114
un service dentaire	1	2	115
un service de kinésithérapie	1	2	116
un service de radiographie	1	2	117
des soins infirmiers	1	2	118

47. Ce centre est-il géré

par une association 1 119
 en régie directe 2

48. Au total, combien de personnes travaillent dans ce service, en équivalent temps plein ?

moins de 5 personnes 1 120
 de 6 à 10 personnes 2
 de 11 à 20 personnes 3
 plus de 20 personnes 4

49. Votre ville a-t-elle un service municipal d'aide médicale à domicile ?

oui 1 121
 non 2

passer à 52

50. Quel est le budget annuel de ce service ?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

122-128

51. Au total, combien de personnes travaillent dans ce service, en équivalent temps plein ?

moins de 5 personnes 1 129
 de 6 à 10 personnes 2
 de 11 à 20 personnes 3
 plus de 20 personnes 4

52. Votre ville a-t-elle un service municipal de santé scolaire ?

oui 1 130
 non 2

passer à 55

<p>53. Quel est le budget annuel de ce service ?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>131-137</p>
<p>54. Au total, combien de personnes travaillent dans ce service, en équivalent temps plein ?</p> <p style="margin-left: 40px;"> moins de 5 personnes 1 de 6 à 10 personnes 2 de 11 à 20 personnes 3 plus de 20 personnes 4 </p>	<p>138</p>
<p>55. Votre ville dispose-t-elle d'autres structures de santé ?</p> <p style="margin-left: 40px;"> oui 1 non 2 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"> passer à 57 </p>	<p>139</p>
<p>56. Lesquelles ?</p>	<p> _ _ 1140-141</p>
<p>.....</p>	<p> _ _ 1142-143</p>
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	
<p>57. Quel est le budget annuel global de la ville pour la santé ?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>144-151</p>
<p>58. Quelle part la santé représente-t-elle approximativement dans le budget total de la ville (en pourcentage) ?</p> <p style="margin-left: 40px;"> moins de 5 %.. 1 de 5 à 9 % 2 de 10 à 14 % 3 de 15 à 19 % 4 plus de 20 % 5 NSP 6 </p>	<p>152</p>
<p>59. Le budget santé de la ville est-il</p> <p style="margin-left: 40px;"> en progression.. 1 stable 2 en régression 3 NSP 4 </p>	<p>153</p>

60. Au total, combien de personnes approximativement sont employées dans le secteur santé de votre ville ?

ENQUÊTEUR : *Il s'agit ici des services municipaux de santé et des associations de santé dépendantes de la municipalité. Le préciser à l'élu*

|_|_|_|_|

154-158

LA PLACE DE LA SANTE DANS LA VILLE

Nous allons maintenant parler plus généralement des grands objectifs de la municipalité en matière de santé et de la place de la santé dans les interventions municipales.

<p>61. Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?</p> <p><i>ENQUETEUR : laisser la personne répondre spontanément. Si plusieurs raisons sont invoquées, notez les deux principales, celles qui paraissent décisives à l'él</i></p> <p style="margin-left: 40px;">le manque d'information de la population sur le SIDA. 1</p> <p style="margin-left: 40px;">le développement de la toxicomanie 2</p> <p style="margin-left: 40px;">la marginalisation d'une partie de la population et la difficulté de l'accès aux soins 3</p> <p style="margin-left: 40px;">le nombre croissant de personnes âgées 4</p> <p style="margin-left: 40px;">la politique de développement social des quartiers..... 5</p> <p style="margin-left: 40px;">une sensibilisation particulière des élus à la santé 6</p> <p style="margin-left: 40px;">la santé a toujours été prise en compte par la municipalité 7</p> <p style="margin-left: 40px;">autres 8</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>ENQUETEUR</u> : si autres, précisez</p>	159-160
	I_1161

<p>34. Quels sont les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé?</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : laissez la personne répondre spontanément. <i>Notez deux réponses maximum : il s'agit d'objectifs <u>prioritaires</u></i></p> <p>réduire les pollutions 1 réduire la consommation d'alcool et de tabac 2 lutter contre la toxicomanie 3 prévenir les maladies et handicaps 4 mener des actions d'information et de prévention sur le SIDA 5 diminuer le nombre d'accidents 6 promouvoir la santé auprès des populations défavorisées 7 mener des actions en direction des personnes âgées 8 améliorer l'accès aux soins de la population 9 créer de nouvelles structures de soins 10 améliorer les structures de soins existantes 11 développer des services de maintien à domicile 12 Autre 13</p> <p style="text-align: center;"><u>ENQUETEUR</u> : Si autres, précisez</p>	<p>162-163 164-165</p>
<hr/> <hr/> <hr/>	<p>I_1166</p>
<p>63. Je vais vous citer une série de phrases qui qualifient les interventions municipales en matière de santé. Quelles sont les deux phrases qui, selon vous, caractérisent le mieux l'intervention de la municipalité dans le domaine de la santé ?</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : citez les propositions ; notez deux réponses maximum</p> <p>s'acquitter au mieux des obligations légales 1 faire réaliser des études sur les problèmes de santé de la population 2 informer la population sur les services sanitaires existant dans la ville 3 soutenir et faciliter les actions des associations spécialisées dans la santé 4 mener des campagnes d'information et de prévention 5 assurer la formation des acteurs de santé 6 développer des services de soins spécifiques 7 autres 8</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : Si autres, précisez</p>	<p>167-168</p>
<hr/> <hr/> <hr/>	<p>I_1169</p>

<p>64. A votre avis, quel doit être le rôle principal d'une ville et de ses élus en matière de santé ?</p>	
<p>.....</p>	<p> _ _ 1170-171</p>
<p>.....</p>	<p> _ _ 1172-173</p>
<p>.....</p>	
<p>65. Quel est à votre avis le niveau d'intervention le plus pertinent pour améliorer l'état de santé de la population ?</p>	
<p>la commune 1</p>	<p>174</p>
<p>le département 2</p>	
<p>la région 3</p>	
<p>l'Etat 4</p>	
<p>NSP 5</p>	
<p>66. Y a-t-il des projets que vous n'avez pas pu réaliser pendant cette mandature ?</p>	
<p>oui 1</p>	<p>175</p>
<p>non 2</p>	
<p>passer à 69</p>	
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	
<p>67. Quels sont ces projets que vous n'avez pas pu réaliser ?</p>	
<p>.....</p>	<p> _ _ 1176-177</p>
<p>.....</p>	<p> _ _ 1178-179</p>
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	<p> _ _ 1180-181</p>
<p>.....</p>	

68. Pourquoi n'avez-vous pas pu réaliser ce ou ces projet(s)?

|_|_|182-183

|_|_|184-185

|_|_|186-187

69. Quelle est la réalisation qui illustre le mieux les objectifs et la démarche de votre commune en matière de santé ?

|_|_|188-189

|_|_|190-191

70. Quelle est la réalisation qu'il vous paraît important de mener au cours de la prochaine mandature ?

|_|_|192-193

|_|_|194-195

<p>71. Diriez-vous que la santé est une priorité de l'action municipale ?</p> <p>oui 1</p> <p>non 2</p> <p style="text-align: right;">passer à 73</p>	<p>196</p>
<p>72. Pourquoi pensez-vous que la santé est une priorité de l'action municipale ?</p>	<p> _ _ 197-198</p>
<p>.....</p>	<p> _ _ 199-200</p>
<p>.....</p>	<p> _ _ 201-202</p>
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	
<p>ENQUETEUR : aller directement à la question 74</p>	

73. Pourquoi pensez-vous que la santé n'est pas une priorité de l'action municipale ?

|_|_|203-204

|_|_|205-206

|_|_|207-208

74. A votre avis, quelle sera la place de la santé au cours des prochaines élections municipales ?

ENQUETEUR : *pour relancer l'élu : ce thème fera-t-il partie des thèmes centraux ? Concrètement, comment aborderez-vous la santé ? que mettrez-vous en avant ?*

|_|_|209-210

|_|_|211-212

|_|_|213-214

75. Si vous pensez que les questions abordées précédemment ne permettent pas d'avoir une vision complète de votre politique de santé, vous pouvez à présent détailler les points que nous n'aurions pas abordé

|_|_|215-216

|_|_|217-218

|_|_|219-220

<p>76. Combien d'habitants y-a-t-il dans votre ville ?</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : <i>laisser la personne répondre spontanément</i></p> <p>de 15 000 à moins de 20 000 habitants 1 de 20 000 à moins de 30 000 habitants 2 de 30 000 à moins de 50 000 habitants 3 de 50 000 à moins de 80 000 habitants 4 de 80 000 à moins de 100 000 habitants 5 de 100 000 à moins de 200 000 habitants 6 200 000 habitants et plus 7</p> <p>77. Quelle est la tendance politique de votre ville</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : <i>laisser la personne répondre spontanément</i></p> <p>PC 1 PS 2 Divers Gauche 3 UDF 4 RPR 5 Divers Droite 6 autres 7</p> <p><u>ENQUETEUR</u> : <i>si autres, précisez</i></p>	<p>221</p> <p>222</p> <p>I __ I223</p>
<p>78. Vous-même, appartenez-vous à la même formation politique que le maire ?</p> <p>oui 1 non 2</p> <p style="text-align: right;">passer à 81</p>	<p>224</p>
<p>79. Le fait d'appartenir à la même formation que le maire a -t-il une influence sur la politique de santé de la municipalité ?</p> <p>oui 1 non 2</p> <p style="text-align: right;">fin entretien</p>	<p>225</p>
<p>80. En quoi cela a-t-il une influence ?</p>	
<p>.....</p>	<p>I __ I226-227</p>
<p>.....</p>	<p>I __ I228-229</p>
<p><u>ENQUETEUR</u> : <i>Fin de l'entretien</i></p>	

B1. A quelle formation politique appartenez-vous ?

PC 1
 PS 2
 Divers Gauche 3
 UDF 4
 RPR 5
 Divers Droite 6
 autres 7

230

ENQUETEUR : si autres, précisez

I _ I 231

B2. Le fait d'appartenir à une formation différente de celle du maire a-t-il une influence sur la politique de santé de la municipalité ?

oui 1
 non 2

232

fin entretien

B3. En quoi cela a-t-il une influence ?

I _ I 233-234

I _ I 235-236

Cet entretien est terminé. Je vous remercie d'y avoir consacré un peu de temps

Si l' élu demande à quoi va servir cet entretien :

lui répondre que cette enquête donnera lieu à un rapport de synthèse sur la politique de santé des villes. Par ailleurs, les informations recueillies au cours des entretiens permettront de constituer une base de données de responsables locaux, de réalisations et de projets en matière de santé publique locale
 Cette base de données sera accessible aux élus ; le rapport de synthèse sera également transmis aux élus qui le désirent.

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE POSTAL



Les actions de santé publique réalisées par les villes

Questionnaire destiné aux élus chargés de la santé

Présentation de l'enquête

Le CREDOC est un centre de recherche qui réalise des études sur les conditions de vie, les attentes et les aspirations des Français. A la demande du Réseau National de Santé Publique, le Département "Évaluation des Politiques Sociales" du CREDOC lance une enquête auprès des élus chargés des questions de santé dans les villes de plus de 5 000 habitants. L'objectif de cette étude est de mieux connaître la politique de santé des communes en France.

Les informations obtenues grâce à ce questionnaire serviront à constituer une base de données nationale des réalisations et des projets des villes en matière de santé. Nous vous remercions de consacrer un peu de votre temps à répondre à ce questionnaire : nous pourrons ainsi faire figurer votre ville dans cette base de données qui sera par la suite accessible à tous les élus. Si vous disposez de quelques documents relatifs à la politique de santé de votre ville (par exemple : bulletins municipaux, rapports d'évaluation d'actions de santé, brochures, etc.), il nous serait très utile que vous les joigniez au questionnaire.

Mode d'emploi

Le questionnaire que nous vous demandons de remplir concerne les actions et les services existants dans votre ville en matière de santé publique. Vous trouverez ci-joint deux documents différents :

1/ un questionnaire général sur la délégation santé de votre ville et les structures municipales de santé. Les actions de santé de votre ville y seront abordées de manière succincte.

2/ une série de fiches permettant de recueillir des informations plus détaillées sur les actions de santé les plus significatives menées par votre ville entre 1989 et 1994. Vous pouvez remplir autant de fiches que vous le jugez nécessaire (une fiche par action).

Ce questionnaire est à renvoyer le plus rapidement possible au :

CREDOC - Service Enquêtes - Villes Santé - 142, rue du Chevaleret - 75013 Paris

Pour toute information complémentaire, contactez Isabelle Groc : (16-1) 40-77-85-79.

LES STRUCTURES MUNICIPALES DE SANTÉ

Instructions : Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse

1. Sur quelle structure municipale la ville s'appuie-t-elle pour mener des actions de santé ?

- Le service communal d'hygiène et de santé 1
- Le centre de santé 2
- Le centre communal d'action sociale 3
- Aucune structure en particulier 4
- Une autre structure 5

Précisez laquelle :

.....

.....

	OUI	NON
2. Votre ville a-t-elle un service communal d'hygiène et de santé ?	1	2
3. Votre ville a-t-elle un centre de santé municipal ?	1	2
4. Votre ville a-t-elle un service municipal d'aide médicale à domicile?	1	2
5. Votre ville a-t-elle un service municipal de santé scolaire ?	1	2
6. Votre ville dispose-t-elle d'autres structures municipales de santé ?	1	2

Si oui, indiquez quelles autres structures de santé :

.....

.....

7. Quelle part la santé représente-t-elle approximativement dans le budget total de la ville ?

- Moins de 1 % 1
- De 1 à moins de 3 % 2
- De 3 à moins de 5 % 3
- De 5 à 9 % 4
- De 10 à moins de 15 % 5
- De 15 à 20 % 6
- Plus de 20 % 7

LES ACTIONS DE SANTÉ DE LA VILLE

Actions d'information et de prévention :

8. Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené des actions d'information et de prévention dans les domaines suivants :

	OUI	NON
Les vaccinations	1	2
L'équilibre alimentaire	1	2
Les accidents domestiques	1	2
Le cancer	1	2
Les maladies cardio-vasculaires	1	2
Le SIDA	1	2
La toxicomanie	1	2
Le tabac	1	2
L'alcool	1	2

Autres actions de santé :

9. Entre 1989 et 1994, la ville a-t-elle mené d'autres actions de santé, telles que :

	OUI	NON
<u>Enquêtes ou études</u> sur les problèmes et les besoins de santé de la population ?	1	2
<u>Suivi informatisé des vaccinations</u> ?	1	2
<u>Séances de vaccinations</u> dans les quartiers ?	1	2
Actions de <u>lutte contre les poux</u> ?	1	2
Actions de <u>promotion de l'hygiène bucco-dentaire</u> ?	1	2
Actions de <u>dépistage bucco-dentaire</u> ?	1	2
Actions de <u>formation</u> dans le domaine du <u>SIDA</u> ?	1	2
Actions de <u>formation</u> dans le domaine de la <u>toxicomanie</u> ?	1	2
Création d'une structure d'accueil pour des <u>personnes en difficulté</u> ?	1	2
Mise en place d'un service de <u>soins médicaux à domicile</u> ?	1	2
Création d'établissements d'accueil et de soins spécialisés pour les <u>personnes âgées ou personnes dépendantes</u> ?	1	2
Aménagements dans les transports ou les lieux publics pour les <u>handicapés</u> ?	1	2
Service de <u>portage de repas à domicile</u> ?	1	2

10. Quels sont les objectifs prioritaires de la municipalité en matière de santé?

11. Quelles sont les principales raisons qui ont conduit la municipalité à prendre des initiatives dans le domaine de la santé ?

**12. Avez-vous des projets en matière de santé pour le prochain mandat ?
Lesquels ?**

LA DÉLÉGATION SANTÉ DE LA MUNICIPALITÉ

13. Quand la délégation santé de la municipalité a-t-elle été créée?

Pendant la mandature en cours (1989-1995)	1
Pendant la mandature précédente (1983-1989)	2
Pendant une mandature plus ancienne	3
La délégation a toujours existé	4
Il n'y a pas de délégation santé	5

14. Qui sont les délégués à la santé ?

Un adjoint au maire	1
Un conseiller municipal	2
Un adjoint et un conseiller	3
Deux conseillers municipaux	4
Il n'y a pas de délégué à la santé	5
Autres	6

Précisez :

15. Quelle est l'appartenance politique du maire ?

PC	1
PS	2
Divers Gauche	3
UDF	4
RPR	5
Divers Droite	6
Sans étiquette	7
Autre	8

Précisez :

16. Quelle est l'appartenance politique du délégué à la santé ou de l' élu chargé de la santé?

PC	1
PS	2
Divers Gauche	3
UDF	4
RPR	5
Divers Droite	6
Sans étiquette	7
Autre	8

Précisez :

Nom de la personne ayant rempli le questionnaire :

Fonction:

***Pour décrire les principales actions de santé menées entre 1989 et 1994,
nous vous proposons maintenant de remplir les fiches action santé.***

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Dépôt légal : Octobre 1995

ISBN : 2-84104-046-1