

# Une seule santé : en pratique ?

## Territoires

*proposition de l'atelier synthétisée au 17 mars 2021*

**Contexte** : Dans le cadre de la conférence nationale « une seule santé : en pratique ? » (tenue le 17 mars 2021 à VetAgroSup, campus de Marcy l'Étoile, Rhône), l'objectif des ateliers est de faire un état de la science et des actions / politiques publiques pour la thématique abordée, en vue, après échanges, de **proposer des recommandations en matière de politiques publiques**<sup>1</sup>.

### Introduction

L'être humain est un être vivant en interrelation avec son environnement naturel. Le fonctionnement du vivant peut s'analyser en termes d'écosystèmes à toutes les échelles de vie selon toutes les dimensions (sociales, économiques, culturelles...). Pour analyser ces relations il vaut mieux parler de **socio-écosystèmes**, ou, tout simplement de territoires (quand on ne parle pas de terroirs).

Depuis l'émergence de notre humanité, nous avons, impacté la totalité des écosystèmes terrestres. Reconnaître l'interdépendance de la santé humaine avec la santé des animaux, la santé des végétaux, la biodiversité, le climat, et notre écosystème proche (cadre de vie, habitat), c'est reconnaître la nécessité d'une démarche transversale pour évaluer et agir, sur les impacts de nos activités sur les socio-écosystèmes, tant au niveau national qu'au plus près des bassins de vie, là où est affectée la santé des populations en fonction de facteurs spécifiques. La bonne échelle d'appréhension des enjeux « une seule santé », et surtout des actions et politiques à mener en pratique, de manière pertinente et ciblée, se situe donc dans les territoires. **La mise en pratique des politiques « une seule santé » passe par une approche écosystémique de la santé au sein de territoires, compris comme des socio-écosystèmes.**

Si le droit constitutionnel « de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » est proclamé, en revanche l'arsenal législatif fait défaut pour que ce droit soit applicable et bénéficie effectivement aux populations. La mise en pratique « une seule santé » a pour but de rendre concret ces bénéfices par l'amélioration du fonctionnement des socio-écosystèmes dans leur globalité. L'objectif de l'approche de la santé environnement, dans une dimension « une seule santé » et de son approche écosystémique reposent précisément sur l'intégration de la santé globale dans toutes les mesures politiques et d'aménagement des territoires, ainsi que sur l'impact positif de toutes les politiques des territoires sur la santé humaine, des animaux et des plantes. La prévention, considérée comme une ressource

---

<sup>1</sup>Dans ce document, « une seule santé » est associé à tout type d'organisation ou d'interactions liant santé et environnement (c'est le nom du système). Le terme approche écosystémique est associé à tout type de mobilisation et de partage des connaissances et de la pratique (ce qui alimente et la manière d'organiser les échanges dans le système « une seule santé »).

territoriale, est donc la finalité de cette démarche d'intégration. **De quels moyens et compétences les acteurs territoriaux disposent-ils pour mettre en œuvre des politiques et des actions en application du concept « une seule santé », en intégrant les approches écosystémiques pour un meilleur fonctionnement territorial ?**

L'enjeu de cet atelier a été de répondre à cette question en abordant plusieurs aspects, celui de la gouvernance étant crucial. Les échanges des trois réunions de janvier à février de l'atelier « territoires » ont permis d'approfondir le sujet clé de la gouvernance.

### **Quelle gouvernance pour la mise en pratique territoriale « une seule santé »?**

En considérant, les territoires comme des socio-écosystèmes imbriqués, l'analyse a permis de dégager 3 échelons d'interactions: national, régional, et local (territoire de projet / EPCI et villes). En partant d'exemples existants dans les territoires (cf. présentations), l'analyse des interfaces clefs entre acteurs publics à ces différents échelons a dégagé des **leviers de moyens et de compétences** pour favoriser la mise en pratique territoriale « une seule santé » à travers une culture commune.

Les enjeux du partage des connaissances sont essentiels dans la mise en œuvre du concept « une seule santé ». Ils sont favorisés par un maillage structuré entre les acteurs des territoires et s'appuie sur la formation territoriale, une description fine des socio-écosystèmes issue des diagnostics, l'analyse de ces données, la construction de programmes de prévention et de promotion de la santé, et l'évaluation socio-écologique et économique mesurant de façon juste le retour sur investissement.

Il faut aussi insister sur la mise en place de réseaux d'acteurs qui se connaissent, interagissent et échangent ensemble sur les plans d'actions à mettre en œuvre, à tous les niveaux - on peut parler de démocratie sanitaire au sens large dans cette approche « une seule santé », où les élus locaux sont au plus proche de leurs territoires

**Quatre fiches de recommandations suivent ainsi une analyse des leviers. Les 3 premières sont hiérarchisées par échelons et interfaces clefs. La quatrième concernant le partage des connaissances est transversale et doit s'appuyer sur une organisation claire du réseau d'acteurs.**

- **Fiche 1. Échelon à l'interface nationale et régionale :** quelles compétences « une seule santé » pour les conseils régionaux, les agences régionales et les préfetures ?
- **Fiche 2. Échelon à l'interface régionale et territoriale :** quelles compétences pour les intercommunalités (EPCI, villes) ? Quels impacts santé environnement des plans et programmes ?
- **Fiche 3. Échelon territorial :** quelles modalités d'association de l'ensemble des professionnels / acteurs concernés par « une seule santé » dans les territoires ?
- **Fiche 4. Le partage transversal des connaissances :** quelles formations pour les élus et fonctionnaires territoriaux ? Et au-delà pour tous les acteurs concernés ?

## **Échelon à l'interface nationale et régionale : quelles compétences « une seule santé » pour les conseils régionaux et agences régionales ?**

### **Levier 1. Renforcer les liens entre l'État et les collectivités territoriales**

Pour gagner en efficacité, la gouvernance territoriale de la santé environnementale doit embarquer tous les acteurs institutionnels, techniques et politiques dans une dynamique co-portée par l'État et les territoires. Les processus de contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales, tels que les Contrats de plan État-Région (CPER) et Contrats de Relance et de Transition Écologique (CRTE), apparaissent comme des outils efficaces et leur élaboration doit être collaborative avec les acteurs concernés.

Les PRSE ne sauraient en être exclus, **ils doivent être intégrés aux CPER et aux CRTE**, pour que ceux-ci gagnent en cohérence en incorporant une véritable dimension « une seule santé ». À ce titre, les ARS seraient cosignataires des CPER et des CRTE.

***Proposition* : Les objectifs de santé environnement – une seule santé définis dans les PRSE doivent être pris en compte dans les processus territoriaux de décision et les documents de planification régionale et locale : Contrats de Plan État-Région et Contrats de Relance et de Transition Écologique.**

### **Levier 2. Renforcer les compétences entre acteurs régionaux de la santé et les conseils régionaux autour des déterminants de la santé**

L'histoire récente de ces politiques incite à penser que la région est un niveau de gouvernance adapté et pertinent pour les appliquer. Institutionnellement, **la compétence santé environnementale n'existe pas**. Cette absence de contrainte formelle conduit à la mise en œuvre inégale de cette compétence dans les territoires, car soumise à une volonté politique locale, et, par exemple, a permis à certains Conseils régionaux de se dispenser de signer les PRSE. Cette attitude ne semble pas cohérente avec les compétences étendues des régions, qui s'expriment notamment à travers les schémas régionaux d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), institués par la loi Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) votée en 2015. Définir le contenu d'une telle compétence et la rendre obligatoire permettrait de contourner l'obstacle des volontés politiques fluctuantes et de réduire les inégalités territoriales de santé dans le domaine de la santé environnement.

**Les Conseils régionaux jouent un rôle essentiel dans la définition des règles**, notamment des règles d'aménagement du territoire. Ils sont investis d'une compétence exclusive pour élaborer les Schémas régionaux d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), opposables à un ensemble de schémas infrarégionaux, en termes d'urbanisme et de pollution de l'air<sup>2</sup>.

---

2 Le SCoT doit prendre en compte les objectifs du SRADDET et en revanche doit être compatible avec les règles générales du fascicule du SRADDET.

Avant d'être adoptés par les Conseils régionaux, ces schémas sont soumis à enquête publique. Ils ont un caractère obligatoire et prescriptif vis-à-vis des autres collectivités territoriales, qui sont obligées de tenir compte de leurs orientations générales dans leurs propres documents d'urbanisme et dans les PCAET.

Or, la procédure d'adoption des SRADDET ne prévoit pas de consultation des Agences régionales de Santé (ARS), alors que leurs orientations ont une incidence sur les déterminants majeurs de santé. Cette absence révèle un problème de cohérence entre le champ de compétences des ARS, qui portent les questions de santé au niveau régional, leur positionnement institutionnel, dans les processus des choix des schémas régionaux.

**Proposition : Les Agences régionales de santé sont consultées lors de l'élaboration des SRADDET par les conseils régionaux, schémas comportant désormais un volet « une seule santé », et leurs moyens renforcés afin d'assurer cette mission.**

*NB : Ceci pourrait d'ailleurs se traduire par aussi une obligation de mise en cohérence des PRS et SRADDET pour définir des objectifs communs de prévention conforme au PNSE. Ce schéma doit être pris en compte pour tout plan territorial de santé environnement (PTSE enclenché dans les territoires).*

Levier 3. Structurer une gouvernance régionale fonctionnelle

Aujourd'hui, la gouvernance territoriale de la santé environnementale est menée dans un cadre tripartite de fait, composé du préfet de région, du Conseil régional et de l'Agence régionale de Santé (ARS). Or, ce triumvirat ne fonctionne pas toujours. **La gouvernance « une seule santé » pourrait donc être confiée aux CESER, voire transférée à un Office régional de la Santé Environnement (ORSE)**

**Proposition : La gouvernance territoriale « une seule santé » doit être portée pleinement par un acteur identifié, avec des missions claires et un budget.**

*NB : cette gouvernance régionale serait en charge de la mise en place du schéma de mise en cohérence régional, d'appui aux collectivités pour la mise en route d'un PTSE, afin de prendre en compte ce nouveau schéma intégrateur dans toutes les EPCI*

*Cette gouvernance pourrait comprendre un pilotage technique chargé de déclinaison de la prévention dans les EPCI avec les partenaires suivants : Conseil régional, ARS, Préfectures, DDTM, DREAL. Elle est chargée de mettre en place les outils de contractualisation (CLS) et de partage communautaires élargies (CPTS-CTS).*

*Cette gouvernance devrait aussi s'appuyer sur une ingénierie et le partage des connaissances : ANCT, CNFPT, ORS, IREPS, ARB, ... Elle serait chargée de mettre en place des outils adaptés aux besoins des acteurs, en coopération avec eux, pour animer une communauté de professionnels en santé environnement (Formation-diagnostics une santé, plans d'actions). Le CESER pourrait contribuer à accompagner cette coordination entre les différentes instances de pilotage.*

---

## **Echelon à l'interface régionale et territoriale : quelles compétences pour les intercommunalités (EPCI) ?**

### **Levier 1. Des compétences partagées pour mettre en œuvre une politique « une seule santé »**

La loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles du 27 janvier 2014 a confié de nombreuses compétences aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : en matière d'aménagement avec les Schéma de cohérence territoriale (SCOT<sup>3</sup>), Plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi<sup>4</sup>), Programme local de l'habitat (PLH) ; en matière d'environnement avec les Plans climat-air-énergie territorial (PCAET) ; en matière de prévention des risques avec la gestion des milieux aquatiques et la prévention des inondations.

Sensible aux préoccupations grandissantes des Français vis-à-vis des questions de santé environnementale, l'Association des Régions de France réclame d'ailleurs une implication plus importante des régions dans les politiques de santé. **Ces arguments plaident en faveur de la création d'une compétence partagée obligatoire de santé environnement / « une seule santé » pour les régions et pour les EPCI**, en lien avec les villes et communes concernées, afin que les actions gagnent en cohérence et en synergie dans une démarche « une seule santé ».

***Proposition : Une compétence obligatoire « une seule santé » est créée dans les territoires, partagée entre les conseils régionaux et les EPCI. Cette compétence est accompagnée des moyens financiers et humains adéquats.***

*NB : Au regard des enjeux et réalités concrètes dans les socio-écosystèmes, les EPCI pourraient se regrouper, par exemple au sein d'un territoire supérieur en charge d'un SCOT ou d'un parc naturel régional, en vue d'intervenir à une échelle pertinente (à l'instar des établissements publics territoriaux de bassin (EPTB), ou d'aménagement et de gestion de l'eau (EPAGE), regroupant plusieurs EPCI en vue d'exercer les compétences en gestion de l'eau et des milieux aquatiques, porteurs dès lors des schémas d'aménagement et de gestion de l'eau / SAGE, de programmes d'actions pour la prévention des inondations / PAPI, etc.)*

---

3 Les SCOT pouvant désormais s'étudier à une échelle de plusieurs EPCI

4 Uniquement si les communes ont transféré cette compétence PLU

## **Levier 2. Des compétences élargies et transférables en santé-environnement pour mieux intégrer la démarche « une seule santé »**

Le concept de santé environnement, ni a fortiori celui d'une seule santé, n'apparaissent en tant que tel dans le Code de la santé publique. Mais l'article L. 1311-1 mentionne néanmoins « l'hygiène et la salubrité publique », compétence municipale depuis la loi de 1902 qui crée « les bureaux municipaux d'hygiène » dans les villes de plus de 20 000 habitants.

Ces bureaux, rebaptisés à la faveur des lois de décentralisation de 1984 en Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS), sont placés sous l'autorité conjointe du maire de la commune et du préfet. Ils sont encore présents dans les communes de plus de 40 000 habitants, et ils mettent en application le Code de la santé publique sur le territoire communal et veillent au respect du règlement sanitaire départemental.

Leur expertise s'exerce dans les domaines suivants : la prévention des infections et intoxications aiguës ; la protection de la santé publique, par l'amélioration de la qualité des milieux de vie ; protection contre la pollution à l'intérieur des locaux (qualité de l'air intérieur, et, en lien avec l'État : amiante, plomb).

À la compétence de salubrité publique est associé un pouvoir de police : le maire peut déclarer un immeuble insalubre et interdire qu'il soit occupé<sup>5</sup>.

### **Or à l'heure de la métropolisation des villes françaises, est-il pertinent de ne conserver ces deux compétences associées, salubrité publique et police, qu'au niveau des municipalités ? Comment mieux articuler ?**

Certes, dans de grandes communes, ces compétences sont excellemment exercées, grâce à des moyens adaptés, mais ce n'est pas le cas dans la majorité des petites communes, d'ailleurs dépendantes de problématiques plus liées à l'échelle du bassin de vie.

Les EPCI ont désormais le droit de s'engager sur les questions sanitaires en signant des Contrats locaux de santé (CLS) avec les Agences régionales de santé (ARS). Mais elles ne disposent pas de données sanitaires sur l'ensemble de leur territoire lorsque celui-ci est composé de communes de tailles variables.

Les collectivités s'appuient donc sur les données épidémiologiques fournies par les SCHS des villes centres qui ne couvrent qu'une portion du territoire. Ainsi ont procédé l'agglomération d'Avignon pour son programme de santé environnementale, et la métropole de Lyon, en s'appuyant sur les données sanitaires des services de Lyon et de Villeurbanne.

### **Il pourrait donc être envisagé de permettre aux communes de transférer ces compétences de salubrité publique et de police, venant en complément de compétences actualisées en santé environnement / une seule santé, aux intercommunalités.**

---

5 Toutefois : si péril ordinaire c'est l'EPCI si les pouvoirs de police ont été transférés (transfert de fait pour la métropole de Lyon, cf. loi MAPTAM), pour l'insalubrité, c'est le préfet

**Pour corriger les inégalités sanitaires et sociales entre bassins de vie, les conseils régionaux et les EPCI réalisent des diagnostics locaux de santé environnementale (DLSE), qui s'articulent avec les Plans régionaux de Santé Environnement (PRSE), avec l'accompagnement des ARS.**

Ces diagnostics utilisent les données fournies par les SCHS et les Observatoires régionaux de santé (ORS). Ils participent aux démarches relevant d'une compétence de salubrité publique élargie, éventuellement rebaptisée à cette occasion compétence de santé environnement / « une seule santé », et qui pourrait être transférée aux EPCI.

***Proposition* : La compétence obligatoire de salubrité publique, actuellement confiée aux communes, est renommée en compétence santé environnement – une seule santé. Elle pourrait être transférée aux EPCI, avec les pouvoirs de police afférents, et les moyens financiers et humains adéquats.**

### **Levier 3. Contractualiser avec la gouvernance régionale**

**les Contrats locaux de santé (CLS)<sup>6</sup>** sont des outils portés conjointement par les ARS , les préfetures et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Ils expriment les dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions auprès des populations. Le ministère des Solidarités et de la Santé a donné aux ARS un objectif quantifié de signatures de CLS, qui sert de levier de construction du maillage de santé environnementale dans les territoires.

Les programmes territoriaux de santé environnement (PTSE), ont émergés plus récemment, dans le cadre de plans régionaux de santé environnement (mobilisant donc aussi des conseils régionaux et des préfetures de région / DREAL), après un travail de diagnostic territorial de santé environnement (DLSE).

---

6 Les CLS ont évolués et continuent d'évoluer (3<sup>e</sup> génération actuellement). On voit l'intégration progressive d'enjeux autres que le soin et la prévention tertiaire et secondaire, avec des éléments de prévention primaire et de promotion de la santé (actions pour améliorer l'activité physique, la nutrition, les compétences psychosociales...) et des actions santé-environnement (urbanisme favorable à la santé, qualité de l'air, etc.). Une dynamique positive, même si disparate selon les régions, et même si des progrès sont encore à faire. Il faudrait un travail plus fin sur les leviers et blocages à l'intégration de la promotion de la santé, de la santé environnementale et de l'approche « une seule santé » dans les CLS. Et il faut prévoir d'accompagner d'autres actions, notamment le financement des postes de coordinateur des CLS dans les EPCI. Ces postes sont nécessaires pour faire vivre le CLS : le coordonnateur met en place des actions (il en porte certaines et aide les autres acteurs à en mettre ne place), fait vivre le réseau d'acteur locaux, fait le lien avec les élus, avec les services de l'EPCI et de communes dotées de SHSP. Ces postes sont précaires : ils dépendent de subventions accordées annuellement : à chaque année, il faut faire une demande de subvention et espérer. Des postes donc moins attractifs, parfois vacants, parfois interrompus et ne permettant pas une construction solide au long cours.

**Proposition : Un volet « une seule santé » doit être inclus dans les Contrats Locaux de Santé. Les ARS doivent dédier une personne ressource à la relation avec les élus dans le cadre des CLS et/ou PTSE, et soutenir programmes et actions via des financements adaptés.**

#### **Levier 4. approfondir le cadre des études d'impacts « une seule santé »**

La réglementation française est en retrait de la Directive 2011/92/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement, qui prévoit **d'intégrer les préoccupations de santé dans les évaluations environnementales** :

- Considérant 14. Les incidences d'un projet sur l'environnement devraient être évaluées pour tenir compte des préoccupations **visant à protéger la santé humaine**
- *Article 3* : L'évaluation des incidences sur l'environnement identifie, décrit et évalue de manière appropriée, en fonction de chaque cas particulier et conformément aux articles 4 à 12, les incidences directes et indirectes d'un projet sur les facteurs suivants : a/ l'homme, la faune et la flore.

**Proposition : Préciser l'obligation d'étude d'impact santé-environnement des plans et programmes, afin d'avancer vers l'évaluation des impacts en santé dans l'ensemble des programmes et projets structurants pour éclairer les choix/décisions par une meilleure connaissance des impacts santé et environnement / « une seule santé »**

**Échelon territorial** : quelles modalités d'association de l'ensemble des professionnels concernés par « une seule santé » dans les territoires ?

#### **Levier 1. Élargir les compétences et le spectre d'action des communautés de partage sur les enjeux de santé dans les territoires**

L'objectif proposé consiste donc à s'assurer qu'existe un des lieux de partage et d'échange des compétences professionnelles « une seule santé » (médecins, pharmaciens, vétérinaires, agronomes, écologues, mais aussi professionnels de l'habitat du paysage et de l'urbanisme, conseillers médicaux en environnement intérieur, CPIE, ...) dans les territoires pour éclairer les décideurs locaux: quelles données? quelles analyses de ces données? quelles pistes



d'actions? quelles évaluations? etc. notamment Formaliser un plan de prévention générique mais déclinable par bassin de vie.

Au niveau local, il existe deux types d'instances concertation en matière de santé :

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :**
  - Elles ont vocation à intégrer le pacte territoire santé ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de proximité en tout point du territoire.
  - Il s'agit bien de mettre autour de la table, dans les territoires, les professionnels de santé de ville, médicaux ou auxiliaires médicaux, en exercice libéral ou salarié, pharmaciens, établissements sanitaires, sociaux, médicosociaux, afin d'améliorer l'accès aux soins, les parcours et promouvoir les prises en charges ambulatoires.
  - La prévention a également sa place, mais elle reste axée sur les questions de base : obésité, vaccination, dépistage cancer, etc.
  - Le dispositif dispose de moyens financiers issus des ARS et de l'Assurance maladie.
  - Le choix des territoires dépend de la volonté de la communauté professionnelle qui se rassemble en CPTS, à leur initiative. Les CPTS restent cependant des organes techniques et de mise en réseau des professionnels. La mobilisation des CPTS sur le concept d'«une seule santé» relève aussi (d'abord) de la prise de conscience, autant que de l'action: des professionnels investis du sujet dans le territoire pourraient jouer un rôle actif de plaidoyer au sein de leur propre communauté et du territoire\*.
  
- **Les conseils territoriaux de santé (CTS), instances de démocratie sanitaire dans les départements sont dans un contexte plus large :**
  - Ils rassemblent les parties prenantes de la santé d'un département et ont vocation à se pencher sur ses problèmes de santé, sur un plan plus politique, et à participer à la déclinaison du PRS, et en particulier à l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels et partenaires, dont les CPTS. A ce titre, ils peuvent être porteurs de PTS, PTSM. Ils prennent en compte l'expression des usagers, en lien avec la CRSA, et intègrent en leur sein des élus, représentants d'usagers...
  - Toutefois, il n'y a guère de portage institutionnel de ces instances, dont l'activité, l'ouverture à des sujets hors parcours de soins, les prises de position et la capacité d'influence dépendent de la dynamique insufflée par leurs présidents et leurs équipes d'animation, et ceci nécessite de toute manière un fort accompagnement ARS.
  - La prévention est également dans leur champ\*\*.

**Proposition** : ouvrir une réflexion sur l'organisation de communautés professionnelles « une seule santé », impliquées au sein de CPTS ou en lien avec elles, et impliquant les acteurs en santé humaine, en santé animale et des plantes, en écologie, etc. pour échanger pratiques, expériences et travail en commun. Ces communautés doivent impliquer un volet scientifique pour éclairer les actions locales.

Ce pourrait être des commissions scientifiques ad hoc créées par les EPCI, soit dès maintenant, soit à l'occasion d'une procédure (comme un CLS ou un PTSE, mais aussi un SCOT, etc.), éventuellement en lien avec le conseil scientifique d'un PNR.

Ces lieux techniques pourraient alors intégrer leurs travaux dans les lieux plus larges de concertation que sont les conseils territoriaux de santé (CTS).

**Lancer une expérimentation dans quelques régions**

\* Par exemple: <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-2>  
et <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-1>

\*\*Par exemple: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/conseils-territoriaux-de-sante>

*NB : Finalement les PTSE ne devraient-ils pas prévoir tout simplement la constitution d'un CPTS+CTS ouvert et interdisciplinaire pour bien fonctionner ?*

## **Le partage transversal des connaissances : quelles formations pour les élus et fonctionnaires territoriaux ?**

### **Levier 1. Des formations efficaces pour élus et cadres territoriaux efficaces**

La formation en santé environnementale est un enjeu fondamental pour les élus et les cadres territoriaux. Pourtant, sur le terrain, les élus apparaissent peu ou pas du tout conscients des enjeux de santé environnementale. Ils se retrouvent complètement démunis face à leurs électeurs inquiets qui les questionnent sur des enjeux dont ils ignorent tout.

Pour faire face à une demande croissante de formation, quelques dispositifs ponctuels ont été mis en place, dont l'un des plus intéressants a été lancé par l'École des hautes études en santé

publique (EHESP) en Auvergne-Rhône-Alpes. L'EHESP a élaboré une formation gratuite à distance à la santé environnementale, destinée aux élus de la région et intitulée « Décideurs locaux et bien-être des populations : enjeux territoriaux en Auvergne Rhône-Alpes ».

Cette formation s'inscrit dans les actions recommandées par le PRSE de la région, destinées à structurer et à développer l'offre d'éducation en santé environnementale. Elle est financée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui avait inclus dans ses missions en 2011, la sensibilisation des élus, des décideurs locaux et des professionnels de santé.

**La formation des élus et des cadres territoriaux aux enjeux de santé environnement – une seule santé doit donc être incluse systématiquement dans les catalogues pédagogiques** destinés aux élus. Son contenu se baserait sur les éléments suivants, en lien avec les compétences propres des collectivités territoriales :

- « *une seule santé* »: notions théoriques, interdépendance entre la santé humaine et le fonctionnement des écosystèmes ;
- qualité de l'eau et gestion de la ressource : risques et enjeux sanitaires liés à la pollution de l'eau, exemples de bonnes pratiques mises en œuvre dans les collectivités ;
- qualité de l'air extérieur : risques et enjeux sanitaires liés à la qualité de l'air extérieur (pollution atmosphérique, pesticides, pollens) ;
- qualité de l'air intérieur : contaminants de l'air intérieur, biologiques (légiionnelles) ou chimiques (produits toxiques), gestes élémentaires simples pour y remédier ;
- bruit : qualité acoustique des établissements recevant du public, circulation routière, activités sportives et de loisirs, lieux de diffusion de musique amplifiée ;
- sites et sols pollués : définition des contaminants, déplacements dans le sol, éléments de gestion de la pollution d'un captage d'eau, exemples de réhabilitation de friches industrielles ;
- perturbateurs endocriniens : définition des PE les plus courants, gestes simples pour les éviter ;
- pesticides : définition des pesticides, impacts sur la santé, échanges de bonnes pratiques ;
- habitat insalubre : définition, procédures à mettre en place, mesures de lutte contre l'habitat indigne ;
- plus généralement : politique de réhabilitation environnementale privilégiant des techniques et matériaux sains (pour ne pas créer l'habitat insalubre de demain), la préservation des ressources... ; pollution lumineuse : principe et systèmes d'éclairage urbain, besoins/enjeux, rythmes biologiques, biodiversité, couloirs, bonnes pratiques ; zoonoses : aménagement du territoire, facteurs de risque/de protection, zones de friction/tampon, bonnes pratiques ; biodiversité, lutte contre les espèces envahissantes, etc ...

**Proposition** : Le Conseil national de la formation des élus locaux (CNFEL) est saisi pour réaliser un audit des formations existantes à destination des élus. Cet audit porte sur le contenu de ces formations, leur financement, le nombre d'élus formés.

Sur la base de cet audit, le CNFEL élabore un référentiel exhaustif de formation des élus, qu'il transmet à tous les organismes de formation des élus.

Une ligne budgétaire est dédiée pour subventionner la formation des élus en santé environnementale.

Les cadres de la fonction territoriale sont également formés.

*NB : Ne devrait-on pas accompagner systématiquement par des formations la démarche de PTSE, avec le soutien du CNFPT pour adapter au mieux les formations pratiques et théoriques en fonction des besoins du terrain. Ces besoins pourraient être recensés lors de la constitution des communautés territoriales et de la gouvernance locale ?*

## **Levier 2. Une formation conçue pour la pratique dans les territoires**

Il y a tout un champ de connaissances à faire émerger des expériences de terrain, à formaliser et à partager.

On peut évoquer :

- Apprendre/comprendre les acteurs et dispositifs en santé : CPTS, CTS, CLS...
- Apprendre à lire et évaluer les enjeux « une seule santé » au travers des programmes territoriaux (ex. SCOT, PLUi...) et locaux pour tenir compte des spécificités territoriales (pour éviter par exemple que le souci de santé environnementale n'aboutisse à des listes d'essences déconseillées en plantation comme dans le PLUi Brenne val de Creuse où le chêne et le noisetier font partie des essences allergènes à éviter, ou travailler les liens bocage / paysage, ...)
- etc...