

Communautés, Métropoles et Santé

Vers un renouvellement des acteurs et politiques publiques locales en santé ?

Recueil des résumés

Université d'Orléans, hôtel Dupanloup, les 9 et 10 novembre 2022



Hôtel Dupanloup



Orléans, du CHR au CHU

Marketing territorial des métropoles en matière de santé

Christophe ALAUX *

Laura CARMOUZE **

Corinne ROCHETTE ***

* Professeur des Universités ; Aix-Marseille Université ; Chaire Attractivité et Nouveau Marketing Territorial ; Centre d'Études et de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille ; christophe.alaux@univ-amu.fr

** Maître de Conférences ; Aix-Marseille Université ; Chaire Attractivité et Nouveau Marketing Territorial ; Centre d'Études et de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille

*** Professeur des Universités ; Université Clermont-Auvergne ; Chaire Santé et Territoires ; Clermont Recherche Management ; corinne.rochette@uca.fr

RÉSUMÉ

Les stratégies d'attractivité des territoires se fondent en grande partie sur la mise en avant de leurs atouts économiques, géographiques, infrastructurels, sociaux, et culturels s'appuyant donc sur des dimensions matérielles pour attirer des populations, entreprises, porteurs de projets.... En France, les territoires ont globalement peu investi l'axe du bien-être et de la santé dans leurs stratégies d'attractivité des populations si ce n'est de manière timide ou périphérique par exemple à partir de labélisations telles que « Cittaslow » qui se positionne comme un label des cités du bien vivre. Pourtant, il est incontestable que certains territoires disposent d'atouts en la matière qui pourraient constituer un levier original de stratégies collectives d'attractivité territoriale. En France, ce n'est que récemment des chercheurs (Musson, 2010 ; Bourdeau Lepage et Gollain, 2015 ; Bourdeau Lepage, 2020) ont commencé à travailler sur cette question pour définir ce que pourrait être un « territoire de bien-être » mais il reste à voir comment les territoires s'emparent ou pourraient s'emparer de cela.

Sur le plan empirique, la récente enquête sur les pays les plus heureux du monde, réalisée par les nations unies (World Happiness Report, 2022) illustre l'émergence du bien-être comme une promesse (un projet de société) pour répondre aux aspirations des individus.

Si les territoires sont porteurs d'identité, cette dernière a largement été étudiée à travers les prismes économique, physique (patrimoine architecturale, gastronomique, paysages), historique, et culturel ; le bien-être et la santé en tant que composantes d'une identité territoriale ont peu été étudiées et restent des axes à explorer, peut être porteurs d'un autre type d'identité.

En effet, dans le contexte actuel, des indices nous amènent à formuler l'hypothèse que les individus pourraient choisir de plus en plus leur territoire de vie selon le bien-être qu'ils associent au fait de vivre sur certains territoires plutôt que d'autres. Aussi, nous nous proposons d'explorer en quoi le bien-être et la santé constituent à la fois des éléments de communication au service de l'attractivité des territoires mais aussi des leviers pour penser, en amont d'autres stratégies d'attractivité. Il s'agit d'étudier comment les acteurs territoriaux s'emparent de ces dimensions pour travailler la question de l'attractivité de leur territoire pour repenser leur communication mais aussi des actions collectives des projets autour de l'idée de « territoire de bien-être »

Lors du Place Marketing Forum 2021, événement international de la Chaire A&NMT, à la question « Pensez-vous que la santé sera le nouveau levier d'attractivité des territoires sur les prochaines années ? », 34 répondants (acteurs en charge de l'action territoriale) sur 36 avaient répondu par l'affirmative. Une deuxième question portait sur les acteurs à mobiliser pour travailler sur « le positionnement santé des territoires ». Les réponses mettaient en évidence la grande diversité des acteurs à impliquer. Assez naturellement les professionnels de santé (médecins, professionnels du soin) et les structures de santé (CHU, thermes) étaient parmi les acteurs à impliquer les plus cités. L'objectif de cette démarche préliminaire était d'évaluer l'intérêt qu'il y avait à développer une recherche autour de cette thématique.

En effet, alors que le réseau de « villes-santé » a été créé en 1986 avec l'objectif « d'améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental de ceux qui vivent et vivront dans les villes » (mouvement des villes-santé de l'OMS, 2007), on constate que très peu en ont fait un argument de communication au service de l'attractivité. Le récent Place Marketing Forum 2022, met en évidence l'émergence d'une dynamique autour de projets qui permettrait de travailler l'image de santé et bien-être comme élément de repositionnement des territoires et d'image. En effet, à la question « Est-ce que votre territoire a développé un argumentaire santé pour développer son attractivité ? », deux-tiers des 77 répondants indiquent l'avoir fait ou être en train de le faire. Cette stratégie pourrait concerner toutes les échelles territoriales (petites villes, métropoles, départements, régions), même si les métropoles constituent une échelle intéressante susceptible de combiner une diversité de facteurs d'attractivité.

Dans cette communication, nous présentons deux cas de territoires s'étant emparés de la santé et du bien-être comme des axes alimentant des stratégies d'attractivité métropolitaines. Ces exemples internationaux mettent en évidence le caractère multidimensionnel, transversal et original des démarches et permettent une première observation des pratiques et de la communication autour de nouvelles dimensions de l'attractivité.

Le premier cas exposé est celui de la ville belge de Gent - en flamand - ou Gand - en français -, une ville de 250 000 habitants, 560 000 dans l'aire urbaine, située entre Bruges et Anvers. L'objectif visé, pour cette ville, est celui d'une neutralité carbone d'ici 2050. Les parties prenantes locales sont associées à la démarche pour concrétiser cette ambition. Partant du constat que nos systèmes alimentaires ont un impact à la fois sur notre santé et sur l'environnement, une stratégie alimentaire soutenable est déployée, avec une vision « One Health », pour laquelle la santé humaine est indissociable de celle des animaux et de la planète. Cet exemple illustre l'approche transversale d'une stratégie territoriale fondée sur la santé.

Le deuxième cas est celui de la ville canadienne de Vancouver. Une ville de 630 000 habitants, 2,4 millions dans l'aire urbaine, située en Province de la Colombie Britannique qui revendique une vision « A Healthy City for all », laquelle a même évolué vers « Healthy City for all, Healthy city by all », accentuant ainsi la démarche collaborative. La stratégie s'appuie sur une démarche transversale multi-sectorielle autour de trois segments : Healthy people (1) - Taking care of the basics ; Healthy Environments (2) - Ensuring livability now and into the future ; Healthy Communities (3) - Cultivating connections.

Il y a, à notre sens, un intérêt à s'inspirer de ces exemples pour mettre en avant le potentiel d'attractivité de la santé et du bien-être associés naturellement à certains territoires mais aussi à s'emparer de la santé et du bien-être pour repenser les politiques et stratégies métropolitaines.

C'est sur la base de cette première réflexion et des éléments observationnels issus de deux métropoles (terme utilisé au sens commun) que nous travaillons à élaborer un outil¹ destiné à mieux comprendre et évaluer la place donnée au bien-être et à la santé dans les stratégies d'attractivité déployées par les territoires en France.

MOTS-CLÉS

attractivité ; bien-être ; marketing territorial ; métropoles ; santé

¹ Notre outil dans sa première version est un questionnaire de 18 questions fermées et 7 questions ouvertes.

L'intercommunalité et la santé : regards croisés entre Code général des collectivités territoriales et Code de la santé publique

Benoît APOLLIS

Maître de conférences en droit public ; Université Paris-Panthéon-Assas

RÉSUMÉ

L'intitulé même de la contribution invite à un examen plutôt analytique des dispositions respectives du code général des collectivités territoriales et du code de la santé publique au regard du thème des relations entretenues entre l'intercommunalité et la santé. Pour vaste qu'il puisse paraître, ce thème mérite pourtant d'être réduit à la définition des notions qu'il met en jeu (la santé à travers « son » code et les collectivités territoriales à travers « le leur »). À ce compte-là, sans surprise, l'intercommunalité n'apparaît pas dans le code de la santé publique, ni même dans le code général des collectivités territoriales, comme un acteur juridique majeur de la conception et du déploiement des politiques de santé – lesquelles relèvent très largement de la compétence de l'État en France. En revanche, les intercommunalités, sous certains aspects, aspirent de plus en plus à prendre en charge les questions de santé sur leurs territoires. À ce titre, elles peuvent concourir à certaines actions menées par l'État (notamment en matière d'organisation, voire de production de soins) et se trouvent en concurrence avec les collectivités territoriales pour l'exercice des compétences sanitaires qui leur sont traditionnellement reconnues (notamment en matière de prévention et d'hygiène publique).

MOTS-CLÉS

code général des collectivités territoriales ; code de la santé publique ; compétences ; concurrence ; État ; intercommunalités ; santé

La Métropole de Lyon : expérimenter pour transformer l'écosystème de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Nadia ARAB

Professeure des universités ; UPEC ; Lab'Urba ; nadia.arab@u-pec.fr

RÉSUMÉ

Cette communication explore le rôle des Métropoles dans les politiques territoriales de santé, la santé étant entendue au sens de l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il s'agira de braquer le projecteur

sur la problématique de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Comme le souligne l'axe 3 de l'appel à communications, si les institutions métropolitaines « ne semblent pas destinées à jouer a priori un rôle important dans les politiques territoriales de santé », pour autant « elles apparaissent souvent novatrices dans leurs pratiques, leurs besoins, leurs attentes ». Cette communication s'inscrit dans cette perspective. Elle prend racine dans l'étude d'un projet de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, le projet « Bien vivre chez soi », lancé en 2017 par la Métropole de Lyon, autour de l'enjeu du maintien à domicile.

Ce projet s'inscrit dans un contexte où la prévention de la perte d'autonomie se constitue comme un nouveau paradigme dans la façon d'appréhender le vieillissement jusqu'alors principalement pensé au prisme du soin, de l'hospitalisation et de la médicalisation. Par ailleurs si la question du maintien à domicile n'est pas, en soi, une question nouvelle, en revanche apparaît plus inédite l'institutionnalisation de la prévention de la perte d'autonomie comme problème public local. C'est en tous les cas un nouveau paradigme d'action publique pour le Grand Lyon. Il fait écho à deux évolutions concomitantes. D'abord, la prévention a été élevée comme enjeu national pour accompagner le vieillissement en bonne santé des Français ; enjeu institutionnalisé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Ensuite, au plan local, l'année 2015 correspond aussi à la création de la Métropole de Lyon, nouvelle collectivité, par fusion des services de l'ex-communauté urbaine et ceux du conseil départemental du Rhône sur le périmètre de la communauté urbaine. Cette fusion a notamment pour conséquence de rassembler dans la même institution la compétence « habitat » de la communauté urbaine et le champ de la « solidarité » dévolu au Conseil départemental, en particulier autour de la compétence sanitaire et sociale incluant l'action auprès des personnes âgées, dont le maintien à domicile. Cette transformation dans les compétences institutionnelles d'une collectivité ouvre la voie d'une action inter-sectorielle.

Dans un deuxième temps, on expliquera comment ce nouveau paradigme appelle des changements de représentations et de pratiques dont le Grand Lyon se saisit. Partant du constat selon lequel le maintien à domicile, tant pour des raisons financières (finances publiques et budget des ménages) que pour des questions de bien être psychologique, constitue l'une des solutions explorées, la collectivité fait de l'adaptation des logements un enjeu, ciblant tant le parc privé que le parc social. C'est dans cet objectif qu'est mis en œuvre le projet « Bien vivre chez soi ». Point remarquable, il ne vise pas directement la transformation du logement mais plutôt la transformation des perceptions et représentations des personnes âgées à l'égard de cette problématique ainsi que celles des professionnels médico-sociaux et des opérateurs nationaux (Anah, ARS, caisses de retraites...). Entre 2017 et 2021, la Métropole réunit ainsi un groupe d'acteurs, que l'on peut qualifier de « collectif d'innovation », pour imaginer des solutions nouvelles visant à lever les freins dans les représentations et l'évolution des pratiques.

Pour finir, on décrira ce collectif et son activité : il implique plusieurs directions et services de la Métropole (Santé, Habitat, Personnes âgées, Living Lab interne) qui organisent une collaboration trans-sectorielle afin de co-concevoir et d'expérimenter avec des personnes âgées et des professionnels du monde médico-social, sous la forme de prototypes, des outils de prévention de la perte d'autonomie par l'adaptation du logement puis à en diffuser l'usage. La Métropole endosse une triple fonction : explorer et qualifier la problématique de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ; inventer des outils pour modifier les perceptions et représentations du problème ; agir sur le milieu professionnel en position de conseil et prescripteur auprès des personnes âgées pour, in fine, faire enclencher l'adaptation du logement. Nous défendons ainsi la thèse selon laquelle le Grand Lyon conçoit et déploie une intervention novatrice consistant à agir sur la transformation de l'écosystème local de la prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées.

MOTS-CLÉS

écosystème ; expérimentation ; Métropole de Lyon ; personnes âgées ; prévention de la perte d'autonomie

L'intégration de l'intercommunalité dans le système des soins de proximité

Yann BOURGUEIL

Médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale ; Membre de la chaire Santé Sciences Po ; Président BY-HC

RÉSUMÉ

Le système de santé Français issu des ordonnances de 1945 qui ont instauré l'assurance maladie obligatoire s'est construit à partir de deux polarités principales. Le secteur ambulatoire d'une part, régi par les principes de la médecine libérale et régulé par l'assurance maladie et le secteur hospitalier d'autre part, en grande partie public notamment pour les CHU et régulé par l'administration de l'État. Classé comme premier système de santé au Monde par l'OMS en 2000 notamment pour la facilité de son accès, le libre choix du patient et des performances indéniables pour traiter les maladies, ce système présente néanmoins aujourd'hui de nombreuses limites. Principalement orienté vers des soins curatifs aigus et faiblement coordonnés, il se révèle peu adapté pour répondre aux besoins de soins et de santé induits par le vieillissement de la population, la transition épidémiologique notamment avec des ressources humaines et financières plus rares en compétition avec d'autres secteurs d'activités que la santé.

La réorganisation du système de santé en niveaux de soins selon une logique d'intégration horizontale, et non plus verticale en silos, pour répondre aux besoins de la population partout sur le territoire s'est installée progressivement en France comme dans de nombreux pays comparables. Le premier niveau, généralement intitulé «primary care » dans la littérature internationale a été organisé en France à partir de la définition de la médecine générale dans les années 1990, l'instauration du médecin traitant en 2004 et la définition des soins de premiers recours en 2009. En 2019, la loi a introduit la notion de soins de proximité pour nommer et définir ce premier niveau de soins qui inclut les professionnels de santé du secteur ambulatoire de premiers recours mais également les hôpitaux de proximité ainsi que le secteur social. « L'intégration » horizontale de ce premier niveau de soins repose notamment sur le soutien à l'exercice coordonné au sein d'équipes de soins primaires (MSP, CDS) mais également le souci d'une plus grande coordination à l'échelon géographique local avec la promotion active et le financement des communautés professionnelles de santé (CPTS) d'une part et la constitution de Dispositif d'Appui à la Coordination d'autre part. L'épidémie de COVID qui est survenue en mars 2020 a révélé l'intérêt de l'exercice coordonné notamment pour élaborer des réponses orientées vers la population associant l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, élus locaux, établissements de santé de proximité, services sociaux...). Comme l'ont déjà illustré certains contrats locaux de santé qui sont développés par certaines collectivités locales (Communes ou EPCI), il est parfois possible et pertinent d'intervenir à l'échelon local pour améliorer la santé des populations en agissant sur les déterminants de santé (logement, environnement, transports, équipement, lien social) mais également pour améliorer l'accès aux soins (mutuelles municipales, transport, démarches communautaires « d'aller vers »...) et mettre en œuvre le principe d'« universalisme proportionné ».

L'accélération de la diminution dans les dix prochaines années de la ressource médicale ainsi que l'évolution du profil et des attentes des professionnels met aujourd'hui très fortement en tension le système de santé. L'échelon local (municipalité, EPCI, département) se trouve dès lors en première ligne quand les situations souvent non anticipées de départ à la retraite de professionnels de santé non remplacés surviennent et inquiètent légitimement la population. Malgré l'absence de compétences spécifiques en matière de santé, les collectivités locales de différents statuts et niveaux se sont mobilisées au-delà des approches ville santé ou des contrats locaux de santé pour garantir l'accès aux soins des populations. Les démarches engagées sont nombreuses (financement de locaux pour des maisons de santé, création de centres de santé, aides à l'installation, recrutement de professionnels français ou étrangers, financements de télécabines de consultation...) diverses, parfois concurrentes ou inefficaces et ce d'autant plus qu'elles sont prises dans l'urgence et peu concertées. L'action des administrations déconcentrées en charge de la santé et des professionnels de santé rencontre ainsi fréquemment celles des élus locaux sans que celles soient toujours sinon intégrées tout au moins articulées. En nous appuyant notamment sur le récent rapport du HCAAM de septembre 2022, « garantir l'accès de tous à des soins de qualité » relatif aux soins de proximité, nous explorerons à partir d'exemples concrets les différentes modalités d'articulation, d'association et d'intégration des collectivités territoriales et notamment les intercommunalités avec le processus d'organisation des soins de proximités tel qu'il se déploie aujourd'hui. Nous distinguerons la réponse aux enjeux de court terme et de l'urgence de la visée transformatrice de moyen long terme pour un système de santé soutenable.

MOTS-CLÉS

accès aux soins ; CPTS ; CLS ; intercommunalités ; soins de proximité ; soutenabilité

Communes et métropoles, un état du droit de la compétence santé

Jean-Christophe CERVANTES

ATER ; Doctorant en droit public ; Université Clermont Auvergne ; École de droit ; Centre Michel de l'Hospital

RÉSUMÉ

Pour D. Truchet « le droit de la santé a toujours été un bon observatoire des tendances du droit français ; il a même été un laboratoire de règles nouvelles, ensuite exportées dans d'autres champs »². En effet, on observe que le droit sanitaire a développé depuis une vingtaine d'années les notions de territorialisation et de différenciation territoriale qui se diffusent dans le droit des collectivités locales. Mais de manière paradoxale, on remarque aussi une forte centralisation et déconcentration de la politique sanitaire. Le COVID-19 souligne cette tendance où les collectivités sont appelées à « ne pas compromettre [...] la cohérence et l'efficacité des [mesures] prises [...] par les autorités compétentes de l'État »³. Mais la recentralisation observée n'a pas empêché les inégalités d'accès aux soins et les déserts médicaux de prospérer aussi bien dans les territoires ruraux qu'en milieu urbain. Si les

² Truchet D., *Droit de la santé publique*, 2017, Dalloz, 9^e ed.

³ Conseil d'État, ordonnance, 17 avril 2020, *Commune de Sceaux*, n°440057.

collectivités possèdent des « compétences sanitaires marginales »⁴, les faits démontrent qu'elles pallient les carences et désengagements de l'État. La mise en place de centres de santé, de maisons interdisciplinaires de santé ou encore d'aides à l'installation de professionnels médicaux sont les actions les plus visibles des autorités décentralisées ; leurs politiques publiques se déclinent au travers d'initiatives en faveur de la prévention, de la santé mentale ou d'actions concrètes dans les contrats de ville. Mais la métropolisation interroge la commune. Le morcellement communal présenterait des limites tenant à la capacité des municipalités à déployer des politiques sanitaires adaptées aux besoins. L'intercommunalité a alors été présentée comme un remède aux difficultés techniques et financières des communes. Toutefois, les lois intervenues depuis 2010⁵ n'ont pas clarifié ni renforcé les compétences sanitaires du bloc local. Cette réforme territoriale a surtout accentué la différenciation territoriale avec la redistribution des compétences par le jeu de compétences obligatoires ou facultatives.

Face aux flous juridiques, notre contribution propose de dresser l'état du droit pour explorer la compétence santé et indiquer les possibilités permettant aux communes et aux métropoles d'agir à l'échelon le plus approprié. Il s'agira de mobiliser une première approche par la territorialisation et la différenciation territoriale. On évoquera ici l'outil contractuel et le contrat local de santé (CLS) pour voir comment ce dernier permet de multiplier les hypothèses juridiques d'adaptation des politiques sanitaires aux enjeux locaux. On apercevra aussi les formes de coopérations entre institutions publiques permises par les CLS. On proposera ensuite une étude des métropoles de droit commun et de la métropole de Lyon. Collectivité à statut particulier, celle-ci dispose de compétences différentes et plus intégrées par rapport aux métropoles de droit commun. Outre les compétences sociales et sanitaires du département, le législateur lui a transféré une compétence « création et gestion de services de désinfection et de services d'hygiène et de santé ». Possédant aussi une clause générale de compétence, l'institution lyonnaise est ainsi dotée d'importants moyens d'action.

Cette approche par la différenciation territoriale nous permettra, dans un second temps, d'entrevoir des pistes de solutions juridiques permettant aux communes et aux métropoles d'agir de manière sécurisée et pertinente. On explorera le principe constitutionnel de subsidiarité pour vérifier son utilité en matière de santé publique. Pour la géographe J.-M. Amat-Roze, la territorialisation de la santé comprend trois niveaux : la région comme « territoire de concertation » puis « les territoires opérationnels, comprenant l'aire d'influence de certains pôles hospitaliers » et enfin « les territoires de proximité, composés d'établissements de proximité (centre de santé, centre de protection maternelle et infantile) »⁶. On pourra voir l'articulation des compétences sanitaires et les liens juridiques entre les communes et les métropoles. Nous vérifierons les pistes exploitables à partir des notions de subsidiarité ou d'intérêt métropolitain pour définir les niveaux d'intervention pertinents dans le bloc local.

MOTS-CLÉS

communes ; différenciation territoriale ; métropoles ; santé ; territorialisation

⁴ Renaudie O., « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, n° 4, 2020, p. 901-912.

⁵ Notamment la loi n° 2010-1563 de réforme des collectivités territoriales, la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique et d'affirmation des métropoles et la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

⁶ Amat-Roze, J.-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, vol. 143, n° 4, 2011, p. 13-32.

Le développement de « compétences santé » par les collectivités locales. Quels modes de gouvernance pour les Contrats Locaux de Santé ?

Sandrine CUEILLE *
Pauline DUBOIS **

* Maître de conférences en Sciences de gestion et du Management ; LIREM, ECM, Université de Pau et des Pays de l'Adour, E2S UPPA ; sandrine.cueille@univ-pau.fr

** Directrice des Solidarités et de la Santé ; Communauté d'Agglomération Pau Béarn Pyrénées ; p.dubois@agglo-pau.fr

RÉSUMÉ

Les collectivités locales sont aujourd'hui confrontées aux exigences de la construction et de la conduite de « projets santé », dans un contexte de « territorialisation de la santé ». Les principales thématiques sur lesquelles les actions des collectivités locales en matière de santé sont conduites portent sur les inégalités sociales de santé (ISS), l'accès aux soins (notamment la question des déserts médicaux), la coordination de soins, la santé environnementale. Ces thématiques correspondent à une vision « élargie » de la santé, en accord avec la définition de l'OMS (Charte d'Ottawa), non réduite aux enjeux exclusivement sanitaires. Les actions déployées par les collectivités locales en matière de santé s'articulent d'ailleurs souvent avec d'autres champs d'intervention des collectivités locales, en particulier la politique sociale et la politique de la ville. Ce mouvement de « territorialisation de la santé » s'accompagne de l'émergence de formes organisationnelles moins hiérarchiques, plus horizontales, souvent de type réseau, associant une variété d'acteurs et d'institutions de santé et d'acteurs et structures institutionnels. Ces formes organisationnelles visent à conduire des projets permettant de mieux satisfaire l'intérêt des patients et bénéficiaires, par exemple en construisant une offre de soins coordonnée avec un portage pluri-professionnel, ou en élaborant des réponses à des problèmes relevant de différents champs d'expertise, notamment sanitaire et social. Elles posent néanmoins des problèmes de gouvernance accrus par rapport aux hiérarchies bureaucratiques, en particulier du fait de la multiplicité des décisionnaires et financeurs, de la variété des professionnels et des structures associés et de l'absence de ligne hiérarchique univoque pour conduire les projets déployés. Cette communication s'attache à explorer en quoi le mode de de gouvernance pour construire et conduire les « projets santé porté par les collectivités est susceptible de favoriser leur réussite. Une première partie a pour objectif d'identifier et de caractériser les principaux enjeux que doivent relever les collectivités locales engagées dans des « projets santé ». La deuxième partie présente les spécificités des Contrats Locaux de Santé (CLS) et une analyse de la construction et de la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé porté par un EPCI, fondée sur l'étude de sources documentaires et la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-directifs avec les principaux porteurs du projet. La troisième partie propose une interprétation des pratiques du terrain révélées par l'étude empirique au regard de la littérature contemporaine en management public. L'analyse réalisée met tout d'abord en évidence l'intérêt d'un mode de gouvernance des « projets santé » par les collectivités locales inspiré du cadre théorique de la New Public Governance. Ce mode de gouvernance permet en effet d'apporter des réponses aux enjeux relatifs à des problèmes complexes (ou « wicked problems »), tels ceux auxquels s'attachent de répondre les « projets santé » portés par les collectivités locales. Il repose sur un processus spécifique de production du service public, fondé sur la co-production impliquant des acteurs et organisations de diverse nature (publics, privés et associatifs), mais aussi les citoyens. Ce processus, qui correspond à une approche pluraliste et collective, fondée sur des relations inter-organisationnelles, la coordination horizontale, la collaboration et la confiance, conduit à enrichir le contenu du projet et est susceptible

d'impacter positivement le résultat du service public délivré. De plus, le renforcement de la confiance des citoyens envers les services publics est censé constituer une résultante de la gouvernance collaborative et de la co-production. L'analyse conduit également à identifier les défis à relever par les collectivités locales pour construire et conduire des « projets santé » en s'appuyant sur la mise en œuvre d'une gouvernance collaborative : gestion du temps, capacité à impliquer durablement les partenaires, animation du projet tout au long de sa vie et en lien avec la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation. Pour finir, des prolongements possibles de ce travail sont identifiés.

MOTS-CLÉS

collectivités locales ; contrat local de santé ; gouvernance collaborative ; santé ; territorialisation de la santé

Trajectoire des planifications urbaines en matière de qualité de vie : l'exemple d'Orléans Métropole

Sylvain DOURNEL *

Émilie CHARPENTIER **

* Docteur en géographie et aménagement ; Université d'Orléans ; CEDETE ; sylvain.dournel@univ-orleans.fr

** Doctorante en droit public ; Université d'Orléans ; Centre de Recherche Juridique Pothier ; emilie.charpentier@univ-orleans.fr

RÉSUMÉ

La santé s'entend, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Au vu de cette définition, la santé ne saurait alors se confondre avec le droit à l'accès aux soins accordé à l'individu. Elle doit au contraire s'entendre de manière transversale. En effet, la santé se manifeste dans les « divers cadres de la vie quotidienne : là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments » (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 17 et 21 novembre 1986). Incidemment, la qualité de vie apparaît très nettement comme l'un des déterminants de la santé. Dans ce cadre, il est scientifiquement entendu de caractériser la qualité de vie comme un besoin de mieux-être, exprimé dans les domaines du logement, de la mobilité, de la sécurité, de l'animation, des espaces verts, de la cohésion sociale, de l'esthétique paysagère...

Si la qualité de vie peut s'envisager sous un angle scientifique, la tâche s'avère être en revanche bien plus délicate sous un angle juridique. Les codes de l'urbanisme et de l'environnement n'apportent en effet aucun élément de définition. Néanmoins, lorsqu'on envisage la qualité de vie en termes de planification urbaine, un lien de connexité s'établit clairement. Parmi les objectifs généraux listés à l'article L. 101-2 du code de l'urbanisme, certains de ces objectifs, qui sont à destination des acteurs locaux, attestent d'une volonté nette de préserver une certaine qualité de vie aux individus, tels que l'objectif de préservation « des espaces forestiers », « des milieux et paysages naturels », de « la préservation de la qualité de l'air, de l'eau [...], de la biodiversité, des écosystèmes, la préservation et

la remise en bon état des continuités écologiques », de « lutter contre l'artificialisation des sols », ou encore de « lutter contre le changement climatique ».

Ayant vocation à améliorer la qualité de vie des individus, les documents de planification urbaine sont devenus, par différentes étapes, des outils efficaces dans la protection de la santé. Deux raisons nous permettent d'aboutir à ce constat.

Tout d'abord, il est revenu au législateur de s'emparer de cette problématique avec la loi « Solidarité et renouvellement urbains » du 13 décembre 2000. Bien que porteuse d'ambition, cette loi ne s'est avérée être qu'une simple première prise de conscience, de la part du législateur, de préserver la qualité de vie des individus, dans un souci de développement durable. La loi « portant engagement national pour l'environnement » du 12 juillet 2010, dite loi Grenelle II marque, au contraire, une étape déterminante. Il ne s'agit plus uniquement d'appréhender la qualité de vie de manière sectorielle, en se focalisant sur la préservation de certains milieux ou le traitement de problématiques environnementales, au sein des documents de planification urbaine. Il s'agit au-delà d'adopter une vision intégrée de la qualité de vie à l'espace urbain et à la vie urbaine que transcrivent ces documents. Plus encore, les préoccupations environnementales issues de la loi du 8 août 2016 « pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages » et de la loi 22 août 2021 « portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets » priorisent la qualité de vie dans la planification urbaine. Conjointement, il est revenu à l'acteur intercommunal de s'emparer lui aussi de la notion de qualité de vie. À ce titre, Orléans Métropole s'est montrée particulièrement précurseur et fédératrice sur cette question. Réunir planification urbaine et qualité de vie était déjà amorcé sous l'effet du projet d'inscription du Val de Loire au patrimoine mondial de l'Unesco, au titre des paysages évolutifs et vivants, rendu effectif le 30 novembre 2000. À l'échelle des rives du Loiret, la mobilisation des acteurs locaux conduit à la création, le 25 avril 1995, de l'une des premières Zones de protection du patrimoine architectural, urbain et paysager de France, la présentant comme composante essentielle du cadre de vie des Orléanais. À l'échelle intercommunale, le projet d'agglomération « Loire Trame Verte », créé en 2002 et porté sur 20 ans, fédère les communes membres autour de la requalification et de l'animation des principales entités environnementales de l'Orléanais.

Ainsi, en adoptant une approche multi-scalaire, la communication vise à souligner l'influence réciproque du législateur et de l'intercommunalité, précisément d'Orléans Métropole, dans la manière d'appréhender l'intégration de la notion de qualité de vie dans la planification urbaine. Cette approche permet non seulement de souligner l'action intercommunale dans la retranscription des nouvelles préoccupations nationales en matière de qualité de vie, mais encore de révéler son influence sur la prise de décision du législateur.

MOTS-CLÉS

action intercommunale ; approche multi-acteurs ; documents de planification urbaine ; législation nationale ; qualité de vie

Performance de la gouvernance collaborative pour améliorer l'accès aux soins : une lecture stratégique

Nathalie DUBOST

Professeure des Universités en Sciences de Gestion ; Université d'Orléans ; Vallorem ;
nathalie.dubost@univ-orleans.fr

RÉSUMÉ

Si de nombreux travaux préconisent le recours à la gouvernance collaborative pour résoudre des problèmes complexes, peu d'entre eux s'intéressent à la performance de ces dispositifs. Nous inscrivons cette recherche dans la lignée du modèle d'Ansell et Gash (2008) en y intégrant la matrice de performance proposée par Emerson et Nabatchi (2015). À partir d'une étude terrain menée sur deux années auprès d'un établissement public de coopération intercommunale ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, nous montrons que : (1) la performance d'ensemble est plutôt faible, (2) la rareté des ressources (les médecins) induit une forte concurrence entre organisations participantes qui préfèrent recourir à des stratégies d'internalisation (en agissant par elles-mêmes) ou d'externalisation (en contractualisant avec des partenaires privés). Nous discutons l'intérêt d'introduire dans le modèle d'Ansell et Gash une lecture stratégique basée sur la nature et le contrôle des ressources en jeu, ainsi que sur le diptyque exploration/exploitation.

MOTS-CLÉS

accès aux soins ; exploration/exploitation ; gouvernance collaborative ; performance ; ressources rares

La « métropolisation » des contrats locaux de santé : entre efficience et concurrence

Nolwenn DUCLOS

Docteur en droit public ; Enseignante-chercheuse contractuelle à l'Université d'Orléans ; Centre de Recherche Juridique Pothier ; nolwenn.duclos@univ-orleans.fr

RÉSUMÉ

Alors même que la ville et le quartier sont le plus souvent invoqués par les intervenants de terrain comme étant les « bonnes » échelles de production de l'action publique de santé, la multiplication des contrats locaux de santé (CLS) métropolitains interroge.

Institués par la loi HPST du 21 juillet 2009, les CLS ont déjà fait l'objet de réflexions sur la pertinence du territoire dans lequel leur conclusion doit s'inscrire, en mettant notamment en concurrence l'échelon communal et l'échelon communautaire. La présente contribution prolonge la réflexion en questionnant

la pertinence de l'échelon métropolitain pour mettre en œuvre ces outils de territorialisation de la politique sanitaire.

Un rapide état des lieux permet de constater l'actualité du phénomène de « métropolisation » des CLS, entendu comme la diffusion d'un modèle de contrat directement porté par l'une des vingt-deux métropoles françaises. Si certaines d'entre elles restent simplement signataires d'un CLS porté au niveau communal (voir, notamment, les contrats signés par Nantes Métropole, Dijon Métropole ou encore Grenoble-Alpes Métropole), les contrats portés directement par des métropoles tendent aujourd'hui à se multiplier, comme en témoignent les CLS de l'Eurométropole de Strasbourg, de la Métropole du Grand Nancy, de Bordeaux Métropole ou encore de l'Eurométropole de Metz. En outre, de nouveaux CLS métropolitains sont aujourd'hui en cours d'élaboration (voir, notamment, les réflexions menées par la Métropole Rouen Normandie, Rennes Métropole et Tours Métropole Val de Loire), et certains CLS municipaux se présentent explicitement comme des outils de transition vers la signature de futurs contrats métropolitains (voir, notamment, le CLS conclu par la ville de Toulouse pour la période 2019-2022, le CLS conclu par la ville de Marseille pour la période 2019-2021 et le CLS de l'agglomération orléanaise pour la période 2016-2019, qui a été prolongé par un avenant qui précise qu'« à son terme, il pourra être étudié l'éventualité de signer un nouveau CLS à l'échelle métropolitaine »). Nourrie des expériences bordelaise, strasbourgeoise, nancéenne et messine, l'étude du phénomène de « métropolisation » des CLS révèle qu'il est globalement perçu comme une opportunité par les élus et les techniciens des communes membres des métropoles concernées. Juridiquement, il est rendu possible par l'application du droit commun de l'intercommunalité, qui permet aux métropoles d'exercer toutes les compétences qui leur sont transférées par les communes membres. C'est ainsi que les quatre métropoles précitées ont pu prendre toute leur place dans la détermination des politiques publiques locales de santé en assurant le pilotage de CLS métropolitains. Ces derniers doivent permettre à la fois de créer des synergies sur des priorités partagées par la métropole et les communes métropolitaines et de mobiliser et coordonner les acteurs du territoire pour lutter, de manière plus efficace, contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

La signature de CLS métropolitains suscite néanmoins un certain nombre de réserves, juridiques et politiques. Elles tiennent, d'une part, au risque de concurrence du CLS métropolitain avec d'autres démarches territoriales de santé telles que les contrats de ville, les Ateliers Santé Ville ou encore les CLS portés par les villes-centre des métropoles, qui peuvent se superposer. Elles tiennent, d'autre part, à la crainte d'une démarche de santé qui serait imposée de manière descendante et formatée par la métropole, sans tenir compte de l'implication et des spécificités locales. L'étude des termes des CLS portés par l'Eurométropole de Strasbourg, la Métropole du Grand Nancy, l'Eurométropole de Metz et Bordeaux Métropole, éclairée par la lecture de l'étude d'opportunité menée dans le cadre de l'élaboration de ce dernier, permet toutefois de constater que ces risques peuvent être surmontés par la détermination, par le contrat lui-même, de ses modalités de gouvernance et de participation. Entre recherche d'efficience dans la gouvernance locale des politiques de santé et risques de mise en concurrence des niveaux de gouvernement déjà mobilisés dans ce domaine, la « métropolisation » des CLS, qui s'inscrit dans une dynamique de renouvellement des acteurs et politiques publiques locales en santé, renouvelle dans le même temps les interrogations relatives à la détermination de l'échelon pertinent pour ces enjeux.

MOTS-CLÉS

contrat local de santé ; concurrence ; gouvernance territoriale ; métropole ; politique de santé

Intercommunalité et médecine de prévention

Fouad EDDAZI

Maître de conférences en droit public ; Université d'Orléans ; Centre de Recherche Juridique Pothier ; fouad.eddazi@univ-orleans.fr

RÉSUMÉ

Juridiquement, les autorités territoriales sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité. Cette obligation générale se traduit par la nécessité, pour les autorités territoriales, de créer des services de médecine préventive.

Les intercommunalités peuvent être concernées par cette obligation. Ainsi, à Orléans Métropole, le service en cause est métropolitain.

Cette compétence obligatoire relative à la santé des agents soulève-t-elle des problématiques juridiques ? Peut-elle être appréhendée comme un levier pour enraciner l'action intercommunale en matière de santé ?

MOTS-CLÉS

compétence santé ; médecine préventive ; santé des agents publics

Intercommunalité et expertise en santé publique

Agathe FONTENELLE

Doctorante en droit privé et sciences criminelles ; Centre Européen d'Études en Droit et Santé ; Faculté de droits et de sciences politiques de Montpellier ; Juriste en santé environnementale à Primum Non Nocere

RÉSUMÉ

Il convient d'identifier clairement les différents experts en santé publique au niveau intercommunal et d'envisager la place et le rôle que leur reconnaît le droit. En l'espèce, l'étude permettra de faciliter l'identification des experts, et d'améliorer leur statut. En effet, cette lacune définitionnelle se révèle source de confusion dans la mesure où la notion d'expert coexiste trop régulièrement avec des notions telles que la science. Finalement, il paraît épineux de savoir si la notion d'experts est soluble dans ces autres notions ou si elle présente une singularité certaine. De ce fait, cette contribution aura pour objectif de lever les ambiguïtés qui pèsent sur ces notions, et sur les régimes qui en découlent au niveau intercommunal. La place des experts en santé publique a déjà fait la place de certains travaux notamment dans le domaine des sciences politiques. Toutefois, la réflexion n'a jamais été menée en droit au niveau intercommunal. Cette contribution permettra donc de compléter les travaux existants et d'apporter une véritable réflexion sur la notion des experts à l'épreuve de la santé publique au niveau intercommunal.

La place des experts en santé publique au niveau intercommunal pourra donc se révéler être un frein ou au contraire un argument en faveur de l'intercommunalité. De ce fait, ces travaux peuvent aussi tenter de trouver une définition adaptée aux enjeux de demain.

MOTS-CLÉS

centralisation ; crise sanitaire ; décentralisation ; expert ; intercommunalité ; métropoles ; santé publique ; science et droit ; territoire ; territorialisation

La métropolisation des contrats locaux de santé, une décentralisation qui ne dit pas son nom

Florence LERIQUE

Professeure ; Université Bordeaux Montaigne ; Institut Léon Duguit ; florence.lerique@orange.fr

RÉSUMÉ

La politique de santé relève, selon le Code de santé publique, de la responsabilité de l'État. Or, les collectivités territoriales exercent de plus en plus d'influence et de prérogatives dans ce domaine au point de brouiller les repères en matière d'administration territoriale. La question de la métropolisation des contrats locaux de santé met en évidence un exemple de co-administration qui tend à s'imposer même en matière de santé publique.

Le propos de la contribution vise à montrer que le contrat est un moyen de doter les collectivités d'une compétence sans une franche décentralisation de cette dernière. Il existe une décentralisation immanente de la politique de santé reposant notamment sur le territoire du contrat qui permet d'organiser la décentralisation.

Le propos vise à montrer que le contrat est un moyen de doter les collectivités d'une compétence sans une franche décentralisation de cette dernière. L'objectif consiste à réunir les principales administrations déconcentrées comme décentralisées pour faire prévaloir le projet de territoire. Le contrat local de santé permet donc une approche pragmatique par les principales autorités impliquées sur un territoire en faisant fi des compétences explicitement décentralisées ou non. La co-administration gagne les modalités d'administration locale pour imposer tous les acteurs de santé publique sur un territoire.

MOTS-CLÉS

contrat local de santé ; décentralisation ; métropole ; politique de santé territorialisée ; territorialisation de l'action publique

La crise sanitaire : frein ou accélérateur de l'émergence intercommunale en matière de santé ?

Martine LONG

Maîtresse de conférences HDR en droit public ; Université d'Angers

RÉSUMÉ

La crise sanitaire dans bien des domaines a joué un rôle de révélateur, tout en ayant par certains aspects un côté disruptif. Elle a permis de mettre en avant les difficultés de mettre en place des écosystèmes viables et a souligné les tensions existantes ou pouvant exister dans les modes de fonctionnement. Concernant la crise liée au coronavirus, la concentration urbaine a été en elle-même un élément de développement du virus⁷ avec très certainement, notamment en début d'épidémie, une distinction urbain/rural dans sa propagation et dans les mesures à prendre.

La montée en puissance des intercommunalités dans le cadre de la crise s'est faite d'un point de vue opérationnel, le dialogue local entre préfet et opérateurs locaux étant facilité lorsque l'adresse se fait à un seul interlocuteur plutôt qu'à plusieurs. Ainsi, bien souvent l'intercommunalité a été le partenaire dans le cadre de réunions de gestion de crise, servant d'interlocuteur et de relais avec les niveaux infra. La crise sanitaire a certainement amené des questionnements sur la façon de faire ville et le regard sur les métropoles⁸. Appréhendées comme le fer de lance de l'innovation et du développement, la crise a amené à de nouveaux concepts comme celui de métropoles hospitalières⁹ ou encore à une aspiration plus grande des français à vivre dans des villes moyennes¹⁰, ou le développement de résidences secondaires. D'un point de vue juridique la crise a amené à reconnaître de nouvelles capacités d'action aux collectivités territoriales notamment dans le cadre de la loi 3DS¹¹. Pour autant, l'on ne peut affirmer que la crise a modifié fondamentalement la place des intercommunalités dans la gouvernance globale de la santé, simplement elle a très certainement, avec le changement climatique, accentué la nécessité d'avoir une appréhension globale des problématiques de santé à une échelle qui dépasse le territoire communal.

Même si une enquête, menée par l'ADCF, de novembre 2021¹² souligne la mobilisation des intercommunalités en matière à la fois d'appui logistique à la vaccination, d'accessibilité, d'information du public, de transport à la demande, il est difficile aujourd'hui de voir se dessiner une compétence claire des intercommunalités en matière sanitaire. La santé apparaît ainsi comme une compétence morcelée à l'échelle locale. La montée en puissance de l'intercommunalité traduit cependant une volonté d'une approche stratégique et territoriale de ces questions avec des problématiques bien spécifiques telles la question de la prévention ou celle de la désertification médicale, la santé environnementale, de réduction des inégalités sociales et d'accès aux soins et la problématique de la

⁷ Déjà en 2017, B. Jomier et L. Surel soulignaient les effets de la concentration urbaine. « Un problème de santé publique dans une aire métropolitaine peut en effet rapidement devenir absolument majeur pour elle et pour tout ou partie de ses habitants. Une grande métropole offre un matériau sur lequel de nombreuses pathologies (infectieuses ou non) pourront aisément se développer ». JOMIER Bernard, SUREL Lucas, « La santé dans les grandes métropoles. Health in big cities », *Les Tribunes de la santé*, 2017/3 (n° 56), p. 29-34.

⁸ Ces questionnements ont d'ailleurs en partie précédé la crise sanitaire : O. Bouba-Olga, M. Grossetti, *La mythologie de CAME(Compétition, Attractivité, Métropolisation, Excellence) : comment s'en désintoxiquer ?*, 2018 (disponible sur Hal -archives ouvertes, consulté le 22 août 2022) ; Y. Lasnier et D. Riquier-Sauvage, *Les Métropoles : apports et limites*, CESE, oct. 2019 ; L. Fayte et T. Le Goff, *Fragiles métropoles. Le temps des épreuves*, sous la dir., PUF

⁹ F. Bruguier, *Pour une métropole hospitalière*, Collection Les conférences POPSU, 2021.

¹⁰ Même si ce phénomène d'exode urbain mérite d'être relativisé : Exode urbain ? petits flux, grands effets. Les mobilités résidentielles à l'ère (post-) Covid. POPSU, février 2022.

¹¹ V. Donier, « La santé et la cohésion sociale », dossier, RFDA 2022, p. 432 ; M. Long, « Santé, social : ce qui change avec la loi 3DS », AJCT, 2022, p. 305.

¹² Santé : retour d'enquête sur le rôle des intercommunalités, ADCF, 5 novembre 2021.

santé mentale. Face à ces enjeux les EPCI à FP mobilisent pleinement leur capacité d'action classique avec l'aide à l'installation et au maintien de professionnels de santé, les aides aux étudiants en médecine. Par ailleurs il existe une aspiration très nette des intercommunalités, et notamment des plus importantes, à appréhender ces questions sanitaires comme en témoigne la signature par des exécutifs de grandes intercommunalités d'une tribune aux échos du 4 avril 2022 pour réclamer un rôle plus important des métropoles en matière sanitaire¹³.

Pour autant, les intercommunalités semblent assez largement prises en tenaille entre des communes qui continuent d'être le territoire de référence de l'intervention sanitaire et le développement de formes de coopération et d'intercommunalités sanitaires en marge de l'organisation et des découpages effectués dans le cadre des intercommunalités territoriales. Le maintien d'un système s'organisant essentiellement autour des ARS et des priorités fixées par l'État laisse pour autant, encore aujourd'hui peu de place à un portage clair des enjeux sanitaires par les intercommunalités¹⁴. Les échelons ne sont pas toujours linéaires et un certain nombre d'outils ou de projets peuvent être portés à l'échelle des pôles métropolitains ou des pôles d'équilibre territoriaux et ruraux.

Dans une première partie l'objectif sera de souligner que même si la gouvernance sanitaire et la mise en place de structures de coopération propres au secteur sanitaire ne favorise pas une montée en puissance claire de l'intercommunalité, ces dernières s'affirment de plus en plus d'un point de vue pratique et en termes d'ambition. Une seconde partie sera l'occasion de préciser qu'au regard des enjeux climatiques et de la nécessité de prises en charge transverses, la montée en puissance des intercommunalités en matière sanitaire apparaît inéluctable.

MOTS-CLÉS

ARS ; contrats locaux de santé ; coopération sanitaire ; équilibre territorial ; métropoles ; résilience

Le PLU métropolitain, outil de développement d'une offre de santé ?

Corinne MANSON

Maître de conférences HDR ; Université de Tours ; IRJI François-Rabelais ; corinne.manson@univ-tours.fr

RÉSUMÉ

Urbanisme et santé ont longtemps été associés. Les pratiques juridiques et politiques de l'urbanisme apparues au XVII^e siècle s'exerçaient dans trois directions complémentaires, la construction et l'architecture, le commerce et la santé. La naissance du droit de l'urbanisme à la fin du XIX^e siècle est

¹³ Tribune du 4 avril 2022, signée notamment par G. Doucet, maire de Lyon, co-président de la commission santé de France urbaine, E.-R., Lombertie, maire de Limoges, co-président de la commission santé de France urbaine, J.-L. Moudec, maire de Toulouse, Président de Toulouse Métropole, premier vice-président de France urbaine et F. Bizard, professeur d'économie, président de l'institut santé.

¹⁴ Voir en faveur d'une place plus importante des communes et des intercommunalités en matière de santé, la tribune du Monde datée 19 octobre 2021 de trois chercheurs, D. Benamouzig, R. Epstein, P. Hassenteufel intitulée : *La France a besoin de capacités territoriales renouvelées en santé publique, bien au-delà du seul contexte de l'épidémie de Covid-19.*

elle-même marquée par la volonté de développer un environnement urbain le plus sain possible. Mais la santé et l'urbanisme s'éloignent à la seconde moitié du XX^e siècle, l'urbanisme se concentrant sur l'occupation des sols comme en témoigne les plans d'occupation des sols. Cependant, l'objectif sanitaire reste un des objectifs de l'urbanisme à côté des objectifs sociaux, économiques et de plus en plus environnementaux. L'essor du développement durable conduit à renforcer les liens entre urbanisme et santé.

L'évolution normative récente tend à rapprocher urbanisme et santé redécouvrant après vingt-cinq siècles l'esprit du traité d'Hippocrate. Un premier guide pour un urbanisme favorable à la santé est publié en 2014. Il est un outil d'aide à l'évaluation des impacts sur la santé des projets d'aménagement du type des zones d'aménagement concerté. En 2020, la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme publie un ouvrage qui vise à contribuer à la mise en place de la démarche d'urbanisme favorable à la santé en favorisant la prise en compte des déterminants de santé dans les stratégies et dans les projets d'aménagement et d'urbanisme. La pandémie de COVID-19 et l'accélération du bouleversement climatique ont renforcé la place de la santé environnement dans les politiques publiques comme l'illustre l'avis du CESE du 24 mai 2022 *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* qui vise à faire de la santé-environnement « un objectif à la fois central et transversal des politiques publiques ».

L'urbanisme apparaît comme le support territorial de la santé environnement et les documents de planification comme les outils les plus adaptés à cette politique. Les PLU, et plus encore les PLU intercommunaux (PLUI) permettent de donner une place centrale à la promotion d'une approche globale de la santé. Le contenu du PLUI permet de porter une politique territoriale favorable à la santé (I) en application des principes généraux du code de l'urbanisme qui visent à préserver la sécurité et la salubrité publiques, la prévention des risques naturels et technologiques et des pollutions et des nuisances, la préservation de la qualité de l'air, de l'eau, du sol, de la biodiversité, des espaces verts et des continuités écologiques et la promotion d'une société inclusive vis-à-vis des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. L'ensemble des pièces du PLU permet de développer une réelle politique de santé environnementale en développant des thématiques qui constituent des déterminants de santé. Ce rapprochement peut être facilité par la place prise par les villes et les intercommunalités dans les politiques de santé et par le développement d'un volet santé environnement dans les PLUI, surtout les PLUI qui valent programme local de l'habitat (PLH) et plan de déplacement urbain (PDU). Les PLU I de métropole ont vocation à être PLUIH-D en raison des compétences très intégrées des métropoles tout particulièrement en matière d'habitat et de mobilité. Les conditions d'élaboration du PLU métropolitain et ses effets (II) contribuent à une meilleure prise en compte de la santé physique et morale, individuelle et collective des habitants. La procédure d'élaboration des PLU fait une large place à l'information et à la participation des habitants et des acteurs du territoire. Le Code de l'urbanisme prévoit notamment que toute personne morale, publique ou privée peut être à sa demande consultée et accorde une place particulière aux personnes publiques associées. Les ARS et les autres acteurs de santé, publics et privés, par exemple les groupements hospitaliers de territoire et les communautés professionnelles territoriales de santé, pourraient davantage contribuer, en tant que personnes associées ou consultées, à l'élaboration de mesures permettant de développer l'offre de santé. Un travail de concertation pourrait également être mené dès l'élaboration d'un volet sanitaire du diagnostic territorial pour mettre en œuvre une collaboration et un décloisonnement entre les différents acteurs de l'urbanisme, de l'environnement et de la santé. Le renforcement des liens institutionnels, entre agences régionales de santé (ARS), directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et intercommunalités et entre documents d'urbanisme et documents relatifs à la santé (contrats locaux de santé, programmes régionaux de santé environnement) pourrait permettre d'envisager des indicateurs conjoints pour garantir la prise en compte de la santé environnement et faire du PLU métropolitain un réel outil au service de l'offre de santé.

MOTS-CLÉS

intercommunalité ; planification stratégique ; planification d'urbanisme ; santé environnement

Les métropoles peuvent-elle se différencier des autres intercommunalités concernant la santé ?

Émilie MARCOVICI

Maître de conférences ; Université Lyon 3 ; Équipe de droit public de Lyon ; emiliemarcovici@univ-lyon3.fr

RÉSUMÉ

Si les métropoles occupent depuis la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 une place centrale au cœur des territoires, il n'en demeure pas moins que celles-ci ne se voient pas reconnaître de compétences spécifiques en matière de santé (conçue comme un système de soins) ; les métropoles ne peuvent ainsi pas déterminer une stratégie globale dans ce domaine, et ce, en dépit des enjeux auxquels sont confrontés ces territoires fortement urbanisés.

Les métropoles n'ont en effet, pas été conçues comme des acteurs majeurs en matière de santé lors de leur création par la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010 ou par la loi MAPTAM qui est venue réformer leur statut. Cette absence de prise en compte de la santé au niveau métropolitain s'explique notamment par le rôle joué par l'État, qui a conservé pour l'essentiel cette compétence, ainsi que par celui traditionnellement reconnu aux communes. La compétence santé met donc en exergue les limites de la décentralisation ainsi que les difficultés liées à la détermination d'un niveau territorial approprié pour l'exercice d'une compétence déterminée.

Il en résulte que pour agir en matière de santé les métropoles doivent s'appuyer sur des compétences connexes qui restent très variables d'une métropole à l'autre. En effet, les 22 métropoles françaises sont régies par des statuts diversifiés ; collectivité à statut particulier (métropole de Lyon), EPCI à fiscalité propre à statut particulier (métropole du Grand Paris), EPCI à fiscalité propre (métropoles de droit commun). En raison de cette diversité statutaire, les métropoles disposent de compétences très hétérogènes, qui impactent leurs capacités d'intervention en matière de santé. Si la métropole de Lyon a absorbé l'ensemble des compétences départementales, les métropoles de droit commun ne disposent quant à elles que de certaines de ces compétences.

La notion de métropole ne renvoie donc pas à un groupe de compétences homogène permettant de délimiter strictement leurs actions dans le domaine de la santé. Outre les compétences figurant dans le CGCT, l'action métropolitaine en matière de santé reste également conditionnée par les relations qu'elles entretiennent avec les autres collectivités territoriales, qui impactent et différencient leurs compétences en l'espèce.

Il ressort alors de cette organisation et de ces différents facteurs, qu'il reste difficile d'appréhender de manière globale le rôle des métropoles relatif à la santé, tant les problématiques qu'elles peuvent rencontrer sont distinctes d'un territoire à l'autre (par exemple, certaines métropoles peuvent être considérées comme des déserts médicaux, ...).

Dans ce contexte, les métropoles peuvent difficilement se différencier des autres EPCI à fiscalité propre existants en ce qui concerne la santé. Les communautés ne bénéficient pas, elles non plus, d'une compétence globale désignée sous le terme de « santé », mais elles peuvent toutefois intervenir dans ce domaine par le biais, là encore, de compétences connexes, telles que l'action sociale communautaire dont disposent les communautés de communes et d'agglomération. L'étendue de ces compétences varie également d'une communauté à l'autre, en fonction de leurs liens avec les collectivités territoriales, ces communautés pouvant par exemple, exercer des compétences départementales dans le domaine de l'action sociale, par convention passée avec le département. Les compétences des EPCI en matière de santé restent dispersées et font l'objet de dispositifs particuliers, notamment prévus par le Code santé publique qui indique dans son article L. 6323-1-3 que des centres de santé peuvent être gérés par des EPCI.

L'exercice de cette compétence santé, illustre donc bien, l'enchevêtrement des compétences locales, qui est souvent dénoncé, ainsi que le principe de différenciation territoriale qui se trouve désormais placé au cœur des politiques locales.

La question restante donc sous-jacente tient à savoir si les métropoles doivent effectivement pouvoir se distinguer des autres EPCI en matière de santé. Les métropoles ont généralement, en effet, d'importants moyens pouvant justifier un investissement accru de leur part en matière de santé, et donc, l'exercice de compétences renforcées afin de répondre aux attentes de leurs nombreux habitants ne bénéficiant pas tous d'un accès satisfaisant aux soins. Mais, la santé est traditionnellement vue au travers du prisme de la proximité à laquelle peuvent également répondre les communautés.

Les métropoles doivent enfin être pensées en lien avec leur hinterland, afin de créer une synergie entre les territoires qui doit s'appliquer également en matière de santé, les compétences des différentes catégories d'EPCI devant être conçues de manière complémentaire.

MOTS-CLÉS

action sociale communautaire ; centres de santé ; communautés ; EPCI à fiscalité propre ; métropoles

Topographie d'une ville en prévision du soin au XIX^e siècle : l'exemple du Mans par le Dr. Lebrun

Concetta PENNUTO

Maîtresse de conférences ; Université de Tours ; Centre d'études supérieures de la Renaissance

RÉSUMÉ

En 1922, le Dr. Paul Delaunay publiait un article dans le *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine* sur la vie et l'œuvre du Dr. Joseph-Charles Le Brun : « Un hygiéniste Manceau : le Dr. J.-C. Le Brun, 1771-1826 ». Après avoir présenté les études du Dr. Le Brun, Paul Delaunay analyse son œuvre et son activité médicale, mais les mots ne sont pas élogieux vis-à-vis de ses publications : *Erreurs relatives à la santé* (1824) et *Topographie médicale de la ville du Mans* (1812). Concernant ce dernier ouvrage, Delaunay précise : « Écrit avec agrément, il apparaît superficiel, hâtif, encombré de considérations générales étrangères au sujet, appuyé d'allégations historiques fautives » (p. 186). En

matière de météorologie et de maladies ordinaires affligeant les habitants du département, le Dr. Delaunay préfère se référer à des ouvrages qu'il considère plus scientifiques, mais également plus récents, comme *Le climat du Mans* (Legros et Poix, 1920) et *Essai de topographie médicale du Mans* (Dupeyron, 1862). Joseph-Charles Le Brun demeure le « précurseur » de ces études, aux yeux de Delaunay, que Le Brun perpétue dans les *Erreurs relatives à la santé*.

Pour Le Brun, l'étude de la topographie d'une ville, de son environnement et de sa population relève de l'expertise médicale dans l'objectif de proposer un tableau d'outils utiles à la prévention de la diffusion des maladies : « Les préceptes établis par Hippocrate dans son *Traité des Airs, des Eaux et des Lieux* ... rappellent aux médecins l'indispensable nécessité de connaître la nature du pays où ils exercent leur art, en s'éclairant de l'expérience de ceux qui ont parcouru la carrière médicale dans les mêmes lieux » (p. 1). C'est ainsi que s'ouvre la *Topographie médicale de la ville du Mans* : sous l'égide d'Hippocrate, le médecin travaille dans un réseau qui, par transmission de savoirs et compétences, explore la nature d'un lieu pour préserver la santé de ses habitants. À partir de l'étude du sol, de l'atmosphère, des eaux, de la végétation, des animaux, le médecin examine « l'état physique de la ville du Mans » (p. 41), avec ses fontaines et puits publics, les prisons, les boucheries, les cimetières et les hôpitaux, pour arriver à l'étude des mœurs, des aliments, des naissances de ses habitants. Ce portrait dressé, c'est l'étude des maladies propres à cet environnement qui intéresse le corps médical : les maladies épidémiques et contagieuses, en particulier. Longue est leur liste au Mans : lèpre, variole, dysenteries, péripneumonie, rougeole, pleurésie, différents types de fièvres, scarlatine, phtisie... Le regard local ne suffit cependant pas : dans les *Erreurs*, Le Brun élargit l'analyse de la relation entre les conditions environnementales et la propagation des maladies à une réflexion d'ampleur nationale.

Les travaux de Joseph-Charles Le Brun se situent dans le sillage de la mobilisation médicale lors de l'épizootie bovine de 1774-1776, quand, confronté avec l'émergence sanitaire et sociale, le Contrôleur général des Finances de Louis XVI, Anne-Robert Turgot, charge le médecin Félix Vicq d'Azyr de trouver les moyens d'arrêter la progression du mal contagieux. Dès 1778 Vicq d'Azyr est à la tête d'un Plan topographique et médical de la France. Durant les périodes révolutionnaire et impériale, l'étude topographique et médicale continue de se répandre, avec des nombreuses contributions de médecins engagés dans la correction des éléments perturbateurs de la santé dans les villes et les départements. C'est en répondant à un appel préfectoral de 1810 pour communiquer la météorologie et les maladies les plus ordinaires du département de la Sarthe, que Joseph-Charles Le Brun avait accepté de contribuer par son étude sur Le Mans, lui qui a initié sa carrière dans le monde de la santé en étudiant à l'Ecole d'économie rurale vétérinaire d'Alfort, puis a connu les ravages de la guerre civile de 1799, l'amenant à prêter service dans les hôpitaux. Devenu ensuite médecin, il adhère à ce mouvement de médecins contribuant à la lutte contre la maladie avec l'administration des villes, considérées comme des objets d'observation. L'environnement, le travail, l'articulation des espaces publics étudiés, ce sont les institutions de soin qui font l'objet de l'analyse médicale et administrative de ces médecins. Joseph-Charles Le Brun n'hésite donc pas à définir les hôpitaux comme des « institutions de bienfaisance ... indispensables dans l'état de civilisation, malgré les abus qui existent dans le régime du plus grand nombre » (*Topographie*, p. 56). C'est l'occasion pour le médecin de rappeler l'histoire des hôpitaux du Mans, mais également de s'interroger sur leur administration. La critique médicale devient un outil pour inciter les administrateurs à renouveler l'organisation du soin sur la base de l'expérience du soignant et les conditions de vie des patients.

MOTS-CLÉS

Joseph-Charles Le Brun ; histoire de la santé ; hôpitaux ; topographie médicale ; ville du Mans

Accompagner les intercommunalités dans leurs démarches d'amélioration de l'accès aux soins

Stéphane RICAN *

Guillaume CHEVILLARD **

* Maître de conférences ; Université Paris Nanterre ; LADYSS ; srican@parisnanterre.fr

** Chercheur ; IRDES ; chevillard@irdes.fr

RÉSUMÉ

Afin de faire face aux inégalités sociales et territoriales de santé, la place occupée par les collectivités locales dans la gestion de la promotion de la santé et l'organisation de l'accès aux soins devient de plus en plus prépondérante. La prise en compte des enjeux territoriaux de la santé concerne de nombreux acteurs, élus locaux, professionnels de santé et usagers. Différents dispositifs ont été développés pour accompagner cette démarche : introduction des Ateliers Santé Ville (ASV) dans le cadre de la politique de la ville en 1999, création des maisons de santé en 2007, introduction des Contrats Locaux de Santé (CLS) dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » en 2009, mise en place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) ainsi que des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016. Si dans un premier temps ces dispositifs se sont déployés dans le périmètre des communes, le renforcement des intercommunalités dans les réformes d'aménagement du territoire (contrats de ville depuis 2014 ou contrats ruraux depuis 2016 signés au niveau des intercommunalités) ont contribué à placer les intercommunalités comme des interlocuteurs de plus en plus présents dans la gestion des questions de santé.

L'identification des actions à mener pour promouvoir la santé des habitants et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, les mesures à mettre en place pour maintenir ou développer une offre de soins ajusté aux besoins de santé de la population et plus largement la construction de politiques locales de santé nécessitent le déploiement de diagnostics territoriaux de santé. Les collectivités locales restent insuffisamment dotées d'outils, d'informations et de ressources permettant de piloter leurs actions en santé.

1/ Enseignements issus de travaux nationaux

Les intercommunalités peuvent agir sur l'offre de soins via la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui regroupent des médecins généralistes libéraux avec d'autres professionnels de santé de premier recours comme les infirmières ou les masseur-kinésithérapeutes. Au travers de travaux menés à l'échelle nationale, nous montrerons que les maisons de santé sont un outil pertinent pour attirer de jeunes généralistes dans les "déserts médicaux" et maintenir ceux y exerçant déjà. Toutefois, ces structures n'ont pas la même efficacité selon le type de territoire, et, dans un contexte de raréfaction nationale de l'offre de soins, ne suffisent pas dans les marges rurales pour améliorer l'accessibilité aux soins. Des questions demeurent sur les reconfigurations locales que peuvent créer les MSP comme la concentration de l'offre et leurs effets sur l'accès aux soins. Par ailleurs, les intercommunalités disposent d'autres leviers pour attirer des médecins généralistes (salarier, aides à l'installation, aides aux internes, recrutement de médecins diplômés à l'étranger) dont on ne connaît pas l'efficacité à l'échelle nationale. Des évaluations supplémentaires sont nécessaires afin de mettre en évidence les leviers qui fonctionnent et qui pourraient être des compléments intéressants pour renforcer durablement l'offre médicale locale.

2/ Enseignements issus de travaux menés en Île-de-France

Au travers de plusieurs exemples issus de travaux menés en Île-de-France, que ce soit dans le cadre de projets tutorés effectués par des étudiants de master, ou dans le cadre de suivis de stages, effectués au sein de ces intercommunalités (diagnostics préalables au montage d'un CLS notamment), nous chercherons à présenter et discuter les enjeux de l'observation des questions de santé à l'échelle d'une intercommunalité et de l'accompagnement de celle-ci dans ses prises de décision. Si le volet technique et méthodologique d'une telle démarche ne doit pas être négligé (sources d'informations, mailles d'observation vs mailles d'intervention, typologies de territoires, suivis dans le temps etc.), c'est surtout la place et le rapport à entretenir entre une démarche de production de connaissances, de formation et de prise de décision qui doivent être interrogés. Les transformations sociales qu'implique la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé passent nécessairement par de nouveaux formats de recherche, de nouvelles formes d'apprentissage et de co-production de connaissances associant l'ensemble des acteurs.

MOTS-CLÉS

accès aux soins ; co-production de connaissances ; inégalités de santé ; intercommunalités
territorialisation des politiques publiques

L'EPCI rural, pilote de la politique territoriale de santé

Nicolas ROBERT

Ancien directeur général des services de la Communauté de communes Chablis Villages et Terroirs ;
n.robert@laposte.net

RÉSUMÉ

Dans l'espace rural, les mutations qui se produisent actuellement, avec l'expression des nouveaux "désirs de vie" que la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a pu faire naître, laissent penser que le dépeuplement de ce type de territoire pourrait bientôt ralentir sinon cesser de manière durable. Sous cet angle, la mise en place d'une politique territoriale de santé dans l'espace rural peut sommairement se définir comme toute initiative émanant des élus locaux et visant à lutter contre la désertification médicale, tout en facilitant l'accès aux soins pour la population. En réalité, ce double objectif concerne aussi bien l'économie locale que l'aménagement du territoire et la décentralisation, mais c'est bien la santé publique qui en constitue la préoccupation prioritaire et c'est à cette aune qu'il convient de réinterroger le rapport entre l'État et les collectivités territoriales, en même temps que le rôle de ces dernières et la manière dont les intercommunalités se sont plus particulièrement impliquées, ces dernières années, dans l'impulsion et la conduite des politiques territoriales de santé. Dans cette perspective, est plus particulièrement appelée une réflexion sur la répartition des compétences en la matière au sein du bloc communal, dont découle une interrogation sur la place respective de la commune et de l'intercommunalité dans la mise en oeuvre des politiques territoriales de santé. La présente communication vise à apporter un éclairage sur la construction et l'animation des politiques de santé publique à l'échelle des intercommunalités rurales, entendues au sens d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre dont la population est comprise entre 15 000 et 20 000 habitants, c'est-à-dire des communautés de communes constituées de 30 à 50

communes comptant souvent moins de 500 habitants, avec un chef-lieu dont la population avoisine 2 000 habitants. Le propos se concentrera donc sur cette catégorie d'intercommunalités à fiscalité propre et, pour répondre à l'interrogation centrale du projet scientifique – caractériser l'évolution des politiques de santé publique construites à l'échelle du bloc communal – s'inscrira dans les deux premiers axes d'interrogation proposés : d'une part, l'action intercommunale se révèle-t-elle plus efficace ? D'autre part, l'intercommunalité traduit-elle une montée en gamme des structures territoriales organisées et légitimées à l'échelle de bassins de vie ? En d'autres termes, les enjeux de santé publique locale contribuent-ils à une dépréciation progressive de l'initiative communale, au point d'en menacer un jour l'existence même ? De fait, au sein du bloc communal, l'EPCI à fiscalité propre semble autant reconnu comme un échelon nécessaire qu'il s'affirme comme l'échelon pertinent. Échelon nécessaire, en raison d'un volontarisme communal autorisé par la clause générale de compétence, mais souvent limité par la taille des communes rurales et l'étrécissement subséquent de leurs moyens financiers. Par conséquent, la montée en puissance de l'intercommunalité dans l'impulsion des politiques territoriales de santé fait relativement consensus au sein du bloc communal et est d'ailleurs légitimée par les évolutions textuelles récentes. Échelon pertinent aussi, car l'EPCI à fiscalité propre dispose d'une capacité d'intervention de plus en plus sollicitée, tout en étant déjà doté d'une capacité de contractualisation qui s'étend elle aussi de plus en plus. Il peut ainsi mener une politique territoriale de santé efficace dans l'intérêt de sa population, en lien avec ses communes membres et qui se traduit d'abord, mais plus seulement aujourd'hui, par la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles, la recherche de praticiens pour y exercer et la mise en place de transports à la demande pour y conduire les patients. Il lui reste alors à optimiser sa relation avec les professionnels de santé, ce qui est un autre débat.

MOTS-CLÉS

efficacité ; intercommunalité ; politique locale ; ruralité ; santé

Intercommunalité, mobilité et santé, l'intérêt du diagnostic partagé entre acteurs : le cas d'un EPCI

Corinne ROCHETTE *

Milhan CHAZE **

* Professeure des universités HDR ; IAE Clermont Auvergne, université Clermont Auvergne ; CleRMA ; chaire santé et territoires ; corinne.rochette@uca.fr

** Docteur-ingénieur de recherche ; université Clermont Auvergne ; UMR Territoires ; chaire santé et territoires ; milhan.chaze@uca.fr

RÉSUMÉ

Il y a un véritable enjeu en termes de santé publique à s'emparer de l'action au plus proches des citoyens bénéficiaires. En France, la politique sanitaire est historiquement marquée par une centralisation et une concentration importante. Elle évolue vers une territorialisation de l'action, certes encore timide mais bien palpable, que certains qualifient de changement de paradigme. Cette évolution va de pair avec une acculturation à de nouvelles façons de fabriquer l'action sanitaire locale. Elle

constitue un terrain propice au développement de l'approche « Health in All Policies » (HiAP), laquelle repose sur la capacité des acteurs à identifier collectivement des situations territoriales problématiques dont le traitement peut donner lieu à une approche intersectorielle et un dé-silotage des politiques publiques locales. À partir de l'étude du cas d'un établissement public de coopération intercommunale français, nous montrons comment un diagnostic sanitaire local partagé construit chemin faisant et empruntant des représentations cartographiques permet de dégager consensuellement une situation de santé publique problématique autour du manque d'activité physique et la sédentarité. Le diagnostic local partagé se révèle être un outil intégrateur des politiques publiques locales permettant d'enclencher une dynamique d'action collective locale intersectorielle.

MOTS-CLÉS

activité physique ; cartographie ; diagnostic partagé ; mobilité douce ; politiques locales ; santé dans toutes les politiques

Le contrat de réciprocité comme instrument de pilotage des politiques de santé ?

Julien THOMAS

Maître de conférences en droit public ; Université d'Orléans ; CRJ Pothier ; julien.thomas@univ-orleans.fr

RÉSUMÉ

Avec l'affirmation des métropoles, le risque a été mesuré de voir se creuser un écart entre des territoires dynamiques et les territoires ruraux. Le comité interministériel aux ruralités (CIR) du 13 mars 2015 a identifié 48 mesures, regroupées en trois priorités : garantir à tous l'égal accès aux services ; amplifier les capacités de développement des territoires ruraux ; assurer la mise en réseau des territoires. L'une de ces mesures consiste à expérimenter des « contrats de réciprocité "ville-campagne" », entre des communes et des intercommunalités en manifestant la volonté. Cette expérimentation a concerné quatre contrats à l'origine, avant de connaître une extension. La santé figure parmi les thèmes abordés par quelques-uns de ces contrats. Cette contribution tend à identifier l'intérêt de cet outil d'action publique, la formulation qui en ressort d'objectifs en lien avec la santé et les effets observables de mise en œuvre.

MOTS-CLÉS

action publique ; contrat de réciprocité ; santé

L'hôpital de proximité, des actions locales & intercommunales aux labels & service public nationaux

Mathieu TOUZEIL-DIVINA

Professeur des Universités, droit public ; Université Toulouse 1 Capitole ; Président du Collectif L'Unité du Droit, mathieu.touzeil-divina@ut-capitole.fr

RÉSUMÉ

L'hôpital de proximité est à la santé ce que la pédagogie est à l'Université : un idéal et parfois un « label » sinon un mythe plus encore qu'une réalité. Pourtant, tous les services publics parmi les plus essentiels ne cessent de l'invoquer par intermittence politique. La Justice se rêve de « proximité » avec un antique juge « de paix » depuis 1790 devenu « d'instance » en 1958 puis en 2002 « juge de proximité » avant d'être supprimé en 2016 puis rétabli sous la forme de conciliateur puis à nouveau de tribunal ou de chambre judiciaire de proximité en 2019. La police a également connu ses instaurations puis suppressions puis restaurations, au gré des gouvernants, de patrouilles ou cellules dites de proximité. Partant, l'ancien hôpital local puis rural est-il devenu « de proximité » à qualité déconcentrée et ce, au fur et à mesure de la nationalisation, de plus en plus en plus assumée, du service public hospitalier.

La contribution propose d'abord d'exposer « L'hôpital de proximité, une vocation publique intercommunale entre hôpital & hospice » (I) afin de rappeler les origines et racines de cette institution. Par suite, en étudiant « L'hôpital de proximité, une pratique locale, privée ou publique, sous protection nationale » (II) il s'agira d'analyser comment, depuis 2015 et au regard notamment de l'article L. 6111-3-1 du Code de la Santé Publique, s'opère dans le territoire national une gradation des soins dont l'hôpital de proximité est le pivot intercommunal qui rappelle, entre plusieurs missions de service public, l'antique hôpital-hospice d'autrefois mais en échappant à la sulfureuse et si contestée tarification à l'activité (T2A).

MOTS-CLÉS

hôpital de proximité ; hôpital-hospice ; service public ; T2A ; territoire(s)

La place de l'intercommunalité dans la gouvernance des établissements publics de santé

Vincent VIOUJAS

Directeur d'hôpital ; chargé d'enseignement et chercheur associé ; Aix-Marseille université ; ADES ; vincent.vioujas@univ-amu.fr

RÉSUMÉ

Historiquement rattachés à leur commune d'implantation, les établissements publics de santé associent d'autres collectivités territoriales à leur gouvernance. Le conseil d'administration (devenu conseil de surveillance à la suite de la loi HPST du 21 juillet 2009) comporte ainsi des représentants d'autres communes que la commune siège, y compris pour les établissements communaux depuis 1996. La présence au sein de cette instance de représentants des groupements de collectivités territoriales est, en revanche, plus récente.

En vertu de la loi HPST du 21 juillet 2009 et du décret n°2010-361 du 8 avril 2010, le premier collège du conseil de surveillance est en effet obligatoirement composé d'un ou deux représentants d'un EPCI à fiscalité propre dont la commune siège est membre. Ce n'est qu'à défaut qu'il leur est substitué un ou deux représentants de la ou des deux principales communes d'origine des patients autres que la commune siège. Les membres de ce collège siègent également au sein du comité territorial des élus constitué au sein de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT).

Mais, paradoxalement, cette consécration résulte d'une loi qui s'est attachée à réduire les compétences et les domaines d'intervention des conseils de surveillance. De même, le comité territorial peine à trouver sa place dans la gouvernance complexe des GHT. Dans ces conditions, la place reconnue aux représentants des structures de coopération intercommunale dans les instances hospitalières peut sembler décevante et peu motivante.

MOTS-CLÉS

collectivités territoriales ; EPCI ; groupement hospitalier de territoire ; hôpital