

Où en est-on de la territorialisation des politiques publiques de santé ?

#1. QUELLES DYNAMIQUES AU SEIN DES COLLECTIVITÉS ? 27 mai 2024

Véronique Garnier

Référente de la commission Santé et Solidarités de l'Association des maires d'Île-de-France (AMIF)

Association des maires d'Île de France, rôle et production

• L' AMIF

- Créée en 1990, l'AMIF est un partenaire de l'État et des collectivités territoriales de profils variés
- Travaux sur tous les sujets essentiels à la vie des municipalités : l'aménagement du territoire, les transports, la santé, l'éducation, la culture, la fiscalité, la formation, l'emploi, la politique de la ville, l'urbanisme et l'environnement etc...
- Moyens, outils : commissions dont **la commission santé et solidarités**, colloques, débats, salon annuel, échanges d'informations avec les différentes associations d'élus, diverses publications (livres blancs, articles, CP...)

• Le livre blanc santé (juillet 2022)

- Partenariat technique avec l'IPR et l'ORS, envoi d'un questionnaire à l'ensemble des maires franciliens (Octobre 2021), réalisation d'une quarantaine d'auditions
- **3 parties**
 - Présentation d'un diagnostic de la santé de notre région
 - À travers le recueil d'un ensemble très riche de témoignages d'acteurs, il a été montré que les communes franciliennes sont d'ores et déjà « passées à l'action » en matière de santé
 - **Formulation de 30 propositions des maires pour améliorer les politiques de santé - un regard nouveau sur la place des communes en matière de santé**

Les points saillants du livre blanc santé de l'AMIF

1- Diagnostic de la santé en Île de France – portrait d'une région contrastée

- Forts contrastes en matière de santé, des ISTS de plus en plus marquées
- Evolution de la population dans un environnement de moindre qualité où l'exposition, entre autres, au bruit et aux pollutions est particulièrement importante
- Nombreux indicateurs qui se dégradent, notamment dans l'accès aux soins, zonage médecins de mars 2022 montre une situation extrêmement tendue, avec désormais **deux-tiers de l'Île-de-France en zone d'intervention prioritaire (ZIP)**

2- Des communes résolument engagées en matière de santé

- Les maires sont de plus en plus interpellés par leurs concitoyens sur la santé, qu'il s'agisse des grandes ou des petites communes, des territoires urbains, périurbains ou ruraux. Parmi les préoccupations santé, les maires font le même constat : l'accès aux soins est devenu une priorité pour leurs concitoyens
- Les maires s'impliquent déjà largement en matière d'accès aux soins mais de nombreux élus auditionnés indiquent agir en matière de santé selon une acception large et participent ainsi de plus en plus à la santé publique
- Dans cette approche plus globale (physique, mentale et sociale), les communes s'investissent en matière de prévention et de promotion en santé, en agissant sur les déterminants de santé y compris les déterminants environnementaux, sur lesquels leurs marges de manœuvre sont importantes.

Centralisation versus « compétences » des collectivités territoriales ?

- La santé est « **l'affaire de l'État** » - article L.1411-1 du CSP, « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État » et par conséquent de ses opérateurs en région (préfet, ARS...)
- **Santé publique** : compétences du maire par son pouvoir de police administrative générale de la salubrité (article L. 2212-2 du CGCT) et le pouvoir de protection de la santé publique (article L.1311-1 et L. 1311-2 du CSP). Compétences pouvant être mise en application sur des sujets de santé pour préserver la salubrité mettant en difficultés les administrés.
 - ▶ Ex. crise de la crise de la COVID-19 (arrêtés pris par certaines communes)
- **Présence de services de « santé » dans les CT :**
 - Protection maternelle et infantile (PMI), Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), CCAS, Maison départementale des personnes handicapés (MDPH), EHPAD, centres municipaux de santé, centres de planification familiale, services municipaux de santé scolaire, services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), services de médecine préventive et professionnelle...

Centralisation versus « compétences » des collectivités territoriales ?

- **Salubrité publique** : les communes ou EPCI (Établissements Publics de Coopération Intercommunales) selon le Code général des collectivités territoriales (CGCT), et en particulier les maires dans le cadre de leur pouvoir de police en matière de sécurité (troubles mentaux manifestes) et de salubrité selon le CSP, ainsi que certaines dimensions de la politique de l'habitat selon le Code de la construction et de l'habitation (CCH), (résorption de l'insalubrité et des immeubles menaçant de tomber en ruine) ont des compétences assimilables à la santé.
Fondement essentiel sur les pouvoirs de police administrative générale du maire en vertu duquel il/elle est habilité(e) à prendre toute mesure pour assurer la « salubrité publique », composante de l'ordre public.
- Il appartient au maire, au titre de son **pouvoir de police** « de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, (...), les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours ».
- **Le devoir d'alerte sanitaire** : en application des articles L. 1413-4 et L. 1413-5 du CSP, les CT ont le devoir d'alerter sans délai le directeur général de l'ARS en cas de menaces imminentes pour la santé de la population et transmettre à Santé Publique France les informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

Territorialisation de la santé

- **Constat :**
 - Depuis les dernières élections municipales, plus d'élus avec une délégation santé, de plus en plus associée à des délégations comme l'urbanisme, ou la transition écologique...
 - Avec la crise COVID certains élus ont intégré la santé malgré l'absence de délégation « officielle »
- Certains élus communaux ont une représentation de la santé limitée à la dimension de **l'accès aux soins**
- Intervention sur une **pluralité de déterminants de la santé** relève des compétences dont disposent les collectivités locales, les possibilités d'action des élus en matière sociale, de transport, d'aménagement du territoire ou d'urbanisme... – **La ville dans son fonctionnement normal** avec une approche sanitaire ou pas. Suppose que les élus locaux aient été familiarisés à des **concepts et des pratiques de santé publique**
- **Entre offre de soins et intervention sur les déterminants de santé**, pour les élus locaux, la première peut être vécue comme plus « valorisante » politiquement que la seconde, plus aisé pour les élus locaux de la convertir en bénéfiques politiques que le versant santé publique de la politique de santé « immatériel, peu rémunérateur et peu créateur d'emplois ».

Territorialisation des politiques de santé est très inégale en IDF et sur l'ensemble du territoire national

Territoire de santé?

- **La région, espace référentiel de la planification sanitaire**
 - **Plan Régional de Santé (PRS3) IDF : Agir pour la santé des Franciliens -2023-2028**
 - Le cadre d'orientation stratégique (COS) qui porte les objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans ;
 - Le schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs stratégiques et les résultats attendus à 5 ans ;
 - Le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), également établi pour 5 ans.

Trois priorités qui structurent l'action de l'ARS Île-de-France depuis sa création :

- La réduction des inégalités sociales de santé,
- Le pouvoir d'agir,
- La territorialisation des actions.

Développer la prévention, la promotion de la santé et renforcer le pouvoir d'agir des habitants et des usagers dans toutes les dimensions de la santé

Obj. stratégiques et opérationnels à 5 ans

-Systématiser l'association entre CLS, CLSM et CPTS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé et des projets des CPTS.

-Faire des CLS l'outil de cohérence d'un projet territorial de santé fondé sur la prise en compte des déterminants de la santé et sur des outils efficaces de réduction des inégalités sociales de santé...

- **Territoire de santé pertinent**

Territoire communal, « bonne distance » du développement d'actions locales en santé publique et d'actions favorisant l'accès aux soins, bonne échelle pour mesurer les disparités territoriales et sociales de santé, leurs déterminants, mobiliser les acteurs (agents, professionnels du soin, associations, habitants), articuler la santé aux autres politiques municipales.

La légitimation personnelle des élus locaux en référence à la politique de santé

- **Profil des élus** peut expliquer des différences : professionnels de santé et autres professions
 - Les professionnels de santé particulièrement les médecins en charge de la santé ont tendance à légitimer leur présence sur ce périmètre en valorisant leurs connaissances techniques de la santé
 - Les autres élus santé non professionnels de santé, pourront plus mettre en avant leurs compétences politiques et leur capacité à prendre des décisions
- Globalement la santé symbole d'une absence de référence partisane « **apolitisme** »
- Capacité pour l'élu santé à porter et relayer les questions de santé auprès des autres élus, « **La santé dans toutes les politiques** »
- **Inégalités de santé dans les territoires** constitue une justification de l'implication des élus... « Quand on apprend que l'on meurt trois ans et demi plus tôt qu'ailleurs, que la prévalence des cancers et des maladies cardio-vasculaires est 20 % supérieure à la moyenne nationale, que le nombre de spécialités est inférieur de 20 % à la norme nationale, on comprend qu'il est inimaginable que le système de santé fasse l'impasse sur le rôle des acteurs de santé »
- Perception d'une **agilité d'action** qui n'existe plus dans les services de l'Etat au niveau régional ou national

La place des collectivités locales dans les dynamiques territoriales de santé

- **Principales dynamiques**

- Depuis 25 ans les **Ateliers Santé Ville (ASV)**, puis les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)** et à partir de 2010 les **Conseils Locaux de Santé (CLS)** se déploient avec un objectif commun de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ainsi que la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des besoins locaux
- Depuis 2016, arrivée d'un acteur territorialisé associatif porté par des professionnels de santé , la **Communauté Professionnelle Territoriales de Santé (CPTS)**

- **Place des collectivités locales**

- Varie suivant les priorités et la **gouvernance** propre à chaque approche
- En résumé
 - **ASV** : oui élu référent chargé du volet santé et/ou de la politique de la ville, mais peut être porté par une association ou un CCAS, et politique de la ville relève désormais du niveau intercommunal
 - **CLS** : oui mais de plus en plus de niveau intercommunal, mission principale avec la mise en œuvre du Programme Régional de Santé (PRS), contractualisation, à minima, entre ARS et collectivité territoriale.
 - **CLSM** : oui, relève d'une démarche de démocratie sanitaire autour de la santé mentale. Engagement fort des élus de la commune ou du groupement, président puisque e CLSM et co-animant avec le chef de secteur en psychiatrie
 - **CPTS** : non en théorie, mais montée de l'implication des élus/coordo (CLS)

Quelques données

L'accord conventionnel interprofessionnel des **CPTS** prévoit 2 types d'enveloppe de financement :

- **une enveloppe pour le fonctionnement** de la CPTS afin d'amorcer l'organisation avant le démarrage des missions et assurer le fonctionnement de la communauté de manière pérenne. Cette enveloppe est comprise entre 50 000 et 90 000 € suivant la taille du bassin de population couvert par la CPTS ;
- **une enveloppe pour chaque mission** engagée composée d'une part fixe (allouée dès le début de chaque mission pour les moyens mis en œuvre) et d'une part variable (calculée selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat et des moyens développés par mission).

- Pour les **CLS**, apport de 30 000 € de la part de l'ARS pour couvrir les frais de fonctionnement, liés au poste de coordination pour les communes avec QPV.
 - Pour les **CLSM** idem, sauf lorsqu'ils constituent le volet santé mentale du CLS (0 budget).
- Pour le **programme d'actions**, dans la majorité des CLS et des CLSM, il n'est pas associé à l'octroi d'un budget propre → recherche de subventions, AAP...
- Pour les **ASV**, co-financement par la Préfecture via l'enveloppe dédiée à la politique de la ville

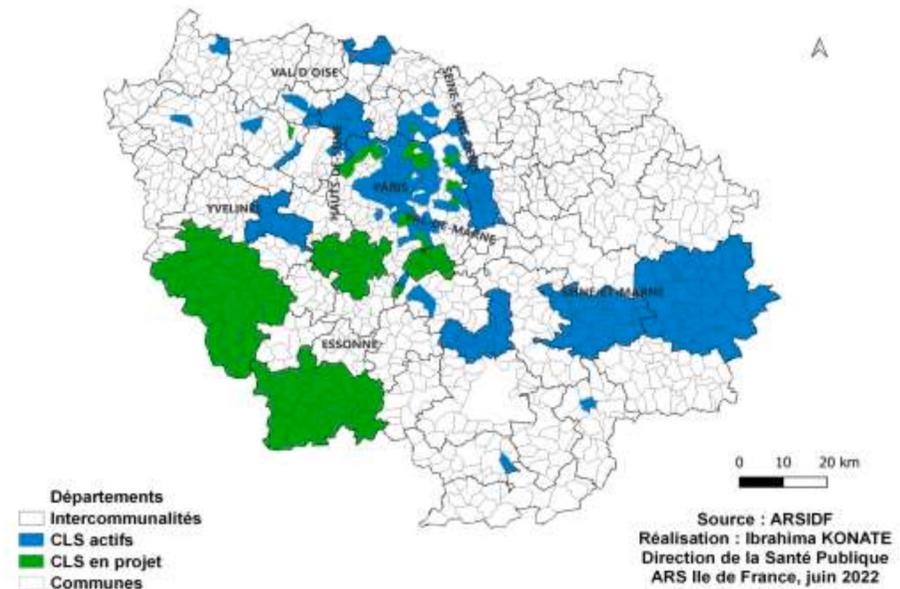
Nombre de CLS en 2022 en IDF : 81

- 62 CLS en activité
- 19 CLS en projet - ARS

Thèmes prédominants - ARS

- Santé des adolescents et jeunes adultes
- Accès aux soins
- Maladies chroniques
- Santé environnement
- Santé mentale

Contrats Locaux de Santé d'Ile de France en 2022



Sans oublier...

- **Évaluation des besoins** : diagnostic local
- Enjeux autour des **données au bon échelon territorial et à leur interprétation**, et de **l'accès à l'expertise**
- **Pluralité des acteurs locaux** au niveau communal : associations d'usagers du système de santé, associations sportives, associations de parents, correspondants de quartier...
- **Evaluation de l'efficacité** des actions, de leur mesure d'impact, à construire

L'égalité républicaine, une des limites de la légitimation de politiques territoriales de santé publique

- Le **positionnement des élus** oscille entre réticence à se voir confier une nouvelle compétence en santé communautaire (soins primaires, prévention et promotion de la santé) et réticence à l'abandonner à l'État.
- Risque **d'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé** si politique « très » territorialisée sans gouvernance adaptée
- **Rupture d'équité**, car les territoires ont des moyens et des priorités différentes.
- Méfiance à l'égard d'une **décentralisation** qui se limiterait à un transfert de charges sans transfert de ressources

Favoriser une indispensable territorialisation des politiques de santé environnement

- La majorité des leviers d'actions en matière de santé environnement et **d'amélioration du cadre de vie** se situent au niveau territorial :
 - urbanisme, aménagement du territoire, mobilités, logement, petite enfance, enfance, achats publics...au cœur des compétences des collectivités territoriales,
- Prévenir les expositions à risque mais également promouvoir un environnement bénéfique pour la santé, **l'urbanisme favorable à la santé** est un thème de prédilection
- Tous les aspects de la santé sont touchés par le **changement climatique**, de la qualité de l'air, de l'eau et du sol aux systèmes alimentaires et aux conditions de vie...
- La **transition écologique** doit être associée à la santé environnement. L'Etat doit s'assurer d'une cohérence concertée entre stratégies de transition écologique et santé environnement
- Cet échelon de proximité facilite la nécessaire **appropriation de ces enjeux par la population**
- Les communes n'avancent pas toutes au même rythme, **nouvelles ISTS ou aggravation des ISTS**

« Travailler sur la santé environnementale c'est vraiment l'opportunité à ne pas rater en santé publique » L. Ginot

Le plan national de prévention des risques pour la santé, liés à l'environnement est décliné au niveau régional sous forme de PRSE. Ces plans ont pour objectif la territorialisation des politiques définies dans les domaines de la santé et de l'environnement. Ces plans régionaux s'appuient sur les enjeux prioritaires définis dans le plan national tout en veillant à prendre en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions. Ils sont mis en œuvre par les services déconcentrés de l'Etat, les ARS et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, notamment par le biais des contrats locaux de santé. Loi « santé » de janvier 2016, Article L. 1311-7 du code de la santé publique

Les faibles moyens financiers, humains et organisationnels consacrés aux PRSE, relevés par nombre d'acteurs, témoignent de ce positionnement marginal et constituent une autre limite à leur efficacité. Rapport d'information n° 479 (2020-2021) « Santé environnementale : une nouvelle ambition » – B.Jomier, F. Lassarade

2 déterminants essentiels :
 Ces démarches s'appuient sur le **développement d'une expertise locale**, permettant de cibler les préoccupations et priorités en fonction des risques d'exposition au niveau du territoire, selon une approche populationnelle axée sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;

- elles visent à insuffler une **approche intégrée de la santé environnementale dans l'ensemble des politiques publiques locales**, valorisant les impacts positifs d'un cadre de vie sain au-delà d'une approche ciblée sur la réduction des risques.

Pour les rapporteurs, accompagner le développement de telles démarches, au-delà des initiatives éparses et morcelées existantes, implique de **repenser les conditions de la gouvernance territoriale de la politique de santé environnementale**. Rapport d'information du Sénat

Et pour conclure

- Reconnaître le rôle des villes comme **légitime sur l'action locale en santé**, mais ce rôle n'est pas instinctif pour tous les élus santé. Savoir solliciter la « communauté de santé publique » pour aider à l'élaboration des politiques à partir des besoins des territoires et à un meilleur pilotage par l'évaluation des actions
- Renforcer le plaidoyer pour que les villes s'engagent sur la santé, et que la **santé soit déclinée dans toutes les politiques publiques**
- Le **contrat local de santé** « donne une vraie légitimité aux villes d'interpeller les institutions, et par la voix du Maire, permet de convier tous les acteurs autour de la table pour travailler à des solutions ». projet CLoterreS – E. Breton et coll.
Outil de cohérence du projet territorial de santé fondé sur la prise en compte des déterminants de la santé et sur des outils efficaces de réduction des inégalités sociales de santé (PRS3 IDF)
- **La santé environnement territorialisée** ne doit pas rater la trajectoire de la transition écologique
- « **Au milieu du gué** » : si le principe de territorialisation de l'action publique en matière de santé et d'offre de soins semble acquis, réticences face à la contractualisation, réticences face à la décentralisation