

Groupe de travail « Décentralisation » Compte rendu du 15 avril 2021

ÉLU RÉFÉRENT

Jean-Philippe DUGOIN-CLEMENT, 1^{er} Vice-Président de l'AMIF, en charge de la décentralisation et maire de Mennecey

INTERVENANTS

Véronique GARNIER, Adjointe au Maire de Croissy-sur-Seine, référente de la commission santé de l'AMIF

Marc GIROUD, Maire de Vallangoujard, référent de la commission santé de l'AMIF

SUJET

« La gouvernance de la santé »

CONTEXTE/OBJECTIF DU GROUPE DE TRAVAIL

Après plusieurs mois d'incertitudes, le Gouvernement a décidé de remettre sur les rails le projet de loi dit 4D. Celui-ci vient d'être transmis au Conseil d'État et sera présenté en Conseil des ministres au printemps pour une première lecture au Parlement en juillet 2021. S'il se veut comme « une nouvelle étape de la décentralisation », le projet de loi 4D n'a pas l'ambition de créer un énième « big bang » institutionnel.

Deux objectifs sont proposés pour ce groupe de travail décentralisation :

- **Assurer un suivi du projet de loi 4 D** et dégager une contribution de l'AMIF
- **Compléter et nourrir la réflexion lancée dans le cadre des États généraux de la Décentralisation** au travers de la grande consultation des maires et de la contribution qui en débouchera en direction des candidats à la présidentielle 2022

CONTEXTE/OBJECTIF DE LA RÉUNION :

Compétence santé : de quoi parle-t-on ?

Une part non négligeable du système de santé n'est pas du ressort des acteurs publics. L'intervention de ces derniers se concentre sur le financement du système, sur l'hôpital, la formation (principalement par les universités).

Sur le plan juridique, c'est-à-dire en tant que compétence, la santé relève alors d'abord, de l'État. Cependant en tant qu'objectif d'intérêt général, L'État et les collectivités territoriales ont une responsabilité partagée en matière de santé.

L'organisation du système de santé reste centralisée. C'est l'État (ou des organismes qui en dépendent) qui en assure le financement et perçoit à cette fin les cotisations nécessaires. La conduite de la politique de santé est dans une très large mesure, centralisée.

Pour autant, le législateur associe les collectivités territoriales, par la voie de conventions conclues avec l'État, à certains domaines relevant de la santé (ex. : le département peut participer à la mise en œuvre des programmes de santé, notamment pour le dépistage des cancers (article L. 1423-2 du Code de la santé publique).

En définitive, le rôle des collectivités territoriales en matière de santé, envisagée en tant que compétence, peut être qualifié de résiduel.

Pour autant, les collectivités territoriales ne sont pas exclues de la gouvernance de cette politique publique. Le dispositif actuel réserve une place aux collectivités dans la gouvernance des hôpitaux et des Agences Régionales de Santé.

Les grandes missions des ARS

Les agences régionales de santé ont pour mission de mettre en place la politique de santé au niveau régional. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. L'Agence régionale de santé est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé et des affaires sociales. Les ARS ont été instituées par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009. Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des ministres.

Elles assurent le pilotage de la santé publique sur plusieurs dimensions :

- L'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires, l'observation de la santé ;
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec les préfets ;

- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

Elles régulent de l'offre de santé.

Elle s'exerce dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé :

- Faciliter l'accès aux soins de premier recours ;
- Autoriser et contractualiser avec les établissements sanitaires et médico-sociaux pour s'assurer de la bonne adéquation de l'offre aux besoins dans les territoires ;
- Assurer la qualité, la sécurité des prises en charge et l'efficacité au meilleur coût.

En théorie, Les ARS ont été conçues pour être des partenaires des collectivités territoriales. Celles-ci sont représentées dans différentes instances :

- Le conseil de surveillance de l'ARS
- Les commissions de coordination des politiques publiques
- Les conférences de territoires
- La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Enfin, plusieurs compétences des collectivités sont liées à la santé :

- Le maire, au titre de son pouvoir de police, est expressément chargé d'assurer « la salubrité publique ».
- les départements sont en charge de politiques (handicap, personnes âgées...) qui présentent des liens évidents avec la santé.
- les régions sont impliquées du fait de leur rôle en matière de recherche (qui les conduit à participer à l'innovation en matière de santé), de formation (en particulier, via les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales

La crise sanitaire

À la suite de la crise sanitaire, plusieurs réflexions ont débuté sur l'évolution de la compétence santé et sa gouvernance afin de sortir de l'ambiguïté que les mois passés ont révélée. En effet, « *La politique de santé publique est territorialisée pour s'adapter aux besoins de santé* », mais « *cette territorialisation s'effectue dans le cadre de la*



déconcentration et non de la décentralisation »¹. Dit autrement, la santé demeure l'affaire exclusive de l'État et les pouvoirs du maire sont limités, se cantonnant bien souvent à la simple application locale des dispositions décidées par l'État central.

Pour autant, la crise a révélé que les communes sont profondément impliquées dans les questions de santé. Qu'ils s'agissent des masques, des tests et maintenant des vaccins, l'État central a dû se reposer à plusieurs reprises sur les collectivités et ses élus. Ainsi, une réflexion sur les compétences et le rôle des collectivités et plus spécifiquement des communes apparaît nécessaire.

La crise sanitaire a démontré l'urgence d'une meilleure gouvernance des politiques de santé, notamment par une meilleure articulation entre l'État central et les collectivités sur ce sujet.

Afin de répondre à ce constat, le projet de loi 4D, dans son titre IV, prévoit une série de modifications afin d'améliorer les politiques publiques dans ce domaine :

- Transformation du conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration (article 23 PJJ)
- Attribution d'un 1/3 des places aux collectivités (article 23 PJJ)
- Présidence du CA par le préfet de région, secondé par deux vice-présidences réservées aux collectivités locales (article 23 PJJ)
- Permettre aux collectivités de financer les établissements de santé (article 24 PJJ)
- Permettre aux communes et départements de recruter du personnel soignant (article 25 PJJ)
- Permettre aux départements de contribuer à la politique de sécurité sanitaire (article 26 PJJ)

Objectifs de la séance :

- La position de l'AMIF sur les différentes mesures du projet de loi relatif à la gouvernance de la Santé
- Les propositions supplémentaires que l'AMIF pourrait formuler en complément dans le cadre de sa contribution au PJJ 4D sur la gouvernance de la Santé

POINTS PRINCIPAUX DES INTERVENTIONS ET DES ÉCHANGES

Jean-Philippe DUGOIN-CLÉMENT introduit la séance et propose que les référents exposent les différents thèmes qu'ils ont choisis pour cette séance.

¹ Olivier Renaudie, professeur de droit public à l'université Paris 1, table ronde, jeudi 11 mars, sur « les initiatives des collectivités en matière de santé », *Délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation*

Les quatre thèmes traités seront :

- 1) Santé environnementale/définition de la santé (OMS), Véronique Garnier
- 2) Aménagement du territoire/territorialisation de la santé/déserts médicaux, Marc Giroud
- 4) Liens ARS-Collectivités/démocratie sanitaire, Véronique Garnier
- 3) Gestion des crises/Prévention des risques/compétences du Maire, Marc Giroud

Véronique GARNIER, Adjointe au Maire de Croissy-sur-Seine estime que plusieurs éléments touchent la santé et les collectivités. Il ne faut pas oublier la définition de la santé selon l'OMS. Ce n'est pas uniquement ne pas être malade, mais c'est un état complet de bien-être physique mental et social. Cela explique que les maires, les collectivités territoriales ont plusieurs outils à leur disposition et surtout plusieurs compétences, même si la santé n'est pas une compétence régaliennne. Les communes disposent de compétences qui ont des liens très forts avec la santé (urbanisme, alimentation des écoles, EHPAD, habitat, action sociale,...).

Par ailleurs, dans de nombreux baromètres, les Français expriment leur intérêt et leurs inquiétudes sur la santé et lien à l'environnement. Selon le baromètre de l'AMF de novembre 2020, 92% de Français estiment que l'environnement a une influence importante sur leur santé. Cette préoccupation a été exacerbée par la pandémie, mais elle existait déjà.

Très peu d'élus sont au courant des plans régionaux environnementaux. Le nouveau plan a pour objectif d'attribuer à chacun un rôle (citoyen, élus) afin de préserver la santé et l'environnement.

Pour les élus, il s'agit de savoir ce qu'ils peuvent faire à leur niveau.

L'objectif est d'améliorer les conditions de vie de nos citoyens (air, alimentation durable,...). Cela nécessite, au-delà du sens politique, des formations et une expertise. L'objectif est que les élus prennent des décisions éclairées (ex. : 5G).

À travers la santé environnementale, il y a une prise de consciences que les élus doivent avoir sur les moyens/outils pour agir sur une préoccupation majeure de nos concitoyens.

Marc GIROUD, Maire de Vallangoujard expose la thématique de l'aménagement du territoire autour de sept points.

Premier point, l'aménagement du territoire est une compétence qui concerne tous les échelons (*État, Région, Département, Interco, Commune*).

Le deuxième point c'est que l'île de France est très particulière. Elle avait un retard sur la construction de l'intercommunalité, mais une avance sur le travail en commun (preuve en est la multiplicité des syndicats intercommunaux pour chaque bassin de vie. Notion complexe en IDF, car il n'y a pas (Paris excepté) de centralité. L'Île-de-France est davantage un ensemble de réseaux enchevêtrés. Paris et le reste de la Région très différents. Cela impose de rechercher des solutions adaptées plutôt qu'une loi ne tenant aucun compte de ces spécificités régionales et infrarégionales.

Le troisième point, c'est la question des mobilités qui est une dimension essentielle et un facteur de grandes inégalités (l'accès aux soins a un coût « transport » non pris en charge pour les soins courants et qui est loin d'être négligeable). Cela est facteur de grandes inégalités entre Paris et la périphérie (sans métro), voire de précarité.

Le quatrième point, c'est que jusqu'ici l'approche a été « défensive » autour de la notion de désert médical (petites maternités, urgences), puis, plus récemment, l'accès aux soins primaire (généraliste, IDE...). Cela a suscité des démarches proactives (maisons pluri disciplinaires de santé). Mais cela pose le problème de la coordination et donc du maillage du territoire.

Le cinquième point, c'est que le maillage du territoire est, d'une façon générale, fonction du sujet à considérer. En santé, il y a plusieurs tailles de mailles (le cas des grands brûlés est très différent de l'accès au pédiatre ou au médecin de garde). La notion de taille critique correspondant à chaque thématique (ex. : nombre suffisant d'accouchements pour qu'une maternité puisse être performante). La proximité ne rime donc pas nécessairement avec qualité (ex. : chirurgie de la main). Le corollaire, c'est une nécessité d'un fonctionnement en réseaux coordonnés avec des solutions de proximité et des solutions innovantes (expérimentations).

Sixième point, il est considéré qu'une politique de santé ne peut pas être élaborée à trop petite échelle (ce qui ne veut pas dire que les élus des petites communes n'aient pas leur mot à dire).

Il faut imaginer un maillage pour la réflexion et la mise en œuvre de la politique de santé (la région est probablement trop grande, le département pas forcément pertinent).

Le septième point, c'est que tout ceci nécessite une gouvernance bien construite. La loi malheureusement en France est toujours générale or la France est multiple.

Jean-Philippe DUGOIN-CLÉMENT remarque que deux choses reviennent. C'est l'innovation et la différenciation entre les territoires. Cela revient dans les différents groupes de travail. Véronique Garnier évoquera dans le prochain sujet les liens entre les collectivités et les Agences Régionales de Santé.

Véronique GARNIER rappelle que les ARS ont fait l'objet de beaucoup de réactions avec la pandémie. Les élus ont mal vécu le manque d'écoute de ces institutions alors qu'ils ont été partie-prenante de la gestion de la crise.

Les ARS ont pour compétence de mettre en œuvre la politique de santé au niveau d'un territoire. Elles appliquent sur le terrain les directives de l'État. Les ARS ont remplacé plusieurs agences. Elles ont toutes les dimensions de la politique de santé.

Dans le projet de loi 4D, la gouvernance est modifiée. La volonté est de renforcer le dialogue avec les élus. Le conseil de surveillance devient un conseil d'administration composé par 2 vice-présidents issus des collectivités territoriales.

La question se pose de savoir si cela est suffisant pour faciliter le dialogue avec les ARS. Par ailleurs, il reste à déterminer ce que les élus attendent précisément des ARS.

En parallèle, il y a une volonté, à la faveur de la pandémie, de rénover la démocratie sanitaire. L'objectif est d'associer les élus, mais également les représentants de la société civile. Il y a une forte demande de la part de la population à être impliqué plus directement à la politique de santé.

Marc GIROUD explique que le maire est compétent en matière de lutte contre les fléaux calamiteux. C'est la responsabilité du Maire qui l'amène à agir.

C'est la base de son action contre les incendies. L'action a été départementalisée au travers des SDIS dans le cadre d'une mutualisation intelligente. Aujourd'hui, les incendies sont moins nombreux et plus contrôlés (prévention), mais la logique est la même pour les fléaux sanitaires. Cette lutte met les élus au centre du dispositif sur le plan de la responsabilité même si ce n'est pas la réalité vécue. En effet, la gestion est descendante et cela est certainement nécessaire, mais cette logique est insuffisante (ex. : gestion ARS de la vaccination des personnels enseignants ou communaux à l'école). Les ARS sont peu flexibles et peu à l'écoute des élus locaux. Le système actuel passe à côté de la plus-value des élus locaux. Cela crée de la frustration et réduit l'efficacité. Les collectivités, poussées par un instinct de survie et un sens de l'action, ont spontanément suppléé les défauts du système, en intervenant plus ou moins adroitement (masques, tests, vaccins,...).

La crise actuelle est un cas d'école qui démontre s'il en était besoin qu'une nouvelle gouvernance s'impose et pour le moins un dialogue. Il faut trouver un moyen pour les institutions, les organisations d'échanger.

Jean-Philippe DUGOIN-CLÉMENT estime que le dialogue impose déjà que les autorités de santé considèrent les collectivités comme un partenaire et non comme un subordonné. À présent, il propose que les participants réagissent aux différents thèmes.

Vincent LELEUX, Saint-Brice-Sous-Forêt souhaite témoigner de la qualité d'organisation de son centre de vaccination avec un pilotage intercommunal. Le lien avec l'ARS dépend beaucoup des personnes en poste. Le lien peut être bon, malgré un groupement complexe. Il est vrai que sur la vaccination, les informations sont diffusées difficilement. Il faut faire attention à ne pas déséquilibrer les organisations. L'humain est très important dans la qualité du service rendu. Il est bien que les maires s'investissent, mais les attentes des maires sont différentes.

Bernard RIGAULT, Maire de Moussy-le-Neuf signale que malgré plusieurs relances, l'ARS n'a fait aucune réponse à une proposition d'installation d'un centre de vaccination. L'organisation pyramidale et centralisée ne tient pas compte des réalités des bassins de vie. L'organisation est descendante et très peu remontante. Cela ne fonctionne pas. Les échanges sont limités. Il faut une organisation qui tient compte du terrain et de l'expérience locale.

Marc GIROUD convient que l'humain joue beaucoup et que cela n'est pas forcément bon signe, car un système qui est dépendant des individualités signifie qu'il n'est pas bien bâti. Qu'on le veuille ou non, la santé est une dimension essentielle de la politique locale. C'est un fait nouveau, mais réel. On reste dans une configuration trop centralisée et descendante. Ce n'est plus possible.

Christel ROYER, Maire du Perreux-sur-Marne constate que les problématiques de santé sont de plus en plus au cœur des préoccupations des gens. Les problématiques d'urbanisme en font partie, mais les injonctions sont contradictoires. Il faut densifier et en même temps améliorer la qualité de vie. Le rôle des élus locaux est essentiel en matière de santé. L'exemple de la vaccination est flagrant quant aux différences entre les annonces nationales et la mise en œuvre sur le terrain.

Le découpage des nouvelles régions a éloigné les élus des ARS.

Véronique GARNIER abonde en faveur de cette intervention, notamment en matière d'aménagement. Il y a des incohérences entre l'urbanisme favorable à la santé et les objectifs quantitatifs en matière de logements. Les zones les plus denses ont été les plus favorables à la diffusion du virus.

Sur la vaccination, il faut reconnaître que la situation est très tendue et qu'en conséquence les différences entre les annonces et le terrain, il ne peut y avoir que des incohérences. Il y a une adaptation permanente.

Enfin, s'agissant des villes de plus petite taille, il se pose la question du rôle des EPCI comme échelon pertinent.

Danielle VALERO, 1^{re} adjointe d'Évry Courcouronnes, constate une évolution dans la relation des collectivités par rapport à la santé. Il y a 10 ans, ce n'était pas un sujet. Beaucoup de collectivités font aujourd'hui face à de nombreux enjeux en matière de santé (ex. : déserts médicaux). Auparavant, les adjoints à la santé étaient délégués au social comme si cela n'était qu'un sujet en lien avec la précarité. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. C'est devenu une priorité avec des actions très importantes des communes ou des EPCI. L'action des collectivités en la matière vient embrasser l'ensemble des politiques publiques (habitat, urbanisme, social,...). De plus en plus de communes souhaitent disposer d'un contrat local de santé, même les petites communes. De plus en plus réfléchissent à des actions communes.

S'agissant des ARS, il faut reconnaître que les liens personnels jouent beaucoup.

Vincent LELEUX estime qu'il n'est pas opportun que les EPCI soient chargés de la santé. Il peut y avoir de grandes différences entre territoires. S'agissant des médecins, c'est souvent propre à chaque territoire. Par ailleurs, il n'est pas certain que la population soit favorable à ce que tout soit mis en commun et mutualisé.

Véronique GARNIER interroge les participants sur les dispositifs complémentaires à mettre en œuvre pour reconnaître aux élus et communes un niveau de compétence en santé.

Vincent LELEUX regrette que les propositions du projet de loi 4D soient peu ambitieuses. Les communes doivent se doter d'élus et d'agents compétents. Pour autant, les compétences qu'une commune peut déployer en matière de santé sont dépendantes de sa taille et des ressources, car c'est une question complexe. Il n'est pas certain que la compétence santé dans son entièreté doive être déléguée aux communes.

Claude ROCHER, Adjoint au Maire à la Santé de Boulogne-Billancourt, rappelle que les problématiques des communes sont très différentes selon leurs positionnements géographiques. Il faut laisser de la souplesse. Il n'est pas certain que l'EPCI soit le bon niveau. Le niveau communal est plus pertinent, car il permet de coller aux problématiques locales.

Véronique GARNIER considère qu'il peut y avoir une régulation par les EPCI.

Dans un contexte de désertification médicale (selon les classifications ARS : la quasi-totalité de l'IDF est en ZAC, seul le 93 et en ZIP), elle s'interroge sur la pertinence des coopérations que peuvent organiser les communes afin d'éviter la concurrence entre elles. Il faut apprendre à échanger entre communes pour déterminer des projets communs susceptibles de répondre aux différentes problématiques locales.

Patrick TRUELLE, adjoint à la santé de Chaville, estime que les communes sont des facilitateurs, mais pas des porteurs des politiques de santé. Il est important d'améliorer les relations avec les ARS. Il faut qu'il y ait une habitude de travail en commun. Il faudrait que la loi donne accès à des financements.

Marc GIROUD s'inscrit dans le prolongement des interventions précédents qui font apparaître que les EPCI ne sont pas forcément le bon niveau. Il faut trouver une organisation qui à ce jour n'existe pas. L'IDF est spécifique. Il faut valoriser la commune et ne pas mettre l'EPCI au centre de la compétence santé. Il faut pour autant un territoire qui soit un lieu de concertation et de dialogue avec les ARS. Il faut une organisation pour éviter la surenchère.

Claude ROCHER s'interroge sur le coût financier des centres de vaccination, qui est un sujet sensible, et sur la possibilité pour les territoires d'être aidés par l'ARS.

Patrick TRUELLE répond que les autorités sont passées d'une logique de forfait de 50 000 euros à un système basé sur les frais réels. Il reste à déterminer quelle part de frais sera effectivement couverte. Cela fait partie de « l'effort de guerre ».

Vincent LELEUX prévoit que la grande difficulté viendra de la réouverture des services. À ce jour, ce sont des agents des services municipaux fermés qui assurent le fonctionnement de la vaccination.

François VITSE, adjoint à la santé d'Alfortville estime Il faut faire le distinguo entre les villes urbaines et périurbaines. Les villes urbaines peuvent agir plus facilement, en reconvertissant des locaux vacants. Il faut partir d'un contrat local de santé et d'une mise en réseau des professionnels de santé. On s'aperçoit que les professionnels de santé s'ignorent.

Les fonds européens peuvent aussi être une aide importante (ex. maison de santé universitaire en lien avec l'UPEC).

La mise en réseau des professionnels de santé rend attractif un territoire et permet d'attirer de nouveaux professionnels.

Véronique GARNIER rappelle que les contrats locaux de santé permettent de décliner les politiques nationales de santé. Les ARS n'auront pas les moyens de suivre l'ensemble des projets locaux. Il faut être sur une logique coopérative afin que les communes partagent leurs expériences. Les contrats de locaux de santé sont assez formels, mais ils sont utiles.

LISTE DES INSCRITS

Nom de la Commune	Nom	Prénom	Fonction
EMANCÉ	BRIOLANT	Stéphanie	Maire
VALLANGOUJARD	GIROUD	Marc	Maire / référent Santé AMIF
VALENTON	YAVUZ	Métin	Maire
CROISSY SUR SEINE	DAVIN	Jean-Roger	Maire
ANDILLY	FARGEOT	DANIEL	Maire
MÉTROPOLE DU GRAND PARIS	MARCIN	Rémy	Directeur des Relations Institutionnelles
ETIOLLES	DURIEZ	Amalia	Maire
VAUJOURS	FRANCHITTI	MARTINE	Adjointe au Maire
RUEIL-MALMAISON	LEVY	Stéphane	Directeur administratif et financier
VILLENOY	SILVA	GUYSLAIN E	1re Adjointe au Maire
GAGNY	PETE	Christian	Responsable Centre Municipal de Santé
VIRY-CHATILLON	NICOT	Yolène	Responsable Pôle Social Santé Habitat
MAURECOURT	TALON	Xavier	Conseiller municipal
SURVILLIERS	ROLDAO-MARTINS	Adeline	Maire
SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	BRELURUS	Valérie	Conseillère municipale
MONTFERMEIL	GERARD	Sophie	Adjointe au Maire
VETHEUIL	GAMBIER	Flore	Conseillère municipale
GOUVERNES	CABARRUS	Cecile Girard	Conseiller municipal délégué
VALENTON	YAVUZ	Métin	Maire
SAINTRY SUR SEINE	VIGNAS	Sylvie	Adjointe au Maire
EVRY COURCOURONNES	VALERO	Danielle	Adjointe au Maire
LA NORVILLE	LEGUICHER	FABIENNE	Maire
PARIS 17EME	GANCEL	MICHELLE	Chargée de mission
TIGERY	TERRE	TERRÉ	Adjointe au maire
CHAVILLE	TRUELLE	Patrick	Adjoint au Maire à la Santé
LES ULIS	RIBEIRO	Emilia	Adjointe au Maire - Accès aux soins, bien vieillir, relations internationales

NOISY LE GRAND	LEON	Bellina	Adjoint au Maire Santé et Handicap
SAINTE PIERRE DU PERRAY	OUAZZANI IBRAHIMI	Saliha	Adjointe au Maire
VERNOUILLET	ROUX	Lutgart	Conseillère municipale chargée de la Santé et du Bien-être
SAINTRY SUR SEINE	PIN	Malvina	Conseillère municipale
VAIRES-SUR-MARNE	BREUGNOT	SYLVIE	Directrice des affaires sociales et familiales
LEVALLOIS PERRET	DESMEDT	INGRID	Adjoint au Maire
ALFORTVILLE	POUZOL	Michel	Conseiller technique auprès du Maire
MANTES-LA-JOLIE	COGNET	Raphaël	Maire
ST BRICE SOUS FORET	LELEUX	Nicolas	Maire
ALFORTVILLE	VITSE	François	Adjoint au Maire
FRESNES	TIRONNEAU	Brigitte	Conseillère municipale déléguée santé, perte d'autonomie
NOISY LE GRAND	LEON	Bellina	Adjoint au Maire Santé et Handicap
LA NORVILLE	LEGUICHER	Fabienne	Maire
BOULOGNE-BILLANCOURT	ROCHER	CLAUDE	Adjointe au Maire à la Santé
VERNOUILLET	ROUX	Lutgart	Conseillère municipale chargée de la Santé et du Bien-être
LE PERREUX SUR MARNE	ROYER	Christel	Maire
EMANCE	BRIOLANT	Stéphanie	Maire