

Le Directeur Général

Objet : Réforme territoriale ; revue des missions de l'Etat ; thématiques complémentaires portées par le Ministère de la santé.

En complément des travaux relatifs à la revue des missions territoriales de l'État portés par le SGMAP (Secrétariat Général pour la modernisation de l'action publique) et la DMAT (Direction de la modernisation et de l'action territoriale), le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a souhaité ajouter des thématiques relatives au domaine de la santé et confier l'organisation de la concertation sur ces thématiques à des directeurs généraux d'ARS.

Dans ce cadre, l'ARS du Centre a été retenue pour organiser sur l'ensemble du territoire régional la concertation relative aux actions sur les déterminants de santé (sociaux, comportementaux, environnementaux), en faisant notamment ressortir les rôles respectifs de l'ARS, des autres décideurs publics (collectivités territoriales, autres ministères, ...) et des opérateurs (établissements, associations).

Contexte de la concertation

La France reste marquée par de profondes inégalités sociales et territoriales de santé. La feuille de route de la stratégie nationale de santé (SNS), présentée en septembre 2013, précise : « La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » (problèmes financiers, situation professionnelle, conditions de travail, nombre de personnes par pièce, salubrité de l'habitat, ...) pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux. Agir sur l'ensemble de ces déterminants de la santé est une exigence trop souvent oubliée lors des réformes passées. [...] Notre système de santé doit, demain, donner enfin toute sa place à la prévention et à la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé. Nous devons donc mieux articuler qu'aujourd'hui les différentes politiques publiques ayant un impact sur la santé de la population. Telle est la première orientation de la stratégie nationale de santé : « faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé : comportementaux, environnementaux et sociaux. »

L'ARS a pour rôle de définir la politique régionale de santé mais ne dispose pas des leviers d'action concernant les déterminants de la santé comme l'éducation, le travail ou l'environnement. Il est donc nécessaire de clarifier au niveau local les responsabilités et le pilotage dans l'exercice des missions de prévention, à l'instar de ce qui s'est fait au niveau national avec la création du comité interministériel pour la santé.

La concertation doit ainsi permettre de partager les enjeux de santé portés par de nombreuses politiques publiques et de mieux définir les rôles et place de l'ARS et de ses partenaires.

Quatre réunions ont été organisées en région Centre entre le 9 et le 19 décembre :

- **Groupe de travail « intra-ARS du Centre »** : agents des unités santé environnement et des unités prévention et promotion de la santé de l'ARS ;
- **Groupe de travail « collectivités territoriales »** :
Représentants des cadres des collectivités territoriales (conseil régional, conseil général, communes et groupements de communes avec ou non SCHS par exemple) intervenant dans des actions de prévention (au travers des Contrats locaux de santé notamment) et/ou dans des dossiers d'urbanisme, d'habitat dégradé ou de gestion de l'eau ;
- **Groupe de travail « agents et cadres de services déconcentrés et/ou de l'administration centrale »** :
 - les responsables de l'ARS du Centre mobilisés sur la prévention et la promotion de la santé d'une part et sur la santé environnementale d'autre part ;
 - des personnels des services de l'Etat exerçant des compétences dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé et de l'environnement ;
 - des représentants des organismes de sécurité sociale, œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé : CARSAT, CPAM, MSA, RSI ;
- **Groupe de travail « bénéficiaires »** :
 - Représentants des opérateurs de prévention du secteur associatif
 - Représentants des usagers

De manière générale, les agents de l'ARS, les opérateurs de prévention et les usagers se sont fortement mobilisés pour participer à ces réunions.

Elles se sont déroulées en suivant le rythme de la présente note, à savoir :

1. **Objet de la concertation**
2. **L'ARS garante de la prise en compte des déterminants sociaux, comportementaux et environnementaux dans les politiques de prévention**
3. **L'ARS garante de la sécurité sanitaire au travers d'une fonction d'inspection-contrôle**
4. **Comment mieux agir sur les déterminants environnementaux ?**
5. **Comment être collectivement plus efficace pour agir sur les déterminants sociaux, comportementaux et environnementaux ?**

Sur chacun des points, l'objectif des réunions de concertation était, après avoir fait un bref état des lieux, de proposer des recommandations ou d'attirer l'attention sur certains points de vigilance.

1 Objet de la concertation

Le système des soins ne peut contribuer seul à l'amélioration de la santé de la population.

Il n'intervient ni sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, ni sur les conditions de vie globales de la population et n'exerce qu'une influence très modérée sur les habitudes de vie ou les comportements.

Les stratégies de promotion de la santé, qui permettent d'agir sur ces différents aspects, doivent absolument être développées pour accroître l'efficacité et la pertinence des plans, programmes et actions de santé publique.

Les déterminants sur lesquels il est possible d'agir en promotion de la santé sont de plusieurs ordres :

- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, activité physique, etc.),
- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail, etc.),
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, etc.) et économiques (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi, etc.),
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins, etc.).

Au-delà de l'affichage des objectifs et des moyens propres qu'elle met en œuvre pour concourir à leur réalisation, l'ARS ne dispose cependant pas de tous les leviers pour influencer sur tous les déterminants de santé susceptibles d'impacter le « capital-santé » des populations.

Par exemple :

- l'ARS n'a pas la responsabilité de la santé scolaire ou de la santé au travail,
- d'autres institutions ou organismes déploient des actions de prévention dans le champ de leurs compétences,
- les collectivités territoriales ont peu de responsabilités réglementaires dans le domaine de la santé, mais certaines de leurs compétences ont des impacts directs ou indirects sur « les déterminants de santé » (cf. habitat, transport, urbanisme, ...).

Enfin, le projet de loi de santé qui sera débattu au Parlement au 1er semestre 2015 et qui a été écrit dans le prolongement de la Stratégie Nationale de Santé de septembre 2013, pose comme objectif en son Titre I : « Renforcer la prévention et la promotion de la santé », l'action sur les déterminants de santé étant évoquée comme objectif.

En matière de santé environnement, l'intervention de l'ARS porte sur les risques pour la santé liés à l'environnement. Dans ce domaine, l'ARS a un rôle dans la définition de la stratégie pour agir sur les déterminants environnementaux, mais elle a également un rôle important sur la gestion de la qualité des milieux.

Les activités de l'ARS relèvent donc :

- d'une part de la veille, de l'observation, de la sécurité sanitaire et de l'alerte qui incluent la surveillance des milieux, l'instruction de procédures administratives, la délivrance d'avis sanitaires et l'inspection-contrôle,
- et d'autre part de la promotion et de la prévention de la santé.

C'est dans ce cadre qu'elle :

- assure le contrôle de la qualité sanitaire des eaux (de consommation et de loisirs) : suivi des résultats des analyses d'eau, contrôle technique des installations d'eau potable, des piscines et des baignades, instruction des procédures administratives, instruction des DUP pour les périmètres de protection des captages d'eau et contrôle de leur respect,
- assure le contrôle de la qualité sanitaire des espaces clos : traitement des signalements d'insalubrité, de présence de plomb ou d'amiante, d'intoxication au monoxyde de carbone, de plaintes bruit dans l'habitat, prévention du risque légionelles,
- assure le contrôle de la qualité sanitaire de l'environnement extérieur : participation à l'élaboration des dispositifs de gestion des situations de pollution de l'air extérieur, à la lutte contre les plantes allergisantes,

- procède à l'évaluation des risques sanitaires des études d'impact pour toute nouvelle infrastructure, installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE), et émet des avis sur les documents d'urbanisme (SCOT, PLU et permis de construire),
- contribue à l'élaboration de la stratégie régionale de prévention des risques environnementaux de manière globale (plan régional santé environnement) en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS) et les autres plans dans le domaine de l'agriculture et de l'environnement (Plan Ecophyto, nitrates, programme national pour l'alimentation...) pour chacun des déterminants environnementaux (qualité de l'eau, habitat, environnement extérieur, etc.),
- contribue à l'information, à la sensibilisation et à la formation des professionnels, des opérateurs et du grand public sur les risques sanitaires.

Se pose la question d'une réorientation des missions de veille, d'observation et de sécurité sanitaire pour une meilleure prise en compte des déterminants environnementaux dans le cadre des politiques de prévention.

Il convient de noter que les missions présentées précédemment ne sont pas exhaustives, celles-ci étant présentées de manière détaillée dans les circulaires dites « missions »¹, et que les activités exercées par les ARS dépendent du contexte local (contexte géographique notamment : pêche à pied, contrôle sanitaire aux frontières, lutte anti-vectorielle, thermalisme, ...).

L'ARS du Centre ne saurait donc être représentative des activités de toutes les ARS.

2 L'ARS garante de la prise en compte des déterminants sociaux, comportementaux et environnementaux dans les politiques de prévention

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'un des enjeux majeurs du Projet Régional de Santé (PRS). L'ARS du Centre a d'ailleurs inscrit le principe de réduction des inégalités comme une stratégie d'action transversale à l'ensemble des secteurs (prévention, soins hospitaliers et ambulatoires, médico-social).

Le constat est désormais établi que l'état de santé des individus est étroitement lié à la position sociale qu'ils occupent au sein de la société. L'indicateur probant sur cette question est le gradient social. Le système actuel contribue à creuser les inégalités sociales de santé. Les épidémiologistes ont pu objectiver l'existence d'écarts d'état de santé pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population : chaque catégorie sociale représente un niveau de morbidité, de mortalité plus élevée que la classe immédiatement supérieure.

Ce sont des différences systématiques évitables impactées par les déterminants sociaux, qui ont donc un impact sur la santé et qui sont liés aux niveaux : de ressources, de revenus, de diplôme, ainsi qu'à l'acquisition de certaines compétences comportementales et psychosociales permettant aux individus de procéder à des choix positifs pour leur santé.

¹ [Instruction DGS/EA4/2011/438 du 25 novembre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé localisées dans les régions sièges des comités de bassin hydrographique](#)
[Instruction DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des Agences Régionales de Santé \(ARS\) dans le domaine de la santé environnementale](#)

Au sein du PRS, cet objectif de réduction des inégalités a fait l'objet d'un programme spécifique : **le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**. Il se décline en trois objectifs :

1. Améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis,
2. Améliorer la coordination des acteurs,
3. Développer le repérage et l'accompagnement adaptés des publics précaires.

La finalité du PRAPS est d'assurer un accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de vulnérabilité en prenant en compte leurs difficultés spécifiques notamment sociales. Cette démarche est conforme à la stratégie de l'ARS de déployer des parcours de santé adaptés aux différents publics.

Le PRAPS positionne l'ARS de facto en complémentarité des autres acteurs impliqués dans le champ de l'action sociale et du droit commun, en particulier le Conseil régional, les Conseils généraux, les communes ou communautés de communes, les administrations de l'Etat concernées (DDCS / PP, ...), les Organismes de protection sociale (Caisses d'allocations familiales, Caisses d'assurance maladie, ...)

La « prise en charge globale » de la personne vulnérable dont la problématique de santé s'exprime avec des incidences et prévalences plus marquées dans cette population (conduites addictives, comportements à risque, santé mentale, maladies chroniques, cancers, périnatalité, ...) recouvre deux dimensions essentielles indissociables :

- la prise en charge des soins et/ou de prévention,
- l'accompagnement social requis par ce public, son absence constituant une perte de chance potentielle.

Il est nécessaire de disposer prioritairement d'outils accessibles recensant exhaustivement les offres disponibles dans chaque territoire (offre de soins, de prévention, médico-sociale et dispositifs spécifiques : Permanences d'Accès aux Soins et de Santé (PASS), EMPP, CAARUD, CSAPA, CLAT, CIDDIST / Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CGAG) ...

Cela contribue à les rendre lisibles dans le cadre de la politique de planification et accessibles aux partenaires internes et externes.

La disponibilité de tels outils permettra de construire des parcours de prise en charge globale identifiant :

- les complémentarités requises entre les secteurs du soin et du social,
- l'anticipation de zones à risque de rupture dans le parcours de soins.

L'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de vulnérabilité – passe par la sensibilisation et la formation des acteurs au repérage.

Il faut également favoriser le repérage des publics précaires et vulnérables dans le parcours de soins en sensibilisant et formant des professionnels de santé médicaux et para médicaux comme personnes ressources.

Enfin, la dotation des acteurs du champ social de compétences leur permettant de repérer et d'orienter les publics précaires vers les dispositifs de soins adaptés contribuera à l'atteinte des objectifs du PRAPS.

En région Centre, la démarche de l'ARS concernant « la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » est généraliste et transversale et dépasse les seuls objectifs du PRAPS proprement dit. Elle s'appuie sur un rapport de l'Observatoire régional de la santé (ORS) relatif aux inégalités cantonales de santé qui classe les cantons en 5 catégories selon leurs caractéristiques socio-sanitaires semblables (cf. document en annexe).

Recommandations issues de la concertation :

Les inégalités sociales sont le résultat du cloisonnement des institutions et de la création de zones de rupture : il est important de :

- rendre lisible les dispositifs, condition pour améliorer leur accessibilité,
- développer les dispositifs fondés sur une démarche permettant « d'aller vers... »,
- être en capacité de détecter les ruptures de droits (droits existants mais non accessibles de par la complexité des démarches pour les personnes isolées : milieu rural, déboutés du droit d'asile, ...),
- tenir compte des ressources locales que sont les associations et les représentants des usagers, garants d'une plus grande cohésion sociale,
- veiller au maintien d'associations très localisées par un subventionnement minimal en considérant l'impact de leurs actions sur les populations sur des circonscriptions géographiques limitées,
- veiller à la prise en compte des territoires non couverts par des dispositifs (CLS, quartiers politique de la ville, ...),
- procéder à une étude préalable de mesure d'impact concernant la mise en œuvre du PRAPS.

3 L'ARS garante de la sécurité sanitaire au travers d'une fonction d'inspection-contrôle

Dans cette partie qui concerne les missions exercées en propre par l'ARS, la concertation a porté sur des propositions de changement des modalités d'exercice des missions sur les principaux champs de contrôle de l'ARS.

Les agents de l'ARS du Centre consultés ont insisté sur le fait que les délais contraints de la concertation n'ont permis ni une réflexion approfondie, ni la formulation de recommandations, à la différence du volet « déterminants sociaux », mais uniquement à la formalisation de points de vigilance.

Les principales questions des agents de l'ARS ont porté :

- sur l'absence de justification des propositions relatives à un changement de modalités d'exercice des missions au vu du service actuel rendu à l'utilisateur ;
- sur les inconvénients à externaliser les contrôles de 1^{er} niveau auprès d'opérateurs impliquant que l'ARS intervienne en second niveau. Ceci ne supprime pas l'intervention de l'ARS mais induit une modification des missions des agents, voire le niveau de compétences, sans alléger la charge de travail (perte de technicité, de réactivité en cas d'urgence ou d'accident,...). Ces incidences justifieraient une évaluation ;
- sur l'évaluation des incidences en termes de missions des agents et d'effectifs ;
- sur la nécessité d'évaluer au préalable l'impact financier de ces propositions tant pour les services de l'Etat ou les ARS que pour les collectivités territoriales.

3.1 Contrôle de la qualité sanitaire des eaux

Eaux potables

Aujourd'hui, les graves épidémies d'origine hydrique ont disparu grâce à l'ensemble des mesures d'hygiène publique prises depuis plus d'un siècle. Néanmoins, ce constat ne doit pas conduire à l'immobilisme, voire à diminuer la vigilance en matière de prévention. Le moindre relâchement peut conduire à des contaminations entraînant le développement d'épidémies ou d'altérations de la santé. En outre, des risques émergents attribuables à l'eau sont à prendre en compte.

L'exploitation d'un système d'alimentation en eau potable impose donc une gestion performante, qui doit notamment permettre de détecter suffisamment tôt les contaminations pour en limiter les éventuelles conséquences sur la santé publique. Le contrôle régulier, prévu par le code de la santé publique et exercé par l'ARS, s'il est indispensable pour la protection de la santé de la population, n'est pas toujours suffisant pour garantir cette détection précoce, notamment pour les petites unités de distribution d'eau potable, compte-tenu des fréquences d'analyse réglementaires.

Le code de la santé publique prévoit la mise en place d'une surveillance permanente de la qualité de l'eau par la personne responsable de la production et de la distribution de l'eau basée sur une identification des dangers présentés par le système d'alimentation en eau potable. Cette surveillance ne se limite pas à la seule vérification analytique de la qualité de l'eau mais comprend également une vérification des mesures prises pour la protection de la ressource utilisée et du fonctionnement des installations, principes d'une démarche de « plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux » promue par l'OMS.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

- depuis quelques années, s'est mise en place une externalisation progressive des prélèvements d'eau vers les laboratoires agréés à plus ou moins grande échelle qui induit un changement des modalités d'exercice des missions des ARS. C'est ainsi qu'en région Centre le choix a été fait de développer le contrôle de l'état et de la sécurisation des installations d'eau, que ce soit au niveau des captages, des stations de traitement ou des réservoirs, par le biais de visites techniques réalisées par l'ARS. Cette démarche pourrait être étendue sur l'ensemble du territoire ;
- la mise en œuvre d'une démarche de « plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux » par les personnes responsables de la production et de la distribution de l'eau implique là aussi un changement des modalités d'exercice des missions des ARS. Cette démarche a déjà été mise en place en Poitou-Charentes (notamment dans les Deux-Sèvres) et pourrait être généralisée à l'ensemble des régions, permettant, pour les unités de distribution les plus importantes, non seulement de réduire la fréquence du contrôle sanitaire mais également de renforcer la sécurité de l'alimentation en eau. Le rôle de l'ARS ne serait alors plus de réaliser des prélèvements mais d'évaluer la mise en œuvre et l'efficacité de ces plans par le biais de visites techniques telles que définies ci-avant.

Piscines

L'eau, les surfaces, le sol et l'air des piscines peuvent être des lieux de contamination microbiologique. Les infections cutanées sont les pathologies les plus fréquentes, suivies des affections de la sphère ORL, voire des troubles intestinaux.

L'exploitation d'une piscine impose là aussi une gestion performante, qui doit notamment permettre de détecter suffisamment tôt les contaminations pour en limiter les éventuelles conséquences sur la santé publique. Le contrôle régulier, prévu par le code de la santé publique et exercé par l'ARS, s'il est indispensable pour la protection de la santé de la population, n'est pas toujours suffisant pour garantir cette détection précoce.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

- depuis quelques années, s'est mise en place une externalisation progressive des prélèvements d'eau vers les laboratoires agréés à plus ou moins grande échelle qui induit un changement des modalités d'exercice des missions des ARS. C'est ainsi qu'en région Centre le choix a été fait de développer le contrôle de l'état des installations par le biais de visites techniques réalisées par l'ARS. ;
- l'extension de la démarche de « plan de gestion de la sécurité sanitaire » aux exploitants de piscine mériterait d'être étudiée et intégrée dans la réglementation. Le rôle de l'ARS ne serait alors plus de réaliser des prélèvements, mais d'évaluer la mise en œuvre et l'efficacité de ces plans par le biais de visites techniques telles que définies ci-dessus ;
- une autre piste d'évolution pour les nouvelles piscines pourrait consister à confier à un organisme accrédité, à une fréquence à définir (5 ans ?), la vérification du bon fonctionnement et du bon dimensionnement des installations et d'instaurer une auto surveillance.

3.2 Contrôle de l'application des prescriptions des arrêtés de déclaration d'utilité publique des périmètres de protection de captages d'eau destinée à la consommation humaine

La loi du 16 décembre 1964, confortée par la loi du 3 janvier 1992 et la loi du 9 août 2004, a rendu obligatoire la détermination des périmètres de protection des captages (code de la santé publique). Ainsi, l'instauration de ces périmètres se fait concomitamment à la déclaration d'utilité publique (DUP) des travaux de prélèvement d'eau destinée à la consommation humaine (code de l'environnement).

Les ARS sont également chargées de vérifier le respect des prescriptions édictées dans les périmètres.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

- à ce jour, les procédures de définition des périmètres de protection et des aires d'alimentation de captages se déroulent en parallèle avec des calendriers et des objectifs différents. Cependant, les prescriptions s'appliquent aux mêmes acteurs, ce qui est source d'oppositions localement. La question d'une meilleure articulation des deux procédures mériterait d'être posée, ce qui supposerait une évolution de la réglementation ;
- une première piste d'évolution concernant la vérification des prescriptions pourrait être une externalisation pour une partie des captages à contrôler. Il s'agirait d'un changement des modalités d'exercice des missions de l'ARS : les visites de terrain et la mise à jour de la cartographie de l'inventaire des sources de pollution dans le périmètre de protection rapprochée de chaque captage contrôlé seraient réalisés par un prestataire. Le rôle de l'ARS serait alors d'assurer l'analyse des résultats des contrôles et la gestion des suites à donner (formulation de recommandations et injonctions nécessaires pour réduire les risques, suivi de leur mise en œuvre) ;
- une seconde piste pourrait consister en une modification réglementaire qui imposerait au bénéficiaire de la DUP de missionner un organisme accrédité (ou agréé) pour contrôler la mise en œuvre des prescriptions dans les périmètres dans un délai à déterminer (4 ans ?) à l'issue de la DUP puis périodiquement (par exemple tous les 8 à 10 ans). Le rapport serait transmis à l'ARS qui n'interviendrait alors qu'en contrôle de second niveau pour la protection de la ressource.

3.3 Contrôle de la qualité sanitaire des espaces clos

La prévention du risque lié à l'amiante

En raison des effets de l'amiante sur la santé (accumulation dans l'organisme, responsable de l'apparition de maladies graves, notamment pulmonaires), le dispositif réglementaire a été modifié afin d'améliorer la prévention des risques liés à l'amiante et la protection des populations.

Le document technique amiante (DTA) permet d'assurer le suivi des matériaux et produits contenant de l'amiante dans les bâtiments dont le permis de construire a été délivré avant 1997 et d'intégrer le risque dans la gestion des bâtiments. Il doit être régulièrement actualisé par le propriétaire et mis à disposition des occupants et des différents intervenants dans le bâtiment.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

- compte-tenu du nombre d'établissements recevant du public à contrôler, une piste d'évolution consisterait à externaliser l'étude de la conformité des documents techniques amiante des établissements sanitaires et médico-sociaux, l'ARS assurant l'analyse des résultats des contrôles et la gestion des suites à donner (information sur les risques sanitaires, formulation de recommandations et injonctions nécessaires pour réduire les risques, suivi de leur mise en œuvre) ;
- la pertinence des contrôles menés par l'ARS devra être étudiée, en priorisant les contrôles des établissements recevant un public sensible, comme les enfants (Institut Médico-Educatif [IME], crèches, écoles, etc.) au regard des risques sanitaires liés à l'amiante.

La lutte contre l'habitat indigne

De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires en lien avec l'humidité, accidents domestiques accrus, etc.

Chaque département a mis en place un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (LHI), pôle auquel contribue l'ARS. Ces pôles ont pour vocation de mettre en synergie les différents partenaires de la lutte contre l'habitat indigne ; ils permettent la coordination des actions des acteurs dans l'objectif d'améliorer le repérage.

Par ailleurs, la loi du 31 mai 1990 a instauré l'élaboration par le Préfet et le Conseil général d'un Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALHPD). La loi ALUR du 24 mars 2014 a élargi le périmètre de ce plan en imposant la prise en compte de la problématique de l'hébergement (Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées : PDALHPD).

L'implication de l'ARS dans l'élaboration et la mise en œuvre du PDALHPD est nécessaire pour permettre une meilleure prise en compte de la problématique de la lutte contre l'habitat indigne.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

La loi ALUR du 24 mars 2014 propose un changement des modalités d'exercice de la police sanitaire relative à l'habitat insalubre, en permettant au Préfet de déléguer ses pouvoirs de polices spéciales prévues aux articles L1331-22 à L1331-30 du Code de la santé publique au président d'un EPCI compétent en matière d'habitat et délégataire des aides à la pierre après avis de l'ARS.

Cette délégation, si elle est mise en œuvre, implique que les présidents d'EPCI auront en charge l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des arrêtés. Ils seront également chargés de la gestion des arrêtés pris par le Préfet antérieurement à la délégation des prérogatives. Quelles modalités de mise en œuvre de cette délégation ?

La lutte contre les nuisances sonores

Le bruit constitue un phénomène omniprésent dans nos vies quotidiennes. Au-delà des effets sur l'audition (perte auditive, surdité, acouphène,...), il peut affecter l'ensemble de l'organisme.

Des effets dits « extra-auditifs » peuvent être observés tels perturbation du sommeil, désordres cardiovasculaires, troubles digestifs, effets sur le système endocrinien, aggravation d'états anxio-dépressifs ou encore trouble de l'apprentissage chez les enfants. La fatigue excessive due au bruit est souvent source d'agressivité et d'agitation psychomotrice.

L'ARS et les collectivités territoriales sont compétentes pour les bruits générés par des activités ne relevant pas d'ICPE.

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

La question du transfert du traitement des plaintes relatives à ce type d'installation vers les mairies peut être posée : ce transfert permettant aux ARS de se recentrer sur le contrôle des établissements diffusants de la musique amplifiée, et d'avoir ainsi un impact bénéfique sur un grand nombre de personnes. Il reste toutefois soumis à certaines limites : cas d'installations relevant de la compétence des maires (typiquement : salles des fêtes) et ne pourrait être envisageable que pour des collectivités de taille importante (cf points de vigilance).

Une autre piste viserait à engager une réflexion sur la facturation éventuelle des prestations de l'ARS comme cela existe pour les prélèvements d'eau.

La prévention des légionelloses

La légionellose est une pneumopathie sévère mais non contagieuse. Compte-tenu des risques que présente la présence excessive de légionelles dans les réseaux d'eaux chaudes sanitaires, les mesures de prévention apparaissent prioritaires. Celles-ci se traduisent par l'information, par la sensibilisation mais aussi par le contrôle des établissements recevant du public et disposant d'un circuit d'eau chaude sanitaire (établissements de santé, médico-sociaux, sociaux, et les établissements équipés de bassin de baignade comme les piscines, campings, ...).

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

La question des investigations approfondies autour des cas isolés peut être posée sachant qu'elles sont rarement conclusives quant à l'origine de la contamination. Toutefois, ce changement pourrait nuire au repérage ou à l'identification de cas groupés.

3.4 Evaluation des risques sanitaires des études d'impact

L'ARS est désormais consultée dans le cadre de la contribution à l'avis de l'autorité environnementale sur plus de 150 types de dossiers (ICPE – industries, infrastructures de transport, forages, documents d'urbanisme, ...). Si cette consultation de l'autorité environnementale est venue se substituer à certaines procédures (consultation administrative pour les installations classées), l'ARS continue de rendre des avis dans d'autres cadres (instruction de permis de construire, procédures d'urbanisme, élaboration des plans et schémas, ...) avec parfois des consultations multiples et à différentes étapes de chaque procédure.

Une majorité des dossiers concerne des projets à enjeu environnemental mais sans enjeu sanitaire (défrichements, giratoires, Schéma régional de raccordement au réseau des énergies renouvelables).

Questions autour d'un changement des modalités d'exercice de la mission :

- une refonte de la réglementation permettrait d'une part de fusionner les procédures administratives comme cela a été fait pour les installations classées et d'autre part de cibler les projets sur lesquels l'avis de l'ARS apporterait une plus value ;
- à l'inverse, l'implication de l'ARS dans l'élaboration des documents d'urbanisme permet d'avoir un impact sur le long terme en planifiant un développement urbain sain, en prenant en compte non seulement les facteurs environnementaux liés à l'état des milieux (protection de la ressource en eau, préservation des nuisances - bruit en particulier, vigilance vis-à-vis d'anciennes friches industrielles) mais également les facteurs environnementaux liés au cadre de vie (habitat, aménagement du territoire, transports, équipements, ...). Pour être pleinement efficace, l'intervention de l'ARS doit s'inscrire en amont du projet et non seulement lors de la consultation de l'autorité environnementale réalisée sur les projets arrêtés.

Points de vigilance vis-à-vis de la sécurité sanitaire :

- mettre en place de nouvelles modalités implique, dans certains domaines, une modification de la réglementation (piscines, périmètres de protection, bruit),
- veiller à maintenir les compétences techniques des services concernés de l'ARS :
 - en matière de contrôle sanitaire et à ne pas externaliser les prélèvements au-delà d'un seuil de 90 % afin de conserver leur capacité à réagir en cas de crise,,
 - en matière d'inspection-contrôle et à ne pas tout externaliser ou « auditer » afin de conserver leur connaissance du terrain,
 - en effet, le maintien d'un lien avec les exploitants et la reconnaissance de l'ARS qui en résulte en tant qu'autorité sanitaire dans ces deux domaines sont essentiels;
- transférer des missions de contrôle aux collectivités territoriales nécessite au préalable la formation technique des personnels, voire la mise à disposition de matériel et les conditions d'habilitation (exemple : matériel sonométrique) ;
- veiller en cas de transfert ou d'externalisation des missions de contrôle à conserver l'indépendance et la reconnaissance de l'ARS ;
- externaliser implique un encadrement de l'attribution des missions des prestataires et donc un savoir faire à conforter (capacité à définir les attentes, à les formaliser dans un cahier des charges, suivi de la prestation) et un suivi renforcé pour vérifier la qualité du service rendu ;
- veiller à maintenir un niveau de sécurité sanitaire équivalent et ne pas altérer la qualité actuelle du service rendu à l'utilisateur,
- inciter les exploitants à développer des plans de gestion de la sécurité sanitaire des installations d'eau implique un accompagnement de l'ARS. Quid des petites collectivités pour s'inscrire dans cette démarche ?
- évaluer l'impact financier de ces dispositifs d'externalisation ou des nouvelles modalités d'exercice ;
- assurer le suivi des missions transférées ou externalisées implique d'autres modalités de travail des agents de l'ARS et le développement de contrôles de second niveau, sans gain de temps.
- Quid de l'évolution des missions des SCHS ?

4 Comment mieux agir sur les déterminants environnementaux ?

Au-delà des missions de veille, d'alerte et de sécurité sanitaire, l'ARS doit mettre en œuvre des actions permettant de mieux agir sur les déterminants de la santé en développant la prévention, axe prioritaire de la stratégie nationale de santé.

4.1. Agir tôt et au plus près de la population

En renforçant les actions de prévention des accidents de la vie courante par l'élaboration et la mise à disposition d'outils pédagogiques auprès des jeunes

➤ Les piscines

Dans le cadre de la promotion de l'activité physique et de la prévention des noyades, l'activité « piscine » avec l'apprentissage de la natation est proposée très régulièrement aux plus jeunes dans les écoles. Les piscines observent très fréquemment des incidents liés au passage des plus jeunes. Il apparaît donc cohérent de développer une action de sensibilisation à l'hygiène en piscine, dans les écoles maternelles et primaires, en lien avec le rectorat (mallette pédagogique par exemple).

Il faut aussi souligner que cette action pourrait permettre d'améliorer la qualité de l'air en piscine et contribuer à limiter les effets sur la santé pour les professionnels des piscines, les sportifs ou encore les très jeunes (bébé-nageurs).

➤ La qualité de l'air intérieur

Le plan national sur la qualité de l'air intérieur prévoit l'organisation de campagnes de sensibilisation sur la qualité de l'air intérieur. En contribuant également à la prévention des maladies chroniques, les ARS peuvent étudier la déclinaison régionale de ces campagnes en les adaptant au contexte régional via par exemple l'élaboration d'un outil pédagogique destiné aux plus jeunes (écoles, collèges, médiathèque, etc.).

En renforçant les actions de lutte contre les nuisances sonores (perte de l'audition, stress, défaut d'attention, ...)

➤ Dépister et sensibiliser dans les lycées

L'écoute de la musique amplifiée peut conduire à une perte d'audition chez les jeunes. Ce phénomène s'est accru avec la généralisation des lecteurs portables et la dématérialisation des supports musicaux. Il reste toutefois mal quantifié tant au niveau national qu'au niveau régional.

Afin de toucher un nombre important de jeunes, la diffusion des messages de prévention et de sensibilisation est assurée par des partenaires relais, le plus souvent les infirmières scolaires associées aux professeurs (de musique, de biologie ou de physique) de manière à avoir un message global. La mise à disposition de matériel pédagogique ou le développement de concerts pédagogiques peuvent permettre de compléter ces actions de sensibilisation.

L'évaluation de l'efficacité de ces actions de prévention reste difficile en raison du manque de données audiométriques représentatives et donc de l'évolution quantifiée de la perte auditive chez les jeunes. La promotion d'actions de dépistage des troubles de l'audition, en lien avec des audioprothésistes, dans le cadre de la journée de l'audition, permettrait de toucher un plus grand nombre d'élèves et d'obtenir des données statistiquement représentatives. Cette action serait à renouveler périodiquement de manière à réorienter au mieux les politiques de prévention, en ciblant les facteurs de risques et les publics prioritaires.

➤ Promouvoir la réalisation de diagnostics acoustiques des lieux utilisés par les enfants

La mauvaise qualité acoustique des locaux accueillant des enfants a des répercussions sur leur santé (stress, moins bon apprentissage, fatigue).

Certains départements ont mené des actions de diagnostic acoustique dans les locaux scolaires afin de proposer, le cas échéant, des travaux de réhabilitation ouvrant droit à des subventions (crédits DREAL). Cette action pourrait être reconduite et étendue à toutes les régions. L'intervention de l'ARS dans ce type d'opération se limite aux aspects techniques, l'instruction administrative étant assurée par les DDCCS (PP). L'action permet de sensibiliser les personnels des établissements pour qu'ils engagent des actions de prévention sur les nuisances sonores.

En renforçant les actions de prévention vis-à-vis des maladies chroniques

➤ Informer les personnes sensibles sur la qualité de l'air extérieur

La qualité de l'air extérieur affecte l'ensemble de la population, dès les plus faibles niveaux de pollution. En cas d'épisodes de pollution par l'ozone ou les particules, il convient d'adapter son comportement, en particulier pour les personnes les plus sensibles, afin de limiter l'impact de la pollution sur la santé.

En 2003 et 2004, une étude menée en région Centre a testé l'hypothèse qu'une information anticipée des dépassements du seuil de $110 \mu\text{g}/\text{m}^3/8\text{h}$ d'ozone dans l'air pourrait être bénéfique à la santé de personnes atteintes d'insuffisance respiratoire chronique (IRC). Cette étude, dénommée PAPRICA (Pollution Aérienne et Pathologie Respiratoire : Impact de la Communication sur l'Air), a mis en évidence que les patients informés ont eu moins de symptômes respiratoires et ont eu une meilleure perception de leur qualité de vie que les patients non informés. Ce projet n'a pu être pérennisé faute de porteur volontaire.

Mettre en place un dispositif d'information par SMS des personnes souffrant d'insuffisance respiratoire de la survenue de pics de pollution atmosphérique afin qu'ils adaptent leur comportement permettrait de limiter l'impact de la pollution sur leur santé. Cette action devrait être complétée par une communication de fond, l'impact sanitaire étant majoritairement imputable à la pollution chronique. La communication sera alors adaptée aux cibles visées (professionnels de santé, collectivités territoriales, grand public, ...).

4.2. Favoriser l'intégration de la santé environnement dans les politiques locales – projets d'aménagement et documents de planification – par une approche globale de l'ensemble des déterminants (économiques, environnementaux, sociaux)

Promouvoir les initiatives locales d'actions en santé environnement aux échelles communales et/ou intercommunales

Toutes les politiques publiques peuvent avoir une influence sur la santé et le bien-être des populations de manière directe ou indirecte. Un certain nombre de programmes ou actions locaux dans les domaines de l'urbanisme, des transports et de la mobilité, de l'habitat, de l'agriculture, des déchets, de l'eau, etc. portés par des villes, des agglomérations ou d'autres collectivités territoriales peuvent avoir des effets en matière de santé environnement des populations. A titre d'exemple, l'Agenda 21 dont l'objectif premier est d'inscrire dans les projets de la collectivité l'équilibre entre le court et le long terme, la conciliation des exigences économiques, sociales et environnementales, la prise en compte des enjeux locaux et globaux (efficacité énergétique, effet de serre, ...) et le développement écologiquement et socialement responsable.

Ces initiatives sont à encourager et peuvent s'inscrire dans des actions de santé publique (Contrat local de santé par exemple). Un label peut être développé pour valoriser les actions en santé-environnement mises en œuvre.

Promouvoir la mise en place d'études d'impact sur la santé

La prise en compte des déterminants de santé dans les politiques d'aménagement du territoire reste actuellement très partielle. L'ARS examine particulièrement trois déterminants de santé : l'eau potable, le bruit et la qualité de l'air.

Le ministère de la santé et l'EHESP ont élaboré un guide pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé. Le référentiel d'analyse des projets d'aménagement et des documents d'urbanisme intègre un large panel de déterminants de santé : quinze déterminants sont ainsi regroupés en trois grandes familles :

- a) Mode de vie, structures sociales et économiques,
- b) Cadre de vie, construction et aménagement,
- c) Milieux et ressources.

L'ARS ne suit actuellement que très peu de dossiers d'urbanisme opérationnel tels que des ZAC (Zone d'Aménagement Concerté) et cible les territoires sur lesquels elle participe activement à l'élaboration des documents d'urbanisme (PLU, SCOT).

Une réflexion devrait être menée sur les modalités de relais de ce référentiel auprès des organismes de formation des urbanistes, mais également des professionnels de santé, des décideurs, des collectivités. La mobilisation des urbanistes et des décideurs est essentielle afin qu'ils puissent prendre conscience des enjeux sanitaires de leurs projets d'aménagement en appliquant dès la conception la méthode d'évaluation des impacts en santé (EIS) sur leurs projets et pour l'ensemble des déterminants de santé. Afin d'inciter au développement de l'utilisation de la méthode d'évaluation des impacts en santé, l'ARS pourrait accompagner les collectivités sur certaines opérations phares. Le fait de disposer d'une dynamique locale forte, comme un Contrat local de santé, pourrait être un facteur facilitant.

Recommandations issues de la concertation

- Veiller à ne pas segmenter les déterminants de santé mais agir globalement sur l'ensemble des causes,
- Bien différencier les modalités de pilotage sur les opérateurs avec une responsabilité directe des différentes administrations impliquées dont l'ARS pour les opérateurs qui sont dans son champ d'intervention de celles issues du domaine de la contractualisation notamment avec les collectivités locales qui nécessitent une co-construction dans la mise en œuvre des politiques territoriales.

5 Comment être collectivement plus efficace pour agir sur les déterminants de la santé ?

Considérant le fait que l'ARS ne dispose pas de tous les leviers pour agir sur les déterminants de santé, les propositions d'actions ci-dessous visent à renforcer la coordination :

- entre les pouvoirs publics eux-mêmes par le biais d'une coordination interministérielle plus efficace,
- par un partenariat consolidé entre l'Etat, les Collectivités Territoriales et les organismes de sécurité sociale,
- avec l'ensemble des acteurs de la santé et particulièrement les opérateurs de prévention.

Par contre, deux leviers indirects existent et doivent être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs, institutions, collectivités territoriales ... :

- la formation des personnels, des professionnels de l'intervention et des acteurs de première ligne (par exemple les secrétaires de mairie, les travailleurs sociaux...), soit dès la formation initiale des intéressés, soit au titre de la formation continue (d'où la nécessité de développer des liens avec le CNFPT et les OPCA),
- l'anticipation du développement en cours de la e-santé, en considérant que la numérisation des données de santé va permettre une diffusion rapide et large d'informations nombreuses, à la fois généralistes et spécifiques, soit à l'ensemble de la population, soit vers des cibles particulières. D'où l'importance d'intégrer cette perspective le plus en amont possible et de façon partagée avec l'ensemble des institutions, partenaires et collectivités territoriales ...

Focus sur les addictions

Les addictions sont un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux, sociaux... Elles interviennent directement dans 30 % de la mortalité précoce, c'est-à-dire les décès avant 65 ans. Le poids de ces conduites sur la morbidité générale est estimé à environ 20 % : complications somatiques et psychiatriques, accidents de la route,...

Ces pratiques d'usage sont d'abord et essentiellement des conduites sociales, avant de devenir des conduites addictives. La prévention des addictions doit concerner l'ensemble des publics, qu'il s'agisse de la population générale, des personnes en situation de vulnérabilité ou encore des familles.

Les actions de prévention visent à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales, d'apporter des repères, de favoriser l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles.

Elles se déploient en groupe ou individuellement et s'inscrivent dans un processus cohérent d'intervention (prévention, intervention précoce, soin, réduction des risques) mis en œuvre par les professionnels des CSAPA, en adéquation avec le « parcours de santé » prévu dans le projet de loi de santé.

5.1. Renforcer l'approche interministérielle et intersectorielle sur les déterminants de santé

Si l'ARS définit la stratégie régionale de santé avec des objectifs ciblés à partir de l'analyse des déterminants de santé de façon partagée avec l'ensemble des acteurs concernés (administrations, collectivités locales, représentants des usagers, ...), acteurs susceptibles de relayer ou en capacité d'intervenir ensuite dans le cadre de leur champ de compétences respectif, il importe de considérer que les actions qui en découlent contribuent à l'atteinte des objectifs partagés définis au préalable.

Autrement dit, et c'est essentiel pour ce qui concerne les déterminants de santé, et donc pour les changements de comportements attendus des populations, la santé doit être relayée dans toutes les politiques susceptibles de contribuer à ces changements.

L'approche intersectorielle, qui permet une interpénétration entre santé et environnement, entre santé et travail, entre santé et cohésion sociale doit donc être renforcée.

Dans cette perspective, l'ARS du Centre a d'ores et déjà conclu plusieurs conventions de partenariat régionales avec la DRJSCS, le Rectorat, le Conseil Régional et la DREAL pour fixer des priorités communes et des modalités de mise en œuvre par des actions concertées. Certains rapprochements permettent ainsi :

- soit le lancement d'appels à projets communs (exemple : ARS/DRJSCS, ARS/DREAL),
- soit l'instruction commune de projets déposés à l'ARS mais examinés avec l'administration concernée (exemple : ARS/Education Nationale),
- soit le rapprochement de procédures distinctes pour rechercher la complémentarité et la cohérence des financements (exemple : ARS/MILDECA).

Recommandations issues de la concertation :

- veiller à une confluence temporelle et spatiale des actions de chaque administration. Quel rôle du Comité interministériel de la santé ?
- donner les moyens aux institutions de faire évoluer les priorités en fonction d'opportunités territoriales ;
- instituer un « Comité des programmes » pour confronter et réajuster les objectifs partagés régionaux ;
- passer d'une approche thématique à une approche populationnelle en cohérence avec une logique de parcours de santé, démarche intégratrice, et l'identification des points de rupture ;
- développer des démarches intégratrices aptes à établir des liens permanents entre les champs sanitaire et social ;
- améliorer, voire parfois ouvrir l'accès aux données d'information, dans un objectif de partage des données accru entre institutions et partenaires, pour une efficacité plus grande dans les diagnostics et dans les programmes d'actions.

5.2. Prendre en compte le rôle déterminant des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer concernant les actions sur les déterminants de santé, ceci dans un objectif de territorialisation au plus près des populations. Sur des territoires identifiés, l'ensemble des acteurs et partenaires doit se mobiliser pour veiller à la convergence de leurs interventions.

Les Contrats locaux de santé (CLS), outils de déclinaison du Projet Régional de Santé, constituent l'un des outils privilégiés de l'action interministérielle sur la base d'un contrat négocié avec une collectivité territoriale porteuse (communes, communautés de communes voire Pays).

Ces CLS permettent :

- sur la base d'un diagnostic initial partagé,
- la définition de priorités d'intervention,
- avec l'organisation de réponses entrant dans le champ de responsabilité des différents co-contractants dont pour l'ARS des leviers (organisation, financement, ...) liés à tous les domaines de compétences de l'ARS sur le territoire considéré,
- et notamment l'intégration d'actions visant la promotion d'environnements favorables (préoccupations santé portées dans les politiques de logement, transport, insertion, ...).

L'articulation entre les CLS et les futurs Contrats de Ville doit être assurée lorsque les CLS englobent des Quartiers Politique de la Ville (QPV). A l'inverse, la dimension santé qui inclut le cas échéant des actions relatives aux déterminants de santé sera inscrite dans les territoires relevant de la politique de la ville.

Les partenariats avec le Conseil régional et les Conseils généraux procèdent du même principe : leurs implications et la recherche de complémentarités en termes de moyens d'intervention sur des territoires identifiés avec les objectifs cohérents et complémentaires selon les champs d'intervention respectifs.

Recommandations issues de la concertation :

- construire avec les partenaires institutionnels, les autres services de l'Etat (Education nationale, Travail, Environnement, ...) un dispositif cohérent d'intervention d'une part et avec

les collectivités territoriales un dispositif contractuel d'intervention d'autre part en veillant à l'appropriation mutuelle des stratégies de chacun ;

- passer d'une logique trop descendante à une co-construction des politiques de santé au plan territorial à partir d'une compréhension et d'un diagnostic partagés dans le respect des compétences de chacun. Cela induit un resserrement du nombre de plans nationaux multiples ciblés sur des thématiques par ministère pour privilégier une approche de plans territoriaux (régionaux, locaux, ...) définis à partir de l'analyse des déterminants de santé du secteur géographique considéré. Les ministères venant plus en support sur des aspects méthodologiques ou liés aux bonnes pratiques pour garantir la qualité de l'analyse, la fiabilité des réponses préconisées et enfin le suivi et l'évaluation des politiques menées;
- veiller à prendre en compte les dispositifs existant au plus près de la population qui sont de vrais lieux de rencontre des publics dans leurs quotidiens (centres sociaux, etc.) : rôle essentiel de l'écoute par ces dispositifs et de l'amorce d'une implication dans une démarche responsabilisante pour la personne au regard des obstacles liés à l'accès aux soins;
- saisir les opportunités sur chaque territoire en intégrant la dimension « aménagement du territoire » et assurer notamment l'articulation avec les projets de rénovation urbaine et les agendas 21 ;
- promouvoir le concept d'urbanisme favorable à la santé en expérimentant la démarche d'évaluation d'impact en santé sur des territoires ;
- définir un niveau de territoire d'intervention commun pour tous les acteurs, partenaires, institutions, collectivités territoriales : EPCI ?, communautés de communes ?... Quelle est la bonne maille ? La maille de référence à privilégier devrait être celle définie par les élus locaux de façon à ce que, quel que soit le découpage ou le zonage pris en compte, il corresponde à l'organisation des services telle que définie dans le cadre de l'aménagement du territoire du secteur considéré. Le citoyen n'a pas à pâtir d'une organisation encore trop cloisonnée des services publics mais doit pouvoir bénéficier d'une organisation cohérente et adaptée aux enjeux du territoire considéré ;
- passer d'une approche thématique à une approche populationnelle, en cohérence avec une logique de « parcours de santé », apte à mieux fédérer et mobiliser les énergies des différents acteurs sur un même territoire (exemple : développer des actions de prévention et de promotion de la santé, de sensibilisation aux risques environnementaux en faveur des jeunes) et à éviter une dispersion des moyens. ;
- identifier les freins et les leviers qui relèvent du niveau national pour développer les partenariats institutionnels (question du pilotage national transversal, des articulations interministérielles, des relations Etat/assurance maladie, etc.).
- intégrer a priori les risques de désengagement de certaines collectivités territoriales (la santé n'est pas dans leur champ d'intervention réglementaire, leurs capacités budgétaires sont contraintes,...) en favorisant un recentrage de leurs missions sur des blocs cohérents et lisibles pour éviter les logiques de cofinancements mais plutôt pour favoriser des logiques de coresponsabilités sur des politiques complémentaires;
- veiller à une bonne lisibilité des actions, celles développées par l'ARS et celles des différents partenaires dans une perspective de cohérence des programmes initiés par chacun des acteurs pour une finalité partagée autour des orientations du projet régional de santé lui-même en connexion avec la caractéristique des déterminants de santé de la région;
- veiller à intégrer les conseils locaux en santé mentale dans les contrats locaux de santé du fait de leur caractère structurant.

5.3. Renforcer le rôle de la Commission de coordination des politiques publiques :

Le Directeur général de l'ARS dispose d'un levier pour organiser le travail interministériel : la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Cette instance qui réunit notamment les services de l'Etat, les collectivités territoriales et l'Assurance maladie a pour rôle :

- d'organiser la cohérence et les complémentarités entre les programmes relatifs aux actions de prévention et de promotion de la santé menées par chacun de ses membres,
- et de déterminer les modalités de leur éventuelle contre partie financière lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre contractuel.

Le fonctionnement actuel de la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention montre plusieurs limites, les unes tenant à sa composition réglementaire (cf. participation inégale de certains de ses membres), d'autres relatives aux difficultés organisationnelles de rapprochement concret entre institutions.

Pour ces raisons, la Commission de coordination doit ainsi passer du stade actuel de diagnostic partagé et de partenariats complémentaires au stade d'opérationnalité renforcée. Dès lors que les institutions, les représentants des administrations et des collectivités territoriales ont validé en commun des objectifs, des cibles populationnelles et des territoires d'application, ils doivent s'engager à mettre en œuvre les moyens dont ils disposent pour la réalisation des actions prévues.

Ainsi, dans cette déclinaison opérationnelle souhaitée, 3 buts sont visés :

- la lisibilité et la cohérence des programmes respectifs,
- la responsabilité dans leur exécution en fonction des missions dévolues aux acteurs institutionnels impliqués, l'ARS étant responsable en fonction de ses propres missions et ayant vocation à se recentrer là où il y a une carence avérée d'offre de service au regard de l'accessibilité aux soins et à la prévention,
- la possibilité de recourir à la contractualisation avec une logique de coconstruction et de mobilisation des ressources respectives sur un territoire donné.-

Des actions initiées désormais à partir de l'analyse partagée des déterminants de santé et déployées vis-à-vis notamment des populations les plus éloignées de l'accessibilité aux soins et à la prévention devraient permettre de rationaliser les interventions pour un résultat plus efficient. La cohérence et l'évaluation des programmes sont essentielles si l'on veut aboutir à une certaine convergence des moyens qui doit devenir une règle partagée dans un contexte où la ressource se fait plus rare.

Recommandations issues de la concertation :

- Partager un diagnostic des dispositifs de l'ensemble des institutions et le rendre lisible,
- Donner à la Commission de coordination une dimension opérationnelle, sur la base d'un partage des priorités régionales affichées et de programmes d'action partagés,
- Travailler sur les trois déterminants de santé (sociaux, comportementaux et environnementaux) à partir d'une approche « parcours de santé » : identifier les populations, les points de ruptures, les ressources et leur degré de mutualisation, les acteurs et les possibilités de contractualisation.

5.4. Confirmer les opérateurs de prévention dans leur rôle :

Les opérateurs de prévention déploient des actions d'information, de sensibilisation à l'éducation et à la promotion de la santé qui visent les déterminants de santé.

La promotion de la santé, lorsqu'elle est efficace, renforce les compétences et les moyens d'agir sur sa santé des personnes, ou sur la capacité des groupes ou communautés de prendre collectivement des mesures pour maîtriser les facteurs déterminants de la santé.

Les opérateurs de prévention ont une responsabilité importante en tant que relais pour la mise en œuvre d'actions territorialisées au plus proche des populations (repréciser la nécessité d'opérateurs de proximité complémentaires aux grandes campagnes de communication), cela parce qu'ils reçoivent de fait une délégation de l'ARS ou d'autres administrations par rapport à deux objectifs :

- assurer la diffusion d'une culture de la promotion de la santé en région, en soutenant non seulement la formation des acteurs de la promotion de la santé (professionnels spécialisés et acteurs relais), mais aussi celle des élus et des décideurs,
- développer des programmes et des actions de prévention et de promotion de la santé de qualité, favorisant la pluridisciplinarité et l'intersectorialité.

Les opérateurs de prévention assurent leurs missions en intégrant ces objectifs, bien entendu en les adaptant aux territoires, aux populations et aux thématiques de leur ressort.

Dans ce cadre, une responsabilité particulière est dévolue au Pôle régional de compétence en éducation à la santé, qui constitue en région une plateforme de services destinée :

- à fédérer les ressources et les compétences en EPS, afin de les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs, ...),
- à venir en appui aux actions en EPS que ces acteurs développent dans leur champ de compétences.

Le Pôle régional en EPS a ainsi pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal comme le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, etc.

Recommandations issues de la concertation :

- repréciser la définition de la santé à mettre en œuvre (non plus « le silence des organes » mais une ressource de la personne) ;
- nécessité de promouvoir une éducation pour la santé généraliste et non spécialisée ;
- définir une stratégie et un pilotage afin de mieux coordonner la mise en œuvre des opérateurs de prévention ;
- positionner « le développement des compétences psychosociales » comme objectif prioritaire, mais reconnaître également que cette mission correspond à une qualification professionnelle spécifique ;
- veiller à ce que la démarche qualité portée par l'INPES soit déclinée par les opérateurs avec l'appui du Pôle régional de compétence en EPS (cf. pratiques professionnelles efficaces) ;
- veiller à la formation des opérateurs de terrain à la promotion de la santé ;
- définir des cahiers des charges précis qui permettent ensuite de procéder à une véritable évaluation ;
- développer des outils d'évaluation de l'efficacité des politiques ;
- réaffirmer et encourager la mise en œuvre de la « fongibilité asymétrique » ;

- expérimenter des projets d'actions centrés sur les déterminants de santé, par exemple sur un territoire infra départemental, en inter institutionnel, en inter sectoriel, avec les collectivités territoriales concernées, les partenaires et acteurs, etc. ;
- confirmer l'importance du Pôle régional de compétences en tant que structure ressource pour les opérateurs financés par l'ARS mais aussi pour les partenaires, les collectivités territoriales et autres services de l'Etat ;
- veiller à une meilleure prise en compte de la parentalité, même si ce sont les CAF qui sont « chefs de file ».
- intégrer l'opportunité que constituent les nouveaux outils issus de e-santé tant en matière d'objets connectés que de supports liés au développement du numérique pour faire face notamment aux difficultés croissantes d'accès aux soins et de vieillissement de la population.