Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé OMS :

**Echelle de territoire et enjeux de la santé**

**Rencontre du Réseau Grand Est à Metz - 22 février 2016**

**Introduction**

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 métropoles : politique de la ville, transport, urbanisme, voiries… Ces dernières années, certaines communautés de communes ont adhéré au Réseau et ont entamé une réflexion sur la gestion de la santé à un niveau intercommunal. D’autres membres craignent que ce changement d’échelle amène les services de santé publique des villes à disparaitre.

Il vous est proposé afin de mieux comprendre les choix faits par les uns et les autres dans le contexte de la réforme territoriale, de définir collectivement les enjeux liés à cette question sur la place de la santé. Ce sujet sera traité pendant le colloque national du réseau à Aix-les-Bains le 31 mai prochain.

***Concernant les nouvelles régions :***

1. Quel impact a la création des nouvelles grandes régions administratives  sur les communes/interco (impact des Conseils Régionaux, Etat–fusion des ARS ?

**La création des nouvelles grandes régions pourrait avoir comme un impact :**

* la perte de la gestion de projets portés par les communes ou le niveau intercommunal
* le rapprochement face à cette réorganisation du niveau communal et intercommunal afin de trouver une stratégie pour sauvegarder le pilotage et la mise en œuvre de projets de santé au niveau local
* la diminution de l’implication financière de certaines régions en santé et retrait de certains financeurs primordiaux (ex : régime local d’assurance maladie de Moselle)
* un financement des projets en santé qui soit au détriment d’anciennes régions plus impliquées en santé et donc plus généreuses -> lissage sur un financement moindre
* Manque de lisibilité des stratégies, des priorités, financements et des organigrammes (contacts)
* Une hétérogénéité des financements attribués par les ARS (fonctionnement d’appel à projets et passage devant une commission pour ARS Lorraine et enveloppe dédiée pour l’ARS Alsace)
* incertitude des villes mais de la région même vis-à-vis de leur organigramme et de leur positionnement vis-à-vis de la santé
* difficulté en termes de visibilité des financements (appels à projets subventionnés)

**Concernant les contacts pris entre communes et niveau régional :**

* présentation par les nouvelles ARS des stratégies, réorientations et projets prioritaires
* contact avec les ARS dans le cadre des appels à projets annuels
* contact habituel – suivi de CLS

**Quelle implication des Conseil régionaux en santé :**

* Conseil régional Franche Comté : assez peu impliqué en santé sauf sur les soins primaires et la formation
* Conseil régional Alsace : peu d’implication en santé avant 2014
* Conseil régional Lorraine : intervient plus largement en santé avec deux chargés de missions en santé. Mission santé pourrait possiblement disparaître (incertitude technique, budgétaire)

1. Quel sont les impacts possible des nouveaux territoires de démocratie sanitaire/ démocratie en santé ?

* Impact budgétaire, question qui n’a pu être traitée (manque de temps)

***Concernant l’échelle intercommunale***

1. A l’échelle de la commune et de la métropole/interco: quelle organisation possible pour la santé publique ? Quels sont les politiques/projets que vous réalisez avec l’interco ?

* **Diagnostic local de santé** mené au niveau de l’intercommunalité parce que l’interco est impliquée dans le copil et intéressée par les actions communales notamment au sujet du volet santé du contrat de ville
* Pertinence en termes de l’offre de soins qui sort du territoire de la commune (hôpitaux sur une autre commune)
* **Volet santé du contrat de ville** intercommunal
* **Evaluation et définition de nouveau plan d’action intercommunal**
* **Campagne de dépistage organisé** (coordination intercommunale)
* **ASV sur un territoire intercommunal** (coordination) – QPV sur plusieurs communes
* Réflexion commune (interco/ commune) sur les futures thématiques de travail de l’interco, des transfert de compétences possibles à l’interco

2. Les futurs Contrats locaux de santé (CLS), Conseils locaux de santé mentale (CLSM) – quelle échelle (commune ou interco) vous semble la plus pertinente ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ville-Santé | CLS | CLSM | Contrat de ville |
| Mulhouse | communal | Communal  Elargissement en cours de réflexion, devrait être intercommunal  Meilleure prise en compte de l’échelle des territoires psychiatriques / sectorisation au niveau interco |  |
| Thionville | Communal, davantage tourné sur la prévention que sur la promotion de la santé (démarche transversale) |  |  |
| Metz | Diagnostic local de santé à l’échelle de l’interco (Metz Métropole)  CLS au niveau communal |  | Intercommunal avec un volet santé |
| Longwy | Intercommunal (5 villes signataires) |  |  |
| Grand Nancy | Intercommunal (19 sur 20 communes de l’interco)  Evolution possible du CLS au nouveau territoire de la métropole | Coordination de groupes thématiques au niveau intercommunal | Intercommunal avec un volet santé |
| Vandoeuvre les Nancy | Intercommunal (celui du Grand Nancy) |  | Anciennement sur la commune, avec nouvelle géographie des QPV : interco maintenant |

1. Compléter le tableau Excel sur les déterminants de la santé à différentes échelles territoriales.

Où sont prises les décisions liées aux déterminants de la santé ? Notamment transports / urbanisme / santé / environnement ?

Tableau Niveau de gestion qui semble le plus pertinent des compétences ayant un impact sur les déterminants de la santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Déterminants de la santé** | **Echelle** **communale** | **Echelle** **intercommunale** |
| *Services sociaux* |  |  |
| *Accès à la culture*  *Système d’éducation* | Intervention en santé dans les écoles primaires et secondaires |  |
| *Environnement* |  | Qualité de l’air – lutte contre la pollution  Assainissement de l’eau  Gestion des déchets   * Questions qui dépassent la municipalité |
| *Aménagement urbain* | Service mobilité via la mise en place de plan piéton, plan vélo,…. | Via le Schéma de cohérence territoriale géré au niveau intercommunal |
| *Système de santé / offre de soins* | Centre de vaccination | CLS et CLSM  Meilleure prise en compte du territoire, de l’offre de soins existante et des secteurs psychiatriques  Évènementiel – communication  (Ex : communication autour du dépistage organisé)  Réflexion sur l’implantation de MSP |

**Verbatim**

«  Le questionnement sur l’échelle territoriale est-elle réellement pertinente 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 »

« Question complexe : finalement vraie/fausse question ? »

« 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 ».

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

« 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».

« L’intercommunalité et la commune ne sont pas deux échelles contradictoires »

« 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). 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… »

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

« Intérêt reconnu des communes pour le niveau intercommunal et de leur éventuelle participation notamment sur la thématique de la santé »

**Analyse du niveau communal :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Points forts**  Proximité avec les citoyens / service de proximité  Proximité entre acteurs / élus /citoyens /associations  Meilleure connaissance des besoins / attentes du public  Possibilité de récupérer des financements (autres qu’ARS par ex)  Echelon traditionnel de la prise en charge de la santé  Territorialité des actions, bien définies (y compris quartiers prioritaires de la ville)  Echelon adéquat pour une possible mobilisation  Autonomie  Présence des ressources humaines (salariés)  Mise en œuvre naturelle du travail de terrain | **Faiblesses**  Rapport avec l’ARS  Quelle place pour les communes quand le CLS est communal ?  Coupure factice municipal – interco (agglo)  Existence de superpositions ou multiplication d’actions identiques  Grands projets se font à un échelon supérieur |
| **Opportunités**  Collaboration avec l’intercommunalité notamment pour la coordination  Rassemblement des acteurs de la santé  Etude locale de santé  Diagnostic fin  Proximité, adéquation plus forte entre les besoins et l’offre  Opérateur de terrain : mise en œuvre d’actions/ porteurs de projets, contact avec le terrain | **Menaces**  Opacité politico-administrative |

**Analyse du niveau de l’intercommunalité :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Points forts**  Meilleure coordination, organe de coordination des travaux, réflexions et de soutien  Mutualisation de moyens, de stratégies  Complémentarité  Niveau stratégique, orientation des échanges  Vision plus large d’un territoire de vie  Cohérence  Fédération des acteurs  Plus de liens avec d’autres dispositifs (air, eau, petite enfance)  Cohérence sur un territoire  Lutte contre les inégalités d’accès aux soins sur l’ensemble du territoire  Point de vue, approche de cette échelle plus stratégique et politique | **Faiblesses**  Adhésion et mobilisation des communes  Petites / grosses communes  Différents types de communes : urbaines et rurales  Intérêt divergent entre les petites et grosses communes / les communes urbaines et rurales  Aspect généraliste et global (ex : co-construction et coordination d’un contrat local de santé intercommunal mais une déclinaison communale des axes)  Dispersion de la thématique (santé ?)  Besoin de plus de moyens – temps – déplacements  Pas de ressources propres (Financements)  Difficulté pour toucher tout le monde (tous publics)  Difficulté que la santé fasse consensus au sein de l’ensemble des communes et qu’elle soit abordée au niveau intercommunal |
| **Opportunités**  En théorie, plus de moyens financiers et humains (fédération)  Transversalités plus efficaces en particulier en environnement – urbanisme  Les réformes territoriales (loi le NOTRE, Loi de santé et Loi MATPAM)  Pour répondre aux appels d’offres  Partie prenante d’un COPIL de diagnostic local de santé  Intéressée par les actions menées au niveau communal (rentre dans le volet contrat de ville intercommunal)  Effet boule de neige – intérêt croissant de certaines petites communes pour la santé, nouveaux signataires d’un CLS intercommunal)  Dépasser le territoire de la ville pour une réflexion plus globale  Pour les petites communes : bénéficier des retours d’expériences, d’une aide logistique  Renforcer et pérenniser des actions  Un poids plus important médiatiquemement (mutualisation des moyens, des compétences telles que la communication)  CLS communal englobé dans le volet santé du contrat de ville : lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé   * Santé considérée comme un des piliers de la cohésion sociale * Possible augmentation du soutien des villes dans leurs actions en santé   Nouvelle définition de la géographie des quartiers prioritaires de la politique de ville – meilleure gestion territoriale (QPV intercommunaux notamment)  Mettre l’ensemble des partenaires concernés par un projet autour de la table | **Menaces**  Avenir des Contrats locaux de santé  Perte / diminution de la spécificité des communes  Disparition de la mission santé publique / compétence santé au niveau de la ville (ex : ville de Nancy)   * Perte des équipes communales   Le manque de moyens humains et financiers  Dilution des actions  Publics divers  Perte de l’opérationnalité des communes notamment dans le cadre des actions menées au niveau des ASV interco  Perte de la gestion des contrats de ville  Très tributaire de l’implication et de la volonté des communes de l’interco à agir en santé (implication financière)  L’agglomération de petites communes autour d’une grosse ville dans l’interco  Le mode d’action de l’interco : similaire au niveau de chaque commune (ex : surveillance de la qualité de l’eau)  La non mutualisation et transfert de service santé municipal(SCHS) au niveau de l’interco  Possible difficulté des acteurs / partenaires à identifier les personnes en charge (ASV, CLS,…) |