

Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé de l'OMS

Echelle de territoire et enjeux de santé

Depuis 25 ans, le Réseau français des Villes-santé de l'OMS développe l'intelligence collective pour mener des politiques publiques favorables à la santé et partager les bonnes pratiques en s'appuyant sur les déterminants de la santé et en agissant de façon transversale sur les politiques de la ville concernées.

Parmi les compétences qui régissent ces politiques, un certain nombre d'entre elles appartiennent désormais aux intercommunalités : politique de la ville, transport, urbanisme, voiries, etc. Ces dernières années, certaines intercommunalités ont adhéré au Réseau et ont entamé une réflexion sur la gestion de la santé au niveau intercommunal. Certaines communes du Réseau craignent que ce changement d'échelle amène les services de santé publique des villes à disparaître.

En préparation du colloque national du Réseau Villes-Santé prévu le 31 mai 2016 sur le thème « Territoires et Santé, quels enjeux », quatre réunions des Réseaux Régionaux des Villes-Santé (voir liste, Annexe 1) ont permis d'échanger sur les choix faits par les uns et les autres dans le contexte de la réforme territoriale. Les participants ont défini collectivement les enjeux liés à cette question sur la place de la santé. Une synthèse des réflexions menées lors de ces rencontres se trouve ci-dessous.

L'intercommunalité : une échelle qui pose question

La plupart des élus et techniciens présents aux rencontres des réseaux régionaux proviennent de communes. Seules 2 intercommunalités (sur 5 membres du Réseau national) sont représentées. Certains élus et techniciens indiquent avoir peu de possibilités de travailler avec le niveau intercommunal.

Lors des différentes réunions, les participants s'accordent sur le fait que la réflexion sur les échelles de gestion de la santé est pertinente et formulent des attentes vis-à-vis de cette dernière.

« La question (de l'échelle intercommunale) est pertinente car même si aujourd'hui nous travaillons peu avec l'intercommunalité, elle va se poser très prochainement. »

« Nous reconnaissons l'intérêt du niveau intercommunal et aimerions que l'intercommunalité soit partie prenante notamment sur la thématique de la santé. »

« Nous n'étions pas très intéressés par le niveau intercommunal, c'est bien que le Réseau des Villes-santé soit venu et nous ait fait nous interroger sur la pertinence de cet échelon. »

Echelle intercommunale : actuellement quelles implications en santé ? Quelle collaboration et articulation avec l'échelle communale ? Quels enjeux ?

Les participants apportent des précisions sur différentes réflexions, projets et dispositifs mis en place en collaboration avec le niveau intercommunal. Il peut s'agir par exemple de la définition et évaluation d'un **nouveau plan d'action intercommunal** ou encore de la **réflexion commune** (interco + commune) sur les futures thématiques de travail de l'intercommunalité et des transferts de compétences possibles à cette échelle.

Certains membres sont impliqués dans l'élaboration d'un **diagnostic local de santé** au niveau intercommunal permettant ainsi une réflexion plus pertinente de l'organisation de l'offre de soins qui sort du territoire de la commune (hôpitaux sur une des communes de l'intercommunalité). Le fait que l'intercommunalité s'intéresse à un diagnostic local de santé permet ainsi à cette dernière d'avoir une visibilité sur les actions communales en santé. D'autant que ces actions sont incluses dans le **volet santé du Contrat de Ville** signé au niveau intercommunal.

Lorsque l'intercommunalité s'empare de la santé et quelle dispose déjà d'un élu délégué à la santé et voire même d'un service santé (ex : Grand Nancy et Communauté urbaine de Dunkerque), elle est souvent le niveau de coordination des Ateliers santé ville, notamment ceux qui ont pour territoire d'action des quartiers prioritaires de la ville intercommunaux (étalés sur plusieurs communes d'une même intercommunalité). Une association de promotion de la santé sur la communauté urbaine peut être créée pour fédérer les structures existantes.

Il s'avère que les deux exemples cités précédemment restent rares. Pour combler le manque d'investissement de la santé par leur intercommunalité, certaines communes d'une même intercommunalité ont mis en place des **coopérations plus ou moins informelles**. Celles-ci s'organisent le plus souvent **en dehors d'une réflexion stratégique menée au sein de l'intercommunalité** même. Par exemple, la coordination d'une campagne de dépistage organisée entre plusieurs communes proches. Cela permet d'avoir un poids médiatique plus important et bien évidemment de mutualiser les moyens et compétences comme la communication. Ces collaborations sont très bénéfiques aux communes de petites tailles, qui n'auraient pu mettre en place ce genre d'actions.

Le manque de projets portés en collaboration entre l'intercommunalité et les communes peut être dû à plusieurs raisons. Certaines villes comme Marseille ont des difficultés particulières liées à la création de la nouvelle métropole début 2016, qui n'est pas encore effective. D'autres villes sont tellement plus grandes que leurs voisines de la même intercommunalité, qu'une coopération comme partenaires égaux (financements à la même hauteur) n'est pas évidente. Par exemple, la ville de Toulouse a 10 fois plus d'habitants que la 2^{ème} plus grande municipalité de son intercommunalité.

Il semblerait que la pertinence de l'échelle d'action et d'organisation de la santé publique dépende des **spécificités des territoires** : notamment la taille des villes de l'interco, aussi de leurs priorités de santé. Voici quelques citations des propos tenus :

« La taille critique de la population est clé. Si les habitants sont peu nombreux, il est plus logique de travailler à l'échelle de l'intercommunalité, mais dans les grandes villes, la commune est plus pertinente ».

« Le « territoire » d'une personne n'est pas le même que pour son voisin. Certaines personnes restent dans leur quartier, d'autres dans la ville/commune et encore d'autres traversent toute l'intercommunalité quotidiennement. Nos réponses doivent s'adapter à ces différentes réalités ».

« La mutualisation au niveau intercommunal n'est pas une priorité pour des villes de taille moyenne, voire grande »

« Le questionnement sur l'échelle territoriale est-il réellement pertinent et prioritaire ? Il est nécessaire de prendre en compte la géographie socio-économique. Par exemple, dans certains territoires, les quartiers prioritaires de la ville se situent au niveau de l'intercommunalité et non plus dans le territoire de la ville ».

Certains participants soulignent l'importance de **rester le plus local possible**.

« Relation avec l'intercommunalité en santé : c'est comme une sorte de bidouillage. Chaque territoire s'empare d'un dispositif en santé à l'échelle qui lui semble la plus pertinente sans forcément qu'il y ait une cohérence ».

« En santé, le niveau d'action le plus efficace est le niveau communal. Il permet de mener des actions au niveau d'un quartier, des échanges inter-quartiers »

Les autres limites à l'implication de l'intercommunalité en santé énoncées lors des réflexions sont les **moyens humains et financiers**, ainsi que la **volonté politique** :

« La question est : où sont les moyens ? Et quelle est l'échelle pour être efficace dans la réduction des inégalités ? »

« Comme les élus de l'Agglomération ne sont pas du même bord politique que celui de la municipalité ça complique les choses... »

« Pour travailler avec l'intercommunalité, il est nécessaire d'avoir au préalable une volonté politique, que l'intérêt de l' élu communal ».

Pour une implication de l'intercommunalité en santé, il semble essentiel qu'il soit nommé un élu, vice-président ou conseiller communautaire.

Contrat Local de Santé (CLS) : opportunité d'impulser une stratégie intercommunale ?

Au sein du Réseau Régional Grand Ouest, les CLS sont actuellement signés à l'échelle des communes uniquement. L'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes comme d'autres ARS, souhaitent pour les 4 prochaines années (2016 – 2020) couvrir leur région par des CLS intercommunaux.

Dans les zones rurales, le niveau intercommunal semble pertinent car il est nécessaire de compter un minimum d'habitants (soit une population minimum d'environ 20-30 000 habitants) pour mettre en place des politiques/actions telles qu'un CLS. Dans une zone urbaine de taille moyenne ou grande, la population minimum nécessaire est déjà atteinte à l'échelle de la commune.

Les Réseaux Grand Est et Grand Nord constatent également que la signature de CLS se fait principalement au niveau communal pour les plus grandes villes. Cependant les villes de taille petite à moyenne sont souvent signataires d'un CLS intégrant plusieurs villes d'une même intercommunalité. Par exemple, le CLS de Grand Nancy qui compte à ce jour pour signataires 19 des 20 communes de l'intercommunalité. Trois villes de la Métropole européenne Lilloise ont un CLS en commun.

La signature commune d'un CLS permet aux communes d'une même intercommunalité de déterminer des priorités, axes prioritaires communs, bien souvent issus d'un diagnostic santé sur le territoire. Cela permet notamment la **cohérence des actions sur le territoire et une meilleure organisation de l'offre de soins**. Il est énoncé en réunion l'effet positif « boule de neige » de ce dispositif, qui amène des villes de taille plus petite à s'intéresser à la santé et à se joindre à la démarche.

Volet Santé du Contrat de ville : levier d'intégration de la santé au niveau intercommunal

Le réseau Grand Sud a noté le fait que le CLS et/ou l'ASV peut être le volet Santé d'un Contrat de ville. Comme le Contrat de ville est signé entre l'Etat et les intercommunalités, le CLS est une porte d'entrée pour coopérer avec ce niveau. Plusieurs Villes-Santé de l'Est et Nord indiquent aussi que le Contrat de ville auquel ils appartiennent contient un volet santé. Ce transfert de la gestion du Contrat de ville à l'intercommunalité résulte de la nouvelle géographie des Quartiers prioritaires de la ville (QPV).

Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Il semblerait que les CLSM soient davantage pensés au niveau intercommunal ou que leur élargissement intercommunal soit en cours de réflexion (à Mulhouse par exemple). En effet, cela permet une meilleure prise en compte de l'échelle des territoires psychiatriques et de la sectorisation. A Roubaix, le CLSM a été créé avec 6 communes de l'intercommunalité appartenant aux mêmes secteurs de l'Etablissement public de santé mentale (EPSM). Au Grand Nancy, l'intercommunalité coordonne même des groupes thématiques en matière de santé mentale. A Lille, ces groupes de travail sont coordonnés au niveau de la commune. Les financements parfois conjoints des postes de coordination semblent provenir de différentes structures selon les territoires (EPSM, ville, intercommunalité, ARS, etc.).

Une articulation à faire entre les échelles intercommunale et communale, pour intégrer la Santé dans toutes les politiques

«Le niveau intercommunal correspond à une échelle plus stratégique et politique alors que le niveau communal correspond davantage à un niveau d'action locale, de travail de terrain, qui ne peut se faire qu'à cet échelon. Ces deux niveaux ne sont pas contradictoires et interchangeable, ils ne peuvent se remplacer l'un par l'autre ».

« Il s'agit de deux échelles différentes, le niveau intercommunal = niveau de gestion et le niveau communal = davantage un niveau de proximité ».

« C'est aux villes et intercommunalités de déterminer l'échelle la plus pertinente selon la compétence et les dispositifs publics donnés. Certains sujets ne peuvent se limiter au territoire de la ville».

« La réflexion de base : une série de déterminants de la santé, ce qui induit une transversalité (travail avec le social, l'urbanisme, l'éducation,...)»

« Il faudrait simplement que le « service santé – promotion de la santé – bien être» de l'intercommunalité puisse avoir les transversalités voulues au moment voulu avec les différents secteurs qui agissent sur les déterminants, certains sont clairement municipaux (échelle de base de la démocratie par exemple). »

« Quand il y a déjà du travail transversal sur une commune, pas une nécessité de transférer la compétence à l'intercommunalité, surtout s'il n'y a pas à cette échelle le service en question »

Tableau 1 - Niveau de gestion qui semble le plus pertinent des compétences ayant un impact sur les déterminants de la santé. Où sont prises les décisions liées aux déterminants de la santé ?

Déterminants de santé	Echelle communale	Echelle intercommunale
<i>Cohésion sociale</i> <i>Services sociaux</i>	<p>La proximité de l'échelle communale, un atout pour l'action sociale : « Le niveau le plus pertinent pour l'action sociale est le niveau local »</p> <p>« L'action sociale doit se faire au plus près, sinon on ne peut pas mettre en place une réelle dynamique. On ne peut coordonner des ASV sur un territoire de 100 000 habitants »</p>	<p>Politique de la ville investie au niveau de l'intercommunalité via le Contrat de ville intercommunal</p> <p>« La politique de la ville est une compétence métropolitaine ; le fait de devoir informer l'interco de chacune des actions peut limiter et bloquer certaines actions »</p>
<i>Accès à la culture</i> <i>Système d'éducation</i>	<p>« La culture est une compétence à la fois de la ville et de l'intercommunalité. Cette compétence nécessite une articulation entre les deux échelles » Roubaix</p> <p>Intervention en santé dans les écoles primaires et secondaires</p>	<p>La culture est une compétence seulement métropolitaine. (Amiens)</p>
<i>Environnement</i>	<p>« Qualité de l'air intérieur », compétence municipale.</p>	<p>Nécessité de développer la compétence santé-environnement à l'échelle intercommunale (nécessité d'une prévention sur le long terme plutôt que d'une activation ponctuelle du Plan Climat Air Energie Territorial)</p> <p>Agenda 21, volet santé environnementale inclus et plus particulièrement entrée par les risques urbains</p> <p>« La qualité de l'air – lutte contre la pollution, l'assainissement de l'eau, la gestion des déchets sont des questions qui dépassent la municipalité » :</p>
<i>Aménagement urbain</i>	<p>La plus-value de l'échelle municipale, c'est la facilité à travailler en transversalité avec les autres services (urbanisme, déplacements...)</p> <p>Service mobilité via la mise en place de plan piéton, plan vélo,....</p>	<p>Intégration du volet santé dans le Plan de déplacement urbain intercommunal par l'entrée qualité de l'air (Loon Plage)</p> <p>Via le Schéma de cohérence territoriale géré au niveau intercommunal</p>
<i>Système de santé / offre de soins</i>	<p>Nécessaire de garder l'animation au niveau local pour mobiliser les habitants aux évènements.</p> <p>La confiance et le lien de proximité sont deux atouts de l'échelle communale pour la mise en place de dépistages.</p> <p>Centre de vaccination</p>	<p>Évènementiel – communication – Mutualisation de moyens pour la mise en place d'actions de grande envergure</p> <p>Ex : <i>Octobre Rose</i>, les journées du cancer de l'enfant, dépistage organisé dentaire et visuel</p> <p>Entraide-mise à disposition de matériel</p> <p>Réflexion sur le zonage en psychiatrie à cette échelle</p> <p>CLS et CLSM</p> <p>Meilleure prise en compte du territoire, de l'offre de soins existante (ex : MSP) et des secteurs psychiatriques</p>

Restitution pour chaque niveau -communal et intercommunal- d'une analyse « SWOT » des points forts/ points faibles ainsi que des opportunités/ menaces

Tableau 2 : Analyse du niveau communal

<p>Points forts</p> <p>Forte implication politique volontariste à l'échelle de la municipalité</p> <p>Echelon traditionnel de la prise en charge de la santé. Historiquement, les municipalités avaient les Bureaux d'Hygiène et elles ont donc développé les CLS, ASV... La plupart des services « santé » sont actuellement communaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Mise en œuvre naturelle du travail de terrain ➔ Présence des ressources humaines (salariés) <p>Meilleure connaissance des besoins / attentes du public</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Actions municipales sont adaptées aux besoins de la proximité (travail en dentelle) ➔ adéquation plus forte entre les besoins et l'offre <p>Proximité avec les citoyens / service de proximité</p> <p>Proximité entre acteurs / élus / citoyens / associations</p> <p>Possibilité de récupérer des financements (autres qu'ARS par ex)</p> <p>Autonomie</p> <p>Territorialité des actions, bien définies (y compris quartiers prioritaires de la ville)</p> <p>Echelon adéquat pour une possible mobilisation</p>	<p>Faiblesses</p> <p>Rapport avec l'ARS</p> <p>Quelle place pour les communes quand le CLS est intercommunal ?</p> <p>Coupure factice municipal – intercommunalité</p> <p>Existence de superpositions ou multiplication d'actions identiques</p> <p>Grands projets se font à un échelon supérieur</p> <p>Il est déjà difficile de pérenniser les moyens à l'échelle de ce qui existe dans les villes et de stabiliser les partenariats.</p>
<p>Opportunités</p> <p>Collaboration avec l'intercommunalité notamment pour la coordination</p> <p>Rassemblement des acteurs de la santé</p> <p>Etude / diagnostic local de santé fin</p> <p>Opérateur de terrain : mise en œuvre d'actions/ porteurs de projets, contact avec le terrain</p> <p>A partir de l'échelon communal, on va au plus proche de l'habitant à travers les conseils de quartier, les conseils citoyens ou de formes de santé communautaire, etc.</p>	<p>Menaces</p> <p>Opacité politico-administrative</p>

Tableau 3 : Analyse (SWOT) du niveau intercommunal

<p>Forces</p> <p>Niveau permettant une meilleure coordination et orientation des travaux, des réflexions et apport d'un soutien (travail en binôme)</p> <p>Echelle plus stratégique et politique –</p> <p>Complémentarité avec le niveau communal</p> <p>Permet une meilleure connaissance et fédération des acteurs du territoire, le renforcement d'une politique de santé, d'un réseau de santé</p> <p>Projets communs pour mieux répondre aux besoins en santé des habitants d'une même intercommunalité</p> <p>Mutualisation de moyens, de stratégies (ex : l'évènementiel, notamment la communication autour d'une action commune : poids médiatique plus important)</p> <p>Plus de liens avec d'autres dispositifs et meilleure transversalité en santé (air, eau, transports, urbanisme, petite enfance, etc.)</p> <p>Vision plus large et cohérente d'un territoire (de vie)</p> <p>Dépasser le territoire de la ville pour une réflexion plus globale</p> <p>Pour les petites communes : bénéficier des retours d'expériences, d'une aide logistique</p> <p>Renforcer et pérenniser des actions</p>	<p>Faiblesses</p> <p>Coordination problématique à l'interco : acteurs non habitués à travailler ensemble</p> <p>Pilotage politique incertain (manque de moyens humains, financiers, territoire trop vaste, trop varié)</p> <p>Besoin de plus de moyens (pas de ressources propres) – temps – déplacements</p> <p>Difficile pérennisation actuelle des moyens à l'échelle des villes et de stabiliser les partenariats.</p> <p>Manque de légitimité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Peu d'expérience de la santé à l'échelle de l'agglo ➔ Pas de portage politique : absence de délégation santé (élu, commission et compétence santé) ➔ Absence de logique santé au niveau intercommunal <p>Difficulté d'adhésion et mobilisation des communes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Intérêts divergents selon les types de communes : petites / grandes et urbaines / rurales ➔ Divergences des priorités de santé, des projets ➔ Difficulté que la santé fasse consensus au sein de l'ensemble des communes <p>Aspect généraliste et global (ex : co-construction et coordination d'un CLS interco mais déclinaison communale des axes)</p> <p>Dispersion de la thématique santé</p> <p>Difficulté pour toucher tout le monde (tous publics)</p>
<p>Opportunités</p> <p>Logique d'acculturation & de plaidoyer à l'interco via :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moment de la révision du projet de l'interco (on peut y intégrer les ASV) - une plateforme de services – partages des compétences - mutualisation des services - les Evaluations d'impact en santé (EIS) - les Conseils de développement <p>Des moyens financiers ad hoc délégués dans le cadre de contrats de mission?</p> <p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une équité territoriale (offre de soins, promotion santé) - une vision politique commune notamment en matière de santé environnementale - Meilleure cohérence entre les projets sur interco - Plaidoyer / lobbying : auprès de financeurs, réponse aux appels d'offres <p>Développement et généralisation sur l'intercommunalité de projets territoriaux ayant fait leurs preuves</p> <p>Mutualisation des moyens (pour petites villes, villages)</p> <p>Meilleure cohérence du découpage administratif (CPAM et CAF)</p> <p>Réformes territoriales</p> <p>Effet boule de neige – intérêt nouveau pour la santé de petites communes, nouveaux signataires d'un CLS intercommunal</p>	<p>Menaces</p> <p>Réduction de moyens, postes encore plus précaires.</p> <p>Rigidité de postures,</p> <p>Manque de flexibilité pour adapter l'offre aux besoins locaux</p> <p>Nouvel échelon technocratique : plus dans la coordination au lieu de la réalisation de projets concrets, déconnexion du terrain</p> <p>Difficulté de mobilisation des acteurs lors de la déclinaison de plans stratégiques décidés au niveau intercommunal</p> <p>(Question de la complémentarité avec les autres territoires de santé? Conférences de territoires?)</p> <p>Tributaire de l'implication de la ville centre de l'interco (transfert de service SP, manque de moyens humains et financiers) surtout si petites villes autour</p> <p>Difficulté de faire porter par des acteurs locaux des plans santé décidés à l'échelle intercommunale</p> <p>Diminution / perte de la compétence santé des communes (service, équipes) / opérationnalité (ASV, contrat de ville, CLS interco)</p>

En conclusion, pour réussir à travailler entre niveau communal et intercommunal :

- Rester pragmatique et réaliste !
- Construire des logiques de travail qui sont agiles et souples
- Rapprocher les futurs contrats locaux de santé (CLS) avec les contrats de ville.
- Une volonté politique : présence à l'intercommunalité d'un vice-président ou référent en santé
- Connaître les priorités, enjeux, problématiques de santé sur le territoire intercommunal
- Mieux se connaître entre élus/techniciens de villes d'une même intercommunalité pour pouvoir collaborer

Et exemples de quelques bonnes pratiques :

« Lors de ma prise de fonction en tant qu'élu communautaire délégué à la santé, j'ai **fait le tour des villes de l'intercommunalité** et fait connaissance des élus à la santé ».

« Création d'une **commission santé** entre élus délégués à la santé d'une même intercommunalité pour favoriser l'échange de bonnes pratiques »

ANNEXE 1 : Participants aux Réunions des Réseaux Régionaux des Villes-Santé

Réseau Grand Ouest, le 29 janvier 2016 à La Rochelle

Angers, La Roche-sur-Yon, La Rochelle, Nantes, Rennes et Saint Etienne-du-Rouvray (15 personnes y compris le secrétariat du RFVS et l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes)

Réseau Grand Sud, les 4&5 février 2016 à Perpignan

Marseille, Narbonne, Perpignan et Toulouse (10 personnes)

Réseau Grand Est, le 22 février 2016 à Metz

Besançon, Grand Nancy, Longwy, Metz, Mulhouse, Strasbourg, Thionville, Vandœuvre-lès-Nancy (soit 18 personnes)

Réseau Nord, le 18 avril 2016 à Lille

Amiens, Dunkerque (CU et ville), Lille, Lomme, Loon-Plage et Roubaix (13 personnes)

Soit au total : 25 Villes-Santé membres représentées par leurs élus et techniciens lors de ces 4 rencontres

Réseau Arc-Alpin-Auvergne

La rencontre de ce réseau a eu lieu fin 2015 à Valence. La date étant trop en amont du colloque, les questions d'échelles de territoire et d'enjeux de santé n'y ont pas été abordées.