



# POUR UNE GOUVERNANCE SANITAIRE DE PROXIMITE

---

Contribution de l'AdCF et de France urbaine  
au Ségur de la Santé





## AVANT-PROPOS

Le soin est l'affaire des soignants, mais la santé est l'affaire de tous. Au sein des collectivités locales, élus et agents ont à cœur de promouvoir le bien-être global de la population des territoires qu'ils servent.

La loi ne confie pas au « bloc communal » (villes, intercommunalités, pôles territoriaux, pôles métropolitains) de compétence obligatoire en matière d'organisation des soins. C'est de leur propre initiative que ces collectivités construisent et gèrent des maisons de santé, des centres de santé, et salarient des médecins, qu'elles animent des contrats locaux de santé, des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale, qu'elles soutiennent l'installation des professionnels de santé et accompagnent les évolutions de leurs métiers en promouvant l'exercice coordonné et la télémédecine, qu'elles dialoguent au quotidien avec les associations de patients et d'aidants familiaux, partenaires naturels des politiques locales de santé et porteuses d'une expertise d'usage qui doit être encore davantage entendue.

Ces initiatives viennent en soutien aux équipes du secteur médical, médico-social et social pour améliorer la prise en charge des populations dans tous types de territoires (rural, urbain, quartier prioritaire...).

Elles s'imposent car les problématiques de santé et d'accès aux soins surgissent avec force dans l'exercice des compétences propres des collectivités locales : action sociale, petite enfance, jeunesse, politique de la ville, logement, scolaire, aide à domicile... La pandémie en a été l'illustration exemplaire, et dans leur très grande majorité, les collectivités locales ont été au rendez-vous et à la hauteur des enjeux.

Tant et si bien que la plupart des collectivités du « bloc communal » exercent aujourd'hui et de facto, sinon une compétence, du moins des responsabilités en matière de santé, au bénéfice des habitants et dans le respect de l'autorité sanitaire et du libre exercice de la médecine.

De sorte que s'esquissent partout et à l'appui des collectivités territoriales des coordinations et gouvernances locales en santé imprégnées des principes de subsidiarité et de transversalité qui font l'efficacité de notre organisation territoriale décentralisée et pourraient, à l'avenir, faire celle de notre organisation sanitaire.

La reconnaissance d'une responsabilité partagée de l'État et des collectivités territoriales sur la politique de santé paraît aujourd'hui nécessaire pour lever les obstacles au changement de notre système de santé mis à rude épreuve par la crise du SARS-CoV-2. Ce principe de responsabilité, le Gouvernement et les grandes villes et agglomérations y avaient déjà souscrit lors de la signature entre eux du Pacte de Dijon pour la cohésion urbaine et sociale (voir encadré).

L'initiative du Ségur de la Santé est l'occasion de renouveler cet engagement :

- En articulant davantage les périmètres de l'administration sanitaire avec ceux des collectivités locales pour une meilleure cohérence territoriale et des coopérations réellement efficaces ;
- En traduisant ces coopérations dans des gouvernances territorialisées et intégrées qui permettent aux collectivités locales d'accompagner les soignants ;
- En généralisant les contrats locaux de santé dans tous les bassins de vie avec des appuis en ingénierie conséquents (coordination, animation...) ;
- En soutenant le déploiement et le soutien aux conseils locaux de santé mentale, instruments efficaces et exemplaires des coordinations à construire dans les territoires.

Le Pacte de Dijon pour la cohésion urbaine et sociale, signé le 16 juillet 2018 par le Premier ministre, les présidents de l'Assemblée des Communautés de France et de France urbaine et 86 grandes villes et intercommunalités, propose une nouvelle méthode de travail entre les collectivités territoriales et l'État, pour coordonner leur action en subsidiarité et en confiance, lever les obstacles et réaffirmer leurs responsabilités réciproques dans le champ de la politique de la ville.

En matière de santé, les agglomérations et métropoles se sont engagées à :

- « *Lutter contre le non-recours aux soins, en développant les contrats locaux de santé sur l'ensemble du territoire et en favorisant l'installation de maisons de santé pluriprofessionnelles ;*
- *Favoriser l'accès à des soins de proximité et lutter contre les déserts médicaux, en développant la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, en lien avec les agences régionales de santé et les groupements hospitaliers de territoire. »*

L'État et ses services se sont engagés à :

- « *Positionner les agences régionales de santé au plus près des bassins de vie et de leurs besoins, dans une logique de coopération avec les élus et les territoires et non d'injonction descendante, avec les moyens d'aide et d'accompagnement afférents. »*

Le Pacte de Dijon affirme que « *cette clarification des responsabilités et des engagements prioritaires entre agglomérations, métropoles et État, qu'elle porte sur des responsabilités exclusives ou partagées, ne pourra être effective et performante qu'après une refondation des modèles de gouvernance locale. Un effort d'adaptation et d'agilité de la part de toutes les parties prenantes sera nécessaire pour construire, autour du pilotage intercommunal, le meilleur portage politique et technique possible* ».

## Vers une meilleure articulation des périmètres pour faire de la santé un axe structurant des projets de territoire

La pandémie de SARS-CoV-2 a pu démontrer la capacité des acteurs à s'organiser localement pour surmonter les blocages traditionnels de nos organisations en santé : éclatement de la médecine de ville, isolement de l'hôpital, secteur médico-social parfois ignoré, concurrence stérile entre secteur public et privé, prises de décision déconnectées des équipes de terrain et des besoins identifiés, fonctionnement en silos, etc.

Dans son discours d'ouverture du Ségur de la Santé, le 25 mai dernier, le Premier ministre a rappelé l'importance des coordinations territoriales pour répondre à la crise. Il a confirmé l'objectif d'une couverture intégrale du territoire en communauté professionnelles territoriale de santé (CPTS). Il a appelé à poursuivre et à accélérer les efforts engagés dans le cadre du plan Ma Santé 2022. Ce plan, auquel l'AdCF et France urbaine ont pu contribuer (voir encadré), a créé ou rénové certains outils destinés à renforcer les coordinations entre médecine de ville et hôpital, secteur public et secteur privé : renforcement des missions des CPTS, développement des délégations d'actes et des pratiques avancées, création d'hôpitaux de proximité investis d'une responsabilité territoriale, recentrage des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur le projet médical partagé, projets territoriaux de santé (PTS) permettant d'articuler CPTS et établissements hospitaliers. Ces dispositifs vont dans la bonne direction.

La Contribution pour une stratégie territoriale de santé élaborée par France urbaine et l'AdCF en partenariat avec l'Association nationale des pôles territoriaux et de pays (ANPP) et la Fédération nationale des agences d'urbanisme (FNAU), a été présentée à l'occasion de la réunion du « groupe contact Ma Santé 2022 » du 24 septembre 2019.

Cette contribution s'articule autour de trois dispositions spécifiques introduites et/ou complétées par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé :

- Les territoires sont en responsabilité pour construire un projet global au service de leurs habitants et doivent partant être pleinement associés à l'élaboration des **projets territoriaux de santé** ;
- La notion de bassin de vie organisé, et donc d'Alliance des territoires, doit être au cœur des réflexions pour la labellisation des nouveaux **hôpitaux de proximité** et reposer sur une articulation étroite avec les besoins des territoires ;
- Les **groupements hospitaliers de territoire** avaient suscité de nombreuses critiques des associations d'élus lors de leur : le dialogue doit être renforcé entre les élus et les professionnels, notamment pour l'élaboration de la stratégie et du projet médical partagé des groupements.

La contribution rappelle par ailleurs des principes simples mais indispensables, en particulier dans la perspective de la loi « 3D : Décentralisation, déconcentration, différenciation » :

- Les solutions recherchées doivent être adaptées à chaque territoire, dans une logique de subsidiarité et en ayant recours à l'expérimentation ;
- Le bon périmètre est celui au sein duquel tous les acteurs concernés peuvent travailler ensemble. Sa définition dépend des configurations locales (ville, communauté, métropole, Pays, département...) et ne peut se résumer à des délimitations statistiques sans portée opérationnelle ;
- La transparence, l'information en amont et les échanges réguliers avec les territoires concernés par des évolutions dans l'organisation des soins sont indispensables pour que les transitions envisagées en matière d'offre de soins s'effectuent de manière apaisée et sereine.

Mais la réussite de ces coordinations dépend également de leur capacité à s'ouvrir au-delà du champ strictement sanitaire : l'exercice d'une véritable responsabilité territoriale et populationnelle en santé appelle la participation des services sociaux et médico-sociaux, du milieu associatif, des bailleurs sociaux...

Leur réussite dépend également de la capacité des acteurs à animer ces coordinations dans la durée : ils doivent pouvoir se connaître, se rencontrer régulièrement, construire ensemble leurs projets et trouver des solutions rapides et opérationnelles à leurs problèmes.

C'est pourquoi la question des périmètres de ces différents dispositifs est essentielle. Si l'administration sanitaire fonctionne sur la base de ses propres cartographies (territoires de santé, secteurs hospitaliers...), elle est condamnée à fonctionner durablement en silo. Si chaque acteur travaille dans sa propre zone géographique, il se retrouve nécessairement isolé dans son périmètre d'intervention.

La couverture intégrale du territoire national en intercommunalités et le mouvement de fusions de 2017 dispense désormais de recréer encore des périmètres sectoriels supra-communaux et infra-départementaux.

Les collectivités territoriales regroupées à l'échelle de bassins de vie (intercommunalités, métropoles, pôles d'équilibres territoriaux et ruraux, pôles métropolitains) constituent des espaces opérationnels à même de faire travailler ensemble et en mode projet tous les acteurs : les élus locaux, investis du suffrage universel, ont la légitimité nécessaire pour les mobiliser et promouvoir une approche globale en santé. Ces collectivités et leurs groupements disposent en ce sens de nombreux leviers d'action publique (action sociale, logement, politique de la ville, CCAS/CIAS, construction et gestion de maisons et centres de santé...). France urbaine, dans sa contribution au plan de relance, affirmait déjà ce rôle d'ensembliser (voir encadré).

La **Contribution de France urbaine pour un plan de relance écologique et sociale** publiée en mai 2020 aborde les questions de santé :

*« En ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, il s'agit de construire une gouvernance sanitaire au quotidien à partir des territoires : face à la crise, les territoires urbains ont fait la preuve de leur capacité à rassembler avec pragmatisme une diversité d'acteurs de santé (hôpital public, cliniques privées, médecine de ville, EHPAD, laboratoires...) pour que soient déployées des solutions rapides, efficaces et opérationnelles. Pour garantir l'accès de chacun aux soins et lutter contre les déserts médicaux, c'est une véritable gouvernance sanitaire de proximité qui devra être promue demain, à partir des contrats locaux de santé. Dans cette nouvelle répartition des rôles, l'État sera amené à se concentrer sur ses missions régaliennes : l'organisation de l'hôpital public, la gestion des urgences et le maintien d'une protection sociale universelle pour nos concitoyens.*

*En matière de solidarités au sens large, les territoires urbains ont également démontré leur capacité à assumer de fait un rôle d'autorité organisatrice permettant de soutenir et coaliser, au plus près du terrain, un ensemble d'initiatives et de compétences (...) qui ont permis de construire la résilience sociale face à l'épidémie. C'est pourquoi la relance sociale devra être construite avec eux et à partir de leurs écosystèmes territoriaux, en leur reconnaissant une capacité d'expérimentation, d'innovation, de contractualisation et de différenciation accrue au service de l'inclusion, de la lutte contre la précarité, de l'accès à l'éducation et du renforcement des liens intergénérationnels. »*

Il paraît donc nécessaire d'articuler autant que possible les différents périmètres en santé autour de ces bassins de vie : la délimitation des CPTS, des PTS et des GHT ne doit pas conduire, en tournant le dos aux collectivités territoriales, à les sortir du jeu ou à les contourner. Sinon, elles ne pourront pas jouer leur rôle d'ensemblier et de garants de la cohésion des territoires.

C'est également cette approche, par bassins de vie et systèmes territoriaux interdépendants, qui permettra de lutter efficacement contre les déserts médicaux, à travers une véritable Alliance des territoires pour la santé.

## Vers de nouvelles gouvernances plus intégrées

Cette meilleure articulation des périmètres permet d'envisager des gouvernances mieux intégrées et dédiées aux projets portés par les acteurs locaux.

Aussi la participation des élus locaux à la gouvernance des CPTS et des hôpitaux de proximité doit-elle être encouragée et renforcée : elle permettra de rendre effective l'exercice d'une responsabilité territoriale en santé partagée, et dans la logique du projet de loi « 3D », d'envisager aussi pour les acteurs de la santé la possibilité de différenciations et d'adaptations territoriales.

Les intercommunalités, communautés et métropoles sont désormais largement investies dans le soutien au développement de l'exercice coordonné : elles sont de plus en plus nombreuses à construire et gérer des maisons de santé et centres de santé, en intégrant souvent des solutions de télémédecine, en prenant parfois à leur charge les secrétariats médicaux. Elles permettent ainsi aux praticiens de trouver dans les territoires les possibilités d'exercer en équipe et de choisir entre l'activité libérale ou salariée, en se concentrant exclusivement sur le temps médical. Dans le même temps, cet effort permet de renforcer l'équité de l'accès aux soins à l'échelle du bassin de vie, dans ses parties rurales comme urbaines et dans les quartiers prioritaires.

Les intercommunalités accompagnent les évolutions de l'exercice de la médecine que les professionnels de santé appellent de leurs vœux et suscitent et encouragent les coopérations en ville. Ce modèle a vocation à se déployer progressivement partout.

Les sites hospitaliers s'inscrivent dans un bassin de vie dont ils dépendent pour assurer leur développement pérenne : mobilité, logement, foncier sont autant de questions stratégiques pour leur intégration dans leur territoire. Inversement, ces bassins de vie dépendent de ces sites hospitaliers qui structurent leur aménagement et le pourvoient en services et emplois. Il apparaît nécessaire, dans l'intérêt de ce développement réciproque, qu'intercommunalité et hôpital échangent sur une base régulière, en particulier dans le cadre de leurs projets d'investissement. L'ingénierie dont dispose l'intercommunalité peut accompagner les établissements hospitaliers dans leur développement.

L'expérience de près de quatre décennies de décentralisation a démontré dans les territoires l'efficacité d'une prise de décision locale, plus rapide et mieux en phase avec les besoins locaux. Les mutualisations opérées à l'échelle des GHT sont bénéfiques, mais ne doivent pas entraver l'action quotidienne des établissements locaux. Les équipes exerçant en ville doivent également être mieux représentées au sein des GHT, par l'intermédiaire des CPTS.

Il en va de même pour les élus locaux représentant les bassins de vie couverts par les GHT. Les regroupements de sites hospitaliers ne doivent pas conduire à écarter de leur gouvernance les communes et intercommunalités d'implantation de ces sites. Les GHT doivent conserver des tailles suffisamment modestes pour conserver un ancrage territorial effectif, à l'échelle de quelques intercommunalités.



## Généraliser les contrats locaux de santé

Le contrat local de santé (CLS) est, dans de nombreux territoires, le point de départ des coordinations en santé : animés par des coordinateurs salariés des collectivités du bloc local, ils permettent aux acteurs de la santé et du secteur social et médico-social de se rencontrer, de s'accorder sur une vision commune du territoire et d'initier ou renforcer les coopérations.

Les contrats de nouvelle génération sont déjà les lieux de coordinations efficaces associant les ateliers santé-ville et les conseils locaux de santé mentale ou en suscitant leur création.

Les CLS permettent à l'intercommunalité de mieux connaître ses professionnels de santé en ville comme à l'hôpital et de leur proposer des solutions rapides et adaptées à leurs besoins. Ces contrats méritent d'être généralisés et portés à l'échelle des bassins de vie : ils doivent systématiquement associer les établissements de santé et les CPTS du territoire, lorsqu'ils existent. A ce titre, ils peuvent facilement impulser et intégrer les projets territoriaux de santé noués entre les CPTS et les établissements de santé.

Le succès de ces démarches contractuelles repose sur une ingénierie de projet et d'animation qui doit être financée, à la hauteur des besoins répertoriés. Ma Santé 2022 avait esquissé une interministérialité bénéfique à l'accompagnement des transformations de notre système de santé dans les territoires. Le Ségur de la Santé profiterait de l'appui de l'ANCT et de son ingénierie pour déployer des contrats locaux de santé renforcés et soutenir le développement et l'intégration des hôpitaux dans leurs bassins de vie. L'AdCF défend de longue date le projet d'une contractualisation territoriale globale (voir encadré) à même de coordonner les ingénieries publiques (services et agences de l'État, collectivités) et les financements publics au service de projets de territoire transversaux. France urbaine est également mobilisée en ce sens et défend une approche contractuelle rénovée, assise sur des projets partagés et donnant lieu à une approche territoriale par systèmes territoriaux de solidarité, et non par strates ou publics visés.

Les ARS et le Ministère de la santé ont naturellement vocation à s'inscrire dans cette dynamique et contribuer ainsi à la définition de réponses globales aux enjeux des territoires et aux besoins des habitants.

**Les propositions de l'AdCF pour une nouvelle politique de cohésion et une refondation de la contractualisation** ont été présentées dans le cadre de la Conférence nationale des territoires du 14 décembre 2017. Elles appellent à « *s'entendre sur une nouvelle logique d'action publique (...) visant à adapter les outils aux stratégies et projets territoriaux, et non plus les projets aux outils. Il faut sortir du pilotage à distance des territoires.* »

*« Ces contrats doivent s'inscrire dans une vision pluriannuelle. Ils doivent faire état d'un diagnostic partagé entre État et collectivités signataires sur des priorités stratégiques. Ils doivent évoquer :*

- *Les efforts fait et à faire sur les dépenses de fonctionnement ;*
- *Les crédits potentiellement mobilisables ;*
- *Un dispositif d'ingénierie pour animer le contrat ;*
- *Un calendrier de travail fixant des rendez-vous réguliers sur les volets thématiques du contrat et ses annexes financières ;*

- *Des outils efficaces de suivi, d'observation et d'évaluation.*

« L'AdCF propose que tous les territoires puissent s'inscrire dans une démarche contractuelle générique. Pour ce qui concerne le bloc communes-communauté et ses maîtres d'ouvrage, cette contractualisation devrait s'opérer au plus près des bassins de vie, à savoir par « ensemble intercommunal » ou par regroupements de plusieurs communautés. Les contrats de ruralité ont largement préparé cette nouvelle approche.

« Ces nouveaux contrats génériques doivent être proposés à l'ensemble des territoires et ne plus dissocier les collectivités par strates. Ils pourront en revanche décliner à travers leurs volets thématiques et opérationnels les plans nationaux dont la vocation est d'être ciblée sur des types bien précis de territoires. Ces programmes thématiques seraient en quelque sorte déclinés par des conventions opérationnelles annexées au contrat.

Cette prise en compte des enjeux sanitaires dans un dialogue contractuel refondé, fondé sur un projet de territoire transversal et intégré, doit également permettre d'organiser la convergence avec les grandes contractualisations nationales et européennes qui accompagneront la relance et qui devront intégrer une forte dimension sanitaire et d'accès aux soins. France urbaine et l'AdCF, en lien avec l'ANPP et la FNAU, se sont d'ailleurs récemment prononcées collectivement sur ce sujet.

**Politique européenne de cohésion ; pour une approche urbaine ambitieuse au service de l'ensemble des territoires (France urbaine, AdCF, ANPP, FNAU)**

*Extrait :* « Encourager la convergence, au vu de la concomitance des calendriers, des volets urbains des futurs programmes opérationnels régionaux et des futurs contrats de plan Etat-Région avec la possibilité d'élaborer et de signer des « contrats métropolitains intégrés » pour les métropoles, et des contrats territoriaux globaux pour les communautés urbaines et communautés d'agglomération.

## La santé mentale dans la cité, priorité du déconfinement

La pandémie et son corollaire, le confinement, ont mis à rude épreuve l'état de santé mentale de la population, en particulier ses membres déjà les plus fragiles (précaires, isolés, personnes âgées, migrants, etc...), ainsi que ceux les plus exposés (soignants, aidants, agents publics, métiers de première ligne, caissières, livreurs, etc...). Le mal-logement, le décrochage scolaire et numérique, la consommation d'alcool, de tranquillisants et de stupéfiants, les violences intrafamiliales ont connu une augmentation sensible qui reste à objectiver. L'anxiété générale de la population s'est accrue, face à la peur du virus mais aussi de ses conséquences économiques vécues ou anticipées. Les centres médico-psychologiques ont connu une recrudescence de consultations, notamment de patients nouveaux. Les territoires les plus en difficulté (quartiers prioritaires, rural isolé en décrochage économique...) ont été les plus touchés.

Le 13 mai 2020, le secrétaire général des Nations unies, M. Guterres, invitait « *les gouvernements, la société civile, les autorités sanitaires et d'autres acteurs à se réunir d'urgence pour se pencher sur l'incidence de cette pandémie sur la santé mentale* ». Et d'ajouter : « *Même lorsque la pandémie sera contrôlée, ces personnes et ces communautés continueront de souffrir d'affliction, d'anxiété et de dépression* ». Ce constat est largement partagé dans les territoires, tant par les soignants que par les élus et les acteurs du champ social et médico-social.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont, pour la majorité d'entre eux, poursuivi le travail de décloisonnement entre les acteurs de la santé mentale, malgré les tentations de repli de chaque acteur sur son champ d'intervention propre, au plus fort de la crise. Des cellules d'écoute ont été mises en place, des réseaux de thérapeutes volontaires ont été constitués, dans certains cas les commissions pour le traitement des cas complexes ont continué à travailler. De nombreux coordinateurs de CLSM estiment aujourd'hui que la pandémie a accru les inégalités sociales face à la santé mentale. Très rapidement et dans chaque territoire, des diagnostics de l'état de santé mentale de la population devront être établis. Sur cette base, la mobilisation des acteurs en santé mentale devra se poursuivre pour organiser les débriefings post-traumatiques, étendre les lieux d'écoute, aider les aidants, consolider les médiations santé/social.

Pour poursuivre ces efforts de coordination, de décloisonnement, de facilitation et de lien avec la population, les CLSM sont des outils stratégiques qui doivent être soutenus. Leur généralisation doit être appuyée dans tous les bassins de vie.

Les CLSM offrent un modèle des coordinations en santé que nous appelons de nos vœux : présidés par des élus, établis à l'échelle d'un territoire de projet opérationnel (de l'arrondissement au regroupement d'intercommunalités), ils animent au quotidien une communauté d'acteurs suffisamment proches pour se rencontrer mais qui, sans ces espaces de décloisonnement, n'auraient sans doute pas pu se connaître et collaborer.

## CONTACTS

### **Assemblée des Communautés de France (AdCF)**

Maxime GOUDEZEUNE Conseiller santé et ruralité

[m.goudezeune@adcf.asso.fr](mailto:m.goudezeune@adcf.asso.fr)

### **France urbaine**

Emmanuel HEYRAUD, Directeur cohésion sociale et développement urbain

[e.heyraud@franceurbaine.org](mailto:e.heyraud@franceurbaine.org)

Jean DEYSSON, Conseiller

[j.deysson@franceurbaine.org](mailto:j.deysson@franceurbaine.org)



#### **Assemblée des Communautés de France**

22 rue Joubert 75009 PARIS

01 55 04 89 00

[adcf@adcf.asso.fr](mailto:adcf@adcf.asso.fr)



#### **France urbaine**

22 rue Joubert 75009 PARIS

01 44 39 34 56

[franceurbaine@franceurbaine.org](mailto:franceurbaine@franceurbaine.org)