



La santé dans l'histoire de la politique municipale

Jean-Claude Guyot, spécialisé en sociologie de la santé et de la protection sociale, Professeur émérite à l'Université de Bordeaux 2, a dirigé une recherche sur la municipalisation des politiques de santé¹. Il apporte ici un regard historique sur l'implication des villes dans le domaine de la santé et montre les obstacles que peut rencontrer la mise en place d'une politique locale de santé.

L'INTRODUCTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LE SYSTÈME D'ACTION MUNICIPAL

Globalement, la santé s'est introduite dans le système d'action municipal dans le cadre des préoccupations des **politiques hygiénistes** qui se sont particulièrement développées durant le XIX^e siècle. Bien qu'il n'existât pas de véritables spécialistes de l'hygiène avant 1880, la lutte contre les épidémies et l'insalubrité a suscité dans de nombreuses villes des actions à la fois nationales et municipales ayant en particulier pour dénominateur commun la lutte contre les logements insalubres. **C'est principalement par le biais de l'urbanisme que le sanitaire est entré de plain-pied dans le système d'action municipal.** D'inspiration écologique, la participation active des médecins hygiénistes à la vie politique tant à l'échelon local que national s'est traduite durant ce siècle par la mise en œuvre d'une législation sanitaire nationale qui s'est progressivement imposée aux communes. Retenons la loi de police de 1822, celle du 13 avril 1850 relative à l'assainissement des habitations insalubres, l'importante législation de 1884 qui accroît la compétence des maires en matière de santé publique et **enfin la grande loi du 15 février 1902.**

Mais, dans ce domaine de l'hygiène publique, c'est à un État interventionniste que revient en France l'initiative d'impulser des politiques de santé sur l'ensemble du territoire national. Dès le début du XX^e, **cette prérogative toute jacobine** n'a pas manqué de se heurter à la **résistance des municipalités** jalouses de leur autonomie et opposées à un alourdissement de leurs charges financières. Elle s'est heurtée aussi à la résistance des propriétaires de logements insalubres peu enclins à réaliser et à prendre en charge les travaux prescrits par une administration contraignante. Durant les débats parlementaires et aussi plusieurs années après la promulgation de ce grand texte unificateur, d'ardents défenseurs des traditions locales et des libertés individuelles s'opposèrent à cette tentative de **quadrillage bureaucratique** du pays sous l'inspiration des ingénieurs de l'urbanisme et des médecins de santé publique. On ne parlait pourtant pas encore de technocratie.

LE PROCESSUS DE DÉCENTRALISATION ET LES INITIATIVES LOCALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Durant une période plus contemporaine, la montée en puissance des villes françaises au cours du dernier demi-siècle est une des tendances les plus marquantes du changement de notre système politique français. Les lois de décentralisation des années 1982-86 ont largement entériné ce processus entamé dans les années soixante. Les communes ont vu leur autorité affirmée et leurs compétences réglementaires élargies. **Aujourd'hui, les municipalités sont donc devenues des acteurs incontournables de la vie politique.** Elles s'impliquent toujours plus dans la gestion publique en développant des programmes parallèlement, complémentaires ou parfois même en concurrence avec l'État dans de nombreux domaines.

Qu'en est-il dans le domaine de la santé ? La multiplication des interventions dans ce champ sanitaire témoigne de cette marge de manœuvre acquise par les villes. Même si leur implication sanitaire ne semble ni évidente, ni généralisée, ni même légitime, force est de constater plusieurs tendances convergentes pour assigner aux communes de nouvelles responsabilités en la matière : programme de l'Organisation mondiale de la santé en direction des villes, **création d'un réseau national de santé publique** qui regroupe aujourd'hui nombre de collectivités territoriales. Des villes grandes ou moyennes : Paris, Rennes, Grenoble, Ivry, Nîmes, se positionnent face aux enjeux de la précarité, de la marginalité, de l'exclusion, mais aussi face aux problèmes médico-sociaux qui sont le plus souvent mis en avant par les collectivités territoriales.

La santé recouvre un champ si vaste qu'il est pratiquement impossible d'en saisir les contours. De l'hygiène des abattoirs aux services sophistiqués de la médecine hospitalière, l'implication des politiques municipales trouve difficilement ses marques. **Les problèmes de santé ne cessent d'être un défi lancé aux villes moyennes et aux grandes cités urbaines** (et pourquoi pas aux communes de moindre importance ?). Comment les édiles locaux peuvent-ils inscrire cet insaisissable objet dans leur agenda et leur système d'action politique ?

LES PRINCIPAUX OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ

D'une manière générale, si **une commune** ne peut que difficilement être le lieu de production d'une politique de santé *stricto sensu*, elle dispose néanmoins de ressources pour participer à sa mise en œuvre en s'engageant dans des actions publiques. Fréquemment, elle

peut apparaître comme **un médiateur potentiel** favorisant une concertation de proximité entre les différents acteurs publics ou privés susceptibles de participer à la prise en charge de problèmes de santé.

Mais c'est précisément dans l'exercice de cette fonction de médiation que peuvent apparaître les difficultés inhérentes à une stratégie de santé publique inscrite dans un territoire donné. Ces difficultés sont diverses, mais elles ont toute une origine commune : **la forte segmentation de l'action publique** dans le système bureaucratique français. Le législateur espérait que le processus de décentralisation eût permis d'atténuer les effets de cette segmentation. Dans le domaine de la santé publique, il n'est pas certain que les objectifs soient atteints.

Il existe bien évidemment des processus de différenciation des compétences entre les différents niveaux d'administration de l'action publique : ils produisent des effets de compétition entre les communes et les départements. Par exemple, sur un même territoire, ils peuvent mettre en concurrence les administrations déconcentrées de l'État et les institutions territoriales placées sous l'autorité des élus locaux. Ces processus de différenciation sont également observables à l'intérieur même de l'institution territoriale, ils peuvent être à l'origine de difficultés de communication, de tensions, voire de conflits entre les différentes catégories de services qui composent l'organigramme municipal, entre les différentes délégations d'élus, ceux qui, par exemple, ont en charge le social et ceux qui assument des responsabilités dans le domaine de la santé. Dans l'action sanitaire de certaines villes, la santé publique peut se trouver amputée de la responsabilité de la gestion des problèmes d'environnement que tentent de monopoliser les ingénieurs sanitaires. Ces derniers peuvent vouloir défendre la frontière de leur compétence face à l'autorité des médecins de santé publique, médecins du travail ou médecins scolaires. Une stratégie de santé publique placée sous le signe de la globalisation des problèmes sanitaires, fondée sur une **méthodologie de la transversalité et sur une démarche communautaire** risque alors de s'épuiser devant cette **fragmentation de l'action publique et de ses agents**.

Bien des incertitudes planent sur ce processus local de recomposition de l'action collective. Dans le domaine sanitaire, la promotion d'une « nouvelle santé publique » ne passe pas toujours le cap de la rhétorique comme cela se vérifie souvent à l'épreuve du terrain. Ainsi, l'écologie urbaine qui réintroduit dans le débat public actuel la gestion sanitaire de l'environnement peut *mutatis mutandis* renouer à bien des égards avec

le modèle hygiéniste du XIX^e siècle, celui des ingénieurs de la salubrité pour lesquels le problème essentiel était de chasser la saleté hors des villes. Dans certaines communes, sous la pression politique et technocratique de ces professionnels de l'environnement, un clivage net tend parfois à séparer l'hygiène publique de la santé publique elle-même. Défense des territoires et **affirmation des rationalités corporatistes**? Des médecins de santé publique doivent céder, non sans une certaine amertume, certaines de leurs prérogatives à un service de l'environnement qui renforce son autonomie dans le cadre même de l'organigramme municipal.

Quant à la population, son rapport à l'institution municipale ne s'est guère modifié à la faveur du processus de décentralisation. **Nous sommes loin de l'idéal d'un modèle communautaire ou d'une démocratie participative...** « La population, écrit Jean-Claude THOENIG, continue à vivre sa relation à la municipalité et le département à travers un mode traditionnel, mélange de suffrage universel et de dépendance individuelle »².

Par ailleurs, malgré les attentes d'un décloisonnement nées d'une gestion décentralisée des problèmes sociaux et de santé, il est fréquent de constater que la bureaucratie locale n'a parfois rien à envier à celle de l'administration centrale de l'État. La question se pose également au niveau des gestionnaires des organisations publiques locales avec, d'un côté, le souci évident d'une maîtrise comptable des dépenses d'aide sociale et de l'autre, la nécessité de prendre en compte les effets sociaux de la précarité, de la maladie, du chômage ou de la solitude. **Les normes d'efficacité du management public local et l'affirmation des valeurs de solidarité territoriale peuvent devenir antinomiques**. C'est bien là tout le paradoxe des responsables des communes françaises face aux nouveaux défis du XXI^e siècle. ■

Jean-Claude GUYOT

1. Jean-Claude Guyot et Bruno Hérault. *La santé publique, un enjeu de politique municipale*. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. 2001.

2. Jean-Claude Thoenig, « L'innovation institutionnelle » in *L'action publique*, L'Harmattan 1996, p. 222.