

Loi 3DS - Santé et cohésion sociale

La loi 3DS comporte plusieurs mesures en matière de santé et de cohésion sociale.

Ces mesures concernent notamment :

- la gouvernance des agences régionales de santé (ARS) ;
- la gouvernance et le financement des établissements de santé publics et privés ;
- la création et la gestion des centres de santé (y compris le recrutement de personnels) ;
- la politique de sécurité sanitaire ;
- les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS - CIAS).

Sauf exception, ces dispositions sont applicables depuis le 23 février 2022, date d'entrée en vigueur de la loi.

1/ Contribution des collectivités territoriales et de leurs groupements à la politique de santé (article 130)

L'article L. 1110-1 du code de la santé publique, modifié par l'article 130 de la loi 3DS, précise que les collectivités territoriales et leurs groupements contribuent à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins et assurer la continuité des soins et la sécurité sanitaire, « *dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi* ».

2/ Participation des départements à la politique de sécurité sanitaire (article 128)

L'article L. 201-10-1 du code rural et de la pêche maritime, créé par l'article 128 de la loi 3DS, sécurise juridiquement l'intervention des départements en matière de politique de sécurité sanitaire, en particulier via les laboratoires d'analyses départementaux, les organismes à vocation sanitaire ou les organisations vétérinaires à vocation technique et leurs sections départementales, ainsi que les organismes de lutte et d'intervention contre les zoonoses.

3/ Evolution de la gouvernance des ARS (article 119)

L'article 119 de la loi 3DS modifie les dispositions du code de la santé publique relatives à la gouvernance des ARS.

- a) Transformation du conseil de surveillance en conseil d'administration et renforcement de la présence des élus locaux

Aux termes des articles L. 1432-1 et suivants modifiés, le conseil de surveillance des ARS est transformé en conseil d'administration.

En application de l'article L. 1432-3 modifié¹, ce conseil d'administration est notamment composé de représentants des collectivités territoriales mais aussi de leurs groupements.

¹ Les modalités d'application de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique étant fixées par décret, le décret actuel devra être actualisé.

Il est présidé par le préfet de région. Cette présidence traduit le fait que la politique de santé est une compétence de l'État, ainsi que le prévoit l'article L. 1411-1 du même code. Elle permet également de garantir la cohérence de l'action de l'ensemble des services et opérateurs de l'État.

Le président du conseil d'administration est assisté de quatre vice-présidents, dont trois sont des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements. Cette évolution répond à la demande d'une plus grande association des élus locaux à la mise en œuvre de la politique de santé à l'échelon territorial, au lendemain d'une crise sanitaire qui a démontré l'importance d'une action de proximité.

Un décret sera nécessaire pour définir la nouvelle composition du conseil intégrant ce renforcement de la place des élus et pour faire entrer en vigueur ces dispositions.

b) Evolution des missions du conseil d'administration

En vertu de l'article L. 1432-3 modifié, le conseil d'administration des ARS doit notamment :

- fixer, sur proposition du directeur général, les grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution de conventions avec les collectivités territoriales et leurs groupements pour la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- procéder régulièrement, en lien avec les délégations départementales de l'agence et les élus locaux, à un état des lieux de la désertification médicale dans la région et formuler, le cas échéant, des propositions afin de lutter contre cette situation. Il convient de noter que ce sujet est une des priorités des contrats d'objectifs et de moyens entre l'État et les agences ;
- se réunir au moins une fois par mois, en période d'état d'urgence sanitaire, pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'agence.

En outre, le rôle des délégations départementales des ARS est précisé. L'article L. 1432-1 modifié prévoit que, chaque année, le directeur départemental présentera au président du conseil départemental le bilan de l'action de l'agence dans le département. Les missions des délégations seront déterminées par décret, après consultation des associations représentatives d'élus locaux.

4/ Participation du maire au conseil de surveillance d'un établissement public de santé (article 125)

L'article L. 6143-5 du code de la santé publique, complété par l'article 125 de la loi 3DS, permet au maire de la commune où est situé un établissement public de santé ayant fusionné ou ayant été mis en direction commune avec l'établissement principal, ou son représentant, de participer aux réunions du conseil de surveillance de l'établissement principal, avec voix consultative.

5/ Possibilité pour les collectivités territoriales et leurs groupements de contribuer au financement des établissements de santé publics et privés (article 126)

En application des articles L. 1422-3, L. 1423-3 et L.1424-2 du code de la santé publique, créés ou rétablis par l'article 126 de la loi 3DS, les communes et leurs groupements, les départements et les régions peuvent concourir au financement du

programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.

Les opérations financées dans le cadre du programme d'investissement doivent respecter les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé.

Un champ d'intervention prioritaire est défini pour l'échelon départemental et régional :

- d'une part, l'article L. 1423-3 du code de la santé publique précise que les départements peuvent concourir au financement « *en priorité pour soutenir l'accès aux soins de proximité* » ;
- d'autre part, l'article L. 1424-2 précise que les régions peuvent concourir « *par priorité* » aux programmes d'investissements « *des établissements de ressort régional, interrégional ou national* ».

6/ Possibilité pour les collectivités territoriales et leurs groupements de créer et de gérer des centres de santé et d'y recruter du personnel (articles 127 et 128)

Les articles 127 et 128 de la loi 3DS clarifient l'intervention des collectivités territoriales et de leurs groupements s'agissant de la création et de la gestion des centres de santé.

L'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, modifié, reconnaît explicitement que les centres de santé peuvent être créés et gérés par les communes ou leurs groupements ou par les départements.

En corollaire, l'article L. 6323-1-5 modifié du même code permet que, lorsque les centres de santé sont gérés par des collectivités territoriales ou leurs groupements, les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et personnels administratifs puissent être des agents de ces collectivités ou groupements.

Les régions pourront continuer à soutenir de tels centres ainsi qu'à recruter des personnels mais dans le seul cadre de la participation à un groupement d'intérêt public (GIP) associant une collectivité locale d'une autre catégorie. L'article L. 6323-1-5 précité prévoit ainsi que, lorsque les centres de santé sont gérés par un organisme à but non lucratif constitué sous la forme d'un GIP dont au moins deux collectivités territoriales ou groupements de collectivités territoriales sont membres, ces professionnels peuvent être des agents de ce GIP.

7/ Possibilité pour les communautés urbaines et les métropoles de créer un centre intercommunal d'action sociale (article 141)

Jusqu'à présent, l'article L. 123-4-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) n'autorisait la création d'un CIAS que par un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre exerçant une compétence d'action sociale d'intérêt communautaire.

Cette disposition excluait, par conséquent, les métropoles et les communautés urbaines qui disposaient d'une compétence facultative en matière d'action sociale, transférée par leurs communes membres dans les formes prévues à l'article L. 5211-17 du code général des collectivités territoriales.

Aussi, afin de faciliter la création de CIAS par les métropoles et les communautés urbaines, et ainsi permettre la mutualisation des moyens d'action sociale au niveau intercommunal, l'article 141 de la loi 3DS modifie l'article L. 123-4-1 précité en intégrant les EPCI à fiscalité propre exerçant une compétence facultative d'action sociale.

8/ Organisation des CCAS et CIAS (article 141)

L'article L. 123-6 du CASF précise les modalités de gouvernance des CCAS et CIAS.

L'article 141 de la loi 3DS permet d'élargir les possibilités de délégation au sein de ces centres, afin de fluidifier leur gestion et favoriser la continuité du service. Il prévoit ainsi l'élection d'un vice-président délégué chargé des mêmes fonctions que le vice-président en cas d'empêchement de celui-ci.

La partie réglementaire du CASF sera également modifiée pour ce qui concerne la délégation de fonctions et de signature du président afin que le nouveau vice-président délégué soit compris parmi les délégataires.