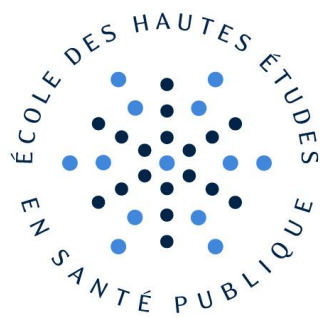


Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Communes, intercommunalités et
santé : les enjeux d'un changement
d'échelle territoriale



EHESP

Margaux Fête

2015-2016

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Zoe Héritage, Eva Vidales, et Marie de Bie pour leur accueil chaleureux au sein de la structure. Merci de m'avoir fait partager vos connaissances personnelles, accueilli et suivi pendant le stage.

Je suis très reconnaissante envers Madame Guével pour son accompagnement et ses conseils précieux tout au long de ma mission et de la rédaction de mon mémoire.

Je suis également très reconnaissante envers Monsieur Campéon, qui m'a donné des pistes précieuses tout au long de mon stage et accordé beaucoup de temps pour nous aiguiller et nous conseiller dans notre recherche de stage.

Merci à Régine Maffei, qui m'a aidée à trouver un poste et un bureau pour travailler dans de bonnes conditions et à son accompagnement tout au long de l'année.

Je tiens à remercier mes collègues – stagiaires, doctorants, ingénieurs- au sein du département SHS pour leur bienveillance leur aide, et les échanges qui m'ont aiguillonné dans ma réflexion.

Merci à mes parents et ma grand-mère pour leur soutien et leurs relectures

Sommaire

Introduction	1
1 Le bloc local, acteur clé pour agir sur les déterminants de la santé.....	3
1.1 La définition positive de la santé : vecteur d'une action en santé du bloc local au-delà de ses compétences réglementaires.....	3
1.1.1 La santé, une compétence régaliennne peu décentralisée vers le bloc local	3
1.1.2 La définition positive de la santé, vecteur de la légitimation de l'action en santé du bloc local	5
1.2 La gouvernance locale, au cœur des démarches de modernisation de l'action publique.....	8
1.2.1 La décentralisation, un processus de remise en cause du concept « centre-périphérie » et de valorisation de l'action publique locale.....	8
1.2.2 La nécessité d'une action intersectorielle localement adaptée pour réduire les inégalités sociales de santé.....	10
1.3 Un réseau pour favoriser le travail en promotion de la santé des villes et des intercommunalités	12
2 Le bloc local objet de profondes mutations en France : Mieux comprendre la nouvelle gouvernance urbaine et ses enjeux sur la santé.....	15
2.1 La montée en puissance des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale : Vers une nouvelle gouvernance urbaine ?	15
2.1.1 Le processus d'intercommunalisation : pallier les difficultés structurelles des communes	
2.1.2 Le renforcement intercommunal des compétences liées à la santé	19
2.1.3 Les mécanismes de la coopération intercommunale.....	20
2.2 Ma mission au sein du Réseau : Mieux comprendre l'impact de la nouvelle gouvernance urbaine sur l'organisation de la santé publique au sein du bloc local	22

3 Une intercommunalité de la santé ? Enjeux et conséquences d'un changement d'échelle territoriale	28
3.1 La difficile institutionnalisation de la santé à l'échelle intercommunale	29
3.1.1 La commune, garante de l'action en santé publique	29
3.1.2 La santé, une compétence rarement exercée par les intercommunalités : Le caractère exceptionnel des services de santé intercommunaux	33
3.1.3 L'inscription dans le cadre de l'intercommunalité de certaines thématiques précises.....	37
3.1.4 Les freins à l'intercommunalisation de la santé	39
3.2 L'émergence de coopérations volontaires et informelles à dimension intercommunale	42
3.2.1 Les coopérations volontaires subsidiaires : coopérer pour un intérêt commun au territoire : Le CLS intercommunal.....	43
3.2.2 Les collaborations stratégiques : coopérer pour une meilleure efficacité des actions.....	44
3.3 La prise en compte de la santé dans les politiques menées par l'intercommunalité	49
3.3.1 Communes et intercommunalités : une gouvernance partagée des déterminants de la santé	49
3.3.2 La réelle opportunité de la collaboration des services de santé communaux avec les services intercommunaux pour intégrer la santé dans les politiques sectorielles intercommunales	
3.3.3 L'intercommunalité, perçue comme un gouvernement à huis -clos par les acteurs locaux.....	54
3.3.4 La restructuration récente des services : un obstacle pour collaborer avec les nouveaux services	56
4 Des défis à surmonter pour favoriser la coopération intercommunale.....	58
Conclusion.....	61
Bibliographie	65
Liste des annexes.....	68

Liste des sigles utilisés

ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation
ARS : Agences Régionales de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASV : Atelier Santé Ville
CLS : Contrat Local de Santé
CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
CA : Communauté d'Agglomération
CU Communauté Urbaine
CC Communauté de Communes
CGC Clause
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
DGS : Direction Générale de la Santé
EIS : Evaluation d'Impact Santé
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
PCAET : Plan Climat Air Energie Territoriale
PLU : Plan Local de l'Urbanisme
PLH : Plan Local de l'Habitat
PMI : Protection Maternelle Infantile
PDU : Plan de Déplacement Urbain
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé

Introduction

“Sachant que l'échelon local est l'échelon de la citoyenneté et que l'élu local est le maillon indispensable à un dialogue entre habitants, associations, nous rappelons que la santé ne peut pleinement se promouvoir qu'à travers une action locale » déclarent les élus santé membres du Réseau français des villes-Santé lors du colloque du 31 mai à Aix-les-Bains sur le thème « Territoires et Santé, quels enjeux ? ». (RFVS de l'OMS, *Déclaration politique des élus membres du réseau ville santé*, 2016)

Aujourd'hui, plus de la moitié de la population vit en ville en 2015, et la proportion d'urbains s'élèvera à près de 70 % en 2050. L'évolution démographique des villes, associée à l'évolution des dynamiques économiques, sociales et environnementales, remet en question les enjeux sanitaires des espaces urbains. Le besoin de reconsidérer les liens entre la santé publique et les politiques publiques locales s'est notamment concrétisé en 1986 avec la naissance du programme des villes santé (Le Goff, 2012). Ce dernier a pour objectif de reconnaître le rôle des acteurs urbains dans la promotion de villes susceptibles de concourir à l'épanouissement et à la santé pour tous. Le Réseau français des Villes-Santé a quant à lui été créé en 1990. « *Penser global pour agir local* », telle est la ligne de conduite du Réseau Villes-Santé de l'OMS. En effet, le Réseau Villes-Santé, fort de son expertise internationale s'inscrit dans un cadre européen. Fin 2014, **un nouveau programme européen des villes santé basé sur la politique santé 2020**¹ de l'OMS a été validé. Dans le cadre de la mise en œuvre de « Santé 2020 », la phase VI² apportera un soutien aux villes et les encouragera à intensifier leurs efforts en vue d'amener les principales parties prenantes à œuvrer de concert en faveur de la santé et du bien-être. Au vu du caractère fondamental de la volonté politique pour la mise en œuvre des politiques

¹ Santé 2020 est la nouvelle politique-cadre européenne de la santé. Elle vise à soutenir les mesures pangouvernementales et pansociétales destinées à « améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, réduire les inégalités de santé, renforcer la santé publique et mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne ».

² La phase III (1998-2002) avait pour objectif l'intégration avec les agendas 21 locaux.

La phase IV (2003-2008) avait quatre objectifs : - un aménagement urbain sain, être actif, la promotion des Evaluations d'Impacts sur la Santé (EIS) et vieillir en bonne santé.

La phase V (2009-2013) présentait avait plusieurs objectifs : la santé et l'équité dans toutes les politiques locales, l'instauration d'un contexte de sollicitude et de soutien, une vie saine et l'urbanisme favorable à la santé.

La phase VI qui démarrera au 1^{er} janvier 2017 aura pour thèmes prioritaires la santé des migrants et le lien entre culture et santé.

1 - Margaux FETE – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- Science Po Rennes-

locales de santé publiques, les villes sont invitées à renforcer le leadership et la gouvernance participative pour la santé.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le bloc local que constituent les communes et les intercommunalités est considéré comme l'échelon pertinent pour la mise en oeuvre des politiques publiques en santé. Or, aujourd'hui, avec la montée en puissance des Etablissements Publics de Coopérations Intercommunales (EPCI) et des compétences qui lui sont confiées, le bloc local est sujet à de profondes mutations. Fort de ses missions de partage d'expériences et de pratiques, le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a consacré son colloque annuel, du 31 mai 2016, au thème « *Territoires et santé, quels enjeux ?* », signe de l'importance accordée aux questionnements relatifs à l'impact des différentes réformes territoriales sur l'organisation et l'exercice de la santé au sein du bloc local. C'est dans la perspective de la préparation de ce colloque que j'ai été missionnée. J'ai effectué une étude sur l'organisation et l'exercice actuel de la santé au sein du bloc local.

Dans quelle mesure ces nouveaux espaces transforment-ils les pratiques locales et les rapports qui préexistaient entre les acteurs institutionnels ? Quels sont les enjeux et les conséquences de la montée en puissance des Etablissements de Coopération Intercommunale sur l'organisation et la gestion de la santé publique au sein du bloc local que constituent les communes et les intercommunalités ?

Les évolutions scientifiques et politiques de la place de la santé au sein du bloc local (communes / intercommunalités) feront l'objet d'une première partie. (I). La deuxième partie se concentrera sur les mutations profondes dont fait l'objet le bloc local afin de mieux appréhender les missions qui m'ont été confiées(II). Enfin, la troisième partie présentera les résultats de l'enquête menée sur l'organisation et l'exercice de la santé à l'échelle des villes et intercommunalités (III). Cette enquête a été menée auprès de 56 membres du Réseau français des Villes-Santé.

1 Le bloc local, acteur clé pour agir sur les déterminants de la santé

Deux facteurs ont conduit à la reconnaissance de l'action du bloc local sur les déterminants de la santé. Tout d'abord l'émergence d'une définition positive de la santé a permis au bloc local d'agir en santé au-delà de ses compétences réglementaires (1. 1) . Un autre élément a légitimé la mise en œuvre de politiques de santé par le bloc local. Il s'agit de la valorisation ce bloc comme échelon pertinent pour la conception et la mise en œuvre des politiques publiques (1.2). Enfin, la création du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS atteste de la reconnaissance de l'action en santé du bloc local (1.3)

1.1 La définition positive de la santé : vecteur d'une action en santé du bloc local au-delà de ses compétences réglementaires

1.1.1 La santé, une compétence régaliennne peu décentralisée vers le bloc local

Le domaine de la santé publique peu affecté par les lois de décentralisation

En France, la santé est une compétence régaliennne gérée par l'Etat qui doit être le garant de sa protection, inscrite dans le périmètre de constitutionnalité depuis 1970. Selon la loi de santé publique de 2004, « *La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels* » (J. Elias, 2010). L'Etat met en place depuis les années 2000 plusieurs plans nationaux thématiques en fonction des priorités publiques fixées en matière de santé publique³. Les lois de décentralisation ont peu affecté le domaine de la santé. Ainsi, les compétences des collectivités territoriales en matière de santé sont très modestes comme nous pouvons le voir dans le tableau n° 1 (L. El Ghozi, 2012).

Etat	Collectivités territoriales		
	Conseil Général	Conseil Régional	Communes
PNS, Plan thématiques, Politique de la ville, Pacte territoire santé	PMI ASE Prévention spécialisée Participation aux CUCS	Formations sanitaires et sociales	Hygiène (SCHS) Protection générale CCAS (Centre Communal d'action sociale) Contrat de ville

Tableau 1 : Répartition des compétences réglementaires en santé entre l'Etat et les collectivités territoriales en France

Si changement il y a eu, c'est plutôt en termes de déconcentration de l'action sanitaire et sociale vers les départements et les régions. La loi Hôpital, patient, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et la création des Agences Régionales de Santé signent la territorialisation de la santé publique au niveau régional. L'article 36 de la loi énonce : « *La réduction des inégalités de santé est un objectif central confiée aux ARS* ». Le territoire régional devient donc l'échelon de référence pour planifier, construire, et conduire les politiques sanitaires dans le cadre fixé par l'état central. Mais cette mesure est marquée par l'empreinte profondément étatique et nationale de la politique de santé qui est une caractéristique française.⁴ En France, l'Etat a toujours conservé la maîtrise du processus de régionalisation des politiques de santé publique entamé en 1991 (Loncle, 2009). Certains parlent même d'une « *autonomie de façade* » concernant l'intervention en santé des Agence Régionales de Santé (Rolland, 2013). **La décentralisation du système de santé initiée par la loi HPST ne s'articule donc pas autour des collectivités territoriales et des élus locaux.** Si la circonscription régionale était en effet apparue comme l'échelon territorial pertinent, en revanche, le conseil général, la commune ou l'intercommunalité comme collectivités territoriales sont absentes de la réforme (PL Bras PL, 2009).

On pourrait donc penser que la décentralisation n'a pas affecté le pouvoir d'intervention des communes et intercommunalités dans le champ de la santé qui sont restées cantonnées à leurs prérogatives datant de la III ème république concernant l'hygiénisme municipal (Le Goff, 2010). Et en effet, les recherches sur la ville et la santé n'allaient pas de soi au début

⁴ Cela contraste notamment avec les pays scandinaves qui accordent une large autonomie aux collectivités locales-

4 - Margaux FETE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes –

des années 1990, comme le rappelle Didier Fassin : « *Il semble que l'étude de la santé publique locale ait pâti de la faible légitimité scientifique de la santé, d'une part et du local d'autre part, dans le champ de l'étude des politiques publiques* » (Fassin, 1993).

La compétence réglementaire du bloc local réduite à l'hygiène publique

A la fin du XIX^{ème} siècle, l'hygiénisme municipal est convoqué comme ressource idéologique et technique. Par les lois de 1982-1983, les autorités communales sont encouragées à promouvoir des politiques de santé, distinctes de celles du département ou de l'Etat. En effet, les lois de décentralisation de 1983 feront évoluer les bureaux d'hygiène en services communaux d'hygiène et de santé facultatifs. Les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) exercent leurs missions d'hygiène publique (hygiène de l'habitat, de l'espace urbain, hygiène alimentaire des aliments, bruit, vaccination). Aujourd'hui, les missions d'hygiène publique se retrouvent dans le Code Général des Collectivités Territoriales sous le terme des « *pouvoirs de police du maire* ». ⁵

Si les compétences du bloc local sont réglementairement réduites à l'hygiénisme, les évolutions de la définition de la santé les invite à agir au-delà de leurs compétences réglementaires.

1.1.2 La définition positive de la santé, vecteur de la légitimation de l'action en santé du bloc local

La santé, aujourd'hui reconnue comme le résultat de dynamiques individuelles et environnementales

Comme l'a souligné Didier Fassin, « *La santé publique s'est faite dans l'histoire et elle se fait au quotidien. Son territoire est à la fois vaste et incertain, multiple par ses significations et variables en termes d'utilisation* » ⁶. Il existe différentes interprétations sur ce que l'on entend par « santé publique ». Un traité classique met d'ailleurs en exergue que « *La santé publique ne dispose pas d'une définition admise de tous* » (Bourdillon et al., 2007, p 1). Il existe plusieurs approches de la santé : la définition négative : « *la santé, c'est*

⁵ Les pouvoirs de police regroupent trois éléments : la tranquillité publique, la sécurité publique et la salubrité publique. Aujourd'hui, cet ensemble composite est sous la responsabilité municipale et souvent dévolues à service communal d'hygiène et de santé.

⁶ Propos de Didier Fassin dans le cadre de l'ouverture de l'Ecole nationale de Santé publique de Rennes.

l'absence de maladie ». C'est une définition biomédicale de la santé qui l'a réduite à son aspect sanitaire. Aujourd'hui, cette définition est unanimement critiquée.

L'organisation Mondiale de la Santé a d'ailleurs défini cette dernière comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). La définition de la santé ne repose pas seulement sur un état à un moment précis : l'état de santé est le résultat de dynamiques individuelles et environnementales (Le Goff, 2010). La santé n'est pas cantonnée aux disciplines médicales mais se veut un champ à la fois pluridisciplinaire et systémique. Cette thèse a d'ailleurs été confirmée par McKeown en 1979, qui a pu constater que les améliorations des conditions de vie, plutôt que l'amélioration des technologies de la médecine avaient permis la diminution de la mortalité du milieu du 19^{ème} siècle au milieu du XX^{ème} siècle (De Leeuw et al, 2013). En ce sens, le préambule de la constitution de 1946 est riche d'enseignement et va largement dans le sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il fait état non pas de droit à la santé mais de droit à la protection de sa propre santé. Nous retrouvons donc bien ici l'idée d'œuvrer à la lutte contre tous les facteurs qui altèrent la santé en amont du soin. C'est donc cette approche pluridisciplinaire qui caractérise la santé publique aujourd'hui.

Les politiques publiques des gouvernements locaux : des leviers pour agir sur les déterminants de la santé et réduire les inégalités sociales de santé

Les circonstances de vie des individus et les interventions de santé publique mises en place pour maintenir ou améliorer leur santé sont communément appelées les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008). Une action sur l'ensemble des déterminants de la santé nécessite une responsabilité partagée des décideurs politiques et les mesures prises doivent dépasser le champ strictement sanitaire (Beland et al, 2016). Selon cette idée, les politiques publiques des gouvernements locaux occupent une place centrale, par exemple les politiques de transport ou de logement à l'échelle locale, les politiques fiscales, environnementales, éducatives et sociales.

Définir la santé selon les déterminants de la santé est très complexe tant les facteurs à prendre en considération sont nombreux et intriqués. Néanmoins, quatre grands types de facteurs explicatifs sont couramment distingués par les épidémiologistes, selon le modèle développé dans le rapport : « *Nouvelle perspective de santé des canadiens* », publié en 1974 sous l'égide du ministre canadien de la santé, Marc Lalonde :

- (1) Facteurs biologiques : personne ne reçoit les mêmes qualités à la naissance et de plus tout être vivant réagit différemment aux processus de vieillissement.

- (2) Les facteurs comportementaux : les modes de vie reprennent la façon dont les l'homme mange, fume, boit, utilise des médicaments, et aussi ses habitudes quant à la pratique d'activité sportive et physique.
- (3) Les facteurs liés au système de santé : on entend ici par système de santé l'intervention du médecin, l'inspection médicale scolaire, les vaccinations préventives, les soins de santé, le régime assurantiel.
- (4) Les facteurs environnementaux et sociaux : caractéristiques du milieu physique (degré de pollution de l'air de l'eau, du sol et toutes les formes d'agressions nuisibles à la santé comme le bruit) mais aussi l'influence du milieu relationnel.

Comme nous pouvons le voir sur ce schéma n° 1, les déterminants n'ont pas tous la même importance. Les plus importants et ceux sur lesquels les villes peuvent agir sont les déterminants structurels des inégalités en matière de santé (voir schéma) comme les politiques macroéconomiques, les politiques sociales, les politiques publiques, et la culture. Ces déterminants structurels constituent la cause profonde des inégalités en matière de santé.

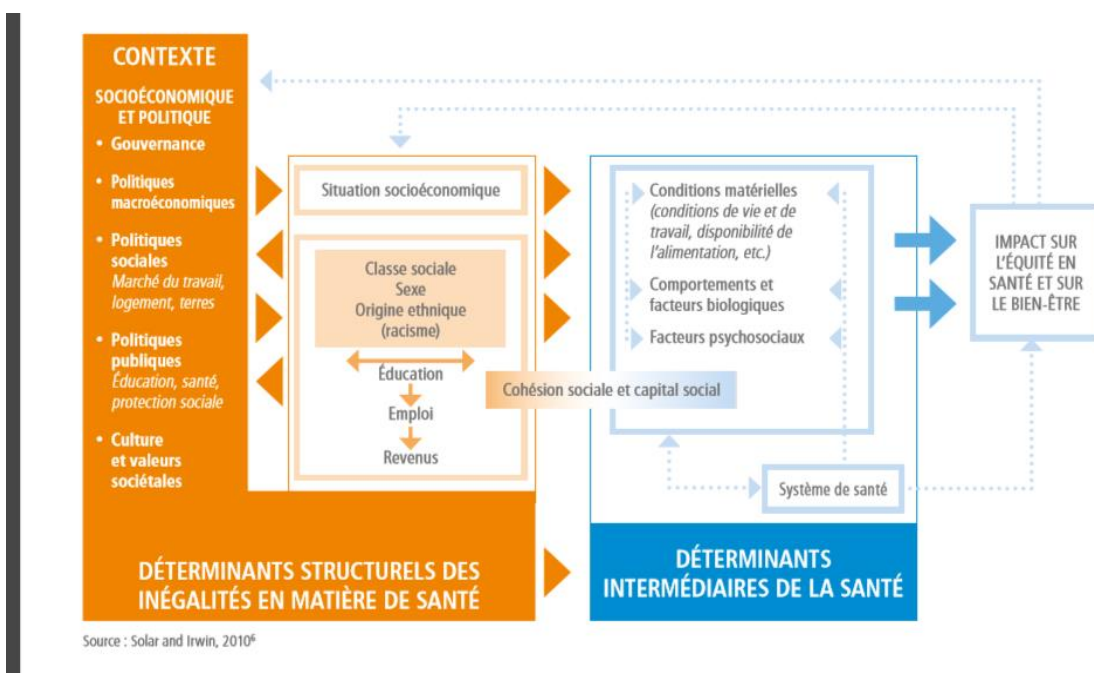


Schéma n° 1 : Cadre conceptuel sur les déterminants sociaux de la santé

Les compétences des villes et des intercommunalités sont donc autant de leviers pour agir sur les déterminants de la santé (voir tableau n° 1). Nombreux sont les élus ou techniciens qui se plaignent de la non reconnaissance d'une compétence légale en matière de santé pour les pouvoirs locaux. Ils ne disposent donc pas de moyens financiers permettant la mise en place d'une politique de santé. L'intervention des collectivités territoriales en matière de santé est donc basée sur le volontarisme et se fait surtout via les compétences

plus générales. Cette articulation s'effectue bien souvent lorsqu'il y a une volonté politique de créer une délégation santé à la mairie, qui n'est pas obligatoire. Le maire, une fois son équipe constituée, définit le périmètre des délégations et les confie dans un ordre de préséance établi à des colistiers. L'existence d'une délégation à la santé n'est pas constante puisque les actions municipales en la matière ne sont, en dehors de cas spécifiques, pas obligatoires. (Guide, Agir pour un urbanisme favorable à la santé, 2014). La question se pose notamment de la capacité des acteurs locaux à se doter d'une véritable compétence santé entendue au sens de l'OMS. Si beaucoup de grandes villes vont au-delà de leurs compétences légales (hygiène et salubrité publique), ce n'est pas le cas de la plupart des villes.

Déterminant de la santé	Compétence réglementaire
Environnement naturel et écosystème	Protection de l'environnement et lutte contre la pollution
Aménagement du territoire	Urbanisme
Systèmes de santé et services sociaux	Action sociale et services de santé (ASV, CLSM, CCAS, MSP, SCHS,
Contexte social et environnemental	Culture et sport
Milieus d'hébergement	Logement et habitat

Tableau n° 2 : Les compétences du bloc local, leviers d'intervention sur les déterminants de la santé

1.2 La gouvernance locale, au cœur des démarches de modernisation de l'action publique

La décentralisation, en remettant en cause le concept « centre/périphérie » a valorisé l'action publique locale (1.2.1). La nécessité d'une action intersectorielle et de proximité a favorisé et légitimisé l'action du bloc local dans les politiques de santé. (1.2.2)

1.2.1 La décentralisation, un processus de remise en cause du concept « centre-périphérie » et de valorisation de l'action publique locale

On assiste depuis un certain nombre d'années à une remise en cause de l'état nation et du concept centre- périphérie. De fait, la décentralisation s'est affirmée depuis trente ans comme un mouvement bouleversant fortement l'architecture institutionnelle du pays. Les politiques de décentralisation assurent le transfert d'une part du pouvoir exercé par l'Etat à des entités politiques ou administratives d'échelon inférieur. Ce processus s'effectue dans

la perspective d'accroître la légitimité, la capacité et liberté d'actions des collectivités territoriales (Pasquier et al. 2011).

Amorcée dès 1982, la décentralisation s'est inscrite avant tout dans une double perspective de modernisation et de démocratisation de l'action publique. La redéfinition des compétences des collectivités territoriales en même temps que la réallocation des ressources fiscales ont permis de développer des entités nouvelles, dotées de moyens importants et de personnels nombreux. « *La décentralisation a été entreprise au nom de mots d'ordre consentuels vertueux : démocratisation, alignement de l'offre de services publics sur la variation locale des préférences des électeurs ou des problèmes à résoudre, accroissement de la participation et du contrôle des gouvernés sur les gouvernants, amélioration de l'efficacité ou de l'efficience* »⁷ (Pasquier et al, 2011).

Depuis 1982 nous avons assisté à trois réformes majeures ayant pour pu de renforcer l'action publique locale. Une métaphore théâtrale est souvent utilisée dans la littérature pour décrire les étapes de la décentralisation : « Acte I de décentralisation ; Acte II... ». (Verpaux, 2016).

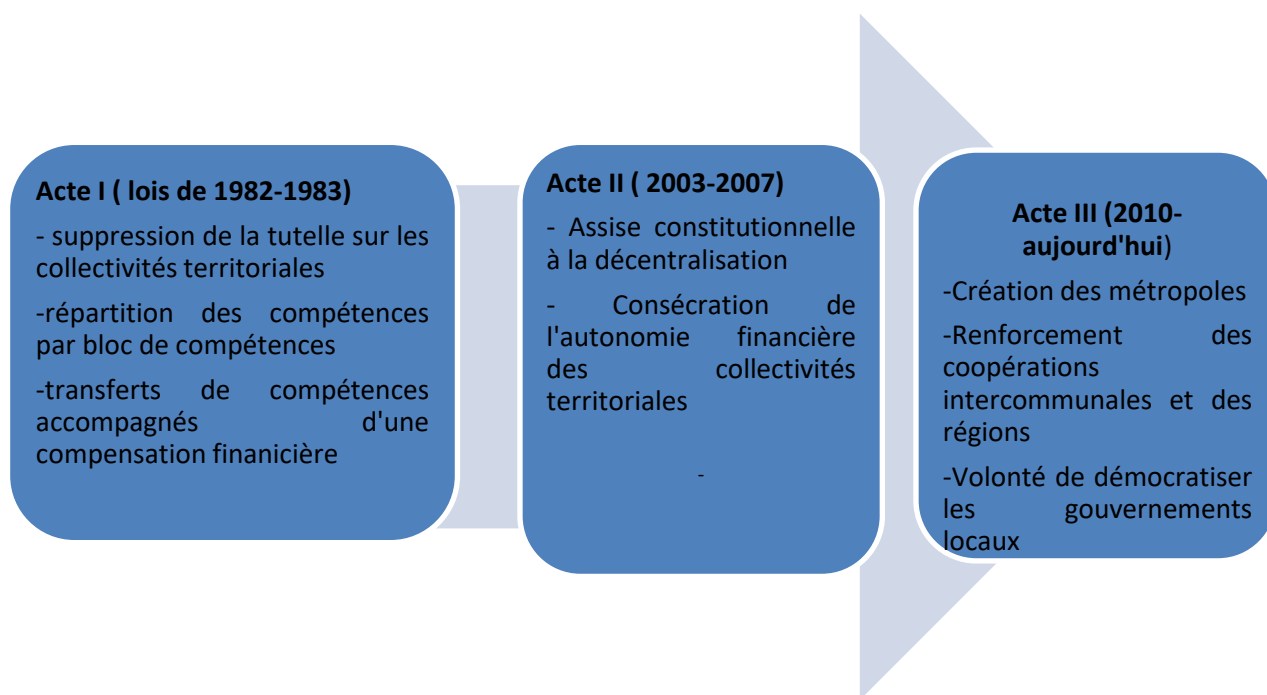


Schéma n° 2 : Les étapes de la décentralisation

⁷ « *La décentralisation est un processus qui consiste à transférer une part du pouvoir exercé par l'état à des entités politiques ou administratives d'échelon inférieur. Décentralisation et déconcentration ne sont pas synonymes, même si ces deux processus sont souvent associés. En effet, la déconcentration concerne le transfert des activités, tandis que la décentralisation suppose le partage des pouvoirs dans les territoires. La déconcentration n'implique pas un partage des pouvoirs mais consiste seulement en un rapprochement de l'Etat et des citoyens.* » (Bussi, 2008)

⁹ - Margaux FETE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes –

Cette remise en cause du concept centre – périphérie sonne la fin de l'état planificateur. L'Etat dirigiste, en attribuant dans ce cadre des fonctions aux grandes villes du pays est en peine de reformuler un nouveau projet pour le territoire national. (Béhar, Estèbe, 1999). Les dernières lois de décentralisation, Lois Modernisation de Action Publique et de l'Aménagement du Territoire de 2014⁸ (MAPTAM) et la loi portant Nouvelle Organisation pour la République (NOTRe) de 2015⁹ se sont notamment attelées au renforcement des compétences des régions et du bloc local (communes / intercommunalités).

L'émergence dans les sciences sociales de la notion de « gouvernance locale »

Si les compétences des communes ont été fortement élargies avec la décentralisation, certaines villes avaient, avant même l'acte I de la décentralisation en 1982 déjà constitué une capacité autonome d'innovation et d'action dans les secteurs peu investis par les services de l'Etat : transports collectifs, développement économique, réhabilitation de l'habitat insalubre, culture, action sociale... (Pinson, 2010). Ce renforcement de la capacité d'action des collectivités, et notamment des plus grandes villes, fait qu'aujourd'hui, les gouvernements locaux (communes et intercommunalités) assurent près de 70% de la dépense publique d'investissement (Pinson, 2010). Les études de cas réalisées dans de grandes villes ont mis l'accent sur le rôle politique et le développement d'un gouvernement urbain. D Lorrain conclura même que « *La France est passée de l'administration républicaine au gouvernement urbain* ». Les politiques publiques locales ont une double vertu : celle d'une action intersectorielle et localement adaptée.

1.2.2 La nécessité d'une action intersectorielle localement adaptée pour réduire les inégalités sociales de santé

En quelques années, l'argument de la proximité a été largement utilisé afin de légitimer les politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé. La volonté de transférer des compétences étatiques au bloc local repose de ce fait sur l'argument que les communes et intercommunalités disposent d'un diagnostic précis de la situation sur leur territoire, et que cela permettrait un traitement plus juste de la demande sociale. En outre, l'approche locale permettrait d'outrepasser les logiques verticales, sectorielles, au profit de la transversalité de l'action (Béhar, 2000). Le territoire serait doté d' « *Une double capacité d'adaptation à la singularité des situations et de transversalité entre les politiques et actions* »

⁸ Loi n ° 2014-58 du 27 janvier de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles.

⁹ Loi n ° 2015-991 du 7 août portant nouvelle organisation territoriale de la République.

trop sectorisées » (Béhar, 2000). L'évolution de différents dispositifs au sein des communes et intercommunalités traduisent une volonté de plus en plus accrue de placer la santé au cœur des politiques urbaines. Ils constituent d'« *incontestables moteurs de l'intersectorialité* »(Amat-Roze, p 11) , et amène les acteurs à coopérer entre eux.

C'est ainsi que des dispositifs spécifiques émergent au sein des villes comme les Ateliers Santé Villes (ASV)¹⁰, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)-instances de concertation et de coordination, les volets santé des agenda 21 (Rio 1992), les Contrats Locaux de Santé (CLS). Les CLS sont élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du Projet régional de santé des ARS « *portés par les ARS et les collectivités territoriales, ils visent à soutenir et à amplifier les initiatives locales existantes en matière de santé au sein des CUCS (dont les ASV) pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* » (Béland et al, 2016). On peut aisément se laisser séduire par la formule de Marc Shoene dans un atelier de l'Institut Renaudot consacré aux CLS (19 mai 2009) : « *à défaut de compétence réglementaire santé, ne s'agit-il pas d'une incitation des collectivités territoriales à s'inscrire en santé* » ?¹¹

La municipalité est de ce fait capable de mobiliser et fédérer les énergies locales au-delà des logiques sectorielles et s'avère être un acteur clé dont le pouvoir réside dans son activité de mise en relation, son rôle d'instance et de médiation dans le cadre des dispositifs partenariaux. Et si des dispositifs innovants se multiplient, « *Souhaitons que cette multiplication ne nuise pas aux effets recherchés par déficit d'articulation entre eux* » comme le souligne justement Jeanne Marie Amat – Roze.

La création, en 1985, d'un réseau français des villes santé atteste de la reconnaissance de l'action en santé du bloc local.

¹⁰ Les ASV ont été lancés en 2001 suite à la circulaire DIV/DGS (Délégation interministérielle à la Ville/Direction générale de la santé) du 13 juin 2000. Ils constituent un outil pour optimiser la qualité du volet santé dans le contrat de ville. Dans cette perspective, ils assurent la promotion d'une démarche locale de santé publique en promotion de la santé.

¹¹ Atelier ayant eu lieu le 19 mai 2009 dans le cadre des « mardis de l'Institut Renaudot » et disponible à <www.institut-renaudot.fr>

1.3 Un réseau pour favoriser le travail en promotion de la santé des villes et des intercommunalités

Le réseau Français des Villes Santé de l'OMS : Missions et objectifs

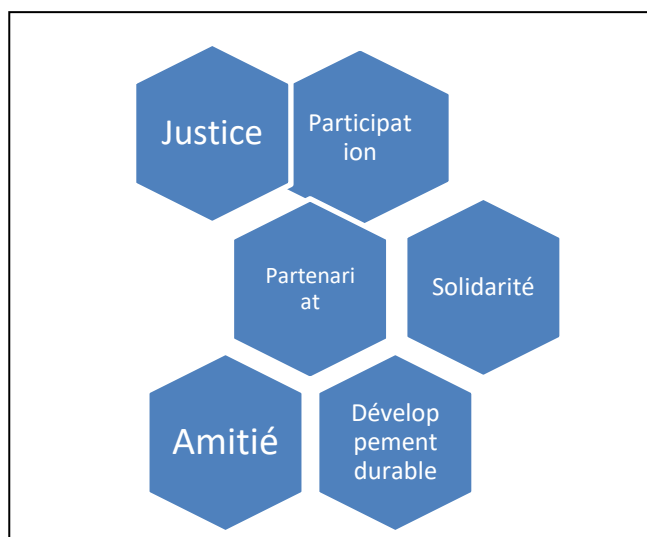
Au début de l'année 2016, le réseau français des villes santé compte 86 villes et 5 intercommunalités. Le programme des villes-santé s'inscrit dans l'évolution des politiques de l'OMS depuis sa création le 7 avril 1948. Le réseau français des villes-santé (RFVS) de l'OMS a été créé dans les années 1990 et s'est considérablement développé à partir des années 2000 (Le Goff, 2010). Avant 2007, le réseau était piloté depuis Québec, au réseau francophone des villes santé de l'OMS. Depuis 2007, l'association se trouve en France. Bien que le réseau ait aujourd'hui adhéré à l'association S2D (association pour la promotion de la santé et le développement durable) qui porte le réseau francophone des villes santé, leurs liens et leurs échanges sont aujourd'hui très sporadiques.

Encadré 1 : Fonctionnement du Réseau

Le RFVS est une association qui est constituée d'un **Conseil d'Administration** composé de 14 membres. Il s'agit d'élus et techniciens représentants qui participent bénévolement au déploiement de l'association. L'implication d'un binôme élu/technicien est indispensable pour une mise en œuvre efficace de la politique Ville-Santé. **le secrétariat de l'association, lui**, soutient, valorise et accompagne les villes dans leur démarche en tachant d'exécuter les décisions du bureau tout en gardant une marge de manœuvre et en apportant le recul nécessaire pour éviter les choix à couleur politique.

Les trois objectifs généraux du Réseau sont de « susciter une prise de conscience, stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables, inciter à agir en santé publique à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoires »¹². L'association a pour but de soutenir et de développer le réseau, en référence aux objectifs du programme européen des villes santé de l'OMS. Il est important de souligner que le réseau n'a pas pour vocation de se substituer aux villes dans leurs actions mais bien de développer solidarité, coopération et relations entre elles. Ceci s'effectue par le biais d'échanges d'expériences lors de divers colloques, des échanges de données, des rencontres, des actions communes

Schéma n° 3 : Les valeurs des Villes-Santé



¹²Statuts de l'association

Retracer les retours d'expérience : Inspirer et encourager les villes et dégager des thématiques de travail selon les besoins des villes

Les réunions des ¹³réseaux régionaux des villes-santé permettent un partage des expériences autour de problématiques communes. L'organe de coordination organise chaque année un colloque national pour favoriser les rencontres des villes mais peut aussi aider les villes à l'organisation des rencontres régionales, si elles le souhaitent. De même, le réseau permet des rencontres et découvertes mutuelles entre acteurs territoriaux et innovateurs. Lors de la journée de 10 et 11 Décembre, dans le cadre du projet « *Respire ta ville* », la rencontre a notamment permis le partage d'outils innovants qui pourront être testés et adaptés par les villes. Selon les besoins des villes, le réseau peut aussi mettre en place des groupes de travail qui approfondissent une thématique particulière.

D'autres associations oeuvrent pour favoriser et soutenir les villes dans leurs actions en faveur de la santé. Il s'agit notamment de l'association « Elu Santé Publique et Territoire » créée en 2009. Cette dernière a une dimension plus politique que le RFVS de l'OMS puisqu'il trouve son origine dans la nécessité de défendre les financements liés aux ateliers villes-santé de l'OMS. Le RFVS s'inscrit dans une logique plus pérenne puisqu'il s'agit de faire prendre conscience aux acteurs locaux qu'ils peuvent agir sur un nombre important de déterminants de la santé via les politiques de la ville en général avec une volonté de neutralité politique. Au courant de l'année 2016, L'association France Urbaine, a créé une délégation santé pour accompagner les villes à œuvrer dans le domaine de la santé. Des futures collaborations sont à prévoir entre cette association et le RFVS de l'OMS.

Le projet des villes santé : une vision transversale et positive de la santé s'appuyant sur le bloc local

Le programme Villes-Santé a été lancé par le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé suite à la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986. ¹⁴ Elle inscrit « *la santé à l'ordre du jour des responsables politiques en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé* ». La charte d'Ottawa est le principal texte de référence des programmes des Villes Santé¹⁵.

¹³ Au cours de l'années 2016, il y a eu 4 réunions des réseaux régionaux autour du thème : territoire et santé, quels enjeux ? »

¹⁴ La charte La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986.

L'OMS a largement contribué à l'idée d'une ville santé et dans son « *Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project* », elle a montré la pertinence d'une action intersectorielle en santé. Le Dr Ilona Kickbush, alors directrice du service de la promotion de la santé du bureau européen de l'OMS, y a vu l'opportunité d'appliquer concrètement le principe de la « Santé pour tous ». ¹⁶

D'abord réalisé en Europe occidentale, le projet des villes santé qui englobe 4 000 villes au niveau mondial, bénéficie du concours de l'OMS pour diffuser les idées qui s'appuient sur une conception globale de la santé. Chaque réseau national est accrédité par le bureau européen de l'OMS et doit respecter les valeurs des villes santé de l'OMS. Il incite les villes à s'engager dans des politiques transversales. Le projet des villes santé s'appuie sur l'idée que l'échelon municipal est le plus pertinent afin de réduire les inégalités sociales de santé. Comme l'énonce L. Monneraux « *Le rôle de l'échelon municipal s'apparente à une action de réduction globale des risques inhérents à la vie sociale, adossée à la notion de bien-être promue par l'organisation mondiale de la santé, englobante et multiforme* »(Monneraud, 2014).

Aujourd'hui, le bloc local est soumis à de profondes mutations en France avec la montée en puissance des établissements de coopération intercommunale. C'est là qu'est l'intérêt de la mission et du travail présenté : mieux comprendre cette nouvelle gouvernance urbaine et ses enjeux sur la santé.

¹⁶ La stratégie mondiale de la santé pour tous a été signée par les Etats membres de l'OMS en 1981, dans la continuité de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. La Santé pour tous « traduit la réalisation de l'objectif de l'OMS qui est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé. Et cela veut dire qu'au minimum tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tels qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie. »

2 Le bloc local objet de profondes mutations en France : Mieux comprendre la nouvelle gouvernance urbaine et ses enjeux sur la santé

2.1 La montée en puissance des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale : Vers une nouvelle gouvernance urbaine ?

Depuis les années 1960, des travaux se sont multipliés autour de la gouvernance locale avec la montée en puissance des villes dans la production des politiques publiques. Aujourd'hui, la gouvernance locale est sujette à une mutation majeure : celle de la montée en puissance des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) (Pinson, 2010). En effet, depuis les lois de décentralisation, les communes se sont regroupées au sein d'institutions leur permettant de gérer en commun un certain nombre de services en réseaux (transport, collecte et traitement des ordures, eau et assainissement) et d'exercer à une échelle plus large un certain nombre de compétences stratégiques (planification urbaine, développement économique, logement). Après la logique centralisatrice et le modèle centre-périphérie, c'est l'inter territorialité qui voit le jour avec les nouvelles formes de coopérations locales induites par la montée en puissance des intercommunalités. (Leloup et al., 2005). On parle alors de nouvelle gouvernance urbaine dans le cadre de laquelle les acteurs locaux sont amenés à recomposer les territoires locaux, notamment par la coopération intercommunale (Pinson, 2010).¹⁷

Le processus d'intercommunalisation s'est d'abord constitué dans le but de pallier les difficultés structurelles et de réduire les dépenses publiques (2.1.1). Nous étudierons enfin les mécanismes de la coopération intercommunale pour mieux comprendre ses enjeux (2.1.3)

¹⁷ Pinson s'inspire des travaux nord-américains sur les régimes urbains. Selon cette approche, « *les relations horizontales, autrement dit les conflits, coopérations et logiques d'alliance qui se nouent entre les acteurs, groupes et organisations présents dans la ville peuvent être autant voire davantage explicatifs des processus et dispositifs de gouvernance urbaine* ».

2.1.1 Le processus d'intercommunalisation : pallier les difficultés structurelles des communes

Depuis les années 1990, les réformes se sont affichées comme une réponse au fameux « *Millefeuille territorial* » français (Béhar D, 2015) et avec la volonté de démontrer dans ce domaine la capacité à réduire la dépense publique. La réforme prend donc la forme d'une réduction tendancielle du nombre de niveaux d'administrations territoriale, privilégiant d'un côté « le bloc local » (communes / interco), de l'autre les régions. Cette volonté s'est traduite par la le regroupement en treize régions et l'incitation à la création d'intercommunalités XXL.

L'Etat, à défaut de parvenir à la diminution significative du nombre de communes a cherché à atténuer les effets de cet émiettement et encadré autant qu'encouragé par des incitations financières le développement des établissements publics de coopération intercommunale¹⁸. Le nombre de communes est, on le sait, particulièrement élevé en France. Représentant à elles seules 40 % des communes de l'Union Européenne, les 35 945 communes françaises garantissent une proximité réelle à l'action publique.¹⁹ En outre, l'émiettement communal est aussi un facteur de gaspillage des ressources publiques dans la mesure où il favorise les équipements en double emploi et parfois en concurrence. Les communes présentent des seuils de population disparates qui ne leur permet pas d'avoir des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population. Beaucoup de communes présentent un seuil de population ²⁰et de ressources à partir duquel les initiatives, les investissements, les équipements et l'organisation des services publics deviennent pratiquement impossibles.²¹ C'est en ce sens qu'est encouragée également l'intercommunalisation de l'action sociale afin de faire bénéficier les petites communes de services dont elles ne pourraient pas bénéficier autrement. (Le Saout, 2010)

L'intercommunalisation, un processus daté de plus de trois siècles

Le processus d'intercommunalisation est contemporain de la création des communes, lorsque les 44 000 anciennes paroisses se sont transformées en presque autant de municipalités en 1789. En 1790, une instruction de l'Assemblée nationale dispose déjà qu'il « *peut être à la convenance de plusieurs communes de se réunir en une seule*

¹⁸ En ce sens, l'intercommunalité est perçue comme un « *palliatif, une solution au morcellement communal* » (Richer, 2008).

¹⁹ . A titre de comparaison, on compte 16 000 communes en Belgique, ou 7 000 en Italie.

²⁰ En effet, 69 % des communes ont moins de 750 habitants, 80 % moins de 1000 habitants et 90 % moins de 2500 habitants.

municipalité ». Les ordonnances du 5 janvier 1959 signent la naissance des premières intercommunalités : les Syndicats à Vocation Unique (SIVU) et les Syndicats à Vocation Multiple (les SIVOM). Il s'agissait alors de mettre en commun qu'un nombre réduit de compétences comme le logement ou l'incendie.

Le renouveau de la question intercommunale dans les années 1990

Les années 1990 ont été les témoins de la création de nombreuses structures intercommunales. Les communautés de villes, les districts urbains, les communautés de communes, et les communautés urbaines et les syndicats d'agglomération nouvelles sont créés lors de ces années.²² Certaines communautés comme les « communautés de ville » ne rencontrent pas le succès escompté et très peu furent créées.²³ Face à cette multitude de structures, la loi du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale opère véritablement la simplification des formules de coopération intercommunale tout en relançant le mouvement (Chantepie, 2008) Aujourd'hui, il existe quatre types d'EPCI : les communautés de communes, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines et les métropoles.

Nom	Communauté de communes	Communauté d'agglomération	Communauté urbaine	Métropoles de droit commun	Métropoles à statut particulier
Date de création	Loi du 31 déc 1966	Loi « Chevènement », 12 juillet 1999	Loi Administration Territoriale de la République (ATR), 6 fév 1992	Loi de Modernisation de l'Action Publique et d'Affirmation des Métropoles (MAPTAM) 2014	Loi MAPTAM 2014
Déf	EPCI regroupant plusieurs communes d'un seul tenant et sans enclave qui s'associent au sein d'un espace de solidarité, pour élaborer et conduire ensemble un projet commun de développement urbain et d'aménagement de leur territoire.			EPCI existants de plus de 400 000 habitants, situés dans une aire urbaine de plus de 650 000 habitants.	Définitions propres à chacune des collectivités territoriales : (Métropole du Grand Paris, Aix en Provence-Marseille, Métropole de Lyon)
Seuil de population	> 15 000 hab	> 50 000 hab	> 250 000 hab	> 400 000 hab	Crée de facto par la loi
Nombre	1884	226	9	14	3

Tableau n° 3 : Typologie des groupement intercommunaux en 2016

²² Loi d'orientation du 6 février 1992 relative à l'Administration Territoriale de la République (ATR)

²³ D'aucun prétendront que le caractère contraignant de ces structures a dissuadé les maires de s'en servir, préférant des formules plus souples.

De 2010 à aujourd'hui : L'achèvement de la carte intercommunale

Depuis 2010, alors qu'avant la coopération intercommunale était fondé sur la libre volonté des élus communaux, la loi Réforme des Collectivités territoriales (RCT) de 2010 et ensuite la loi portant Nouvelle Organisation de la République (NOTRE) de 2015 ont tenté d'accélérer le processus d'intercommunalisation en imposant que la totalité des communes soient intégrées dans un EPCI. La loi NOTRe du 7 août 2015 a²⁴, renforcé les pouvoirs du préfet sur la définition de nouveaux périmètres intercommunaux. En 2016, 65 % des communautés seraient concernés par une recomposition de la carte intercommunale (ADCF, Décryptage de la loi NOTRe, 2016)²⁵. Cela a pu être vérifiée lors de l'enquête menée. La majorité des répondants ont exprimé que l'intercommunalité à laquelle ils étaient affiliés était sujette à des modifications de territoire.

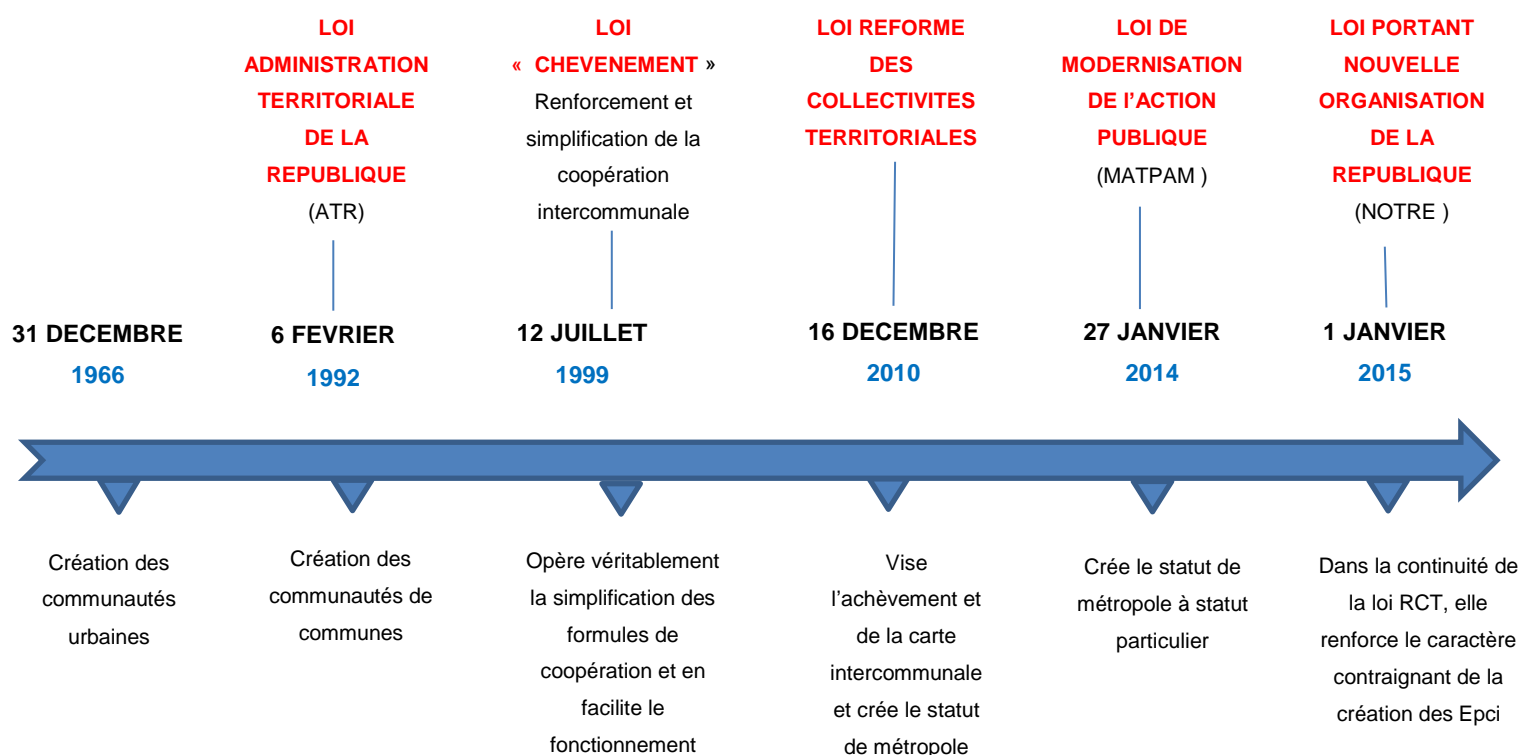


Schéma n° 4 : Avancées législatives concernant le processus d'intercommunalisation

²⁴ La loi NOTRe entend simplifier et regrouper le schéma départemental de coopération intercommunale et de la carte intercommunale.

²⁵ « Web-conférence-Décryptage de la loi NOTRe », Association Des Communautés de France ; <https://www.youtube.com/watch?v=ao5cTxmv5U0>, 06/05/2016.

2.1.2 Le renforcement intercommunal des compétences liées à la santé

Presque aucune étude ne traite du thème des intercommunalités et de la santé. A ma connaissance, une seule étude est parue à ce sujet (Les intercommunalités et la santé, Les petits dossiers de l'Observatoire Régional de la santé Nord-Pas de Calais, 2010). Au travers de la loi, j'ai pu identifier quels changements avaient affecté les intercommunalités en matière de santé.

Les politiques intercommunales et les déterminants de la santé

Depuis 1999 de nombreuses compétences ont été transférées à l'intercommunalité. Ce transfert s'est accéléré avec les lois Réforme des Collectivités Territoriales(RCT) en 2010, Modernisation de l'Action Publique(MAPAM) en 2014 et la loi portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République(NOTRe) en 2015. Si l'on regarde les principales compétences qui leur sont attribuées, on comprend que les intercommunalités ont avant tout été pensées dans une perspective de développement du territoire, ce qui peut expliquer l'importance des dimensions « aménagement de l'espace » et « développement économique ». Si l'objectif initial du renforcement de l'intercommunalité était de les doter de compétences techniques et stratégiques qui ne pouvaient pas être gérées par les communes, on voit de plus en plus émerger une « *intercommunalité de services à la personne* » (ADCF, Intercommunalités, mode d'emploi », 2013). En effet, de nombreux travaux ont été élaborés afin d'étudier le rôle de l'intercommunalité sur l'action sociale, la culture, ou encore le logement. En effet, depuis la loi MATPAM et la loi NOTRe, les intercommunalités sont à même de se voir transférer de plein droit la gestion des Centres Intercommunaux d'Action Sociale, la compétence habitat et logement, la compétence aménagement de l'espace, protection de la qualité de l'air et lutte contre la pollution. Ces compétences sont autant de leviers pour agir sur les déterminants de la santé.

Les politiques intercommunales et la santé

Les récentes lois ont très peu affecté le domaine de la santé en tant que compétence réglementaire des intercommunalités. Seuls des dispositions spécifiques aux métropoles ont pu être identifiées à ce sujet.

Vers une action sociale des départements exercée par les métropoles ? La loi NOTRe renforce l'articulation entre métropoles et départements (article 90). Désormais, la métropole (hors Métropole du Grand Paris) – peut exercer tout ou partie d'une liste de compétences, à la suite de la signature d'une convention avec le département. Au moins

trois de ces huit compétences seront transférées de plein droit à la métropole au premier janvier 2017. Ceci pourrait être les prémices d'une gestion des compétences du département par les métropoles comme la Protection Maternelle Infantile par exemple. Cependant, à ce jour, très peu de métropoles ont signé des conventions de délégation de compétence avec leur département d'appartenance.

Les métropoles à statut particulier : Pour les métropoles d'Aix Marseille Provence et pour la métropole du Grand Paris, elles reçoivent les compétences qui étaient transférées par les communes membres aux EPCI fusionnés. Ce qui fait la spécificité de la métropole de Lyon, c'est qu'elle reçoit « *les compétences que les lois, attribuent au département* ». Elle se voit également doté d'une compétence complémentaire en matière **de création et gestion de services de désinfection et de services d'hygiène et de santé**.

2.1.3 Les mécanismes de la coopération intercommunale

Le conseil communautaire : un organe contrôlé par les élus communaux

Depuis la loi relative à l'élection des conseillers municipaux du 17 mai 2013²⁶ Les conseillers communautaires sont élus au suffrage universel indirect. Depuis cette loi, les citoyens élisent à l'aide d'un même bulletin de vote leurs conseillers municipaux et les conseillers communautaires (les élus intercommunaux). Ces derniers représentent les communes au sein des organes délibérants des groupements intercommunaux dont elles sont membres. Avant cette loi, les conseillers communautaires étaient désignés par les conseils municipaux. Les personnes élus au conseil communautaire sont donc les mêmes que celles élus au sein du conseil municipal. Elles sont revêtues d'une double casquette, à la fois communale et intercommunale. Comme C. Gallez le souligne, « *L'intercommunalité ne constitue donc pas une entité politique autonome dans la mesure où elle n'est pas indépendante des communes, puisque ce sont les maires et les élus municipaux qui siègent en leurs assemblée* » (C. Gallez, 2014). Aujourd'hui, la principale avancée démocratique tient dans le fait que le citoyen électeur est désormais informé des futurs représentants communautaires. Cependant, malgré cette avancée, les critiques sur la démocratisation de l'intercommunalité persistent. Depuis sa création, l'intercommunalité fait l'objet d'un « procès en légitimité démocratique » (Caillosse et al. 2001 ; Desage et Guéranger 2010).

²⁶ LOI n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral

Typologies des coopérations territoriales

Afin d'analyser les coopérations intercommunales et leurs objectifs, L. Loubet s'était appuyé sur la typologie identifiée par Michel Bussi qui distingue les différentes formes de coopérations territoriales. En géographie, le terme de « coopération territoriale » est le plus souvent entendu dans le sens de coopération nord sud, comme l'énonce Michel Bussi (Bussi, 2008, p 12). C'est le sens principal donné à ce terme dans les manuels de géographie. En politique territoriale, le terme de coopération territoriale « renvoie aux collaborations à différentes échelles d'action publique entre acteurs privés et/ou publics situés dans *différents Etats* » (Pasquier et al, 2011).

D'après la typologie de M. Bussi, il existe deux formes de coopérations intercommunales : Une première la **coopération stratégique** dans le cadre de laquelle la somme d'actions individuelles peut faire naître un bien commun. La forme de coopération privilégiée serait donc la simple collaboration (également parfois appelée « coopération directe »). Dans ce cas, la réciprocité devient alors la condition de pérennisation de la coopération. Ce mode de coopération émerge principalement du fait de la compétitivité entre les territoires entraînée par la mondialisation.

Le deuxième type de coopération identifiée est celle qui s'effectue au nom de la volonté générale. Il s'agit de la **coopération subsidiaire** selon lequel une institution s'abstient d'intervenir dans un domaine quand l'action d'une autre institution dans ce domaine paraît plus pertinente²⁷.

Il est important de noter que ces deux formes de coopérations peuvent bien sûr être combinées. Dans le tableau ci-dessous sont schématisées les typologies de coopérations territoriales existantes entre acteurs locaux. Cette typologie a été un support dans l'analyse des coopérations existantes.

²⁷ Ce principe intervient souvent sur la problématique de l'articulation des compétences entre les différents niveaux territoriaux, surtout lorsque ceux-ci se multiplient.

2.2 Ma mission au sein du Réseau : Mieux comprendre l'impact de la nouvelle gouvernance urbaine sur l'organisation de la santé publique au sein du bloc local

Comme nous l'avons vu, la montée en puissance des EPCI signent l'avènement d'une nouvelle gouvernance urbaine avec le transfert accru des compétences dont elles ont fait l'objet. Lors de l'Assemblée Générale, les élus et techniciens membres du Réseau Villes-santé se rencontrent afin d'échanger sur les problématiques qu'ils aimeraient approfondir. Fin 2015, le thème « commune et intercommunalité » s'est vu au centre des préoccupations des membres du réseau. En 2015 et 2016, plusieurs réseaux régionaux des Villes-Santé se sont réunis afin d'échanger sur ces problématiques. Fort de répondre aux préoccupations de ses membres et à un enjeu d'actualité, le réseau a décidé d'organiser un colloque sur le thème « *Territoire et Santé, Quels enjeux ?* », en faisant une grande place au changement d'échelle territoriale.

Ma mission s'est scindée en deux étapes : Dans un premier temps j'ai effectué une analyse juridique des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé (1). Dans un second temps j'ai effectué une enquête auprès des membres du Réseau Villes-Santé (2).

L'objectif principal : Etablir un diagnostic de la nouvelle organisation de la santé au sein du bloc local

Sous objectifs

1)Comment s'organise la compétence santé à l'échelle de la ville et des intercommunalités ?

2)Quels sont les enjeux et les limites d'une coopération entre communes dans le domaine de la santé ?

3)Comment s'effectue la démarche intersectorielle au sein du bloc local (communes/intercommunalité) ? Comment la santé est-elle intégrée dans les politiques intercommunales sectorielles ayant un impact sur les déterminants de la santé ?

(1) Analyse juridique des lois impactant les compétences des intercommunalité liées à la santé

La première étape de ma mission a consisté à analyser les différentes lois qui impactaient les compétences des intercommunalités. Si cette compétence n'a pas été traitée dans les réformes en tant que telle, elles suscitent des interrogations auprès des responsables

politiques et administratifs communaux. En effet, les compétences transférées sont autant de leviers qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé et sur lesquels les communes craignent de perdre leur capacité d'agir. La vocation de plus en plus généraliste de la communauté remet en question le principe même de la santé dans tous les politiques traditionnellement initié par le bloc communal. L'objectif de ce document qui été distribué lors du colloque des villes santé le 31 mai 2016 était donc d'informer les élus et techniciens municipaux sur les récents transferts de compétences aux intercommunalités.

(2) Une enquête en deux phases l'utilisation de la méthode mixte

Une enquête quantitative en ligne (via le site « Surveymonkey ») a été menée auprès d'élus et techniciens en charge des questions de santé des 80 communes et 5 intercommunalités du Réseau Ville-Santé (Voir Annexe 8-Trame du questionnaire via le logiciel « Survey Monkey »). J'ai choisi ce logiciel car il semblait très instinctif quant au traitement des données. En outre, il était possible d'écrire des questions qui découlaient de la réponse précédente du répondant, ce qui n'était pas possible avec d'autres logiciels. Ce critère était primordial car il permettait d'obtenir des réponses plus précises. Deux versions quasi-identiques du questionnaire ont été développées, une pour les communes et l'autre pour les intercommunalités. Elles contiennent des questions ouvertes et fermées, avec un temps de réponse estimé de 5 à 12 minutes. L'enquête en ligne a été ouverte le 7 mars 2016 pour 7 semaines, avec une relance effectuée en avril.

Le traitement des données quantitatives s'est effectué grâce au logiciel *excell*. J'ai identifié plusieurs facteurs pouvant impacter sur les résultats. Il s'agissait de la taille de la ville et de l'intercommunalité auxquelles appartenaient les répondants, du profil du répondant (élu ou technicien). A l'aide de tableaux dynamiques croisés, j'ai ensuite réalisé les graphiques permettant d'illustrer mes résultats²⁸.

L'enquête en ligne a invité des volontaires à un entretien téléphonique individuel en vue d'approfondir leurs réponses. Les entretiens téléphoniques se sont déroulés de mi-mars 2016 à mi-avril et chacun a duré 30 à 45 minutes en moyenne. Il s'agissait de mener des entretiens semi-directifs. Les thématiques principales à aborder ont été identifiées pour chaque grilles d'entretien. Chacune d'entre elles a cependant été adaptée au profil des répondants au regard des réponses recueillies lors de du questionnaire et d'une recherche sur l'historique et l'organigramme du service de santé auquel ils appartenaient. L'objectif

²⁸ Pour cela je me suis appuyée sur les cours de Frédérique Quidu reçus lors du premier semestre de master 2.

était d'avoir les grands thèmes à aborder avec le répondant pour chercher une dynamique de conversation plus riche qu'une simple réponse aux question (Kaufmann, 1996).²⁹

Pour l'analyse des résultats qualitatifs, j'ai utilisé l'analyse thématique. J'ai retranscrit chaque entretien de manière partielle³⁰, en identifiant en amont le profil de personne répondante (élu ou technicien, ville et intercommunalité d'appartenance, fonction au sein du service de santé). J'ai hiérarchisé ensuite les entretiens selon leur caractère plus ou moins informatif ou approfondi (Beaud et al, 1997). Les thématiques ont été mises en exergue après les lectures et analyses de chaque entretien. L'analyse thématique a pour but de dégager les éléments sémantiques fondamentaux en les regroupant à l'intérieur des catégories (Negura, 2006). Pour cela j'ai procédé en deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation.

(3) Une enquête complétée par les comptes rendus de la réunion du réseau Grand Nord et du colloque d'Aix- les- bains.

D'une part, les résultats du questionnaire et des entretiens ont été complétés par le compte-rendu de la réunion du réseau régional « Grand Nord » du 31 avril 2016 que nous avons animé avec Eva Vidales, chargée de mission. Il s'agissait d'établir une fiche d'animation (Voir annexe n°6 – Réflexions des réseaux régionaux) basée sur les questions posées lors des entretiens. Lors de l'animation, les échanges recueillis ont nourri les résultats de l'étude. De plus, lors de cette réunion, j'ai effectué des entretiens informels en gardant à l'esprit les grands axes de la grille d'entretien.

D'autre part, lors du colloque du 31 mai sur le thème « Territoire et santé, quels enjeux ? » (Voir annexe n° 1), les échanges et interventions ont également nourri les résultats de l'étude. Les échanges lors du colloque et des réunions ont été un réel atout pour l'étude. En effet, bien que les entretiens téléphoniques aient été facilitateurs et m'ont permis de m'entretenir avec des membres issus de la France entière, les entretiens de visu permettent de mieux cibler les enjeux et de faciliter davantage la parole des enquêtés. **Il ne faut pas négliger l'importance des interactions entre enquêteurs et enquêté lors d'un entretien.** Et le téléphone ne permet pas de laisser s'installer une certaine forme de familiarité, de laisser place aux silences. Il était alors parfois difficile dans ces conditions de faciliter la parole des répondants.

²⁹ L'idéal avec un guide d'entretien très souple, c'est qu'il permet de chercher une dynamique de conversation plus riche

³⁰ Le temps qui m'était imparti de me permettait pas de retranscrire tous les entretiens de manière intégrale. Je l'ai fait par la suite pour réaliser une étude plus complète qui sera présentée dans la partie III (Une intercommunalité de la santé ?)

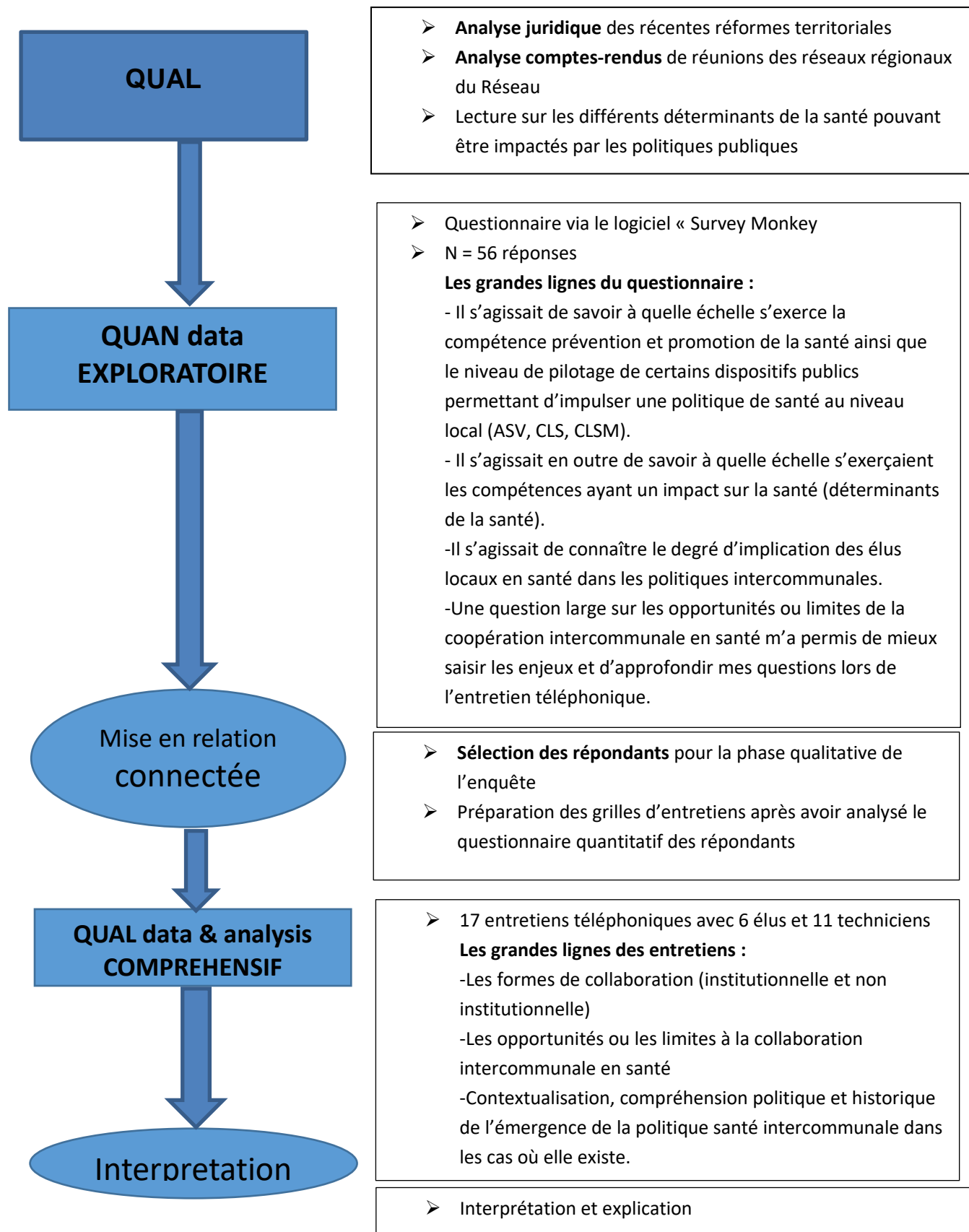


Schéma n °5 : La méthode mixte

Présentation de la méthode mixte utilisée

Le schéma n°5 présenté ci-dessus présente la méthode utilisée afin de recueillir les informations sur la collaboration intercommunale en santé. Il s'agit d'une méthode mixte qui allie méthode quantitative et méthode qualitative. Il s'agissait d'un protocole exploratoire dans la mesure où l'étude quantitative précède l'étude qualitative, construite à partir des résultats quantitatifs.

L'enquête quantitative avait un caractère exploratoire. Il s'agissait d'établir une cartographie de l'échelon de gestion des principaux dispositifs de santé public. Une question ouverte a été introduite dans le questionnaire pour laisser une liberté de réponse aux enquêtés permettant de mieux cibler les réels enjeux de la coopération intercommunale, étant donné qu'aucune étude de terrain n'avait été effectuée au préalable. Les objectifs de cette méthode sont doubles : expliquer les résultats quantitatifs à l'aide de données qualitatives et utiliser les données quantitatives pour sélectionner les participants d'une étude qualitative (Guével et al, 2012). Ces deux méthodes sont interdépendantes car elles permettent de cerner des enjeux qui ne pourraient pas l'être par des approches séparées.

Les limites de la méthode utilisée

Le questionnaire a dû se faire en temps réduit. Le délai pour le réfléchir et l'élaborer était seulement d'une semaine, ce qui ne nous a pas laissé le temps de faire quelques entretiens exploratoires, ce qui aurait pourtant été judicieux afin de mieux cibler les questions. En effet, la méthode mixte se base souvent sur une approche : quali / quanti / quali. Le questionnaire s'est donc basé sur des lectures d'études déjà effectuées sur les politiques intercommunales et l'action sociale, ou la culture par exemple ainsi que sur les récentes réformes territoriales. Les questions ouvertes³¹ figurant dans le questionnaire ont pu cependant se substituer à la phase exploratoire et permettre de cibler les enjeux de l'échelon intercommunal pour la mise en place d'actions en santé à cette échelle. La méthode mixte est en effet une méthode qui demande un temps assez long d'élaboration. Les résultats de l'enquête sont présentés dans la partie suivante.

³¹ Exemple : quels sont les opportunités de l'échelle intercommunale- Quelles sont les limites et les freins ?

Les difficultés rencontrées lors de l'enquête

La difficile appréhension par les répondants du travail en intersectorialité

Comme nous avons pu l'appréhender dans la première partie, l'action publique en santé des communes et des intercommunalités revêt plusieurs dimensions. Cette action publique en santé peut s'effectuer dans des actions d'hygiène publique, de prévention et promotion de la santé. Elle peut également s'exercer via des dispositifs publics tels que le Contrat Local de Santé, Conseil Local de Santé Mentale, les Ateliers Santé Ville. Enfin la santé constitue le fil rouge d'autres politiques sectorielles ayant un impact sur les déterminants de la santé tels que le logement, l'environnement, l'urbanisme. Bien que la plupart des membres du Réseau Villes-santé soient familiers avec la notion de « *santé dans toutes les politiques* » et de la vision globale de la santé, il était parfois difficile de les amener à parler de l'intersectorialité tant ils restaient ancrés dans une vision biomédicale de la santé. Il aurait peut-être été préférable de poser et discuter la définition de la santé à chaque début d'entretien. Il aurait peut-être même été préférable d'employer un autre mot pour clarifier qu'il y avait bien deux éléments qui allaient être abordés lors de l'entretien: la santé d'une part (et son approche biomédicale) et le bien-être qui constitue l'action publique sur les déterminants de la santé. Cette distinction aurait peut-être permis d'éviter toute confusion sur les termes pendant les entretiens.

3 Une intercommunalité de la santé ? Enjeux et conséquences d'un changement d'échelle territoriale

Les résultats de l'enquête vont être présentées autour de trois axes :

La difficile institutionnalisation de la santé à l'échelle intercommunale (3.1)

L'émergence de coopérations informelles et volontaires à dimension intercommunale (3.2)

La prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales (3.3)

Profil des répondants

L'enquête en ligne a obtenu **56 réponses** venant de 46 communes et 2 intercommunalités (l' élu et le technicien de certaines communes ont répondu séparément). **Plus de la moitié des membres du Réseau sont représentés.**

41 techniciens et 15 élus ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi les 15 élus communaux, la moitié (7) étaient aussi élus délégués à l'échelle de l'intercommunalité (6 sans délégation et une vice-présidente en charge de la politique territoriale de santé).

17 entretiens téléphoniques ont été menés avec 6 élus et 11 techniciens.

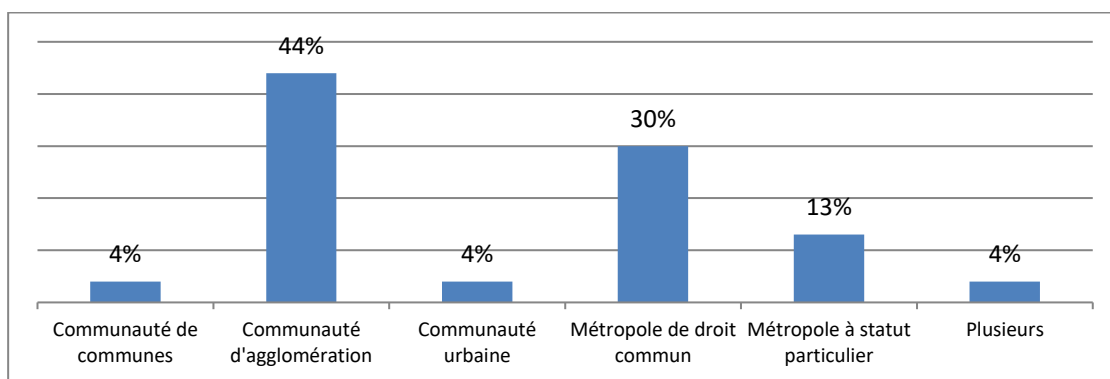
Caractéristiques des villes et intercommunalités des répondants ayant répondu au questionnaire

Une importante partie des répondants sont issus de communes de taille moyenne, comprenant entre 50 000 et 200 000 habitants (voir tableau 1). Seulement 2 répondants sont issus d'intercommunalités, dont une communauté d'agglomération et une communauté urbaine.

Type de Villes-Santé répondant	Taille : nombre d'habitants	Nombre de répondants	Pourcentage
Commune	moins de 50 000	15	27%
	50 000 à 200 000	24	43 %
	plus de 200 000	15	27%
Intercommunalité	50 000 à 249 999	1	2%
	250 000 à 399 999	1	2%
Total		56	100%

Tableau 3: Caractéristiques des Villes-Santé répondantes

La graphique 1 ci-dessous montre que près de la moitié (44%) des répondants sont issus d'une communauté d'agglomération (CA), ce qui n'est pas étonnant car la majorité des membres du Réseau sont aussi affiliées à ce type d'EPCI. En tout, 43 % des répondants sont affiliés à une métropole soit de droit commun ou de statut particulier. Les 4 % des répondants qui sont issus de plusieurs intercommunalités indiquent appartenir à différents groupements suite à de récents changements de périmètres (fusion CA et département ou métropole et CA).



Graphique 1 : Pourcentage du type d'intercommunalité auquel appartiennent les répondants

3.1 La difficile institutionnalisation de la santé à l'échelle intercommunale

Les résultats du questionnaire et des entretiens ont pu montrer que la santé demeurerait majoritairement gérée par les communes (3.1.1). Dans certains cas, des services de santé intercommunaux ont été créés (3.1.2) et certaines intercommunalités se sont emparées de certaines thématiques précises en santé publiques (3.1.3). Cependant, l'institutionnalisation de la santé au niveau intercommunal présente certaines limites (3.1.3).

3.1.1 La commune, garante de l'action en santé publique

Les services via lesquels les communes exercent la compétence santé peuvent être différents d'une commune à une autre comme en témoignent la variété de leurs noms : le service santé, le service communal d'hygiène et de santé (SCHS), le service écologie urbaine, ou le service « participation citoyenne ». Ces services permettent d'exercer des actions de prévention et de promotion de la santé, des actions sanitaires, des actions de sécurité, et de protection de l'environnement. La commune a été identifiée comme garante de l'action de proximité en santé publique dans la mesure où la structuration de l'administration de la santé favorise sa municipalisation (proximité, démocratie sanitaire,

enjeu politique), et où la gestion de la santé au sein des communes est ancrée dans la tradition, et de ce fait semble peu propice à l'intercommunalisation.

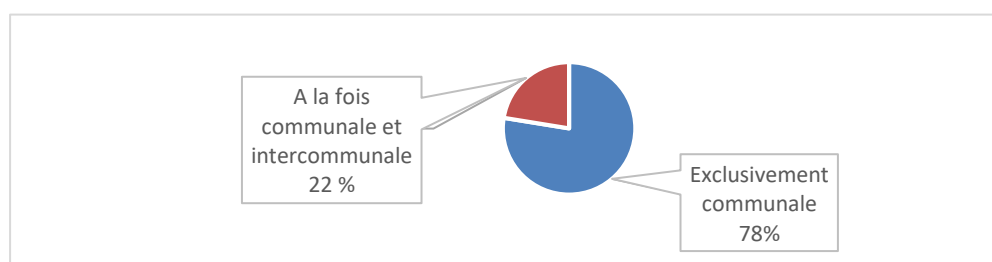
A) La structuration de l'administration de la santé favorise sa municipalisation

Certaines missions publiques, de par leur coût et leur technicité sont bien adaptées à une mise en œuvre à l'échelle intercommunale. Cependant, comme la santé ne constitue pas une compétence obligatoire du bloc local et qu'elle est fondée sur des politiques volontariste, les maires disposent d'une grande liberté d'appréciation pour définir s'ils choisissent ou non de transférer cette compétence³².

La proximité, atout des muninipalités pour la mise en place des politiques de santé

Concernant la possibilité du transfert de la compétence santé aux groupements intercommunaux, Il a été remarqué dans les entretiens que les élus et les techniciens répondants témoignent d'une plus grande réticence lorsqu'il est question du transfert des services de santé de proximité. Les services de proximité sont la raison d'être de l'action de la commune : « *Sans l'action de proximité, qu'elle serait la raison d'être de l'action communale ?* », s'interroge une élue en charge de la santé.

La majorité des répondants estiment que la compétence « *Prévention et éducation à la santé* » est exercée par les communes. Seulement 22 % des répondants pensent qu'elle est exercée aux deux niveaux. On remarque qu'aucun répondant, y compris issu d'une intercommunalité ayant développé la compétence santé n'a répondu que la compétence « *prévention et promotion de la santé* était exclusivement intercommunale ».



Il était demandé aux répondants quel était l'échelon d'exercice de la compétence « *prévention et promotion de la santé*. Les répondants avaient le choix de répondre entre « *exclusivement communale* », « *exclusivement intercommunale* » ou « *à la fois communale et intercommunale* »

Graphique 2 : Echelon d'exercice de la compétence « *prévention et promotion de la santé* »

En outre, les Ateliers Santé Ville(ASV) sont des dispositifs majoritairement mis en œuvre à l'échelle communale. En effet, 70 % des répondants considèrent que les ASV sont coordonnées à cette échelle. Comme pour la compétence « *prévention et promotion de la santé* », personne n'a considéré que les ASV étaient coordonnées exclusivement à l'échelle intercommunale. Il faut souligner que seulement 22% du total des répondants considèrent que les ASV sont coordonnées à la fois à l'échelle communale et intercommunale. Il semblerait que la taille de la commune permette une certaine proximité: « *Le niveau le plus pertinent pour les ASV, c'est l'échelon communal. On ne peut pas coordonner des ASV sur un territoire de 100 000 habitants et plus* ». Les répondants sont nombreux à souligner que la coordination des ASV à l'échelle communale permet une réelle proximité et est gage d'efficacité sociale pour les habitants.

Cette notion de proximité fait souvent défaut aux intercommunalités, « *ils sont à cette échelle moins proches des habitants et plus sur le fonctionnement institutionnel bureaucratique bien qu'ils aient des missions opérationnelles, ils sont moins en contact direct de la population que nous nous le sommes.* », déclare une responsable du service d'hygiène et de santé publique. Elle ajoute que l'échelle communale garantit le retour du terrain et permet d'adapter les politiques de santé en fonction des besoins identifiés, ce que ne garantit pas l'échelle intercommunale: « *A l'échelle intercommunale, il y a moins les retours du terrain. Là par exemple, sur l'habitat, il y a un problème qui me semble crucial qui est le bruit, notamment avec les rénovations. Nous on le voit. Mais le problème c'est que la vision est tellement globale, sur des politiques de peuplement que c'est un peu compliqué pour la métropole de prendre ce point en considération* ».

La légitimité de l'action communale repose donc sur la proximité dont font part les élus et techniciens locaux travaillant dans le domaine de la santé. La connaissance du terrain que chacun revendique du terrain. Chacun se sent plus légitime à répondre aux besoins de la population en matière de santé du fait de la proximité dont ils font preuve. Le corollaire de cette notion de proximité est la confiance des habitants à l'égard des services communaux, ce qui facilite certaines mesures de santé publique. « *Les gens se sentent en confiance avec les services communaux, et c'est important pour toutes les mesures de santé publique comme par exemple le dépistage* », a témoigné une technicienne lors de la réunion du réseau Grand Nord à Lille.

La mise en œuvre de la santé à l'échelle communale, une stratégie politique ?

En outre, cette capacité pour les élus à montrer qu'ils disposent d'un pouvoir d'intervention dans ces domaines est d'autant plus stratégique que ces questions occupent une place

centrale dans les campagnes municipales. Concernant l'action sociale, une directrice d'un Centre Communal d'Action Sociale en charge des questions de santé énonce : « *L'action sociale, c'est assez politique. Les élus des intercommunalités ne sont pas élus par les habitants. Il faut que les actions soient intéressantes du point de vue politique pour être menées par la commune. Ce qui est fait à l'échelle intercommunale n'est pas identifiée comme étant porté par tel ou tel élu* ». Ceci peut être illustré par un phénomène évoqué par Thomas Frinault qu'on nommera « *l'euphémisation de l'intercommunalité lors des campagnes électorales* » (Frinault et al, 2001). Ce dernier énonce qu'une recherche menée sur la mobilisation de la thématique intercommunale dans la campagne municipale avait démontré que l'intercommunalité était fortement euphémisée et qu'étaient prioritairement mis en avant les préoccupations relevant de la gestion communale (Le Saout, 2009). En ce sens, les maires et les élus locaux cherchent à garder une relative autonomie sur ces services ou activités de proximité en les maintenant sous contrôle municipal. (Frinault et al, 2001).

B) Des formes de gestion ancrées dans la tradition de la commune peu propices à l'intercommunalisation

La ville : entre tradition et culture de la santé

Certes, les gratifications politiques et la rentabilité électorale associés à l'imputation municipale de certaines activités relevant du secteur sanitaire et social expliquent que les maires soient peu disposés à se dessaisir de ce type de compétence. Mais c'est aussi l'historique de la santé dans les villes qui explique que cette compétence est très peu souvent transférée à l'intercommunalité. A Toulouse, la directrice du Service Communal d'Hygiène et de Santé explique : « *Ce sont les politiques volontaristes de tel ou tel collectivité qui fait que celles-ci se sont approprié ces sujets. La problématique, c'est qu'au sein du SCHS s'est développée la promotion de la santé, ce qui n'était pas obligatoire. Cela s'est développé car, depuis quinze ans maintenant, les municipalités successives ont cru au fait qu'un service communal pouvait promouvoir l'éducation à la santé* ». En ce sens, nombreux sont ceux qui soulignent que l'expertise en matière de santé de la commune a été forgée au fil des ans et ils dénoncent le fait que « *l'intercommunalité n'a aucune expérience en matière de santé* », comme cette élue qui souligne que : « *La santé et la ville, c'est historique* ».

La coordinatrice des ASV à Lyon déclare « *Tout ce que fait la ville dans le cadre des ASV par exemple pourrait s'arrêter s'il y avait la décision et la volonté politique de l'arrêter* ». La volonté politique, qui s'est construite au fil du temps est aujourd'hui une carence des

intercommunalités qui sont récentes et fondent leurs priorités d'actions sur d'autres compétences, telles que le développement économique ou l'aménagement urbain. La culture locale en santé des élus et techniciens et sa transmission d'une génération à une autre sont des facteurs déterminants des innovations en santé mises en œuvre à l'échelle communale (Fassin, 1993).

La municipalité, vecteur de l'action intersectorielle

La commune est également au cœur de la transversalité en matière de santé. Lors des entretiens, les répondants étaient nombreux à travailler en collaboration avec les services des sports, petite enfance, urbanisme. 15 répondants sur 17 ont dit collaborer avec au moins trois services. Dans les entretiens, La culture locale en santé a été identifiée comme un véritable facteur favorisant l'intersectorialité en santé. Ils connaissent les services, ont souvent travaillé avec eux et se sentent légitimes à « *aller frapper à la porte de leurs voisins* ». Une technicienne dira d'ailleurs que « *la plus-value de l'échelle municipale, c'est la facilité à travailler en transversalité avec les autres services comme l'urbanisme, la jeunesse...* ». Ce sont donc des routines institutionnelles qui se sont installées au sein de la municipalité et des savoirs pratiques accumulés relativement autonomes qu'il serait difficile de redéfinir dans un cadre intercommunal, ou du moins cela prendrait un certain temps.

3.1.2 La santé, une compétence rarement exercée par les intercommunalités : Le caractère exceptionnel des services de santé intercommunaux

Bien que les problématiques de santé publique apparaissent globalement comme un domaine réservé des communes, il n'en reste pas moins, que dans des cas exceptionnels, certains services de santé ont été intercommunalisés. Ces services de santé intercommunaux sont exceptionnels dans la mesure où seulement 4 villes sur 53 répondantes ont mis en place un service de santé intercommunal. Deux principales raisons à la mise en place d'un service de santé intercommunal ont été identifiées lors des entretiens.

A) Les enjeux des services de services intercommunaux

Deux principales raisons à la mise en place d'un service de santé intercommunal ont été identifiées lors des entretiens :

Renforcer l'équité entre communes d'un même territoire

Cela peut notamment s'expliquer par l'asymétrie existant entre la ville centre et les communes périphériques qui, de petite taille ne disposant pas de service santé dédié ou alors dans une version minimale. Par exemple, à la Communauté Urbaine du Grand-Nancy où il existe un service de santé intercommunal depuis dix ans : « *La coordination intercommunale de la santé permet de pallier les absences de services de santé publique des plus petites villes et d'ainsi renforcer l'équité. Un service de santé intercommunal permet une dimension beaucoup plus stratégique et équitable. Des fois, il y a la ville centre qui dispose d'un service santé avec beaucoup de techniciens pour mettre en place des actions et des projets en santé publique et de l'autre côté, il y a des petites communes qui ne bénéficient de rien* ». Certaines villes comme Lyon, Toulouse ou Nîmes pensent qu'un SCHS rayonnant sur l'ensemble des villes de l'intercommunalité serait opportun. La ville de Toulouse estime que cela permettrait une équité en santé pour toutes les communes du territoire : « *Le seul moyen pour amener les autres communes à réfléchir sur la santé, ce serait un SCHS intercommunal. A moyen terme, c'est notre service déjà structuré qui devrait être mutualisé* ». Cette intercommunalisation de la santé a permis dans les cas d'espèce de faire bénéficier aux communes qui ne disposent de service de santé de disposer des ressources en santé. En étudiant l'intercommunalisation de l'action sociale - que nous pouvons aisément rapprocher de l'intercommunalisation de la santé- T. Frinault et Remy Le Saout ont remarqué que la création d'un Centre Intercommunal d'Action Sociale s'effectuait pour les mêmes raisons (T. Frinault, R. Le Saout, 2011).

Permettre un appui méthodologique aux villes membres de l'EPCI dans la mise en place de projets en santé publique

Par exemple, à la communauté urbaine de Saint-Quentin-en-Yvelines, le service de santé intercommunal a permis un appui méthodologique pour le montage de projet et des financements suffisants pour améliorer la formation des professionnels : « *Pour les communes, ça leur a permis de monter en compétence leur professionnels locaux. En effet, on a mis en place par exemple des séances d'échange de pratiques, de formation etc...pour monter en compétence et les agents communaux et les professionnels des*

associations et après on est en appui méthodologie sur leurs projets ». La responsable du service de santé intercommunal de Saint-Quentin-en-Yvelines ajoute que la majorité du travail du service santé intercommunal se concentre sur *la « mise en réseau, la méthodologie de projets».* A la Communauté Urbaine du Grand Nancy, le responsable du service de santé confirme cette tendance : *« Nous sommes force d'appui et de soutien méthodologique pour les communes. Nous avons des comités de pilotages en commun sur des gros projets qui intéressent toute l'agglomération, comme par exemple Octobre Rose ou Mars bleu ».*

Au vu des particularités de chacun de ces services, il nous paraît dès lors opportun d'explicitier et d'analyser les enjeux et les particularités de chacun de ces services de santé intercommunaux. Nous nous sommes essayés à une typologie pour mieux comprendre la configuration de ces services de santé intercommunaux mais gardons à l'esprit qu'au vu du caractère exceptionnel de ces services de santé intercommunaux, ces typologies sont fondées sur un nombre très réduit de cas.

Dans certains cas, **le service santé de la ville centre a été transféré à l'intercommunalité.** Il s'agit par exemple du Service Communal d'Hygiène et de Santé de la ville de Bordeaux renommé « service santé environnement » et rattaché à la Direction de la prévention de la Métropole. Dans d'autres cas, **un service santé a été créé à l'intercommunalité, en complément des services santés existants dans chaque commune.** C'est par exemple le cas du service santé de la communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines. **Un cas particulier de service de santé intercommunal** a été récemment mis en place par la ville d'Evry. Un service de santé « intercommunal » qu'on nommera plutôt service de santé à dimension intercommunale se déploie sur la ville d'Evry et de Courcouronnes.

Schéma n° 6 : Typologie des services de santé intercommunaux

Transfert du service santé de la ville centre à l'intercommunalité

Un transfert partiel du SCHS de la ville de Bordeaux à Bordeaux métropole

A Bordeaux, le transfert du SCHS de la ville de Bordeaux à la métropole correspond à la cristallisation de pratiques antérieures. En effet, le SCHS de la ville de Bordeaux (ville centre de la métropole) rayonnait déjà sur l'ensemble des villes de la métropole avant qu'il soit intercommunalisé. « *On avait de par ses compétences signées des conventions de coopération avec un certain nombre de ville de l'ex-communauté urbaine de Bordeaux avec 28 communes pour des actions de conseil et d'intervention notamment en matière d'hygiène et de salubrité publique* ». Le SCHS de Bordeaux est désormais rattaché à la Direction de la prévention de la Métropole et s'appelle le service « santé environnement ». Il a vocation à rayonner sur les 20 communes de la Métropole.

Dunkerque : une fusion de deux structures avec des compétences santé

Le nouveau service de santé intercommunalité à la CU de Dunkerque est le fruit d'une fusion de la Maison de promotion de santé de Dunkerque avec le centre de santé de Grande Synthe pour donner naissance à une nouvelle structure :

Création d'un service santé ex nihilo rayonnant sur l'ensemble de l'intercommunalité

Un service de promotion de la santé intégré dans un institut entre réseautage et soutien méthodologique:

L'Institut de promotion de la santé (IPS) réunit les acteurs médico-sociaux de Saint-Quentin-en-Yvelines. Il coordonne les actions de prévention, d'éducation pour la santé et d'amélioration de l'accès aux soins. Cet institut est né de la volonté politique de permettre une équité en santé pour toutes les communes du territoire. Les communes n'ont pas toutes un service santé mais toutes des référents santé, indispensable pour collaborer avec le service.

Un service santé intercommunal, une opportunité pour intégrer la santé dans les politiques intercommunales

Le service santé de la ville de Grand Nancy permet un soutien méthodologique et un accompagnement des villes dans la mise en place des projets en santé publique.

Evry : Un service santé « à dimension intercommunale »

Nommée, « direction intercommunale de santé publique », il s'agit plutôt en réalité d'une direction de santé publique à dimension intercommunale dans la mesure où cette direction ne bénéficie qu'à deux villes : Evry et Courcouronnes. Une seule personne travaille dans cette direction intercommunale, il s'agit d'un médecin de santé publique. Elle est recrutée par la ville d'Evry et mise à disposition à moitié de son temps à la ville de Courcouronnes. Cette direction a principalement la charge de la mise en place d'un CLS sur l'ensemble des deux villes et la coordination des 2 ASV qui gardent une attache locale.

3.1.3 L'inscription dans le cadre de l'intercommunalité de certaines thématiques précises

Lors des entretiens, est notamment ressortie l'idée que la question était moins de transférer la gestion des problématiques de santé à une échelle territoriale supérieure (avec le risque de perdre l'intérêt politique que représente pour le maire et les élus santé le contrôle des services de proximité) que d'inscrire dans le cadre intercommunal certaines thématiques précises. Les répondants ont été nombreux à souligner l'opportunité de l'échelle intercommunale pour travailler sur certaines thématiques à enjeu supra communal. C'est là qu'on retrouve vraiment tout le principe du concept de **subsidiarité**, selon lequel une institution s'abstient d'intervenir dans un domaine quand l'action d'une autre institution dans ce domaine paraît plus pertinente (Bussi, 2008).

Assurer une meilleure efficacité de l'offre de soins

Dans les communautés de communes, la totalité des répondants pensent qu'une Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP) intercommunale serait opportune. Certains territoires sont touchés par la « désertification médicale ». Une chargée de mission en santé souligne : « *Il est important que chaque commune ne construise pas "sa" maison de santé si le territoire ne s'y prête pas. Une analyse sur une échelle de territoire qui va au-delà de la commune est plus pertinente* ». Nombreux sont ceux qui soulignent lors des entretiens que la nécessité de résoudre le problème de la démographie médicale à une échelle plus grande que la commune. L'intercommunalité permettrait également une meilleure efficacité de l'offre de soins. En ce sens, la ville de Marseille souligne l'opportunité de « *travailler sur des territoires interconnectés entre eux pour assurer l'efficacité de l'offre de soins* ». A Bourg en Bresse et à Lyon, l'intercommunalité s'est emparée de la question de la « démographie médicale ».

Permettre une approche plus large de l'accès aux soins grâce à l'observation en santé

Quelques villes ont comme projet la création d'un observatoire sanitaire afin de mieux recenser l'offre de soins ou de mieux cibler les actions prioritaires sur le territoire. Cette échelle permettrait d'avoir une approche plus large sur l'accès aux soins.

Saint Quentin en Yvelines : « La mise en place d'un observatoire au niveau intercommunal permet d'avoir une distance statistiquement plus fiable et plus fine des problématiques de santé sur le territoire, cela permet de développer plus d'argumentaire pour les facteurs de risques locaux pour mettre en place des actions de prévention au niveau local par exemple »

Promouvoir la santé mentale via la mise en place de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Dans le questionnaire en ligne ainsi que les entretiens, la santé mentale est ressortie

Bourg en Bresse : « Nous avons, en 2013, lancé à l'échelle intercommunale un diagnostic sur l'offre de soins de premier recours, pilotée par la communauté d'agglomération. Ce diagnostic nous a permis de mieux visualiser les flux de patients »

comme une thématique dépassant les territoires communaux et devant être portée par l'échelle intercommunale. 68 % des répondants estiment d'ailleurs que la mise en place

Trois opportunités à la mise en place d'un CLSM intercommunal ont été dégagées lors des entretiens :

- Le fait que le CLSM intercommunal permette de correspondre à une logique de territoire. A Roubaix, les villes signataires d'un CLSM appartiennent au même secteur de l'Etablissement public de santé mentale
- En outre, le CLSM intercommunal permet l'échange d'informations et de bonnes pratiques. A Rennes la semaine d'information sur la santé mentale est mise en place à l'échelle intercommunale.
- .Enfin, le CLSM intercommunal permettrait de relier la thématique santé mentale et logement comme à Strasbourg et Thionville

d'un CLSM intercommunal est « opportun ». En ce sens, un chargé de mission santé d'une communauté d'agglomération témoigne : « *Les secteurs de psychiatrie dépassent le territoire d'une commune, il est donc nécessaire de réfléchir à un niveau intercommunal* ».

Strasbourg Euro Métropole

« *Il y a trois établissements psychiatriques qui impactent le territoire. De ce fait, il y a un énorme travail de cohérence à faire au niveau de l'offre sanitaire. Dans cette perspective nous avons mis en place un CLSM intercommunal comportant des axes transversaux tels que la démarche citoyenne, la déstigmatisation, le travail avec les usagers, les grandes manifestations, et le logement. Cela nous permet de développer la thématique santé-logement à l'échelle intercommunale.* »

La santé environnementale

Les réponses du questionnaire en ligne et des entretiens ont montré que l'intercommunalité était un territoire plus approprié à la thématique « santé environnement ». La santé environnementale est d'ailleurs un axe prioritaire développé dans plusieurs Contrats Locaux de santé (CLS) intercommunaux comme ceux de Strasbourg, Lyon et Bordeaux. De nombreux répondants prétendent avoir des attentes vis-à-vis de l'intercommunalité sur la santé environnementale : « *On a des attentes vis-à-vis de l'intercommunalité concernant la compétence santé-environnement, car la pollution ne s'arrête pas aux frontières communales* ».

Bien sûr, lors des entretiens les répondants ont identifié d'autres thématiques pour lesquelles l'échelle intercommunale était plus pertinente. Mais cela dépend bien entendu des enjeux du territoire. Quels sont les problématiques communes, les valeurs sur lesquelles les communes seraient prêtes à coopérer? Lors de la réunion du réseau Grand Nord à Lille que nous avons animé avec Eva Vidales sur la problématique du changement d'échelle territoriale, nous avons assisté aux prémices d'une coopération territoriale en santé. En effet, les villes de la métropole européenne de Lille étaient présentes, et ont constaté qu'elles avaient en commun une problématique majeure : l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité. Se rencontrer, échanger autour de problématiques communes en y voyant un enjeu supra-communal qui pourrait être résolu par l'alliance de forces, constitue bel et bien les premiers pas d'une coopération locale en santé.

Il est important de souligner que pour les intercommunalités s'étant emparées de certaines problématiques de santé, la volonté politique était déterminante. En effet, il s'agissait d'intercommunalités dans lesquelles des délégations de santé avaient été créées récemment, comme c'est le cas à Thionville, à Bourg en Bresse et à Lyon.

3.1.4 Les freins à l'intercommunalisation de la santé

Un défaut de volonté politique d'impulser la santé à l'échelle intercommunale

Pour 34 % des répondants, le frein à l'intercommunalisation de la santé à l'échelle intercommunale est lié à **la volonté politique**. En effet, se saisir ou non des questions de santé est un choix politique. Lors des entretiens, les répondants ont été nombreux à souligner que la volonté de développer la compétence santé est également très *persona dependant* : « *Ce seront seulement des personnes visionnaires qui se saisiront des questions de santé* »³³. Ils ont été nombreux à souligner que le mode d'élection des représentants de l'intercommunalité ne permettait pas d'adopter une réelle stratégie en santé : « *Les délégués communautaires ne sont pas porteurs d'une politique de santé, ils ne sont pas élus sur un projet* » s'exprime un élu santé, membre d'une intercommunalité qui n'a pas développé la compétence santé. Les modalités de prises de décision au sein des EPCI ont également fait couler beaucoup d'encre. **Le fait que les élus locaux ne soient pas élus au suffrage universel direct ne les amène pas à porter des projets**

³³ Par exemple, les présidents des intercommunalités qui ont développé la compétence santé sont souvent sensibilisés aux questions de santé. Par exemple, les présidents des intercommunalités de Grand Nancy et Thionville sont tous deux d'anciens médecins, ce qui explique leur volonté politique d'impulser la santé à ce niveau.

dotés d'une identité intercommunale : Comme l'écrit D. Gaxie, « Leur désignation au suffrage universel indirect dans le cadre de la commune [...] entrave l'émergence d'un débat, d'une prise de conscience et d'une identité intercommunale. Ils sont amenés à prendre des décisions de portée intercommunale en adoptant un point de vue souvent principalement communal » (Gaxie, 1997). On peut ainsi dire que l'actuel mode de désignation des membres des conseils ne permet pas l'émergence d'un débat mais permet plutôt aux délégués communautaires de représenter les intérêts de leur commune d'appartenance. « Les conseillers communautaires mettaient avant tout l'accent, quand ils le faisaient, sur la dépossession politique qu'engendre l'intercommunalité et cherchaient avant tout à municipaliser la campagne » (Frinault, 2014).

Les auteurs parlent d'une décision prise par le consensus : « Le consensus est souvent présenté comme participant à la recherche d'un plus petit dénominateur commun au détriment de l'intégration de la solidarité communautaire ».³⁴

Le clivage des enjeux sanitaires entre la ville -centre / ville périphériques :

Au-delà de l'hétérogénéité des communes qui rend difficile de mener une politique de santé sur l'ensemble des villes, c'est surtout les disparités territoriales et des enjeux sanitaires entre la ville centre et les villes périphériques qui sont souvent un frein à la mise en place d'une politique intercommunale en santé. Un élu santé d'une métropole souligne que le véritable frein à la mise en œuvre d'une politique de santé à l'échelle intercommunale sont que « les logiques sanitaires sont très différentes entre les villes de la métropole. La ville centre concentre plus de la moitié des habitants, et la deuxième et troisième couronne l'autre moitié. Et elles ont des logiques sanitaires très différentes ». Il y a également une crainte de voir la ville centre imposer ses convictions politiques ou stratégiques au reste des villes périphériques. La plupart des villes santé sont des villes-centre mais qui ont conscience du risque que la ville centre prenne le « pouvoir sur les villes périphériques », et que cela cause une réticence. C'est le cas d'une responsable du service santé de la ville centre d'une métropole : « Il n'existe qu'un SHSP au sein du département. Les autres petites communes ne se reconnaissent pas dans notre mode de fonctionnement. Il y a une vraie différence de tailles de communes entre Bourg en Bresse et les communes riveraines. Ils ne se reconnaissent pas du tout dans notre fonctionnement ». Un autre élu d'une ville centre souligne « C'est la ville centre qui mène le jeu ». La différence des bords politiques

³⁴ Certains proposent d'une future élection des conseillers communautaires au suffrage universel afin de renforcer l'identité intercommunale et le réel portage de projets en santé à cette échelle ? Il s'agit là d'un projet de loi inscrit dans la loi NOTRe qui devrait voir le jour le 1^{er} janvier 2020. D'aucun se demandent si cela permettrait une politisation de l'arène intercommunale et remettraient en cause la gestion partisane et consensuelle des conflits. ³⁴Pour d'autres le suffrage universel direct des conseillers communautaires pourraient conduire à la « mort des communes »³⁴ et les élus communaux n'ont pas intérêt à voir entrer en vigueur cette réforme. Ce qui explique que l'on peut douter de sa mise en œuvre future.

entre les élus de la ville centre et des villes périphériques peuvent également constituer un obstacle à la mise en œuvre des politiques intercommunales en santé. « *La santé est un choix, et au Grand Nancy, le président de la communauté urbaine et un médecin, avec une forte volonté politique d'impulser la santé à l'échelle intercommunale mais il est bloqué par les maires des autres villes qui ne sont pas du même bord politique.* » Certains, sans parler de couleur politique, parlent du manque de volonté politique des villes périphériques à mener des politiques de santé.

En effet, on observe souvent, dans les différentes études sur l'intercommunalité un leadership de la ville centre. Dans 90 % des cas, c'est le maire de la ville la plus peuplée- et ville centre dans la plupart des cas, qui hérite de la présidence de l'intercommunalité. (Le Saout, 2000)³⁵. Il convient néanmoins de noter que bien que la ville centre prenne souvent le leadership et que cela crée la crainte et souvent la réticence des villes périphériques, certaines villes sont souvent preneuses des politiques ou services de santé mises en œuvre par la ville centre. On observe en effet souvent un gouffre entre les politiques de santé au-delà des attributions réglementaires menées par les villes centres et l'absence parfois même d'un SCHS dans certaines communes. Elles sont souvent preneuses à une mutualisation du service santé de la ville centre à l'échelle intercommunale, comme cela fut le cas à Bordeaux : « *Les villes périphériques avaient des problématiques de santé qu'elles ne pouvaient pas résoudre seules et elles ont été vivement intéressées concernant le transfert du SCHS de Bordeaux à Bordeaux Métropole. Elles peuvent bénéficier d'actions en santé dont elles n'auraient pas pu bénéficier autrement* ».

Si certaines intercommunalités se sont emparées de la compétence santé en créant des services de santé intercommunaux ou en intercommunalisant certaines thématiques précises, l'intercommunalisation de la santé présente de nombreuses limites et freins. Au vu de l'homogénéité relative des intercommunalités, les communes membres de l'intercommunalité sont souvent en difficulté pour concevoir et mettre en œuvre des politiques publiques qui nécessitent d'intégrer les contrastes territoriaux. De plus, la volonté politique de l'intercommunalité d'impulser une politique de santé semble dans la majorité des cas manquer. **Ces résultats sont tout de même à nuancer au motif du profil des répondants, principalement issus des communes.** Sur 56 répondants, seulement 4 étaient issus d'une intercommunalité et seulement 2 intercommunalités étaient

³⁵ Au regard de la littérature à ce sujet, le clivage centre-périphérie qui paraissait fonder les relations communes/ communauté est toujours présent mais semble toutefois avoir perdu de son importance. Le fait que la ville centre ait sacrifié une partie de ses voix a permis dans certains cas de rétablir la confiance des communes périphériques. En effet, bien des villes centres ont consenti à disposer de moins de sièges que ceux auxquels son poids démographique lui aurait permis de prétendre. (La Gazette des communes, Les relations entre communes et communautés, 2013).

représentées (l'élue et le technicien d'une même intercommunalité ont répondu au questionnaire. C'est ici que se trouve la limite de notre travail dans la mesure où si d'autres intercommunalités avaient pu répondre au questionnaire, cela aurait pu influencer sur les résultats et montrer que l'institutionnalisation de la santé à l'échelle intercommunale était davantage répandue. D'autre part, le profil des répondants a pu aussi influencer sur les résultats dans la mesure où les répondants principalement communaux et pour l'ensemble en charge des questions de santé dans la ville sont réticents à l'idée d'une perte de compétence de la santé par les villes et défendent la pertinence de l'échelon communal pour la gestion des questions de santé.

Si l'intercommunalisation de la santé semble limitée, nous voyons cependant émerger dans les pratiques des coopérations volontaires informelles entre acteurs locaux en charge de la santé issus de différentes communes.

3.2 L'émergence de coopérations volontaires et informelles à dimension intercommunale

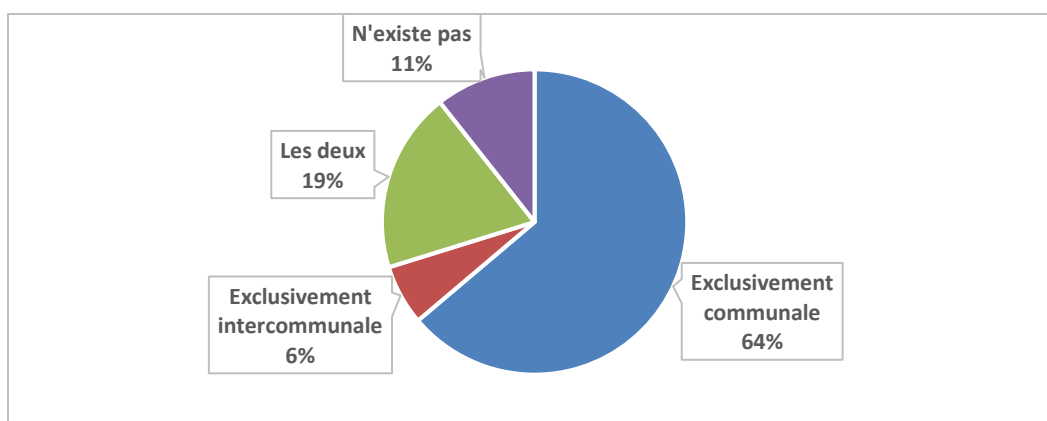
Au vu de la rigidité de la structure intercommunale et de la difficulté à mettre en place des politiques de santé sur l'ensemble du territoire, se sont créés entre acteurs locaux et élus locaux des collaborations volontaires, **c'est-à-dire des collaborations par le biais desquelles les acteurs décident librement de coopérer dans des domaines qu'elles choisissent, sans mesure incitative ni contrainte de l'intercommunalité en tant qu'institution juridique** (Perritaz, 2000). Les communes la mettent en œuvre parce qu'elles trouvent un intérêt associé généralement à des gains sous forme d'économie d'échelle ou de mutualisation concernant la gestion de problèmes de santé publique à enjeux supra-communaux.³⁶ Pourquoi et selon quelles idéologies les élus et techniciens coopèrent-ils ? Comment perçoivent-ils cette coopération et quelle plus-value lui attribuent-ils ? Qu'en attendent-ils ? Nous avons pu identifier deux types de coopérations volontaires :

³⁶ Cette distinction est issue d'une Proposition d'une méthode d'analyse comparative des aspects institutionnels, opérationnels et socio-économiques des diverses formes d'intercommunalité élaboré en Suisse mais le schéma tendanciel qui en est dégagée peut être appliqué aux coopérations locales françaises. Cf : Bernard Dufflon,

Les coopérations volontaires subsidiaires qui naissent d'une volonté de travailler sur des thématiques santé à enjeux supra-communales (3.2.1) et Les coopérations volontaires stratégiques qui naissent d'une volonté de mutualiser les ressources et les moyens entre différentes communes (3.2.2).

3.2.1 Les coopérations volontaires subsidiaires : coopérer pour un intérêt commun au territoire : Le CLS intercommunal

Aujourd'hui, deux tiers des Contrats locaux de santé (CLS) sont exclusivement signés au niveau communal (voir graphique 4). Parmi les 46 villes interrogées, 6 villes et 2 intercommunalités ont mis en place un CLS intercommunal. Il s'agit de Grand Nancy, de Saint Quentin en Yvelines de Dunkerque, de Bordeaux, de Châteauroux, d'Evry, d'Orléans, de Roubaix, de Strasbourg, Lille et de Villeurbanne. Hormis le cas de Dunkerque où le CLS est exclusivement signé à l'échelle intercommunale, **Les CLS intercommunaux ne sont pas signés par l'ensemble des villes de l'intercommunalité mais par quelques villes membres de l'intercommunalité.**



Graphique 4 : L'échelon de gestion des Contrats Locaux de Santé

66 % des répondants pensent qu'il serait opportun de mettre en place un CLS à l'échelle intercommunale. Plusieurs opportunités à la mise en place d'un CLS intercommunal ont été dégagées dans les réponses au questionnaire et lors des entretiens. Il s'agit principalement de **l'ajustement des politiques et choix des thématiques de santé prioritaires sur le territoire**. A Nantes, « *l'intercommunalité est une réelle opportunité pour impulser à l'échelle de l'agglomération une politique de santé intercommunale permettant une réelle coopération en termes de CLS* ».

La taille de l'intercommunalité semble représenter également un obstacle à la mise en place d'un CLS intercommunal. Bien que plus de 60 % des répondants affiliés à une

communauté d'agglomération ou une métropole pensent que le CLS intercommunal soit opportun, les répondants ont indiqué que la taille de l'intercommunalité représentait souvent un frein à la mise en place du CLS intercommunal. Une responsable de service santé issue d'une communauté d'agglomération souligne : « *En 2017, nous allons passer de 15 à 77 communes et ça nous freine pour envisager un CLS intercommunal* », affirme une technicienne santé dont l'intercommunalité à laquelle elle appartient vient d'évoluer le 1^{er} janvier 2016 d'une communauté de communes en une communauté d'agglomération.

La mise en place d'un CLS intercommunal ne signe pas la fin des CLS des communes membres de l'intercommunalité qui le signent mais répond à des enjeux et problématiques de santé complémentaires. On voit ici toute la force du principe de subsidiarité s'appliquer. A Strasbourg, les axes du CLS intercommunal « *correspondent à des axes transversaux à la métropole et sont donc plus larges que notre CLS communal* ». A Bordeaux, un technicien donne toute sa légitimité au caractère subsidiaire que revêt le CLS intercommunal : « *Pour des problématiques qui concernent l'ensemble des villes de l'intercommunalité et dépassent les simples enjeux communaux, nombreux sont les élus qui sont en difficulté, qui n'ont pas d'organisation particulière et sont très demandeurs d'avoir une approche globale, homogène, qui leur soit proposé ; et qui soit plutôt portée par la métropole* ».

3.2.2 Les collaborations stratégiques : coopérer pour une meilleure efficacité des actions

Les élus locaux sont nombreux à souligner l'opportunité de l'échelle intercommunale pour gagner en efficacité d'action. Il s'agit dans ce cas d'une coopération stratégique définie par Michel Bussi. Rappelons que la coopération stratégique s'opère quand deux acteurs souhaitent maximiser un gain individuel. Les « *difficultés créatrices* », comme les appellent Bussi pourraient constituer un exemple d'émergence d'une telle coopération : un territoire défaillant dans l'efficacité de ses actions devra par nécessité coopérer avec d'autres qui éventuellement rencontrent les mêmes difficultés (Bussi, 2008). Lors des entretiens, il a été identifié deux types de coopérations stratégiques : la mutualisation des ressources et des moyens pour mener à bien des actions de santé publique, ainsi que l'échange de bonnes pratiques entre les communes. Ces deux types de coopérations garantissent une meilleure efficacité d'actions.

A) Mutualisation des moyens et des ressources

Le plus souvent, la mutualisation des ressources et des moyens ne se fait pas au niveau de l'intercommunalité entière. Il s'agit davantage de coopérations entre communes limitrophes. Cette tendance est particulièrement appuyée dans les communes rurales ou les petites intercommunalités (communautés de communes et les communautés d'agglomération). A Mulhouse, l'échelle intercommunale est une opportunité pour la « *mutualisation de ressources humaines et financières à l'échelle de l'agglomération* ». A Embrun, la communauté de communes a permis le financement d'une conférence internationale sur la e-santé. L'échelle intercommunale est une opportunité pour la mise en place d'actions de grande envergure. Certaines villes mutualisent la communication pour la mise en place de grands évènements. Par exemple à Roubaix, cela a été le cas dans le cadre des journées du cancer de l'enfant en 2016. Pour Thionville, mutualiser la communication avec plusieurs villes de l'intercommunalité leur a permis de mobiliser davantage d'habitants à une marche de sensibilisation dans le cadre de Mars bleu. Les villes peuvent également **mutualiser les expertises**, comme à Evry où un médecin de santé publique a été recruté et mis à disposition sur deux villes d'une même intercommunalité (Evry, Courcouronnes). « *Il est intéressant de mutualiser les expertises car chaque ville ne peut pas avoir à disposition un expert* ».

Le parcours du cœur intercommunal à Strasbourg-2015 : L'action visait à prévenir les maladies cardiovasculaires par la promotion des modes de vie actifs. Elle a permis également d'initier une démarche intercommunale en santé à travers la coopération et la pérennisation des partenariats entre communes de la Communauté urbaine de Strasbourg et la mise en œuvre d'un plan de communication mutualisé.

B) Echange de bonnes pratiques

A la question : « *Quelles sont les opportunités de l'échelle intercommunale ?* », les répondants sont nombreux à indiquer que l'échelle intercommunale est une opportunité pour le partage de bonnes pratiques entre communes membres d'une même intercommunalité. Cet aspect a pu être approfondi en entretien : Ainsi, certaines villes, de manière non conventionnelle partagent des méthodes comme la ville de Lyon : « *J'ai fait du Bench-Marking afin de savoir comment les autres villes avaient élaboré leur budget prévisionnel, pour la mise en place d'une Maison de Santé Pluri professionnelle* ». En outre certaines villes mettent en place des réseaux d'élus afin d'échanger sur les problématiques

d'accès aux droits, par exemple. C'est le cas à Dunkerque où des réunions entre maires des communes de la Communauté Urbaine sont prévues tous les quinze jours.

Ceci n'est pas spécifiquement une volonté des petites villes. Certains responsables de services de santé dans des grandes villes souhaitent s'ouvrir aux autres communes afin de partager des pratiques et des idées innovantes en santé publique : « *Nous faisons, dans le cadre de la métropole, des réunions dans le cadre du CLSM intercommunal. Par exemple, la dernière c'était sur les problèmes entre santé mentale et logement. Il ne faut pas rester cloîtrés dans notre géographie de Lyon. Ce n'est pas parce qu'on est une grande ville qu'on ne doit pas apprendre des autres* ».

Nous pouvons déduire de ces résultats que **les élus et techniciens préfèrent coopérer entre communes limitrophes qui ont des enjeux sanitaires communs. Elles ont ainsi plus de facilité à coopérer entre elles.** Beaucoup préfèrent cette coopération plus souple fondée sur des bases affinitaires (Gaxie, 1997), que la coopération « contractuelle ». Elles font en ce sens des actions « à dimension intercommunale » mais qui ne se déploient pas sur toute l'intercommunalité au sens juridique du terme.

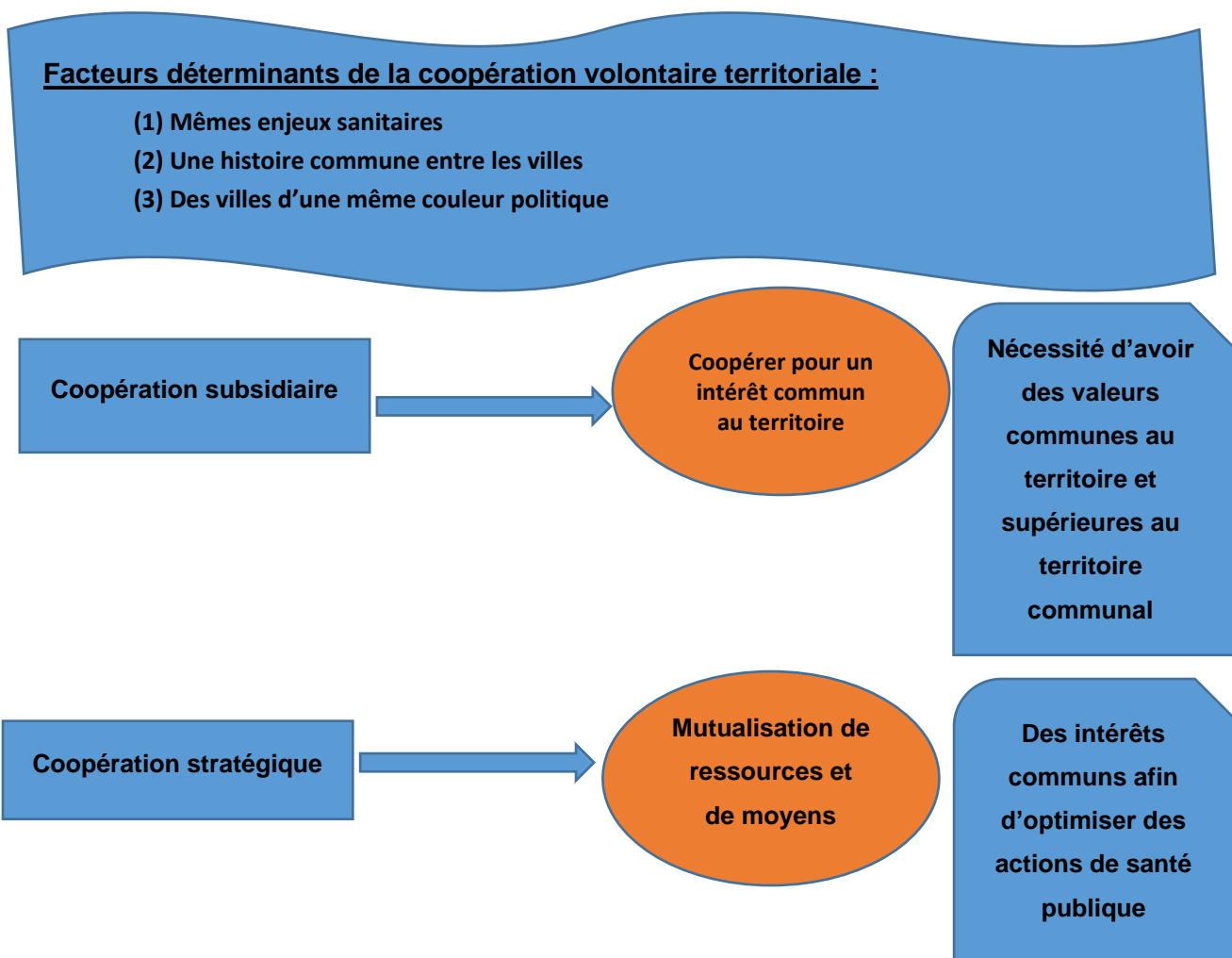


Schéma n° 7 : Typologie des coopérations volontaires en santé

Si des coopérations informelles sur des actions spécifiques voient le jour entre les communes, c'est souvent qu'il est difficile d'avoir l'adhésion de toutes les communes pour mettre en place une action. **Ces arrangements et ces coopérations informelles permettent d'éviter les conflits importants et de maintenir la souveraineté des communes qui ne souhaiteraient pas prendre part à une action.** On peut voir ici, une volonté des élus de reconstituer les traits de l'organisation intercommunale, qui peut être jugé comme trop contraignante. « *On voit comment tout statut juridique jugé trop contraignant peut être aisément détourné par des modes d'organisation spontanés jugés plus satisfaisants* » (Gaxie, 1997, p12).

Nous avons pu observer que les coopérations entre acteurs en santé s'effectuaient souvent en dehors de la structure juridique « intercommunalité », mais qu'elles étaient basées sur un caractère volontaire. B. Daflon et Steve Perritaz, professeurs à la Chaire de finances publiques et de gestion des finances publiques de Suisse avaient établi en 2000 une distinction entre les collaborations volontaires et celles encouragées par l'Etat. C'est ce

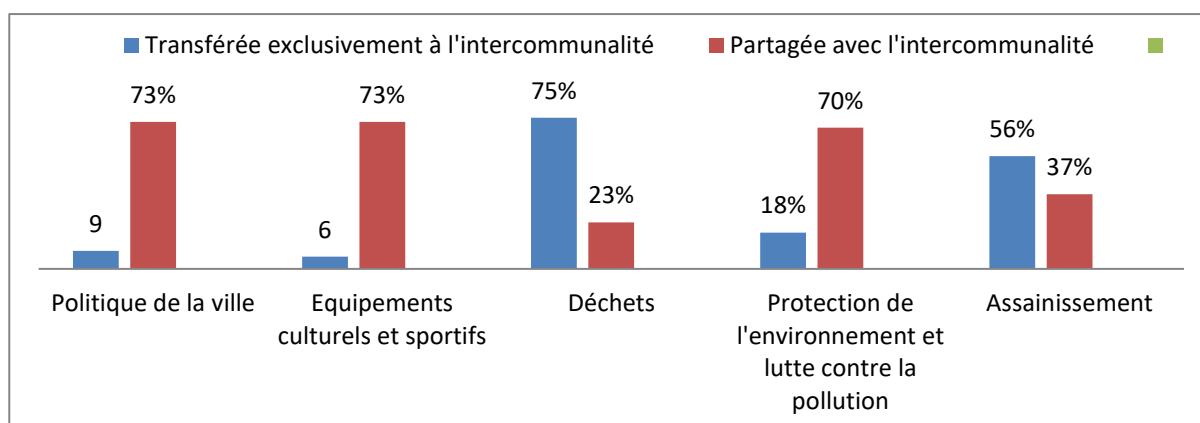
modèle que nous avons pu retrouver dans nos résultats. D. Gaxie avait aussi fait cette observation en France en 2010 en notant que la coopération encouragée par l'Etat qui se développe dans le cadre des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale n'est en fait que la partie la plus visible de pratiques plus largement répandues et informelles (D. Gaxie, 2010). Ces collaborations qui s'effectuent en dehors des structures juridiques amènent à repenser la notion de territoire. **Dans les évolutions portées par les notions de développement local et territorial, le territoire ne s'entend plus comme un simple échelon spatial parmi d'autres aux limites juridiquement définies.** Comme l'énonce Leloup, « *le territoire ne correspond pas à un niveau administratif neutre où une politique s'applique selon une démarche hiérarchique descendante* ». (Leloup, p 5). Le territoire s'impose au contraire comme « *un système dynamique complexe* » (Leloup et al, Moyart et al, 2003) qui se construit grâce aux relations durables de proximité géographique développées entre les acteurs. Ces relations durables de proximité sont nommées les coopérations territoriales (Bussi, 2008).

Peu nombreuses sont les intercommunalités qui se sont emparées de la compétence santé. Une question se pose alors, comment est intégrée la santé dans les politiques sectorielles intercommunales, leviers majeurs pour agir sur les déterminants de la santé ?

3.3 La prise en compte de la santé dans les politiques menées par l'intercommunalité

3.3.1 Communes et intercommunalités : une gouvernance partagée des déterminants de la santé

Nous remarquons sur le graphique n° 5 que les intercommunalités auxquelles appartiennent les villes santé répondantes, exercent de nombreuses compétences autrefois communales. Il s'agit notamment de la politique de la ville, des équipements culturels et sportifs, de la collecte et du traitement des déchets, de la protection de l'environnement, ainsi que de l'assainissement. Ces compétences sont autant de leviers pour agir sur les déterminants de la santé. Nous remarquons également que de nombreuses compétences sont partagées entre l'échelon intercommunal et l'échelon communal. En effet, la compétence politique de la ville est exercée pour 73 % des villes à la fois par l'échelle intercommunale et communale. Il en est de même pour la compétence équipements culturels et sportifs qui est partagée par la commune et l'intercommunalité pour 73 % des répondants.



Graphique 5 : les compétences exercées exclusivement ou partiellement par l'intercommunalité

Les entretiens ont permis d'approfondir ce partage et de comprendre sur quels critères les acteurs locaux s'appuyaient pour dessiner les contours de cette co-responsabilité locale. Les questions lors des entretiens portaient sur les déterminants de la santé, et elles consistaient à savoir, pour chaque déterminant de la santé, quelles compétences avaient été transférées à l'intercommunalité.

Les répondants ont estimé que pour chacun des déterminants de la santé la responsabilité des acteurs communaux et intercommunaux était partagée. Les résultats des entretiens à

ce sujet ont été synthétisées dans le tableau n° 5 ci-dessous. Le terme « *articulation entre les deux échelles* » a été maintes fois abordé pendant les entretiens.³⁷

L'exemple du partage des compétences dans le cadre de la politique de la ville : les compétences sont partagées dans 75 % des cas entre la ville et l'intercommunalité. En dépit de ce cadre législatif qui fait de la politique de la ville une compétence exclusive de l'intercommunalité, il ne faut pas oublier qu'est aussi en jeu la relation aux associations de quartier, la qualité de la gestion de proximité qui est aussi l'affaire de la commune¹. L'état, au travers de ses politiques contractuelles, est en train d'accepter cette co-responsabilité locale dans la conduite de la politique de la ville. (Béhar, 2015). Le cadre législatif des compétences entre communes et intercommunalités reste donc largement une fiction dans la mesure où chaque groupement de communes en fait sa propre interprétation. Ce que l'on observe correspond en fait à des pratiques « relâchées », qui ne prennent pas toujours en compte le cadre législatif de la coopération (Gaxie D, 1997). Ceci peut s'expliquer par une répartition imprécise et complexe des compétences au sein du bloc local.

Déterminant de la santé	Échelle communale	Echelle intercommunale
Service sociaux	Associations, ASV, politiques de santé de proximité	Compétence politique de la ville : Contrat de ville
Environnement	Qualité de l'air intérieur	Qualité de l'air extérieur (Plan Climat Air Energie Territorial – PCAET)
Equipements culturels et sportifs	Bibliothèques municipales, actions culturelles de proximité	Grands équipements et grandes manifestations culturelles ou sportives
Aménagement urbain	Autorisation, contrôle des actions d'urbanisme	Compétence de planification avec le Plan Local de l'Urbanisme (PLU)

Tableau n°5 : Articulation des compétences entre communes et intercommunalité

³⁷ Daniel Béhar énonce qu'« en dépit des espoirs des modernistes, la généralisation de l'intercommunalité n'a ni donné lieu à une spécialisation technique des rôles respectifs de la commune et de l'intercommunalité, ni enclenché un processus d'effacement de la commune ». En effet, quels que soit les déterminants de la santé, « les compétences restent partagées car les responsabilités sont entremêlées » (Béhar, 2015, p 87).

3.3.2 La réelle opportunité de la collaboration des services de santé communaux avec les services intercommunaux pour intégrer la santé dans les politiques sectorielles intercommunales

Lors du questionnaire, et des entretiens téléphoniques, les répondants s'accordent pour dire qu'il y a une « **Possibilité d'agir sur davantage de déterminants de la santé à l'échelle intercommunale** ». En ce sens, de nombreux répondants plaident pour une prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques communautaires. Quelques intercommunalités vont relativement loin en ce sens, en se dotant d'un service santé comme on a pu le voir, dans des cas exceptionnels, ou d'élus délégués à la santé chargés de veiller à bonne prise en compte des enjeux de santé dans les différentes politiques et dans les plans sectoriels.³⁸

Communauté Urbaine du Grand- Nancy: Le responsable du service intercommunal de santé souligne que : « **Le fait que le service santé soit porté par l'intercommunalité permet un travail en transversalité avec les politiques déployées par la communauté urbaine. Cette transversalité est notamment permise par la composition même de l'organigramme : le service santé est intégré dans le pôle territoire aux côtés du service cohésion sociale, énergie climat, habitat, transport, urbanisme, ce qui permet d'injecter la santé dans toutes les politiques** ».

Cependant, dans la majorité des cas, il n'existe pas de services santé ou de personnes chargée de veiller à la bonne prise en compte de la santé à l'échelle intercommunale.

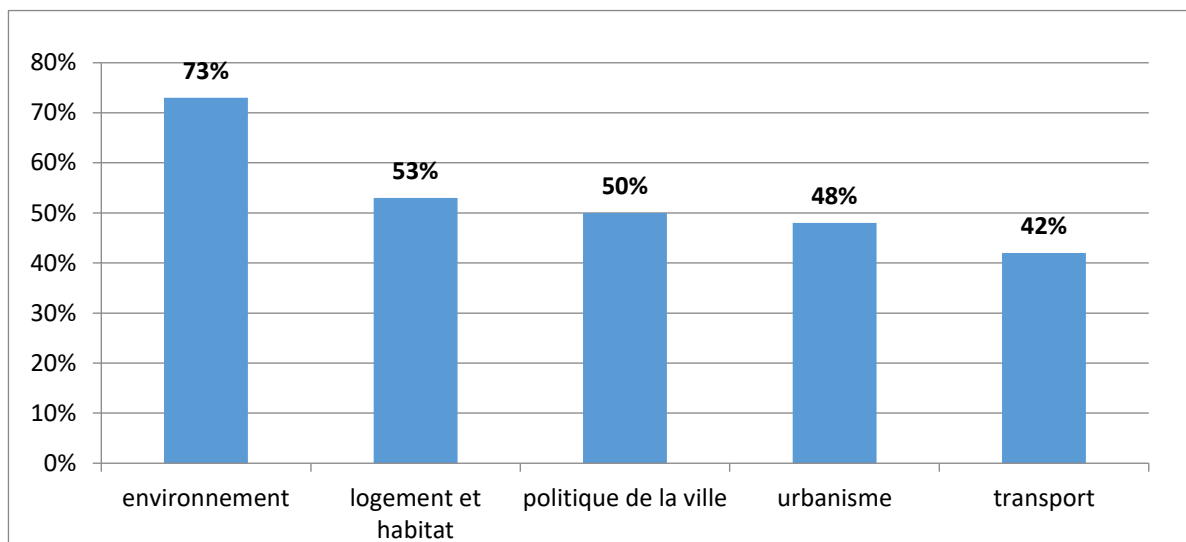
La volonté des acteurs municipaux de collaborer avec les services intercommunaux

Presque tous les répondants reconnaissent l'utilité à collaborer³⁹ avec les services intercommunaux. Ils sont **98 % à affirmer que cette collaboration est nécessaire, ce qui est un chiffre significatif, marquant la volonté des élus et techniciens des villes santé d'intégrer la santé dans les politiques publiques sectorielles**, aujourd'hui dévolues à l'intercommunalité dans un très grand nombre de cas. Très peu d'intercommunalités se sont emparées de la compétence santé. Une collaboration des acteurs municipaux en

³⁹ Il semble important de définir la collaboration et d'identifier en quoi elle se distingue de la coopération. La notion de collaboration désigne à la fois le mode de contribution de chaque membre d'un groupe et le produit final issu de cette participation (Cord, Ollivier, 2001). La collaboration se distingue de la coopération dans la mesure la collaboration implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre le problème. Contrairement à la coopération, les part de travail à effectuer ne sont pas identifiables, mesurables et prédéfinies par un coordinateur (Gangloff- Ziegler , 2009).

charge de la santé et les services intercommunaux semble donc être nécessaire afin d'intégrer la santé dans les politiques sectorielles intercommunales.

Une démarche intersectorielle réduite à un caractère consultatif



Questions : avec quels services de l'intercommunalité collaborez-vous ? Plusieurs réponses étaient possibles d'où la somme des pourcentages qui dépasse 100 %.

Graphique 6 : Les domaines de collaboration avec l'intercommunalité

Au vu du graphique n° 6 ci-dessus, la collaboration avec l'intercommunalité est très importante en matière d'environnement (73%). Elle est moyenne concernant le logement et l'habitat, la politique de la ville et l'urbanisme. Les responsables politiques et administratifs semblent cependant moins collaborer en matière de transport (42%).

Dans les entretiens, les modalités de ces collaborations intersectorielles ont pu être approfondies. Rappelons ici qu'il **existe plusieurs formes de collaborations intersectorielles** (Ride et al, sous presse) : des réunions périodiques, l'élaboration en commun d'un plan, des feedbacks constants... et ces collaborations peuvent avoir des objectifs différents. En effet, ils peuvent aller d'un simple échange d'information à la mise en œuvre d'une nouvelle politique publique en collaboration avec des services multiples. (1) le partage et l'échange d'informations entre les secteurs ;(2) la coopération grâce à l'optimisation de ressources ente les secteurs pour l'application ou la mise en œuvre de politiques ; (3) la coordination, qui implique un travail conjoint entre les secteurs, généralement par la création et l'intégration de relations de relations synergiques et d'un financement partagé ; et (4) l'intégration qui fait référence à la mise en œuvre d'une

nouvelle politique en collaboration avec des secteurs multiples, nécessitant une intégration systémique d'objectifs et de processus administratifs, et le partage de responsabilités, et d'actions.

Au regard des entretiens, lorsqu'elle existe, la coopération entre communes et intercommunalités en santé reste souvent circonscrite à de simples **consultations ou à un acte de présence à des réunions**. Les modalités de collaboration avec l'intercommunalité ont pu être approfondies dans le cadre du Plan Local de l'Urbanisme (PLU) et du Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET). Ces modalités figurent dans l'encadré n°1 et n° 2.

Le Plan Climat Air Energie Territorial (PCEAT) est une compétence dont peuvent se saisir les intercommunalités de plus de 20 000 habitants (loi TECV de 2015). **73 %** des répondants ont indiqué collaborer avec l'intercommunalité dans le cadre de la compétence environnement de l'intercommunalité et plus précisément sur la qualité de l'air. A Toulouse, « *le SCHS a souhaité travailler avec la métropole sur la qualité de l'air* ». A Rennes, l' élu en charge de la santé souligne : « *On travaille ensemble avec la métropole sur l'élaboration du PCEAT et nous participons également à des réunions de commission de développement durable* ». Cette collaboration semble nécessaire à de nombreux répondants qui soulignent la complémentarité des deux échelons : « *En matière de qualité de l'air extérieur, on met nos compétences en commun afin d'apporter nos connaissances sur les impacts sanitaires* ». Cependant, certains répondants éprouvent des difficultés à collaborer avec l'intercommunalité dans ce domaine. Ils sont nombreux à rappeler que « *Sur la qualité de l'air extérieur, l'intercommunalité ne travaille que sur de l'information de la population lors des pics de pollution sans prendre en compte l'aspect santé* ». D'autres pointent du doigt le manque de volonté politique de l'intercommunalité d'intégrer la santé dans les PCEAT intercommunaux : « *En tant qu'adjointe à la santé, je n'ai pas du tout été sollicitée pour l'élaboration du plan climat* ».

Encadré n ° 1 : La collaboration des acteurs municipaux avec l'intercommunalité dans le cadre du du Plan Climat Air Energie Territorial

Depuis 2014, le Plan Local de l'Urbanisme est une compétence intercommunale.

Concernant l'implication des services communaux dans le Plan local de l'Urbanisme, les collaborations sont réduites à une concertation. Une directrice d'un service santé s'exprime : « *Moi je suis allée à une ou deux réunions avec une agence de l'urbanisme qui essayait d'intégrer la santé dans le Plan Local de l'Urbanisme. J'ai été invitée à une réunion depuis que je suis là. On est consulté. Ça s'arrête à une consultation.* ». D'autres parlent de concertation : « *Nous avons été concertés en tant qu'expert santé pour l'élaboration du PLU mais concernant les actions menées ensemble ce n'est pas encore ça... c'est le tout début de la collaboration.* »

Encadré n° 2 : La collaboration des acteurs municipaux avec l'intercommunalité dans le cadre du Plan Local de l'Urbanisme

Dans de nombreux cas, la collaboration consistait à intégrer un volet santé dans les plans sectoriels intercommunaux. **Cependant ce mode de collaboration comme vecteur d'une action intersectorielle en santé peut être remis en cause.** En effet, intégrer un volet santé est une chose, donner suite à ces actions en est une autre. Cela est toutefois une première étape vers la démarche de l'intersectorialité dans la mesure où cela permet une sensibilisation des services intercommunaux à la santé « dans toutes les politiques ». Ceci peut être précurseur d'une prise de conscience de l'intercommunalité concernant l'impact de ses politiques sur la santé de ses habitants.

3.3.3 L'intercommunalité, perçue comme un gouvernement à huis-clos par les acteurs locaux

Dans les entretiens, on observe que les élus locaux sont souvent laissés à côté de la gouvernance intercommunale. Ceci favorise la méconnaissance des politiques menées par l'intercommunalité et entraîne ainsi une gouvernance plutôt descendante qu'horizontale. Par exemple, une directrice d'un service santé énonce : « *l'élu délégué à la santé de la métropole n'a pas informé les villes sur le CLS métropolitain alors que le travail technique a commencé en septembre octobre* ». La directrice d'un service santé énonce : « *La direction de l'eau de l'intercommunalité n'a pas informé ni impliqué le service santé de la ville concernant un sujet sur lequel il était pourtant compétent* ». Cette technicienne regrette le manque à gagner à ne pas adopter une stratégie gagnant-gagnant : « *Il y a une nécessité de dialogue et d'articulation entre la commune et l'intercommunalité. On peut s'enrichir mutuellement et avoir des stratégies gagnant gagnant. Pour l'instant, ce n'est pas le cas* ».

Les acteurs communaux se sentent même parfois complètement déconnectés des problématiques intercommunales. C'est le cas de cette directrice d'un service santé communal : « *On est complètement déconnectés des discussions avec l'intercommunalité. Je n'ai pas eu de retour des élus santé et de l'élus à la fois à la ville et à la métropole.* ». Cette élue en charge de la santé à Montreuil soulève la même difficulté : « *Nous n'avons aucun retour de la Métropole du Grand Paris. C'est une strate à laquelle nous n'avons pas accès* ».

De nombreux écrits ont décrit la gouvernance intercommunale comme le gouvernement de quelques privilégiés. **Les problèmes de coopérations au niveau de l'intercommunalité sont pour l'essentiel monopolisés par les principaux élus et paraissent bien ésotériques au plus grand nombre** (même les conseillers municipaux ne sont pas toujours informés des projets et décisions prises par les délégués) (Gaxie, 2000). En effet, le gouvernement des intercommunalités est souvent le fait d'un nombre réduit d'élus clefs et d'experts techniques, et les décisions sont donc prises dans un cercle très réduit.⁴⁰ Caroline Gallez parle d'« *élus moteurs de l'intercommunalité* » (Thomas, 2009) qui seraient les maires des communes centres et des communes les plus dotées en ressources fiscales. Seuls les détenteurs du leadership politique sur un territoire sont à même de maîtriser les rouages de l'intercommunalité : « *Si les maires s'y retrouvent à peu près tous, les conseillers municipaux quant à eux ne s'y retrouvent pas vraiment et les citoyens pas du tout* » (Le Saout, 2000).

Pour de nombreux répondants, il s'agit d'une « *bureaucratie* », d'une « *technocratie* » au fonctionnement très complexe et inaccessible. Les répondants semblent donc être dans une situation où ils déplorent, du fait du manque d'implication et d'information, leur incapacité à agir sur les politiques intercommunales. En sociologie des organisations, l'une des sources du pouvoir est la communication (Bernoux, 1985). En ce sens, la communication d'informations a toujours une grande valeur stratégique. Elle s'effectue donc en fonction des objectifs des individus et de ceux qu'ils prêtent à leurs correspondant. De ce fait, en ne communiquant pas certaines informations, les élus de l'intercommunalité maintiennent les élus et techniciens locaux dans une « *zone d'incertitude* », qui les empêchent de s'impliquer dans les politiques intercommunales.⁴¹

⁴⁰ Olivier Thomas, « *L'absence persistante du suffrage universel direct pour l'intercommunalité française : une entrave à supprimer absolument* », GRES, cahier n° 2009-05

⁴¹ La zone d'incertitude a été défini dans des manuels de sociologie des organisations comme celui de Philippe Bernoux (1985).

3.3.4 La restructuration récente des services : un obstacle pour collaborer avec les nouveaux services

Les réformes territoriales et notamment la loi NOTRe du 27 janvier 2015 ont entraîné de nombreux changements organisationnels. Suite au transfert accru de compétences communales vers l'intercommunalité, des services autrefois communaux se sont vus transférés à l'intercommunalité. Dans certaines villes, les organigrammes ne sont pas encore fixés et la répartition des compétences entre la ville et l'intercommunalité n'est pas encore établie. **Pour 70 % des répondants, le principal frein à la collaboration intercommunale en santé est le caractère récent de l'intercommunalité.** L'intercommunalité se trouve actuellement dans une logique de restructuration de ses services. A Bordeaux, « *La Direction Générale de la Santé estime que nous avons encore six mois de travail d'harmonisation, de lissage, de mise en place de circuits de décisions qui soient les plus courts possibles pour gagner en rapidité et en simplicité* ». Lors de la majorité des entretiens, les répondants ont estimé qu'ils ne connaissaient pas encore les nouveaux services intercommunaux avec lesquels ils seraient amenés à travailler.

La difficulté de créer des liens avec des services nouvellement créés

Comme l'énonce Michel Foudriat, « *un changement organisationnel se définit par des modifications observables et relativement durables des dimensions formelles* » (Foudriat, 2007). Nous sommes bien, en l'espèce face à un changement organisationnel dans la mesure où des services ont été nouvellement créés. Les acteurs ne réagiront pas de la même manière face au changement organisationnel dans la mesure où les acteurs ne disposent pas des mêmes ressources pour y faire face : « *Lors d'un changement, l'observation montre que tous les acteurs de l'organisation n'ont ni les mêmes attitudes, ni les mêmes discours, ni les mêmes formes d'implication par rapport au processus comme par rapport à ses objectifs* » (Foudriat, 2007).

Le changement induit par la restructuration des services était perçu par les répondants soit comme une opportunité, soit comme une menace. Pour cette technicienne, il s'agit d'un réel enjeu à ne pas sous-estimer pour les futures collaborations avec les services intercommunaux « *Quand bien même la volonté politique est là, la gouvernance est en place, on ne peut pas sous-estimer la capacité d'adaptation des collègues. Quand on invite un ami à boire le thé chez nous c'est important d'aller chez lui aussi, de connaître son environnement. Il ne faut pas oublier que l'on reste des humains et de ne pas sous-estimer ce frein potentiel. C'est quelque chose que j'ai fini par prendre en*

compte parce que c'était important ». A Bordeaux, la création de la métropole le 1^{er} Janvier 2016 a entraîné des bouleversements considérables non seulement dans l'organisation des services métropolitains mais aussi des services communaux. Un technicien en charge de la santé témoigne : « *Plus de 1000 agents de la ville de Bordeaux ont été mutés à la métropole. C'est un impact pour eux-mêmes, ils changent de directions ils changent d'environnement. C'est voulu ou subi* ».

Certains élus ou techniciens réagissent avec une certaine appréhension face à ce changement qu'ils considèrent comme subi : « *Avec la mise en place de la Métropole du Grand Paris le 1^{er} janvier 2016, on a perdu en visibilité. On n'a toujours pas identifié les personnes avec lesquelles on pourrait travailler. Mais bon, je passe mon tour, il y a des choses plus importantes* ». Il s'agit ici d'une forme de résistance que l'on peut qualifier de « passive » dans la mesure où elle se manifeste sous la forme d'un réflexe défensif. Elle tient principalement au poids des habitudes, à la charge affective que véhicule le changement (désarroi, inquiétude...) et à la peur, tout à la fois de ne pas réussir le changement et d'aboutir à une situation différente qui ne corresponde pas à un gain réel pour l'individu (Richard, 2004). Enfin, le changement peut susciter une peur de l'inconnu et surtout une peur de perdre sa sécurité, son expérience, sa compétence, etc. : les individus craignent de quitter une situation qu'ils connaissent et dans laquelle ils sont reconnus ; ils ne trouvent pas plaisir à remettre en cause des acquis. C'est par exemple le cas de ce technicien : « *Il y a tout notre fonctionnement de travail qui est à revoir. Nous ne pouvons plus seulement baser nos relations de travail sur la confiance que nous avons préalablement établis avec les services communaux, il faut apprendre à travailler avec des nouveaux services* ».

Services communaux et services intercommunaux : La rencontre de deux cultures différentes

Comme toute organisation d'une certaine taille, les territoires locaux sont confrontés à la coexistence de cultures communautaires diverses. Ainsi une organisation connaît des « micro-cultures » liées à l'existence de groupes distincts : catégories professionnelles, ateliers, directions, bureaux... (Foudriat, 2007). Dans une organisation, on peut observer des cultures de « micro-groupes » qui se fondent sur des appartenances locales. L'expression « culture d'entreprise » est très utilisée en ce moment. Comme l'explique Bernoux, « *la raison en vient sans doute de la multiplication des fusions et des difficultés relationnelles qu'elles entraînent* » (Foudriat, 2007, p 37). Le rapprochement entre deux services qui n'ont pas les mêmes cultures et qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble sont toujours sources de grandes difficultés relationnelles. Des tensions peuvent naître de la

rencontre de deux cultures différentes comme en témoigne cette responsable de service santé à Lyon : « *C'est une autre culture que je mesure tous les jours. On a vraiment différentes approches* ».

La différence des cultures vient également du fait que les services intercommunaux, de part leur caractère récent et leur histoire, ne sont pas toujours formés à la « santé dans toutes les politiques ». Une élue en charge de la santé explique : « *C'est compliqué de collaborer en santé avec l'intercommunalité car les services et élus ne sont pas du tout formés sur le principe de la santé dans toutes les politiques* ». L'absence d'une vision transversale de la santé à l'échelle intercommunale est du, pour certains, à **un manque de volonté politique** : « *En fait, ce qui manque à [l'intercommunalité] c'est quelqu'un qui impulse une réflexion santé à l'échelle intercommunale.* » souligne un technicien.

En effet, intégrer la santé dans des politiques sectorielles est un « *un sport de combat qui relève d'une forte volonté politique* », d'après une élue en charge de la santé.

4 Des défis à surmonter pour favoriser la coopération intercommunale

Favoriser la coopération volontaire entre les communes d'une même intercommunalité

Coopérer entre communes limitrophes : Les répondants sont nombreux à **coopérer entre communes limitrophes** afin de mutualiser leurs ressources ou leurs moyens. Certaines communes préfèrent également signer des CLS sur quelques villes de l'intercommunalité et non pas sur l'ensemble de l'intercommunalité car la différence des enjeux sanitaires entre les villes représente un obstacle à l'élaboration d'un socle commun.

Permettre des rencontres et échanges entre les élus et techniciens santé : Il paraît également important de mieux se connaître entre élus et techniciens des villes voisines d'une même intercommunalité afin d'analyser les priorités du territoire et de décider de l'opportunité d'impulser ou non une stratégie intercommunale. A Lyon, afin de définir les priorités du CLS intercommunal, les communes se sont rassemblées autour de 4 thématiques. L'objectif de ces réunions était de repérer les objectifs et sous objectifs des différentes thématiques ».

Favoriser la prise en compte de la santé dans les politiques menées par l'intercommunalité (urbanisme, logement)

Sensibiliser les responsables politiques et administratifs à une vision transversale de la santé par le biais du partage et de l'application de connaissances en santé publique

Le partage et l'application de connaissances peut être un réel outil pour favoriser une sensibilisation des conseillers et fonctionnaires communautaires à une vision globale de la santé. Bien qu'il existe de nombreuses recherches révélant la pertinence d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, les mécanismes par lesquels les responsables politiques s'en emparent sont encore mal connus (Exworthy et al., 2007). Une utilisation des données issues de la recherche peut permettre aux acteurs locaux d'acquérir des connaissances nouvelles sur un problème politique donné. Ce processus doit se faire en direction du binôme élu/techniciens car tous deux ont un rôle à jouer dans l'élaboration des politiques publiques, un rôle décisionnel, ou d'influence pour l'un et de mise en œuvre concrète de la politique pour l'autre. La ville de Rennes prévoit un atelier en Juin à l'échelle de la métropole mobilisant élus communaux et métropolitains. Cet atelier réunira les élus et techniciens métropolitains autour d'un objet produit par un chercheur : une carte d'une ville simplifiée sur laquelle il est possible d'identifier les différents déterminants de la santé sur lesquels la gouvernance urbaine peut avoir un impact.

Former les élus métropolitains à une vision transversale de la santé grâce à l'acculturation d'élus/techniciens santé communaux et d'élus/techniciens intercommunaux

A Strasbourg, il existe des formations transversales en santé pour des personnes relais dans les directions de la métropole afin de favoriser l'intégration de la santé dans les politiques communautaires. Enfin, dans un cadre un peu plus relâché que celui des formations formelles, nombreuses sont les villes qui pratiquent le lobbying en santé auprès de l'échelle intercommunale « *Nous les élus santé, on fait des plaidoyers, on agite les bras pour que la santé soient prise en compte dans les politiques communautaires* ».

Impulser une réelle volonté politique intercommunale en santé : créer des délégations santé à l'intercommunalité

Certaines villes ont opté pour la création d'une délégation santé ou de la création d'une Vice-présidence délégué à la santé à l'échelle de l'intercommunalité permettant de veiller à la prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales. Lors de la réunion du réseau grand nord, les élus santé de la métropole européenne de Lille ont décidé qu'ils allaient proposer une délégation santé à la métropole.

Formations sur la répartition des compétences pour une action efficace sur les déterminants de la santé.

A Saint Quentin en Yvelines, une clarification des compétences

par la mise en place de groupes de travail a favorisé une « ligne de conduite claire » pour le service de santé intercommunal : « *Il n'y avait rien d'écrit à la base car tout ça c'est une volonté principalement politique. Ce n'est pas un canevas déjà tout dessiné, ça se dessine dans le temps, avec les communes. En ayant bien réfléchi, aujourd'hui on arrive à une ligne de conduite assez claire. Nous on a surtout réfléchi sur ça : comment une commune peut nous solliciter ? Quelle est notre plus-value par rapport à elle ? A quel moment c'est du travail d'une commune et à quel moment c'est le travail de la Communauté d'Agglomération ?* ». A Lyon, « *Les transferts de compétence sont récents et il faut faire l'effort de s'y intéresser. Pour avoir fait une formation sur le SCHS en partenariat avec le CNFPT, les techniciens ne maîtrisent pas du tout le sujet. Il y en a qui ont suivi des formations et d'autres qui sont très éloignés des évolutions des collectivités [...], en même temps, il n'y a pas eu de formation ou de groupe de travail organisés sur le sujet.*

Conclusion

Depuis quelques années, cinq intercommunalités ont rejoint le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Ceci montre que la santé devient une préoccupation grandissante des intercommunalités. Il a pu être observé l'institutionnalisation de la santé à l'échelle intercommunale par le biais de la création de services de santé intercommunaux ou par la création de délégations santé au niveau de l'échelle intercommunale. Ce phénomène peut laisser croire à une montée en puissance future d'une intercommunalisation de la santé. Pourtant, les limites sont nombreuses : Au vu de l'hétérogénéité relative des communes au sein des intercommunalités, autant du point de vue de leurs enjeux sanitaires que de la différence de couleurs politiques entre communes, elles sont souvent en difficulté pour concevoir et mettre en œuvre des politiques de santé qui nécessitent d'intégrer les contrastes territoriaux.

Bien que l'organisation de la santé à l'échelle intercommunale soit limitée pour toutes les raisons que l'on a pu évoquer, une intercommunalisation de la santé peut être à espérer pour permettre une équité en santé, surtout dans les intercommunalités rurales. Pour des problématiques qui concernent l'ensemble des villes de l'intercommunalité et dépassent les simples enjeux communaux, nombreux sont les élus qui sont en difficulté et n'ont pas de structures, n'ont pas d'organisation particulière et sont très demandeurs d'avoir une approche globale, homogène, qui leur soit proposé ; et qui soit plutôt portée par l'intercommunalité. Ceci ne doit pas sonner pour autant la fin de la gestion de la santé par les communes. En effet, au vu des entretiens, est notamment ressortie l'idée que la question était moins de transférer la gestion des problématiques de santé à une échelle territoriale supérieure (avec le risque de perdre l'intérêt politique que représente pour le maire et les élus santé le contrôle des services de proximité) que d'inscrire dans le cadre intercommunal certaines thématiques précises. Il ne devrait en effet pas s'agir d'annihiler les services de santé communaux mais de faire des actions en santé pertinentes à une échelle intercommunale selon le principe de subsidiarité (Kerrouche, 2010).

Le fait que nous voyons émerger aujourd'hui des coopérations entre communes volontaires et sur des bases affinitaires montre qu'en pratique les élus et techniciens préfèrent coopérer entre communes limitrophes ayant des enjeux sanitaires communs. Nous voyons ainsi émerger une intercommunalité informelle, partie cachée de l'iceberg de la structure juridique intercommunale. Les acteurs locaux coopèrent entre eux afin de mutualiser leurs ressources ou leurs expériences et pour travailler sur des thématiques supra communales mais en dehors du cadre juridique de l'intercommunalité définie par la loi. D. Gaxie avait identifié en 2010 ces pratiques de coopérations volontaires fondées sur des bases

affinitaires (Gaxie, 2010). B. Dafflon avait également émis une distinction entre la collaboration formelle encouragée par l'Etat et la collaboration volontaire et informelle selon laquelle les acteurs locaux choisiraient de coopérer dans certains domaines (B. Dafflon, S. Perritae, 2000). Parfois les difficultés structurelles des petites villes ou de taille moyennes peuvent les encourager à mutualiser leurs ressources et leurs moyens à l'échelle. D'autre fois, c'est l'émergence de problématiques à enjeux supra-communales qui va favoriser cette coopération. Il paraît important de mieux se connaître entre élus et techniciens des villes voisines d'une même intercommunalité afin d'analyser les priorités du territoire et de décider de l'opportunité d'impulser ou non une stratégie intercommunale. Ce fut le cas à Lyon, où, afin de définir les priorités du CLS intercommunal, les communes se sont rassemblées autour de 4 thématiques. Les réunions des réseaux régionaux du Réseau Villes Santé sont également un facteur facilitant de la mise en place d'une stratégie territoriale en santé.

Aujourd'hui, il semble encore trop tôt pour parler d'une réelle prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales. Les services intercommunaux ont fait l'objet de profondes restructurations ces dernières années, et nous sommes donc dans une période de changement organisationnel. Les mécanismes de collaboration entre les communes et les intercommunalités n'ont pas encore été clairement établis. Afin d'améliorer la prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales, plusieurs facteurs sembleraient déterminants. D'une part, la création d'une délégation santé à l'échelle intercommunale permettrait d'impulser une vision transversale de la santé à cette échelle. D'autre part, la **sensibilisation des responsables politiques et administratifs par le biais de formations ou d'échanges avec les services de santé communaux** seraient autant de pistes possibles pour améliorer la prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales.

Enfin, bien que ce travail se soit concentré sur l'action du bloc local en santé, ce dernier est sujet à des limites quant à son action sur la santé de ses administrés. En effet, les restrictions budgétaires étatiques laissent de moins en moins de marge de manœuvre pour les villes afin de promouvoir la promotion de la santé. Les élus santé membres du Réseau Français des Villes Santé de l'OMS craignent que, faute de moyens, les villes investissent de moins en moins dans le domaine de la santé et se concentrent sur leurs compétences réglementaires. C'est pourquoi le 31 mai 2016, lors du colloque « Territoire et santé à Aix les bains, les élus santé ont fait une déclaration politique adressée à l'Etat français pour la reconnaissance de la santé comme compétence réglementaire du bloc local : *« Que soit reconnue la compétence spécifique santé des villes et des intercommunalités, à travers leur action sur les déterminants de la santé et l'accès aux*

soins, et ce, afin de structurer une gouvernance locale et d'y allouer les moyens nécessaires ». Reste à espérer que cette demande soit prise en compte pour améliorer et légitimer la gouvernance de la santé au sein du bloc local...

Bibliographie

Articles

Pinson G, « La gouvernance des villes françaises », *Métropoles*, 2010, 15p

Béhar Daniel, « Changer les institutions ou changer les pratiques ? Les priorités de la réforme territoriale », *Esprit* 2/2015 (Février) , p. 85-95

Gaxie D. (1997), « Stratégies et institutions de l'intercommunalité », *L'intercommunalité, bilan et perspectives*, Paris, CURAPP-PUF.

Richer Cyprien, « Questions vives pour la géographie de l'intercommunalité », *L'Information géographique* 4/2008 (Vol.72), p. 56-77

Leloup F., Moyart L., Pecqueur B., « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie société* 4 / 2005 (Vol 7), p.321-332

Bertrand, N. Gorgeu, Y., Moquay, P., « Intégration des formes de proximité dans la gouvernance locale », *Les 3 e journées de la proximité Nouvelles Croissances et Territoires*, Paris, 13-14 décembre 2001, p 8

Gilles Pinson, « La gouvernance des villes françaises, du schéma centre-périphérie aux régimes urbains », *métropoles*[en ligne], 7(2010) , p 10

Ride V. Béland D., Lacouture A., « Stratégie par les politiques publiques », 31 p. (sous presse)

Jeanne Marie Amat-Roze, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p 24

Albert Malibeu, « De la monarchie municipale à la française », *Pouvoirs*, n 73, 1995

Guével Marie-Renée, Pommier Jeanine, « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. », *Santé Publique* 1/2012 (Vol.24), p 23-38

Thomas Frinault, Remy Le Saout, « Communes, intercommunalité et action sociale. Les contraintes d'un changement d'échelle territoriale », *Revue française des affaires sociales* 2011/4(n°4), p. 114-131.

Kerrouche Éric, « Intercommunalités et action sociale. Entre renouvellement et sédimentation », *Informations sociales* 1/2005 (n° 121) p. 83

Loncle Patricia, « La mise en oeuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences sociales et santé*. Volume 27, n°1, 2009. pp. 5-3

65 Margaux FETE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Bras PL, Tabuteau D. « Santé 2010 , un rapport de référence pour les politiques publiques » ; *Les Tribunes de la santé*, 2009 ; 79-93

Leloup Fabienne, Moyart Laurence, Pecqueur Bernard, « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie, société* 4/2005 (Vol. 7) , p. 321-332

Gangloff-Ziegler Christine, « Les freins au travail collaboratif », *Marché et organisations* 3/2009 (N° 10), p. 95-112

L Negura, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *SociologieS*, 2006

Soparnot Richard, « L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel : de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement », *Gestion* 4/2004 (Vol. 29) , p. 31-42

Marc Thoumelou, « *Collectivités territoriales, quel avenir ?* », Les études de la documentation française, 2015, 230 p

« *Les cahiers de la fonction publique* », n° 363, février, 2016

Ouvrages :

Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte (coll. « Guide Repères »), 1997, 288 p

Bussi, M, *La coopération territoriale : un déficit théorique*, in Bussi, M., Un monde en recomposition. Géographie des coopérations territoriales, Rouen, Publication des universités de Rouen et du Havre, 2009

Pasquier R., Guigner S, Coles A., *Dictionnaire des politiques territoriales*/20.07.11, SciencePO.Presses, p 103

Fassin D., « *Les figures urbaines de la santé publique* », La découverte, Collection Recherches), 237 p

Foudriat M, *Sociologie des organisations*, Pearson, 2007.

François Bourdillon, Gilles Brucker et Didier Tabuteau(dir), *Traité de santé publique* , 2 è ed., Paris, Médecine-sciences, Flammarion, 2007, p 1

De Leeuw E., Keizer M. ans Hoeijmakers M. « *Health in all policies from international ideas to local implementation* » dans Cavier C., de Leeuw E, « *Health promotion and the policy process* », Oxford, 2013, 230p

Monneraud L. *Pouvoirs locaux et santé : construction de compétences ou déconstruction des compétences ?* Dans Cherubini B. « *Agir pour la promotion de la santé, une politique ouverte à l'innovation ?* », ERES, 2014 , 230 p

Le Goff E., *Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?* » thèse de doctorat « Espaces et Société », 2012, 320 p.

Philippe Bernoux, *La sociologie des organisations*, Points essais, édition du seuil, 5^{ème} édition, 379 pages, 1985.

Rapports

Olivier Thomas, « *L'absence persistante du suffrage universel direct pour l'intercommunalité française : une entrave à supprimer absolument* », GRES, cahier n° 2009-05

Jakez Elias, Observatoire Régional de la Santé Nord Pas de Calais, « *Territoire et Santé* », 2010

OMS, « *Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé* », conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 Octobre 2011, 16 p

CNFPPT « *Les fondamentaux sur l'intercommunalité* », 2014, 98 p.

ADCF, « *2015-2020, les principales échéances pour les communautés* », *Dans l'Actu*, n°203, 4 p

Association des Maires de France, Association des communautés urbaines et métropoles de France, « *Présentation de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, synthèse des dispositions relatives à l'intercommunalité* », 2015

Association des Maires de France, Association des communautés urbaines et métropoles de France : « *Loi NOTRe, principales dispositions du texte* », 2015, 19 p

OMS, « *Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé* », conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 Octobre 2011

Références internet :

Mairie-conseils, « *L'intercommunalité et la loi NOTRe* », <http://www.mairieconseils.net/cs/ContentServer?pagename=Mairie-conseils/MCPublication/Publication&cid=1250269389339>, Septembre 2015

« *Web-conférence-Décryptage de la loi NOTRe* », Association Des Communautés de France ; <https://www.youtube.com/watch?v=ao5cTxmv5U0>, 06/05/2016.

« *Décryptage de la loi NOTRe* » <http://www.lagazettedescommunes.com/391310/decryptage-de-la-loi-notre/>, 03/03/2016

Laure Dufaud, « *Les nouvelles compétences des intercos suite à la loi MAPTAM* », http://www.seban-associés.avocat.fr/wp-content/uploads/2015/08/pub_cj178-2.pdf, 06/05/2016

« *Les outils de la loi sur la transition énergétique pour les collectivités territoriales* », <http://www.courrierdesmaires.fr/53097/les-outils-de-la-loi-sur-la-transition-energetique-pour-les-collectivites-6-la-gouvernance/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Programme du colloque : Territoires et santé, quels enjeux ?

Annexe 2 : Analyse des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé

Annexe 3 Etude sur les villes-santé : modèles et enjeux de la collaboration intercommunale

Annexe 4 : Financer un projet au sein de collectivités locales grâce aux instruments européens

Annexe 5 : Déclaration politique des élus membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Annexe 6 Réflexions des réseaux régionaux

Annexe 7 : Liste des participants aux entretiens

Annexe 8 : Trame du questionnaire via le logiciel « Survey Monkey »

Annexe n° 1: Programme du colloque du 31 mai 2016 : Territoire et Santé : Quels enjeux ?

Territoires et santé : quels enjeux ?

Mardi 31 mai 2016

Centre culturel et des Congrès - AIX-LES-BAINS

Présentation du colloque

Si les Villes n'ont pas de compétence santé en termes de soins et prévention des maladies à proprement parler, l'OMS reconnaît cet échelon local comme le plus efficace pour lutter contre les inégalités sociales et promouvoir le bien-être et la bonne santé des habitants. Depuis 25 ans, le Réseau des Villes-santé de l'OMS développe l'intelligence collective pour mener des politiques publiques favorables à la santé et partager les bonnes pratiques en s'appuyant sur les déterminants de la santé, en agissant de façon transversale sur les politiques de la ville concernées.

Parmi les compétences qui régissent ces politiques, un certain nombre d'entre elles appartiennent désormais aux métropoles : politique de la ville, transport, urbanisme, voiries... Dans les dernières années, certaines communautés de communes ont adhéré au Réseau, et ont entamé la réflexion santé

à un niveau intercommunal. D'autres membres craignent que ce changement d'échelle amène les services de santé publique à disparaître.

Nous vous proposons lors de ce colloque de commencer par mieux comprendre la réforme territoriale, d'échanger sur les choix faits par les uns et les autres, de définir collectivement les enjeux liés à cette question sur la place de la santé, comme l'avenir des Contrats Locaux de Santé, la question de la proximité et de la démocratie en lien avec la taille du territoire.

Forts de ces partages, nous souhaitons élaborer une vision prospective et des recommandations pour les années à venir, et proposer une déclaration politique des villes pour que la promotion de la santé reste au cœur des projets locaux.

Programme de la rencontre - A partir de 8h00 : Accueil et café

8h30 Ouverture - Auditorium

Dominique Dord, Député-Maire d'Aix-les-Bains et Charlotte Marchandise, Présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

9h00 Conférence d'ouverture

Mieux comprendre les réformes territoriales. Quelles sont les compétences des intercommunalités & communes qui impactent les déterminants de la santé ?

Pierre Villeneuve, Association Nationale des Juristes Territoriaux

10h00 Ateliers participatifs

Atelier 1. Quel impact du bruit sur la santé des enfants ?

Animation par Valérie Rozec, Centre d'Information & Documentation sur le Bruit et Philippe Michal, Ville d'Aix-les-Bains

Atelier 2. Comment développer le « Sport-Santé » dans ma Ville ?

Animation par Alexandre Feltz, Ville de Strasbourg ; Raïfa Makdassi, Ville d'Amiens

Atelier 3. Les contractualisations avec l'Etat et les ARS (Contrat de ville unique, atelier santé ville, adulte relais,...) : Quelles modalités de partenariat et de gouvernance ?

Animation par Richard Yvon et Gérard Boussin, Ville d'Angers

Atelier 4. Nouvelles technologies et santé : Silver economy, e-médecine, capteurs environnementaux personnels ... Quelle place pour les habitants? Quel rôle pour les villes ?

Animation par Catherine Chevallier, Saint-Quentin-en-Yvelines et Charlotte Marchandise, Ville de Rennes

Atelier 5. Développer un urbanisme favorable à la santé : Quels enjeux ? Quels leviers ?

Animation par Marie-Annick Benatre & Patricia Sarau, Ville de Nantes et Nina Lemaire, EHESP

12h00 Buffet sur place, sur inscription uniquement

12h20 « La Santé – un choix politique » Temps d'échanges réservé aux élus : préparation de la déclaration finale

13h30 Expériences des Villes-Santé

Atelier 1 : Santé environnementale, la recherche....

Animation par Myriam Auvage, Ville d'Aix-les-Bains et Alain Batillot, Ville de Bourgoin-Jallieu

Réhabilitation d'une maternelle : une approche globale environnementale pour un cadre pédagogique exemplaire, Georges Buisson, Ville d'Aix-les-Bains

Projet Scol'air, Hélène Pauchet, Ville de Lille

Quand les acteurs de terrain et les chercheurs travaillent ensemble, Élisabeth Pons et Mélanie Villeval, Ville de Toulouse

Atelier 2 : Avec d'autres services.....

Animation par Valérie Jurin, Grand Nancy

Des outils ont permis d'initier la transversalité au sein de notre agglomération, Catherine Chevallier, Saint Quentin en Yvelines

Lutte Anti-Vectorielle : sa traduction dans le cadre d'une révision du Plan Local d'Urbanisme, Lionel Moynet, Ville de Salon de Provence

Charte pour une végétalisation des pas de portes par les Marseillais, Dominique Chanaud, Ville de Marseille

Atelier 3 : Populations Vulnérables

Animation par Riva Gherchanoc, Montreuil et Valmy Noumi-Komguem, Ville d'Orléans

Pause Santé TINGAT, Brigitte Graell, Ville de Perpignan

Immuniser Lyon : une démarche transversale au service d'une politique locale, Céline Faurie-Gauthier, Ville de Lyon

Piloter un projet de salle de consommation à moindres risques ou comment « conjuguer les contraires »

???, François Jouan, Ville de Strasbourg

Atelier 4 : Activité Physique et Alimentation

Animation par David Khelif, St Pierre de la Réunion et Frédéric Bastian, Cherbourg-en-Cotentin

Approche globale du parcours de santé en nutrition, Michaël Cribaillet & Aurélie Griffouliere, Ville de Narbonne

Guide d'Activité Physique et Alimentation, Séverine Soetaert & Paul Collot, Ville de Roubaix

La Ville, lieu d'innovation pour promouvoir une pratique régulière de l'activité physique et sportive, Solen Ferre, Ville de Rennes

Atelier 5 : Environnement, la politique...

Animation par Mondane Jactat, Ville de Grenoble et Béatrice Bochet, Ville de Rouen

Plan Paris Santé Environnement, Sophie Rigard, Ville de Paris

Mise à l'agenda politique municipal de la santé environnementale : dépasser la seule compétence santé, Agnès Thouvenot, Ville de Villeurbanne

Capteurs citoyens – des capteurs d'humidité PAR et POUR les habitants, Mélanie Durose, Ville de Brest

15h00 Conférence de clôture - Auditorium

Décryptage de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et de ses décrets

Didier Jourdan, Agence Nationale de Santé Publique

15h45 Présentation de la déclaration finale

16h00 Fin

Analyse des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé

Représentant à elles seules 40 % des communes de l'Union européenne, les 35 945 communes françaises ⁴² garantissent une proximité réelle à l'action publique. Cependant, cette densité communale et cette fragmentation peuvent être un frein à la capacité d'intervention individuelle des communes et contrarier la cohérence des politiques publiques locales au sein des bassins de vie. Dans la perspective de pallier ces difficultés structurelles, l'ajustement des territoires a été très tôt une priorité du législateur. Depuis le XIX^{ème} siècle, il est question de favoriser la coopération entre communes. Avec la loi relative à l'Administration Territoriale de la République (ATR) en 1990, l'intercommunalité a fait l'objet d'un nouveau redéploiement. C'est quelques années plus tard en 1999, que la loi relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale instaure le cadre institutionnel que l'on connaît aujourd'hui en définissant les règles actuelles et le fonctionnement des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale à fiscalité propre (EPCIs). Les EPCIs correspondent à une forme de coopération plus intégrée ou « fédérative », dite de « projet ». Elles bénéficient de ce fait d'une fiscalité propre.

La période de 2010 à aujourd'hui est marquée par un travail législatif fourni qui se singularise par des tentatives de **rationalisation et intégration plus affirmées de l'intercommunalité**. Dans une logique budgétaire selon laquelle une organisation territoriale efficiente n'est pas compatible avec la multiplication d'institutions, la loi de Réforme des collectivités territoriales (RCT) du 16 décembre 2010 a favorisé l'accélération des regroupements de communes. La loi portant sur la Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 va également dans ce sens. Dans le but de rationaliser les périmètres des EPCIs, elle renforce les pouvoirs du préfet en leur permettant de passer outre l'avis des maires pour la constitution d'un EPCI. **En 2016, 65 % des communautés seraient ainsi concernées par une recomposition de la carte intercommunale**. Cela implique de nombreuses réorganisations structurelles des services ainsi qu'une modification des champs d'intervention des intercommunalités et des communes.

Outre la rationalisation des périmètres, les compétences des intercommunalités ⁴³ ont également été renforcées graduellement. De leur cœur de métier d'origine centré sur le développement et l'aménagement, les communautés se sont

peu à peu investies de la gestion de grands réseaux techniques. Elles sont aujourd'hui ⁴⁴ massivement présentes dans les services aux personnes. En effet, les intercommunalités ont désormais la capacité d'intervenir dans de nombreuses compétences relevant initialement du domaine communal telles que la compétence logement, gestion de services d'intérêt collectif, urbanisme, etc.

Si les réformes territoriales ne traitent pas de la gouvernance de la compétence santé des communes et intercommunalités en tant que telle, elles suscitent des interrogations auprès des responsables politiques et administratifs communaux. En effet, les compétences transférées sont autant de leviers qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé et sur lesquels les communes craignent de perdre leur capacité d'agir. La vocation de plus en plus généraliste de la communauté remet en question le principe même de la santé dans tous les politiques traditionnellement initié par le bloc communal.

Retrouvez les résultats d'une enquête du Réseau Villes-Santé sur ce sujet sur le site www.villes-sante.com/etudes
Rédaction : Margaux Fete avec le soutien de Zoë Heritage et Eva Vidales RFVS-OMS

Remerciements : Pierre Villeneuve, Association Nationale des Juristes Territoriaux, pour sa relecture. Cette brochure s'est également appuyée sur les analyses produites par l'ADCF, le CNFPT et France Urbaine.
A l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique pour son aide à la diffusion de cette brochure, et à la DGS et INPES pour leur soutien financier.

⁴² Au 1^{er} janvier 2016
⁴³ Ou EPCIs

⁴⁴ Notamment depuis les loi de Modernisation de l'Action Publique et Affirmation des Métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 et loi NOTRe du 7 août 2015.

Tableau : Les différents types d'intercommunalité en France en 2016

Nom	Communauté de communes	Communauté d'agglomération	Communauté Urbaine	Métropoles de droit commun	Métropoles à statut particulier
Date de création	Loi du 31 décembre 1966	Loi « Chevènement », 12 juillet 1999	Loi Administration Territoriale de la République (ATR), 6 février 1992	Loi Modernisation de l'Action Publique et d'Affirmation des Métropoles (MAPAM), 27 janvier 2014	
Définition	EPCI regroupant plusieurs communes d'un seul tenant et sans enclave qui s'associent au sein d'un espace de solidarité, pour élaborer et conduire ensemble un projet commun de développement urbain et d'aménagement de leur territoire.			EPCIs existants de plus de 400 000 habitants, situés dans une aire urbaine de plus de 650 000 habitants.	Définitions propres à chacune des collectivités territoriales
Seuil de population	> 15 000 hab	> 50 000 hab	> 250 000 hab	> 400 000 hab	Créé de facto par la loi
Nombre	1884	226	9	15	3

TRANSFERT ACCRU DES COMPETENCES DE LA COMMUNE A L'INTERCOMMUNALITE

Les différentes catégories d'intercommunalités (voir tableaux ci-dessus et en annexe) exercent des compétences définies par leurs statuts. De ce fait, une communauté ne peut agir sans que ses statuts ne l'y habilite expressément, en vertu du principe de spécialité. Plusieurs lois se sont accordées pour élargir les compétences des intercommunalités. Nous nous intéressons principalement à la loi MAPTAM(2014) et NOTRe(2015) du fait de leur caractère récent. La première a eu surtout pour objet **d'étoffer les compétences des métropoles et des communautés urbaines. En 2015, la loi NOTRe s'est aussi attelée au renforcement des compétences obligatoires et optionnelles des communautés d'agglomération et des communautés de communes.**

Nouveaux transferts de compétence à l'issue de la loi MAPTAM

Processus de métropolisation : L'intitulé de la loi MAPTAM annonce clairement son ambition : « l'affirmation des métropoles ». Dans une logique économique, selon laquelle ce sont les grandes entités territoriales qui sont les productrices de richesse et de croissance, les réformateurs ont souhaité instaurer des dispositifs correcteurs comme les métropoles. Créées par la loi RCT (2010), la loi MAPTAM en étend le dispositif de « droit commun ». En matière de **transport**, les métropoles sont désormais organisatrices de la « mobilité » et non plus seulement de transport urbain.

La compétence **habitat** est complétée par une intervention obligatoire des métropoles pour l'aménagement, l'entretien et la gestion des **aires d'accueil des gens du voyage**. Enfin, la métropole est désormais compétente en matière de contribution à la transition énergétique, et en ce qui concerne l'élaboration et l'adoption du plan climat air énergie territorial (**PCEAT**)⁴⁵.

La compétence qualité de l'air ne relève cependant plus seulement des métropoles. En effet, la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte (**TECV**) du 17 août 2015, **place les EPCIs à fiscalité propre au cœur des politiques locales climat air énergie** : La loi confie aux communautés de plus de 20 000 habitants existant au 1^{er} janvier 2017 la compétence exclusive en matière d'élaboration et mise en œuvre du PCAET

Pour les métropoles d'Aix Marseille Provence et pour la métropole du Grand Paris, elles reçoivent les compétences qui étaient transférées par les communes membres aux EPCIs fusionnés. La spécificité de la métropole de Lyon est qu'elle reçoit « les compétences que les lois, attribuent au département ». Elle se voit également dotée d'une compétence complémentaire en matière de création et gestion de services de désinfection et de services d'hygiène et de santé.

⁴⁵ Les plans climat énergie territoriaux deviennent des plans climat air énergie territoriaux (PCAET) avec la loi TECV (2015)

Etouffement des compétences de la communauté urbaine : Si la loi MAPTAM a insisté sur les métropoles, l'intégration urbaine a fait l'objet d'un chapitre commun avec l'intégration métropolitaine. Aussi, les compétences obligatoires des communautés urbaines sont largement appuyées : en matière d'aménagement de l'espace avec des compétences plus larges pour les opérations d'aménagement, en matière de gestion des services d'intérêt collectif, et en matière d'aménagement, entretien et gestion des aires d'accueil des gens du voyage. Enfin, notons que la notion d'intérêt communautaire⁴⁶ pour la compétence « équilibre social de l'habitat » a été supprimée par la loi. Le transfert de cette compétence se fait donc désormais de plein droit, sans être limité par la notion d'intérêt communautaire.

En matière de politique de la ville : la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (dite **loi Lamy**) du 21 février 2014 précisait les contours de la compétence « politique de la ville »⁴⁷. La loi MAPTAM a précisé le caractère optionnel de cette compétence pour les communautés de communes et obligatoire pour les communautés d'agglomération.

Nouveaux transferts de compétences des intercommunalités à l'issue de la loi NOTRe

La loi NOTRe s'est surtout intéressée à l'intégration des communautés de communes et des communautés d'agglomération. Elles exerceront dès le 1^{er} janvier 2017 en lieu et place des communes la compétence « Eau et assainissement », la compétence « Collecte et traitement des déchets » et la compétence « Aire d'accueil des gens du voyage ». Notons que ces transferts de compétence avaient déjà été rendus possibles par la loi MAPTAM en 2014. En effet cette loi rendait possible le transfert d'attributions de police aux EPCIs (assainissement, collecte et de traitement des déchets ménagers et d'aires d'accueil des gens du voyage) dès lors qu'ils exerçaient effectivement ces compétences.

Il convient également de noter que la compétence « déchets » est déjà exercée en lieu et place des communes par 92% des EPCIs. De même, 62% des intercommunalités exercent déjà la compétence « Assainissement ». La loi ne fait donc que consacrer en les rendant obligatoires des transferts de compétences déjà établis par la pratique⁴⁸.

Faciliter la prise de compétence des intercommunalités - Plan Local de l'Urbanisme Intercommunal (PLUi) : La loi pour l'accès au logement et un urbanisme Rénové (ALUR) du 24 mars 2014 a transféré aux intercommunalités la compétence en matière de PLUi. La loi NOTRe vise à faciliter cette prise de compétence. Désormais, quand une intercommunalité devient compétente en matière d'urbanisme, elle peut reprendre, avec l'accord de

la commune ou des communes concernées, les procédures d'élaboration ou d'évolution des documents d'urbanisme en cours. S'opère dès lors une substitution de plein droit dans tous les actes et délibérations afférents à la procédure engagée avant la date de sa création. La loi NOTRe ne revient pas sur les conditions actuelles de majorité des conseils municipaux pour procéder au transfert du PLUi⁴⁹.

L'action sociale d'intérêt communautaire encouragée : L'action sociale d'intérêt communautaire avait été reconnue par la loi LAMY comme compétence optionnelle des communautés de communes et d'agglomération. La loi NOTRe facilite et encourage la création de centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Elle prévoit en effet que lorsqu'un CIAS a été créé, les compétences relevant de l'action sociale d'intérêt communautaire de l'EPCI et des centres communaux d'action sociale des communes membres mettant en œuvre ces actions lui sont transférées de plein droit.

Vers une action sociale des départements exercée par les métropoles ? La loi NOTRe renforce l'articulation entre métropoles et départements⁵⁰. Désormais, la métropole⁵¹ peut exercer tout ou partie d'une liste de compétences, à la suite de la signature d'une convention avec le département⁵². Cependant, peu nombreuses sont, à ce jour les métropoles qui investissent le domaine de l'action sociale.

⁴⁶ L'intérêt communautaire est le moyen, pour certaines compétences, de laisser au niveau communal la conduite des opérations intéressant à titre principal une commune ou la mise en œuvre des actions de proximité, et de remonter à l'échelon intercommunal les missions nécessitant d'être exercées sur un périmètre plus large.

⁴⁷ Compétence en matière d'élaboration du diagnostic du territoire, de la définition des orientations du contrat de ville, de l'animation et la coordination des dispositifs contractuels de développement urbain et local, et d'insertion économique et sociale ainsi que des dispositifs locaux de prévention de la délinquance, des programmes d'actions définis dans le contrat de ville.

⁴⁸ AdCF, « *intercommunalité, mode d'emploi* », 2013, p2

⁴⁹ A compter de mars 2017 : transfert automatique sauf opposition de 25 % des conseils municipaux

⁵⁰ Article 90 de la loi NOTRe

⁵¹ Hors métropole du Grand Paris

⁵² Au moins 3 de ces 8 compétences seront transférées de plein droit à la métropole au 1^{er} janv 2017

CLARIFICATION DE L'ORGANISATION DES COMPETENCES ENTRE COLLECTIVITES

Clause générale de compétence et notion d'intérêt communautaire

Bien que la Clause Générale de Compétence (CGC) ait été retirée pour les départements et régions par la loi NOTRe, elle est maintenue pour les communes. Elle consiste à donner vocation aux conseils municipaux à intervenir dans tout domaine présentant un intérêt public local (hors compétences étatiques). Le corollaire de la CGC des communes est l'intérêt communautaire des EPCIs. La détermination de l'intérêt communautaire permet de moduler l'étendue des transferts de compétences pour les communautés de communes et d'agglomération (telle que l'action sociale par exemple). Le rôle des communes membres dans la définition de l'intérêt communautaire a été affaibli par la loi MAPAM et NOTRe.

Réaffirmation et élargissement des compétences partagées

La loi NOTRe réaffirme les compétences partagées définies dans la loi RCT du 16 décembre 2010, tout en élargissant leur périmètre. La culture, le sport, le tourisme mais aussi la promotion des langues régionales et de l'éducation populaire sont partagées entre l'ensemble des collectivités⁵³. Parmi ces compétences statutaires, la loi prévoit que des partages plus fins peuvent être opérés. Cette distinction permet d'organiser la subsidiarité⁵⁴ entre communes et intercommunalités en identifiant localement le niveau le mieux placé pour agir.

Réactivation de la notion de chef de file

La loi MAPTAM réactive la notion de chef de file⁵⁵ dans un souci de meilleure coordination entre les acteurs. La commune (ou l'EPCI en cas de transfert de la compétence) est chef de file en matière de : mobilité durable, organisation des services publics de proximité, aménagement de l'espace, et de développement local. Les communes se sont ainsi vu confier des domaines de compétences à fort enjeu sociétal.⁵⁶

Cet outil est novateur dans la mesure où il permet une meilleure coordination des compétences sur un territoire donné. Les communes peuvent élaborer des conventions territoriales d'exercice concerté d'une compétence. Elles fixent les modalités d'action commune d'une compétence pour lesquelles elles sont chefs de file ou pour les compétences partagées.

ASSOUPLISSEMENT DE LA MUTUALISATION DES SERVICES

Elargissement des services communs

La loi NOTRe met fin au cadre juridique très strict relatif aux services communs posé préalablement par la loi MATPAM. Désormais, les communes peuvent, pour toute mission fonctionnelle ou opérationnelle créer des services communs, en dehors des compétences transférées à l'intercommunalité. La loi permet de confier la gestion d'un service commun à une commune membre choisie par l'organe délibérant de l'EPCI, ce qui jusqu'à présent n'était pas le cas. De plus, la loi permet à un EPCI de créer des services communs avec les établissements publics qui lui sont rattachés (Centre Intercommunal d'Action Sociale par exemple).

Possibilité de créer des services unifiés

Le texte facilite enfin les mutualisations entre communes membres d'un même EPCI à fiscalité propre, si le schéma de mutualisation le prévoit⁵⁷. Ainsi, pour l'exercice en commun d'une compétence reconnue par la loi ou qui leur est transférée, les communes pourront décider par convention : soit la mise à disposition de services et équipements entre elles, soit le regroupement de services et équipements existants au sein d'un service unifié. La convention fixe les effets sur le personnel. Cet outil permettrait à deux villes membres d'un même EPCI de mutualiser des services ou équipements pour garantir un exercice efficace de leurs compétences « santé », par exemple

mai 2016



⁵³ Dans ces domaines, une collectivité peut par convention déléguer l'instruction et l'octroi d'aides ou de subventions à l'une des personnes publiques précitées, dans le but de créer un « guichet unique ».

⁵⁴ Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même

⁵⁵ Définie à l'article 72 de la Constitution

⁵⁶ L'organisation de ces compétences pourra être discutée entre les différentes Collectivités Territoriales lors des Conférences Territoriales de l'Action Publique instaurées dans chaque région.

⁵⁷ Les schémas de mutualisation sont les rapports relatifs aux mutualisations de services entre ceux d'une commune et de l'interco.

Type d'Interco.	Communauté de communes	Communauté d'agglomération	Communauté urbaine	Métropoles de droit commun
Seuil de population	> 15 000 habitants	>50 000 habitants	>250 000 habitants	> 400 000 habitants
Compétences de l'intercommunalité	Développement économique	Développement économique, aménagement social et culturel		
Compétences des communes qui partent à l'intercommunalité	Aménagement de l'espace			Aménagement de l'espace métropolitain
	PLU(i) SCOT Organisation des transports urbains	PLU(i), SCOT, Création et réalisation de ZAC d'intérêt communautaire, Organisation des transports urbains	PLU(i), SCOT, Organisation de la mobilité	SCOT, PLU(i), organisation des transports urbains
	Politique de la ville			
	<i>Politique de la ville (contrat de ville)</i>	Politique de la ville (contrat de ville)	Politique de la ville (contrat de ville)	Politique de la ville (contrat de ville)
	Action sociale			
	Accueil des gens du voyage (en 2017) <i>Action sociale d'intérêt communautaire (CIAS)</i>	Accueil des gens du voyage (en 2017) <i>Action sociale d'intérêt communautaire (CIAS)</i>	Accueil des gens du voyage	Accueil des gens du voyage
	Gestion de services d'intérêt collectif			
	Eau et assainissement(en 2020) GEMAPI *(en 2018) Maison de service au public (2020)	Eau et assainissement (2020) GEMAPI (en 2018) Collecte et traitement des déchets (en 2017) Maison de service au public (en 2020)	Eau et assainissement GEMAPI (2018) Collecte et traitement des déchets	Eau et assainissement GEMAPI (2018) Collecte et traitement des déchets
	Habitat			
	<i>Logement et cadre de vie</i>	Programme local de l'habitat, Politique du logement d'intérêt communautaire	Équilibre social de l'habitat	Politique locale de l'habitat
	Protection de l'environnement et du cadre de vie et lutte contre la pollution			
	<i>Protection de l'environnement/lutte contre la pollution</i>	<i>Protection de l'environnement/ lutte contre la pollution</i>	Protection de l'environnement / lutte contre la pollution	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie, lutte contre les nuisances sonores
	Culture et sport			
<i>Equipements culturels et sportifs d'intérêt communautaire équipement culturels et sportifs</i>		Équipements culturels et sportifs		

Bibliographie

Quelques liens utiles :

Base nationale sur l'intercommunalité

www.banatic.interieur.gouv.fr/V5/accueil/index.php

Assemblée des communautés de France

www.adcf.org/

France urbaine

www.franceurbaine.org

Wiki territorial

www.wikiterritorial.cnfpt.fr

Références internet :

Mairie-conseils, « *L'intercommunalité et la loi NOTRe* », Sept 2015

www.mairieconseils.net/cs/ContentServer?pagename=Mairie-conseils/MCPublication/Publication&cid=125026938933,

« *Web-conférence-Décryptage de la loi NOTRe* », Assemblée des communautés de France; 6 mai 2016

www.youtube.com/watch?v=ao5cTxmv5U0

« *Les outils de la loi sur la transition énergétique pour les collectivités territoriales* »

www.courrierdesmaires.fr/53097/les-outils-de-la-loi-sur-la-transition-energetique-pour-les-collectivites-6-la-gouvernance/

Revue et ouvrages :

« *Les cahiers de la fonction publique* », n° 363, février, 2016

« *Collectivités territoriales, la nouvelle donne* », Cahiers français, la documentation française, fév 2016, n°391

ADCF « *Qu'est-ce qu'un schéma de mutualisation ?* », n°190, intercos, juin juillet 2014.

Thoumelou M, « *Collectivités territoriales, quel avenir ?* », Les études de la documentation française, 2015, 230 p

Rapports :

CNFPT « *Les fondamentaux sur l'intercommunalité* », 2014, 98 p.

ADCF, « *2015-2020, les principales échéances pour les communautés* », Dans l'Actu, n°203, 4 p

Association des Maires de France, Association des communautés urbaines et métropoles de France, « *Loi NOTRe, principales dispositions du texte* », 2015, 19 p

Annexe n ° 3 Etude sur les villes-santé : modèles et enjeux de la collaboration intercommunale

ETUDE SUR LES VILLES-SANTE : MODELES ET ENJEUX DE LA COLLABORATION INTERCOMMUNALE

Depuis 1999, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) se sont multipliés et se sont emparés de nombreuses compétences ayant un impact sur la santé (urbanisme, logement, politique de la ville...). Les intercommunalités peuvent aussi se saisir de compétences facultatives, comme une politique et des actions pour la promotion de la santé. Ces transferts de compétences se sont accélérés depuis 2010 notamment avec les lois Modernisation de l'Action Publique et d’Affirmation des Métropoles (MAPAM) en 2014 et la loi portant Nouvelle Organisation de la République (NOTRe) en 2015.

Certaines intercommunalités, membres du Réseau français des Villes-Santé (RFVS) ont développé une politique de santé. D'autres membres du Réseau s'interrogent sur leur rôle et les transferts de compétences à opérer. Les choix des compétences retenues en plus de celles attribuées par la loi traduisent les enjeux perçus comme importants sur le territoire : Comment s'organise la santé au sein des territoires ? Comment et pour quelles raisons les élus et techniciens des Villes-Santé collaborent-ils à une échelle plus large que la commune ? Le colloque national du Réseau Villes-Santé de cette année se concentre donc sur ce thème « Territoire et santé : quels enjeux ? ». En préparation de cet événement, 4 des réseaux régionaux du RFVS se sont rencontrés et ont échangé sur le sujet. Le rapport de ces échanges⁵⁸ peut être lu en complément de l'étude présentée ici.

Les objectifs de cette étude sont (1) de mieux appréhender l'organisation et l'exercice de la compétence santé à l'échelle de la ville et de l'intercommunalité afin d'informer les villes sur les pratiques existantes ainsi que (2) d'identifier les modes de collaborations existants entre les communes et les intercommunalités sur les compétences ayant un impact sur la santé.

Méthodologie de l'étude :

Cette étude s'est déroulée en deux phases :

- (a) Une enquête en ligne (via le site « SurveyMonkey ») a été menée auprès d'élus et techniciens en charge des questions de santé des 80 communes/villes et 5 intercommunalités du Réseau Ville-Santé. Deux versions quasi-identiques du questionnaire ont été développées, une pour les communes et l'autre pour les intercommunalités. Elles contiennent des questions ouvertes et fermées, avec un temps de réponse estimé entre 5 à 12 minutes. L'enquête en ligne a été ouverte le 7 mars 2016 pour 7 semaines, avec une relance effectuée en avril.
- (b) Une enquête en ligne a invité des volontaires à un entretien téléphonique individuel en vue d'approfondir leurs réponses. Les entretiens téléphoniques se sont déroulés de mi-mars 2016 à mi-avril et chacun a duré 30 à 45 minutes en moyenne.

Profil des répondants

L'enquête en ligne a obtenu **56 réponses** venant de 46 communes et 2 intercommunalités (l' élu et le technicien de certaines communes ont répondu séparément). Plus de la moitié des membres du Réseau sont représentés.

41 techniciens et 15 élus ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi les 15 élus communaux, la moitié (7) étaient aussi élus délégués à l'échelle de l'intercommunalité (6 sans délégation et une vice-présidente en charge de la politique territoriale de santé).

17 entretiens téléphoniques ont été menés avec 6 élus et 11 techniciens.

Caractéristiques des villes et intercommunalités des répondants ayant répondu au questionnaire

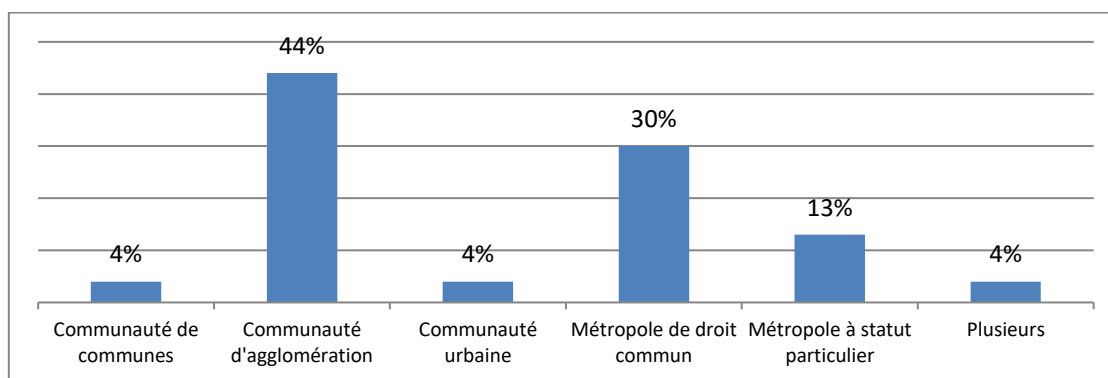
⁵⁸ Rapport : Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé de l'OMS 2016

Une importante partie des répondants sont issus de communes de taille moyenne, comprenant entre 50 000 et 200 000 habitants (voir tableau 1). Seulement 2 répondants sont issus d'intercommunalités, dont une communauté d'agglomération et une communauté urbaine.

Type de Villes-Santé répondant	Taille : nombre d'habitants	Nombre de répondants	Pourcentage
Commune	moins de 50 000	15	27%
	50 000 à 200 000	24	43 %
	plus de 200 000	15	27%
Intercommunalité	50 000 à 249 999	1	2%
	250 000 à 399 999	1	2%
Total		56	100%

Tableau 1 : Caractéristiques des Villes-Santé répondantes

La graphique 1 ci-dessous montre que proche de la moitié (44%) des répondants sont issus d'une communauté d'agglomération (CA), ce qui n'est pas étonnant car la majorité des membres du Réseau sont aussi affiliés à ce type d'EPCI. En tout, 43 % des répondants sont affiliés à une métropole soit de droit commun ou de statut particulier. Les 4 % des répondants qui sont issus de plusieurs intercommunalités indiquent appartenir à différents groupements suite à de récents changements de périmètres (fusion CA et département ou métropole et CA).



Graphique 1 : Pourcentage du type d'intercommunalité auquel appartiennent les répondants

Analyse des résultats

Lors de l'analyse des résultats, cinq grands thèmes qui seront présentés par la suite se sont dégagés :

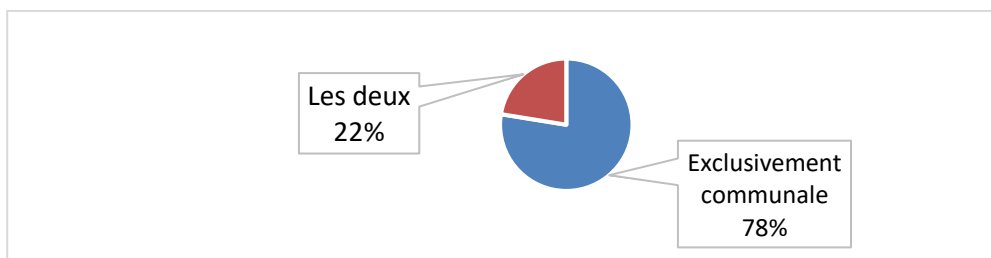
- La santé, une compétence majoritairement exercée par les communes (page 3)
-
- L'échelle intercommunale, gage d'une d'efficacité d'actions pour les communes (page 5)
-
- L'échelle intercommunale, une opportunité pour adopter une stratégie intercommunale en santé (page 6)
- L'échelle intercommunale, une opportunité pour intégrer la santé dans les politiques intercommunales (page 8)
- Des défis à surmonter pour favoriser la collaboration intercommunale (page 11).

1. La santé, une compétence majoritairement exercée par les communes

1.1. Echelle communale, garante de l'action de proximité en santé

Avec la montée en puissance de l'intercommunalité, qui peut choisir ou non de mettre en place une politique de santé, il paraît opportun de poser le contexte de l'exercice de la compétence santé aujourd'hui. Dans cette perspective, les réponses au questionnaire ont montré que l'échelon d'exercice des compétences « prévention et promotion de la santé » et de la compétence « action sociale » était principalement communal.

Prévention et promotion de la santé

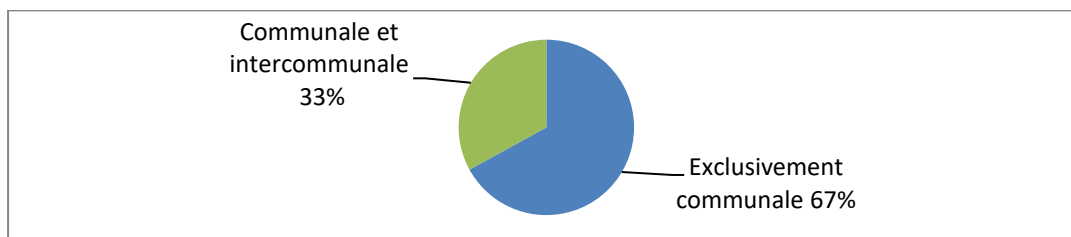


Graphique 2 : Echelon d'exercice de la compétence « prévention et promotion de la santé »

La majorité des répondants estiment que la compétence « Prévention et promotion à la santé » est exercée par les communes. Seulement 22 % des répondants pensent qu'elle est exercée aux deux niveaux. On remarque dans le graphique 2 qu'aucun répondant, y compris issus d'une intercommunalité, n'a répondu que la compétence de prévention et promotion de la santé était exclusivement intercommunale.

Les Ateliers Santé Ville (ASV) sont des dispositifs majoritairement (78%) coordonnés à l'échelle communale. Comme pour la compétence « prévention et promotion de la santé », personne n'a considéré que les ASV étaient coordonnés exclusivement à l'échelle intercommunale. Il faut souligner que seulement 22% du total des répondants considèrent que les ASV sont coordonnés à la fois à l'échelle communale et intercommunale. Il semblerait que la taille de la commune permette une certaine proximité: « *Le niveau le plus pertinent pour les ASV, c'est l'échelon communal. On ne peut pas coordonner des ASV sur un territoire de 100 000 habitants voir plus* ». Les répondants sont nombreux à souligner que la coordination des ASV à l'échelle communale permet une réelle proximité et est gage d'efficacité sociale pour les habitants.

Action sociale



Graphique 3 : L'action sociale, une compétence majoritairement exercée par les communes

En France, l'action sociale est une compétence dont peuvent s'emparer les intercommunalités depuis plus d'un demi-siècle. Elle renvoie aux missions exercées auprès des personnes âgées, des enfants et des adolescents, des personnes handicapées et

enfin des personnes en difficulté sociale. Toutefois, selon les répondants, la compétence action sociale est à 67 % exclusivement exercée par les communes. Les répondants ont été nombreux à souligner que l'échelle la plus pertinente pour l'action sociale était la commune, pour des raisons de proximité aux habitants : « *La proximité de l'échelle communale pour l'action sociale est une force car les gens se sentent en confiance* ».

Cependant, notons que 33 % des répondants ont indiqué que la compétence action sociale était exercée aux deux niveaux. Un responsable de service santé à l'échelle intercommunale souligne: « *Pour les grands dispositifs d'accompagnement, l'intercommunalité est plus pertinente* ».

Bien que la loi NOTre(2015) encourage la création de Centre Intercommunaux d'Action Sociale, la majorité des répondants (93%) indique qu'aujourd'hui ce service est communal. Notons qu'une ville a indiqué être dotée d'un Centre d'Action Social intercommunal et qu'une intercommunalité (Grand Nancy) coordonne l'ensemble des CCAS des villes membres.

1.2 Services de santé intercommunaux : des exemples rares

Les communes exercent majoritairement la compétence santé via un service dédié. Nombreux sont les répondants qui soulignent la « *nécessité de préserver l'action de proximité* ». Ces services peuvent être différents d'une commune à une autre, en témoignent la variété de leurs noms : le service de santé, la mission de santé publique, le service communal d'hygiène et de santé, l'écologie urbaine, ou le service « participation citoyenne ». Ces services permettent d'exercer des actions de prévention et de promotion de la santé, des actions sanitaires, des actions de sécurité, et de protection de l'environnement.

Cependant, dans des cas exceptionnels, il existe des services de santé intercommunaux dont les enjeux sont complémentaires aux services de santé communaux. Deux principales raisons à la mise en place d'un service de santé intercommunal ont été identifiées lors des entretiens:

- Renforcer l'équité en santé pour toutes les communes du territoire.
- Permettre un appui méthodologique aux villes membres de l'EPCI dans la mise en place de projets en santé publique.

Il existe différents modèles de services de santé intercommunaux. Dans certains cas, le service santé de la ville centre a été transféré à l'intercommunalité, par exemple, le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la ville de Bordeaux renommé «service santé environnement » et rattaché à la Direction de la prévention de la Métropole. Dans d'autres cas, un service santé a été créé à l'intercommunalité, en complément des services santé existants dans chaque commune. Dans ce cas, l'instauration de référents santé dans chaque commune semble indispensable, comme à la communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines. Les missions de ces services sont explicitées dans les encadrés suivants.

Différents modèles d'exercice de la compétence santé par l'intercommunalité :

Transfert du service santé de la ville centre à l'intercommunalité

Spécificité du SCHS de Bordeaux : Le SCHS de Bordeaux est désormais rattaché à la Direction de la prévention de la Métropole et s'appelle le service « santé environnement ». Il a vocation à rayonner sur les 20 communes de la Métropole.

«L'ancien Service Communal d'Hygiène et de Santé de Bordeaux intervenait déjà pour certaines communes de la Métropole (anciennement communauté urbaine) dans le cadre de conventions spécifiques avec la Ville de Bordeaux.»

Création d'un service santé ex nihilo rayonnant sur l'ensemble de l'intercommunalité

Saint Quentin en Yvelines: Le service de santé publique est rattaché à l'Institut de promotion de la santé (IPS) coordonne les actions de prévention, d'éducation pour la santé et d'amélioration de l'accès aux soins. Cet institut est né de la volonté politique de permettre une équité en santé pour toutes les communes du territoire. Les communes n'ont pas toutes un service santé mais toutes des référents santé, indispensable pour collaborer avec le service santé intercommunal.

Grand Nancy : Le service santé publique à la Communauté Urbaine du Grand Nancy est rattaché à la direction cohésion sociale. Le service santé publique intercommunal permet « *un soutien méthodologique et un accompagnement des villes dans la mise en place des projets en santé publique*».

Certaines villes comme Lyon, Toulouse ou Nîmes pensent qu'un SCHS rayonnant sur l'ensemble des villes de l'intercommunalité comme celui de Bordeaux serait opportun. La ville de Toulouse estime que cela permettrait une équité en santé pour toutes les communes du territoire : « *Le seul moyen pour amener les autres communes à réfléchir sur la santé, ce serait un SCHS intercommunal. A moyen terme, c'est notre service déjà structuré qui devrait être mutualisé* ». Quant à elle, la ville de Lyon estime que cela permettrait plus de cohérence et de lisibilité : « *Le fait que les trois SCHS existants ne soient pas remontés [transférés] à la métropole implique une perte de lisibilité. Il y a les communes qui ont développé un service hygiène et santé avec un peu moins de prérogatives et des communes qui n'ont rien développé du tout et qui mettent en place des pouvoirs de police du maire mais sans s'appuyer sur une réelle expertise ou un service identifié* ».

2. L'échelle intercommunale, gage d'une efficacité d'action pour les communes

Si les élus locaux et techniciens s'accordent sur l'idée que la commune doit « *garder une priorité d'action en matière de santé* », ils sont également nombreux à souligner l'opportunité de l'échelle intercommunale pour gagner en efficacité d'action. De nombreux répondants soulignent l'opportunité de la coopération intercommunale afin de mutualiser les ressources et des moyens ou de permettre un « *foisonnement d'idées* » entre plusieurs communes.

2.1 Mutualisation des moyens et des ressources

Le plus souvent, la mutualisation des ressources et des moyens ne se fait pas au niveau de l'intercommunalité entière. Il s'agit davantage de coopérations entre communes limitrophes. Cette tendance est particulièrement appuyée dans les communes rurales ou les petites intercommunalités (communautés de communes et les communautés d'agglomération). A Embrun, la communauté de communes a permis le financement d'une conférence internationale sur la e-santé. A Mulhouse, l'échelle intercommunale est une opportunité pour la « *mutualisation de ressources humaines et financières à l'échelle de l'agglomération* ».

L'échelle intercommunale est une opportunité pour la mise en place d'actions de grande envergure. Certaines villes mutualisent la communication pour la mise en place de grands événements. Par exemple à Roubaix, cela a été le cas pour dans le cadre des journées du cancer de l'enfant en 2016. Pour Thionville, mutualiser la communication avec plusieurs villes de l'intercommunalité leur a permis de mobiliser davantage d'habitants à une marche de sensibilisation dans le cadre de Mars bleu. A Strasbourg, Le parcours du cœur intercommunal en 2015 a permis d'initier une démarche intercommunale en santé à travers la coopération et la pérennisation des partenariats entre communes de la Communauté urbaine de Strasbourg et la mise en œuvre d'un plan de communication mutualisé. Cette démarche visait à prévenir les maladies cardiovasculaires par la promotion des modes de vie actifs.

Les villes peuvent également mutualiser les expertises, comme à Evry où un médecin de santé publique a été recruté et mis à disposition sur deux villes d'une même intercommunalité, « *Il est intéressant de mutualiser les expertises car chaque ville ne peut pas avoir à disposition un expert* ».

2.2 Echange de bonnes pratiques

L'intercommunalité permet l'échange de bonnes pratiques entre communes membres d'une même intercommunalité sur des problématiques communes. Ainsi, certaines villes, de manière non conventionnelle, mettent en commun leur savoir-faire. C'est le cas de la ville de Lyon : « *J'ai fait du Bench-Marking afin de savoir comment les autres villes avaient élaboré leur budget prévisionnel, pour la mise en place d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle* ». En outre, certaines villes mettent en place des réseaux d'élus afin d'échanger sur les problématiques d'accès aux droits, par exemple. C'est le cas à Dunkerque où des réunions entre maires des communes de la Communauté Urbaine sont prévues tous les quinze jours.

3. L'échelle intercommunale, une opportunité pour adopter une stratégie intercommunale en santé

Les répondants ont été nombreux à souligner l'opportunité de l'échelle intercommunale pour travailler sur certaines thématiques à enjeu supra communal. Le Contrat local de santé est souvent identifié comme un socle commun et vecteur d'une stratégie intercommunale permettant de travailler sur ces thématiques.

3.1 Travailler sur des thématiques dépassant les enjeux d'une commune

Observation en santé

Dans les communautés de communes, la totalité des répondants pensent qu'une Maison de Santé Pluri professionnelle intercommunale serait opportune. Certains territoires sont touchés par la désertification médicale. Un technicien souligne : « *Il est important que chaque commune ne construise pas "sa" maison de santé si le territoire ne s'y prête pas. Une analyse sur une échelle de territoire qui va au-delà de la commune est plus pertinente* ». Nombreux sont ceux qui soulignent lors des entretiens que la nécessité de résoudre le problème de la démographie médicale à une échelle plus grande que la commune. L'intercommunalité permettrait également une meilleure efficacité de l'offre de soins. En ce sens, la ville de Marseille souligne l'opportunité de « *travailler sur des territoires interconnectés entre eux pour assurer l'efficacité de l'offre de soins* ».

Quelques villes ont comme projet la création d'un observatoire sanitaire afin de mieux recenser l'offre de soins ou de mieux cibler les actions prioritaires sur le territoire. A Bourg en Bresse et à Lyon, l'intercommunalité s'est emparée de la question de la « démographie médicale ». Cette échelle permettrait d'avoir une approche plus large sur l'accès aux soins.

Bourg en Bresse : « *Nous avons, en 2013, lancé à l'échelle intercommunale un diagnostic sur l'offre de soins de premier recours, pilotée par la communauté d'agglomération. Ce diagnostic nous a permis de mieux visualiser les flux de patients* »

Santé environnementale

Saint Quentin en Yvelines : « *La mise en place d'un observatoire au niveau intercommunal permet d'avoir une distance statistiquement plus fiable et plus fine des problématiques de santé sur le territoire, cela permet de développer plus d'argumentaire pour les facteurs de risques locaux pour mettre en place des actions de prévention au niveau local par exemple* »

Les réponses du questionnaire en ligne et des entretiens ont montré que l'intercommunalité était un territoire plus approprié à la thématique de la santé environnementale. Il s'agit d'ailleurs d'un axe prioritaire développé dans plusieurs contrats locaux de santé (CLS) intercommunaux comme ceux de Strasbourg, Lyon et Bordeaux. De nombreux répondants ont des attentes vis-à-vis de l'intercommunalité concernant cette thématique: « *On a des attentes vis-à-vis de l'intercommunalité concernant la compétence santé-environnement, car la pollution ne s'arrête pas aux frontières communales* ».

Santé mentale via la mise en place de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Avec 68 % des répondants estimant que l'intercommunalité comme échelon de gestion des CLSM est opportun, la santé mentale est ressortie comme une thématique dont les enjeux dépassent les frontières communales. Comme l'a souligné un répondant: « *Les secteurs de psychiatrie dépassent le territoire d'une commune, il est donc nécessaire de réfléchir à un niveau intercommunal* ».

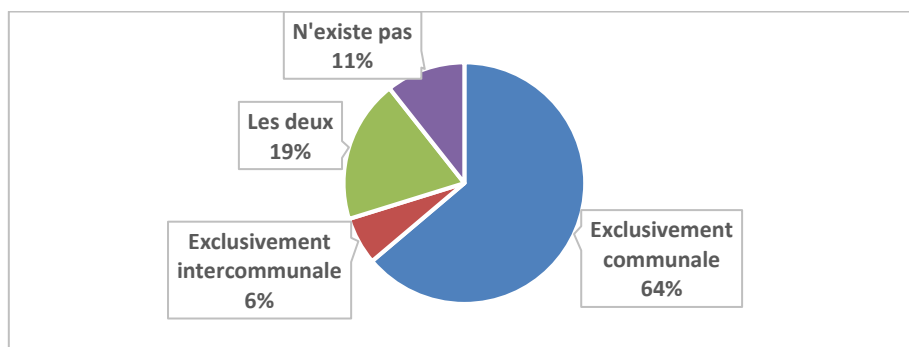
Trois opportunités à la mise en place d'un CLSM intercommunal ont été dégagées lors des entretiens :

- Le fait que le CLSM intercommunal permette de correspondre à une logique de territoire. A Roubaix, les villes signataires du CLSM appartiennent aux mêmes secteurs de l'Établissement public de santé mentale.
- En outre, le CLSM intercommunal permet l'échange d'informations et de bonnes pratiques. A Rennes la semaine d'information sur la santé mentale est mise en place à l'échelle intercommunale.
- Enfin, le CLSM intercommunal permettrait de relier la thématique santé mentale et logement comme à Strasbourg et Thionville

Un élu de la ville de Strasbourg déclare : « Il y a trois établissements psychiatriques qui impactent le territoire. De ce fait, il y a un énorme travail de cohérence à faire au niveau de l'offre sanitaire. Dans cette perspective nous avons mis en place un CLSM intercommunal comportant des axes transversaux tels que la démarche citoyenne, la déstigmatisation, le travail avec les usagers, les grandes manifestations, et le logement. Cela nous permet de développer la thématique santé-logement à l'échelle intercommunale. »

3.1 Le Contrat Local de Santé, vecteur d'une stratégie intercommunale

Aujourd'hui, deux tiers des Contrats locaux de santé (CLS) sont exclusivement signés au niveau communal (voir graphique 4 ci-dessous). Parmi les 46 collectivités répondantes, 8 villes et 3 intercommunalités ont signé un CLS intercommunal. Il s'agit de Grand Nancy, Saint Quentin en Yvelines, Dunkerque, Bordeaux, Châteauroux, Evry, Orléans, Roubaix, Strasbourg, Lille et Villeurbanne. Hormis de rares cas où le CLS est signé par toutes les villes de l'intercommunalité, les CLS intercommunaux ne sont pas signés par l'ensemble des villes de l'intercommunalité mais par quelques villes. Par exemple Lille, Lomme et Helemme ont signé un CLS.



Graphique 4 : L'échelon de gestion des Contrats Locaux de Santé

Plusieurs opportunités à la signature d'un CLS intercommunal ont été identifiées par les répondants. Il s'agit principalement de **l'ajustement des politiques et choix des thématiques de santé prioritaires sur le territoire**. A Nantes, « l'intercommunalité est une réelle opportunité pour impulser à l'échelle de l'agglomération une politique de santé intercommunale permettant une réelle coopération en terme de CLS ».

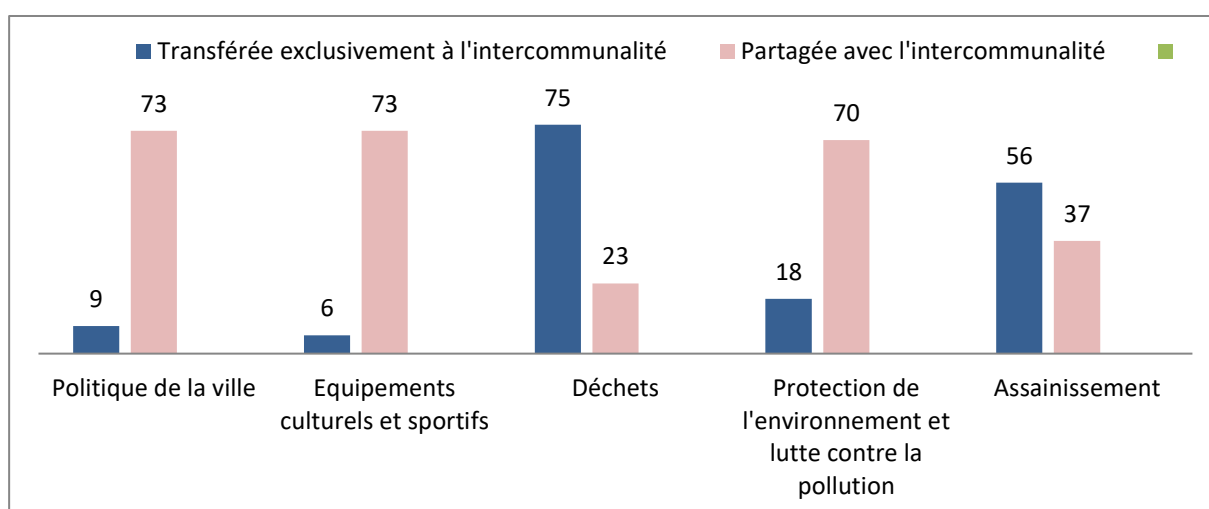
Deux principales limites à la mise en place d'un CLS intercommunal ont été soulignées par les répondants :

- L'ensemble des Villes-Santé interrogées qui n'ont pas signé de CLS intercommunal s'accordent pour dire que la principale limite est **l'hétérogénéité des communes membres** d'une même intercommunalité. En effet, toutes les communes n'ont ni les mêmes moyens, ni les mêmes enjeux sanitaires. A Toulouse, « le manque de moyens des communes de petite taille de la métropole toulousaine ne permet pas d'envisager à court terme de développer conjointement des actions de santé publique. Cependant, le travail actuel avec l'ARS nous conduit à envisager pour chaque commune concernée, un CLS avec un socle de thèmes communs ».

- **La taille de l'intercommunalité** semble également représenter un obstacle à la signature d'un CLS intercommunal. Bien que plus de 60 % des répondants affiliés à une communauté d'agglomération ou une métropole pensent que le CLS intercommunal soit opportun, les répondants ont indiqué que la taille de l'intercommunalité pouvait constituer un frein. Un répondant témoigne de cette difficulté : « *En 2017, nous allons passer de 15 à 77 communes et ça nous freine pour envisager un CLS intercommunal* ».

4 L'échelle intercommunale, une opportunité pour intégrer la santé dans les politiques intercommunales

4.1 Transfert accru de compétences vers l'intercommunalité



Graphique 5 : Compétences exercées exclusivement ou partiellement par l'intercommunalité

Depuis 1999, de nombreuses compétences ont été transférées à l'intercommunalité. Ce transfert s'est accéléré avec les lois Réforme des Collectivités Territoriales (RCT) en 2010, Modernisation de l'Action Publique (MAPAM) en 2014 et la loi portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) en 2015. Nous remarquons sur le graphique 5 que les intercommunalités exercent de nombreuses compétences autrefois communales. Il s'agit notamment de la politique de la ville, des équipements culturels et sportifs, de la collecte et du traitement des déchets, de la protection de l'environnement, ainsi que de l'assainissement. Ces compétences sont autant de leviers pour agir sur les déterminants de la santé.

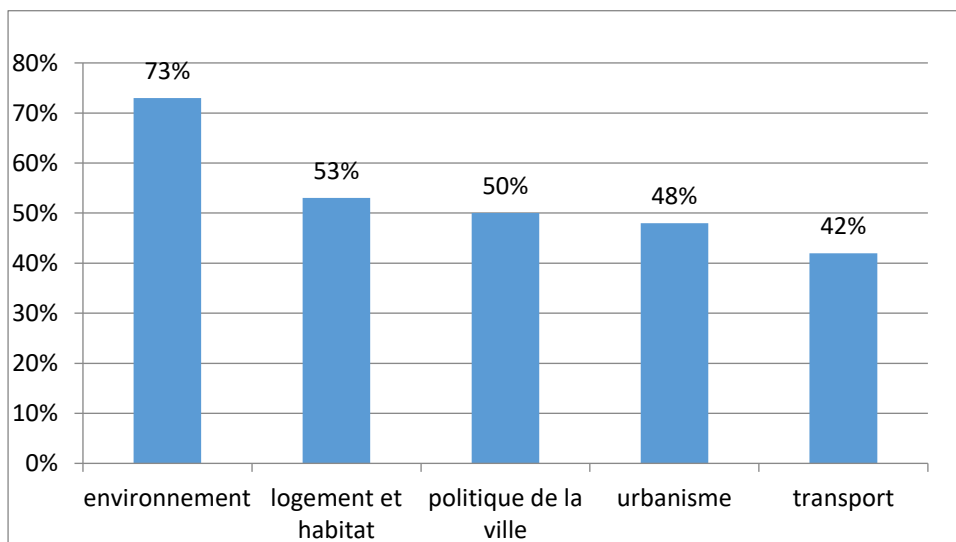
4.2 Une possibilité d'agir sur davantage de déterminants de la santé

Presque tous les répondants reconnaissent l'utilité à collaborer avec l'intercommunalité. Ils sont **98 % à affirmer que cette collaboration est nécessaire**. Les répondants s'accordent pour dire qu'il y a une « **possibilité d'agir sur plus de déterminants de la santé à l'échelle intercommunale** ». En ce sens, de nombreux répondants plaident pour une prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques intercommunales.

Quelques intercommunalités vont relativement loin en ce sens, en se dotant d'un service santé, ou d'élus délégués à la santé chargés de veiller à bonne prise en compte des enjeux de santé dans les différentes politiques et dans les plans sectoriels. Par exemple, un responsable d'un service intercommunal de santé souligne que : « *Le fait que le service santé soit porté par l'intercommunalité permet un travail en transversalité avec les politiques déployées par la communauté urbaine. Cette transversalité est notamment permise par la composition même de l'organigramme : le service santé est intégré dans le pôle territoire aux côtés du service cohésion sociale, énergie climat, habitat, transport, urbanisme, ce qui permet d'injecter la santé dans toutes les politiques* ».

4.3 Une collaboration existante mais difficile

La collaboration avec l'intercommunalité est la plus importante en matière d'environnement (73%). La moitié des répondants collaborent avec les politiques et services liés au logement et habitat, politique de la ville et urbanisme. Les responsables politiques et administratifs semblent cependant un peu moins collaborer en matière de transport (42 %).



Graphique 6 : Les domaines de collaboration avec l'intercommunalité Ce graphique est issu d'une question à choix multiple avec plusieurs choix de réponses possibles. Le total des réponses excède de ce fait 100 %

Lors des entretiens, des exemples de collaboration sur certains plans sectoriels intercommunaux ont été donnés :

Intégrer la santé via le Plan climat air énergie territorial

Le Plan Climat Air Energie Territorial (PCEAT) est une compétence dont peuvent se saisir les intercommunalités de plus de 20 000 habitants (loi TECV de 2015). Trois-quarts des répondants ont indiqué collaborer avec l'intercommunalité dans le cadre de la compétence environnement et plus précisément sur la qualité de l'air. A Toulouse, « le SCHS a souhaité travailler avec la métropole sur la qualité de l'air ». Le répondant de Rennes souligne : « On travaille ensemble avec la métropole sur l'élaboration du PCEAT et nous participons également à des réunions de commission de développement durable ». Cette collaboration semble nécessaire à de nombreux répondants qui soulignent la complémentarité des deux échelons : « En matière de qualité de l'air extérieur, on met nos compétences en commun afin d'apporter nos connaissances sur les impacts sanitaires ».

Cependant, certains répondants éprouvent des difficultés à collaborer avec l'intercommunalité dans ce domaine. Ils sont nombreux à rappeler que « Sur la qualité de l'air extérieur, l'intercommunalité ne travaille que sur de l'information de la population lors des pics de pollution sans prendre en compte l'aspect santé ». D'autres pointent du doigt le manque de volonté politique de l'intercommunalité d'intégrer la santé dans les PCEAT intercommunaux « en tant qu'adjointe à la santé, je n'ai pas du tout été sollicité pour l'élaboration du plan climat ».

Intégrer la santé via le Contrat de Ville

Depuis la loi ALUR de 2014, les Contrats de Ville sont obligatoirement signés à l'échelle intercommunale. 50 % des répondants ont indiqué collaborer avec l'intercommunalité dans le domaine de la politique de la ville. Lors des entretiens, les répondants ont identifié une réelle opportunité d'impulser de la santé à l'échelle intercommunale via le Contrat de Ville. A Montreuil, il a permis aux communes signataires du Contrat de Ville de se rencontrer afin de d'élaborer ensemble son volet santé. Dans d'autres cas, le CLS intercommunal correspond au volet santé du Contrat de Ville, comme à Bordeaux ou Thionville. Ces résultats sont cependant à nuancer. Le Contrat de Ville n'est pas toujours vecteur d'une stratégie intercommunale en santé. Par exemple, dans une métropole de droit commun, plusieurs villes signataires du Contrat de Ville ont refusé de signer son volet santé.

Intégrer la santé dans le Plan Local de l'Urbanisme

57 % des répondants ont indiqué que l'intercommunalité à laquelle ils appartiennent exerce la compétence « Urbanisme ». 58 % des répondants estiment n'avoir aucune implication (contractualisation, conduite ou pilotage, mise en œuvre concrète ou rôle consultatif et de concertation) dans la mise en place du Plan Local de l'Urbanisme (PLU). La collaboration semble difficile dans ce domaine. Lors des entretiens, dans la majorité des cas, les répondants ont indiqué avoir été écartés de l'élaboration du PLU : « *intégrer la santé dans le PLU(i), c'est une coquetterie* », souligne même un élu. Quelques autres personnes ont été consultées pour l'élaboration le volet santé du PLU.

Difficultés à travailler avec des services nouvellement créés

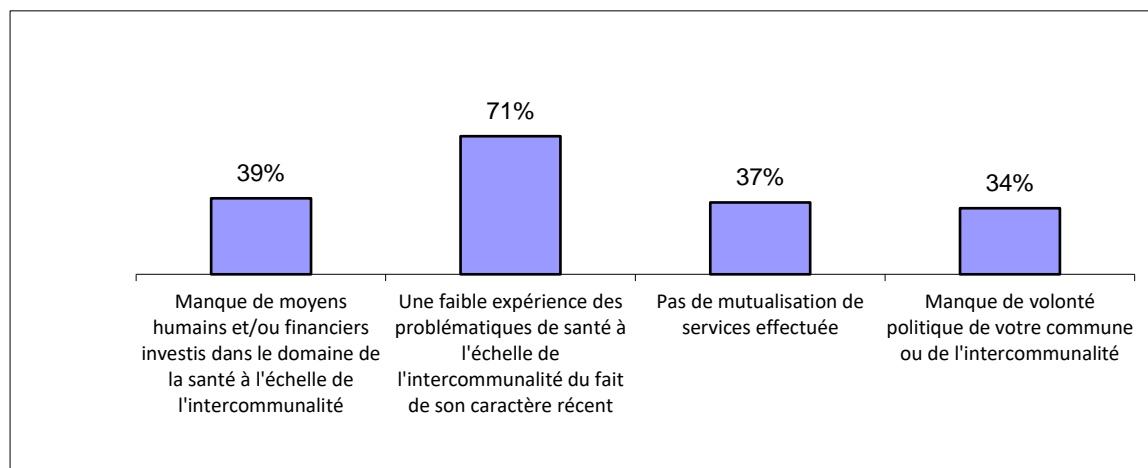
La plupart des répondants témoignent d'une volonté de travailler davantage en collaboration : « *Il y a une nécessité de dialogue et d'articulation entre la ville et l'intercommunalité. On peut s'enrichir mutuellement et avoir des stratégies gagnant-gagnant* ». Cependant, la majorité des répondants éprouvent des difficultés à collaborer avec l'intercommunalité et témoignent d'un réel manque de visibilité et d'information sur les politiques menées par l'intercommunalité. Ils se sentent dessaisis d'une capacité d'agir sur les politiques intercommunales ayant un impact sur la santé (urbanisme, logement). « *Nous avons un réel manque d'information sur les politiques qui sont menées par l'intercommunalité* »

Lors des entretiens, les répondants sont nombreux à indiquer collaborer avec les différents services municipaux afin de travailler en transversalité : sont notamment concernés les services des sports, de la petite enfance, du droit des femmes, de l'urbanisme, la mobilité. Aujourd'hui, les récentes mutualisations de service et transferts de compétences induits par la loi NOTRe impliquent une période d'accoutumance. Les compétences et les missions des différents échelons ne sont pas encore clairement identifiées. Pour certains, « *Comme beaucoup de services sont en cours de mutualisation, on ne connaît pas encore tous les services avec lesquels on pourrait travailler* ». Pour d'autres : « *L'organigramme de la nouvelle agglomération n'est pas encore fait, ce qui rend difficile la collaboration* ».

5. Défis à surmonter pour favoriser la collaboration intercommunale

5.1 Principaux freins à la collaboration intercommunale

Si la collaboration intercommunale paraît utile pour la majorité des répondants, de nombreux freins ont été néanmoins identifiés (voir graphique 7).



Graphique 7 : les freins à la collaboration intercommunale (Ce graphique est issu d'une question à choix multiple avec plusieurs choix de réponses possibles. Le total des réponses excède de ce fait 100 %)

Pour 71% des répondants, le frein principal à la collaboration intercommunale en santé est le **caractère récent de l'intercommunalité**. Pour les élus communautaires, qui ont une vision plus concrète de l'intercommunalité, cette tendance est appuyée. Ils sont 5 élus sur 7 à identifier la faible expérience des problématiques de santé de l'intercommunalité comme frein majeur de la collaboration intercommunale. Par exemple à Lille : « *Il n'existe pas de portage politique de la santé à l'intercommunalité* ». A Nîmes, « *l'agglomération n'étant pas du tout investie dans la santé, les actions et réflexions ne portent que sur la ville centre* ». Nombreux sont les répondants qui soulignent qu'il « *va falloir du temps pour que les intercommunalités deviennent efficaces.* »

Pour d'autres, intégrer la santé dans les politiques intercommunales ne semble pas une priorité de l'intercommunalité : « *Du fait de la nouvelle fusion à l'intercommunalité, les personnes travaillant à l'intercommunalité sont dans un moment d'acculturation, ils sont en train d'apprendre à travailler ensemble et de structurer leurs services* ». Les élus et techniciens semblent être dans une période où les périmètres et les compétences des intercommunalités sont en pleine redéfinition. Parmi les répondants au questionnaire, 21 % se sont trompés concernant le nom du groupement intercommunal auquel leur commune est affiliée. Ceci témoigne d'un manque de visibilité des répondants quant au fonctionnement intercommunal.

Pour 34 % des répondants, le frein à la collaboration intercommunale est lié **au manque de volonté politique**. Lors des entretiens, les répondants ont été nombreux à souligner que la volonté de développer la compétence santé est également très persona dépendant : « *Ce seront seulement des personnes visionnaires qui se saisiront des questions de santé* ».

5.2 Les leviers favorisant la collaboration intercommunale

Favoriser la coopération entre quelques communes d'une même intercommunalité

Les répondants sont nombreux à **coopérer entre communes limitrophes** afin de mutualiser leurs ressources ou leurs moyens. Certaines communes préfèrent également signer des CLS sur quelques villes de l'intercommunalité qui partagent les mêmes enjeux sanitaires et non pas sur l'ensemble de l'intercommunalité. A Bordeaux, une étude d'opportunité pour la mise en place d'un CLS intercommunal a été effectuée auprès des 28 communes membres de l'intercommunalité. Son objectif était de questionner la pertinence de l'élaboration d'un cadre commun d'intervention entre les deux communes. Les résultats de l'étude ont permis d'identifier les opportunités et les craintes des responsables politiques et administratifs des villes.

Permettre des rencontres et échanges entre les élus et techniciens santé : Certaines intercommunalités ou villes ont mis en place des moyens de rencontres entre élus et techniciens santé de différentes communes. Par exemple, la ville de Grand Nancy a mis en place des instances participatives réunissant les élus et techniciens des 20 communes membres de l'intercommunalité. « *L'objet de ces réunions est l'échange de bonnes pratiques ou sur l'actualité en santé publique* ». Ces rencontres peuvent être les prémices d'un déploiement d'une stratégie intercommunale.

Favoriser la prise en compte de la santé dans les politiques menées par l'intercommunalité (urbanisme, logement)

Sensibiliser les responsables politiques et administratifs à une vision transversale de la santé : La ville de Rennes prévoit un atelier en Juin à l'échelle de la métropole mobilisant élus communaux et métropolitains. Cet atelier a pour objectif de favoriser une sensibilisation des élus métropolitains à la santé. A Strasbourg, il existe des formations transversales en santé pour des personnes relais dans les directions de la métropole.

Enfin, nombreuses sont les villes qui pratiquent le **lobbying en santé** auprès de l'échelle intercommunale « *Nous les élus santé, on fait des plaidoyers, on agite les bras pour que la santé soit prise en compte dans les politiques intercommunales* ». D'autres villes ont opté pour la **création d'une délégation santé à la métropole** permettant de veiller à la prise en compte de la santé dans les politiques intercommunales.

Conclusion

Les communes membres du Réseau Villes-santé sont nombreuses à souligner qu'elles souhaiteraient garder une priorité d'action dans le domaine de la santé. Cependant, la majorité plaide pour une articulation intelligente entre les deux échelles : intercommunale et communale. Ainsi, l'échelle intercommunale peut être un gage d'efficacité d'action grâce à la mutualisation des ressources et des moyens qu'elle implique. En outre, elle semble aussi une opportunité pour travailler sur des thématiques à enjeux supra-communales, comme la santé environnementale ou l'observation en santé via l'élaboration d'un CLS intercommunal.

L'échelle intercommunale présentant certaines limites. Il est important de noter que les communes qui ont mis en place des politiques ou des dispositifs de santé intercommunaux le font souvent en partenariat avec certaines communes limitrophes de l'intercommunalité, présentant les mêmes enjeux de santé. Il n'y a donc pas de modèle type de coopération intercommunale mais elle se forge au regard des nécessités et des enjeux du territoire.

Dans plusieurs lieux, une réflexion est déjà en cours qui favorise une collaboration intercommunale plus importante. Le niveau de l'intercommunalité permet un « *foisonnement d'idées* » ou une mutualisation des ressources et des moyens entre plusieurs communes. Même si à ce jour, la collaboration avec les services intercommunaux semble difficile au vu des modifications structurelles récentes des services, le mouvement intercommunal est en phase d'apprentissage et en devenir.

Villes-Santé ayant répondu à l'étude

Répondues à l'enquête en ligne :

Aix-les-Bains, Armentières, Aubagne, Beaumont, Bordeaux, Bourg-en-Bresse, Bourgoin-Jallieu, Brest, Châteauroux, Cherbourg en Cotentin, Conflans-Sainte-Honorine, Dunkerque et Communauté Urbaine de Dunkerque, Embrun, Evry, Grand Nancy, Grenoble, La Rochelle, La Roche-sur-Yon, Lille, Longwy, Lorient, Lormont, Lyon, Marseille, Montreuil, Mulhouse, Nantes, Nîmes, Orléans, Orly, Reims, Rennes, Roubaix, Saint-Brieuc, Saint-Denis, Saint-Paul de la Réunion, Saint-Quentin-en-Yvelines, Strasbourg, Thionville, Toulouse, Valence, Villeurbanne

Participer à un entretien téléphonique :

Aix-les-Bains, Bordeaux, Bourg-en-Bresse, Embrun, Evry, Grand Nancy, Lyon, Montreuil, Rennes, Saint-Quentin-en-Yvelines, Strasbourg, Thionville, Toulouse

Nous remercions vivement tous les membres du Réseau des Villes-Santé OMS qui ont participé à l'enquête.

Margaux Fête, Chargée d'étude

Annexe n ° 4 : Financer un projet au sein de collectivités locales grâce aux instruments européens

Financer un projet au sein de collectivités locales grâce aux instruments européens

Souvent méconnues par les élus et techniciens locaux, les possibilités de financement de leurs projets de développement économique et social ont pourtant fait l'objet d'innovation importante. Les financements européens répondent aux grandes politiques menées par l'Union européenne, notamment la stratégie *Europe 2020* pour une croissance intelligente, durable et inclusive.

Dans le cadre de mon stage au réseau Villes-Santé de L'OMS de février en juin 2016, j'ai effectué une revue des principaux programmes européens permettant de financer des projets locaux relatifs à la santé. Si de nombreux programmes n'ont pas comme thématique prioritaire la santé en tant que telle, appréhender certains programmes via le prisme de la mobilité, de l'innovation, ou du développement urbain et social peuvent permettre de financer de projets locaux en santé.

Cette recherche a été effectuée en s'appuyant notamment sur le site : « l'Europe s'engage en France » <http://www.europe-en-france.gouv.fr/>

Le site [touteurope.eu](http://www.touteurope.eu), premier portail en ligne d'information sur les questions européennes, en partenariat avec la Direction générale de la mondialisation du ministère des Affaires étrangères et du Développement international, vient d'éditer le guide "Fonds européens : financez votre projet !", un outil complet pour tout savoir sur les fonds européens. <http://www.touteurope.eu/financez-votre-projet.html>



Nous vous proposons de présenter les instruments financiers sous le prisme de trois thématiques : la cohésion sociale (1), la santé (2), la recherche et l'innovation (3).

1 . Cohésion sociale

Fonds européen de développement régional (FEDER)

Le Fonds européen de développement régional a pour objectif de favoriser le développement harmonieux, équilibré et durable de l'Union européenne en réduisant les écarts de développement entre les régions. Les fonds européens sont attribués par chaque état membre et géré ensuite en France par les régions, qui sont devenues officiellement autorités de gestion après la loi MAPTAM. Les régions mettent ensuite en place des programmes opérationnels en définissant les objectifs et les thématiques prioritaires sur leur territoire

Plusieurs types de financement sont possibles en fonction du rayonnement géographique du projet et de sa thématique. Pour savoir si le projet correspond aux thématiques retenues par votre région, il est important de consulter le programme opérationnel de votre région qui retrace les priorités et thématiques choisies de 2014 à 2020. Par exemple, un des axes prioritaires du PO de Bretagne vise la promotion de la mobilité urbaine durable multi-modale et les mesures appropriées en matière d'adaptation.⁵⁹ Un projet en ce sens pourrait donc se voir éligible à un financement européen qui vous sera octroyé par votre région d'appartenance.

Une vidéo très claire énonce clairement les financements possibles selon la région d'appartenance : <https://www.youtube.com/watch?v=mRB43A2OhWg>

Le sénat a mis en place un outil innovant permettant de répertorier tous les financements possibles par régions et les contacts utiles afin d'avoir de plus amples informations sur les programmes : <http://fr.calameo.com/read/003901142d5c006fe5a6c>

Le FEDER comprend également un sous-programme dédié à la **coopération territoriale européenne** : La coopération territoriale vise à renforcer les échanges et la coopération entre les régions ou villes voisines, de façon transfrontalière, transnationale ou interregionale. Pour 2014-2020, la France a participé à 23 programmes de coopération territoriale. Nous en exposerons seulement quelques-uns qui ont déjà aidé certaines villes de France à mettre en place des projets ayant pour objectif d'améliorer la santé de leurs habitants.

Sur les 351, 8 milliards d'euros de la politique de cohésion sociale destinés aux régions et villes d'Europe durant la période 2014-2020, près de **8, 9 milliards sont alloués à la coopération territoriale européenne dont 3, 021 milliards d'euros pour des programmes impliquant la France**

URBACT III (2014- 2020)

Description : « URBACT III » concentrera ses ressources sur cinq objectifs thématiques parmi les onze proposés dans le « cadre stratégique commun » défini par la Commission européenne, tout en trouvant le bon équilibre avec les objectifs d'« Europe 2020 » pour une croissance « durable, inclusive et intelligente. Les villes impliquées dans les réseaux URBACT bénéficient d'un apport en termes de financement, de méthode, d'expertise et de formation. Des villes faisant face à des problématiques communes peuvent ainsi apprendre les unes des autres (au niveau transnational) et produire localement des plans d'action intégrés (à travers la mise en place de groupes de support locaux). Il leur appartient ensuite de financer et de mettre en œuvre les plans d'action élaborés.

Thèmes : Les activités du programme recouvrent tous les thèmes du développement urbain (sociaux, économiques et environnementaux). Les objectifs thématiques sont au nombre de 5⁶⁰. Un projet répondant à des enjeux de santé mis en œuvre par une collectivité territoriale peut répondre à l'objectif de développement de l'innovation, de protection de l'environnement ainsi que de la promotion de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté.

Fonctionnement : Des réseaux de **8 à 12 villes de différents pays de l'Union Européenne** travaillent pendant un temps limité (deux à trois ans).

Budget : Pour la période 2014-2020, l'enveloppe FEDER qui y sera consacrée augmente de 40 % pour être portée de 53 à

⁵⁹ INVESTISSEMENT PRIORITAIRE 3 du PO Bretagne 2014-2020 :Promotion des stratégies de développement à faible émission de carbone pour tous les territoires, notamment les zones urbaines, incluant la promotion de la mobilité urbaine durable multi-modale et les mesures appropriées en matière d'adaptation

⁶⁰ Objectif thématique 1 : Renforcer la recherche, le développement technologique et de l'innovation.Objectif thématique 2 : Soutenir la transition vers une économie sobre en carbone dans tous les secteurs.Objectif thématique 3 : Protéger l'environnement et promouvoir l'efficacité des ressources.Objectif thématique 4 :Promouvoir l'emploi et soutenir la mobilité des travailleurs.Objectif thématique 5 : Promouvoir l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté.

74 millions d'euros. Pour cette nouvelle période de programmation, l'autorité de gestion et le secrétariat technique ont été confiés à la France via le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET).

Co-financement : Cofinancé par le FEDER (77,1%), les contributions nationales (5,7%) et les contributions locales (17,2%).

Calendrier : Tous les ans, entre mars et juin, de nouveaux appels à projet ont lieu.

Retours d'expériences des villes : Les retours d'expériences des villes ayant participé au programme URBACT ont laissé jusqu'à présent apparaître plusieurs avantages :

- Bénéfice d'un rayonnement européen ;
- Obtention d'une légitimité qui favorise l'entrée dans les réseaux européens ;
- Traitement des problématiques sensibles qu'il serait plus difficile d'aborder localement et seul



Site web: <http://www.cget.gouv.fr/urbact/urbact-iii>

Interreg V C 2014 - 2020 :

Description : Le nouveau programme "INTERREG V" couvre la période 2014-2020 et permet aux autorités publiques régionales et locales ainsi qu'aux acteurs régionaux d'échanger des bonnes pratiques afin d'améliorer leurs stratégies de développement régional. Il a été approuvé par la commission en janvier 2015. L'autorité de gestion de ce programme est la région Nord Pas de Calais.

Fonctionnement : La période du projet doit être de **3 à 5 ans**. Au moins 3 pays, dont 2 à minima provenant des pays partenaires de l'UE doivent être membres du projet. Il est recommandé que le nombre de partenaires au projet soit compris entre 5 et 10. Le chef de file doit être un pays membre de l'UE ou Norvège. Le programme se compose en deux types d'action : les plateformes thématiques et les projets d'échange d'expérience.

Objectifs thématiques sélectionnés :

1. Renforcer la recherche, le développement et l'innovation
2. Renforcer la compétitivité des PME
3. Soutenir la transition vers une économie à faible émission de carbone dans tous les secteurs.
4. Protéger l'environnement et promouvoir l'utilisation rationnelle des ressources

Budget : La contribution moyenne FEDER/projet : d'1 à 2m€

Co-financement des projets : Les taux de co-financement des projets sont les suivants : à 85% par le FEDER pour les organismes publics et les organismes de droit public issus des 28 États partenaires de l'UE.

Contacts nationaux utiles :

Nord de la France⁶¹ : Caroline GAUTHIER ; caroline.gauthier@nordpasdecalais.fr

Sud de la France⁶² : Patricia DI BIASE ; pdibiase@regionpaca.fr

Conditions : la thématique prioritaire du projet doit être intégrée dans le Programme Opérationnel correspondant à sa région pour 50 % des partenaires.

Exemple de projet financé par le programme Interreg V C : *Aqua Add, projet européen axé sur les échanges de pratiques*

⁶¹ (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Basse Normandie, Haute-Normandie, Nord-Pasde-Calais, Picardie, Ile-de-France, Centre, Bourgogne, Franche-Comté, Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne

⁶² Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Auvergne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane, Mayotte et Saint Martin)

et le développement des connaissances dans le domaine de la gestion de l'eau dans la ville. Eindhoven est le chef de file du projet qui réunit 10 autres CT.

Site web: http://ec.europa.eu/regional_policy/fr/policy/cooperation/european-territorial/interregional/



Programme Europe pour les citoyens

Description : Le programme Europe pour les citoyens comprend plusieurs volets. L'un d'entre eux promeut l'engagement démocratique et la participation civique. Dans le cadre de ce volet, des réseaux de villes peuvent se former afin de mettre en place des partenariats et des réseaux transnationaux, portant sur des questions d'intérêt commun et ayant pour objectif de développer une coopération thématique durable.

Critères d'éligibilité : Un projet doit faire intervenir des municipalités d'au moins 4 pays éligibles, dont au moins un est un État membre de l'UE.

Budget : En France, en 2014, 41 projets ont été financés grâce à ce programme. Les subventions allouées par le programme étaient de 2 101 500, 00 euros.

Durée : 24 mois maximum (pour l'ensemble du projet). Le nombre minimum d'événements est réglementé à 4.

Financement : Subvention maximale : 150 000 € (forfait)

Exemple de projet financé par Europe pour les citoyens *Ce projet, qui associe Strasbourg et sept villes partenaires du réseau des villes du Club de Strasbourg, vise à restaurer la confiance entre les citoyens et leurs élus, aussi bien au niveau local qu'au niveau européen. Pendant deux ans, des rencontres ont eu lieu, ainsi que des ateliers, dans le but de partager les bonnes pratiques dans le domaine de la participation citoyenne, avec une importance particulière accordée à la participation des jeunes et à l'utilisation des nouvelles technologies.*

Veillez trouver ici le guide du programme : http://europourlescitoyens.org/wp-content/uploads/2015/05/guideduprogrammeeuropourlescitoyens2014-2020_fr.pdf?6d7d28



2. Santé

Troisième programme Santé (2014-2020)

Description: Ce programme vise à favoriser la santé en Europe en encourageant la coopération entre les États membres, afin d'améliorer les politiques en matière de santé qui profitent aux citoyens. Il soutient également la mise en commun des ressources dans les situations dans lesquelles une économie d'échelle est la solution optimale. En règle générale, les projets doivent inclure au moins trois entités distinctes, dans trois États membres de l'UE.

Thématiques prioritaires retenues:

Ce programme poursuit 4 grands objectifs:

- Agir en faveur de la santé, prévenir les maladies et créer des conditions favorables à des modes de vie sains, en tenant compte du principe de l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques;
- Protéger les citoyens de l'Union des menaces transfrontières graves sur la santé;
- Contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables;
- Améliorer l'accès des citoyens de l'Union à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs

Budget: Pour la période allant de 2014 à 2020, un financement de presque 450 millions d'euros est mis à disposition pour les projets admissibles

Co-financement: L'aide de l'UE ne doit pas dépasser 60 % des coûts admissibles pour une action liée à un objectif de programme. Chaque année est mis en place un plan annuel de travail qui définit les critères de financement. En cas d'un projet témoignant d'une « extrême utilité », le cofinancement de l'Union européenne peut atteindre 80.

Site web: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_fr.htm

3. Innovation et recherche

Horizon 2020

Thématiques prioritaires: L'un des axes retenus par ce programme correspond à un enjeu majeur de santé et est pourvue d'un budget important de 29,68 milliards d'euros. Il s'agit de répondre aux défis sociétaux afin de relever des défis mondiaux qui préoccupent l'ensemble de la population. Un des objectifs spécifiques du programme est l'amélioration de la santé des habitants. **Le défi "Santé, évolution démographique et bien-être"** vise à améliorer la qualité de vie des citoyens européens de tous âges et à préserver la viabilité économique des systèmes de santé et de protection sociale. Il s'orientera vers la prévention, la surveillance et le dépistage

Co-financement: Le programme Horizon 2020 comporte un seul taux de financement pour tous les bénéficiaires et toutes les activités couvertes par les bourses de recherche. Le financement de l'UE couvre jusqu'à 100 % de tous les coûts admissibles relatifs aux actions de recherche et d'innovation. Concernant les actions d'innovation, le financement couvre en général 70 % des coûts admissibles. Les coûts indirects admissibles (p. ex., les coûts d'administration, de communication et d'infrastructure, les fournitures de bureau) sont remboursés à hauteur de 25 % des coûts directs admissibles (à savoir les coûts directement liés à la mise en œuvre de l'action). Il est important de souligner que le Conseil de l'Union européenne a mis en place un système bonus qui permet de couvrir des paiements supplémentaires comme coûts directs éligibles pour un maximum de 8 000 euros par an et par personne pour ceux qui travaillent à temps plein sur un projet.

Contacts utiles: <http://www.horizon2020.gouv.fr/cid74103/le-reseau-des-pcn.html>

Calendrier et appels à projets selon les différentes thématiques d'Horizon 2020: <http://www.horizon2020.gouv.fr/cid77090/tableau-des-appels-propositions-horizon-2020.html>

Site web: <http://www.horizon2020.gouv.fr/cid73300/comprendre-horizon-2020.html>

Veillez trouver l'ensemble des instruments financiers mis en place dans le cadre de l'union européennes classes par thématiques en cliquant sur le lien suivant :

<http://www.touteurope.eu/financez-votre-projet.html>

**Ce guide des financements européens a été réalisé en partenariat avec le ministère des Affaires étrangères et du Développement international, direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international.*

Fête Margaux, Stagiaire au Réseau français des Villes-Santé

Annexe n ° 5 : Déclaration politique des élus membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Nous, les 85 villes membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, dans notre diversité, engagées en faveur de la santé de nos 12 millions d'habitants, nous sommes réunies à Aix-les-Bains le 31 mai 2016, autour des enjeux territoriaux de santé.

Nous affirmons que la santé, préoccupation majeure des Français, est une ressource nécessaire et essentielle pour grandir, apprendre, aimer, travailler, s'engager et vieillir dans les meilleures conditions. Nous affirmons également que la santé est une plus-value à la fois sociétale et économique permettant de remettre l'humain au cœur des politiques publiques.

Forts de notre expertise internationale à travers l'OMS, forts de nos liens avec la recherche et de notre ancrage local, nous affirmons que le coût d'une politique de santé est infiniment moins important que celui de son absence, et qu'elle produit des bénéfices pour l'ensemble de la population, et ce, à tous les niveaux.

Nous élus, maires-adjoints, conseillers municipaux et vice-présidents délégués à la santé, réaffirmons que la santé, droit fondamental et universel, doit être envisagée dans sa vision globale et positive, à travers les déterminants (environnements urbain, social, naturel, et économique) qui comptent pour 70% de l'état de santé d'un être humain. De plus, sans accès aux soins il ne peut y avoir de parcours de soin : nous rappelons ainsi notre engagement constant à réduire les inégalités sociales de santé. Sachant que l'échelon local est l'échelon de la citoyenneté et que l'élu local est le maillon indispensable à un dialogue entre habitants, associations, institutions (ARS, Hôpitaux, Education Nationale, etc.), et professionnels de santé, nous considérons que cet élu doit pouvoir interroger et relayer les politiques régionales et nationales.

Ainsi, nous rappelons que la santé ne peut pleinement se promouvoir qu'à travers une action locale.

C'est pour cela que nous nous considérons comme responsables de la santé et du bien-être des habitants de nos villes à travers l'ensemble de nos politiques publiques, et que nous agissons en cohérence et en transversalité pour améliorer leur santé sur le court terme comme sur le long terme.

Nous demandons donc aux autres collectivités locales et leurs réseaux nationaux (Association des Maires de France, Assemblée des communautés de France, France Urbaine,...) de s'associer au Réseau français des Villes-santé de l'OMS afin d'obtenir de l'Etat Français :

Qu'à chaque fois qu'une politique publique est en projet, menée ou évaluée, ses effets positifs comme négatifs sur la santé soient pris en compte au même titre que les impacts écologiques et environnementaux.

Que les moyens alloués à la promotion de la santé à travers la loi de modernisation de notre système de santé, qui affirme valoriser « la santé au-delà des soins », soient élevés à la hauteur de ses ambitions ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Que soit reconnue la compétence spécifique santé des villes et des intercommunalités, à travers leur action sur les déterminants de la santé et l'accès aux soins, et ce, afin de structurer une gouvernance locale et d'y allouer les moyens nécessaires. Pour ce faire nous demandons que les Contrats Locaux de Santé restent le cadre principal de mise en place de ces politiques partenariales et que des financements adéquats soient attribués pour permettre de mettre en œuvre des actions cohérentes et transversales dans la durée (ex : Ateliers Santé Ville).

Aix les Bains, le 31 mai 2016

Liste des signataires :

AIX-LES-BAINS	George BUISSON	Adjoint au Maire délégué aux Affaires sociales, Santé et Handicap
AJACCIO	Philippe KERVELLA	Conseiller municipal
AMIENS	Annie VERRIER	Adjointe au Maire déléguée à la Santé, dépendance et affaires sociales
ANGERS	Richard YVON	Conseiller municipal délégué à la Santé
ARMENTIERES	Catherine DE PARIS	Adjointe déléguée à la Santé, petite enfance, enfance, parentalité
AUBAGNE	Mohammed SALEM	Adjoint au Maire délégué à la santé
AULNAY SOUS BOIS	Annie DELMONT-KOROPOULIS	Adjointe au Maire en charge de la Santé, des Handicaps et professions médicales
BEAUMONT	Josiane BOHATIER	Adjointe au Maire déléguée au cadre de vie, à l'environnement et à la propreté
BELFORT	Jean-Pierre MARCHAND	Adjoint au Maire en charge du CCAS
BESANCON	Cyril DEVESA	Adjoint au Maire délégué à la Santé, à l'hygiène et à la prévention sanitaire
BETHUNE	Hakim ELAZOUZI	Adjoint au Maire chargé de la santé
BORDEAUX	Nicolas BRUGERE	Adjoint au Maire délégué à la Santé et aux Seniors
BOULOGNE BILLANCOURT	Frédéric MORAND	Adjoint au Maire délégué à la Santé et à la Jeunesse
BOURG-EN-BRESSE	Véronique ROCHE	Adjointe au Maire déléguée à la Santé, aux personnes handicapées, aux intergénérationnels et à la petite enfance
BOURGOIN-JALLIEU	Alain BATILLOT	Conseiller municipal délégué à la Santé
BREST	Marie-Pierre CREFF	Adjointe au Maire déléguée à la Santé
BRIANCON	Fanny BOVETTO	Adjointe au Maire déléguée Ville-Santé OMS, PNNS et Affaires scolaires
CALAIS	Jean-Marc LEROY	Adjoint au Maire délégué à la santé et aux affaires sociales
CANNES	Jean-Pierre JARDRY	Conseiller municipal délégué à la Santé et Hygiène et à l'hôpital
CHAMALIERES	Xavier BOUSSET	Adjoint au Maire délégué à la Sécurité, prévention, jeunesse, santé
CHATEAUROUX	Dominique COTILLON-DUPOUX	Adjointe déléguée à la Santé Publique et Hygiène
CHERBOURG - EN- COTENTIN	Frédéric BASTIAN	Adjoint au Maire délégué au développement social et à la promotion de la Santé
CONFLANS STE HONORINE	Joelle DEVOS	Adjointe au Maire déléguée à l'action sociale, santé et seniors
CORBEIL ESSONNES	Jessica MADALENO	Adjointe déléguée à la Santé
DIJON	Françoise TENENBAUM	Adjointe au Maire déléguée à la solidarité, à la santé et aux personnes âgées
DUNKERQUE	Monique BONIN	Adjointe au Maire en charge de la politique locale de santé
DUNKERQUE (CU)	Monique BONIN	Vice Présidente à la Politique territoriale de santé
EMBRUN	Danièle BENOIT-CRESPIN	Adjointe au Maire
EVRY	Benoit AYESTARAY	Conseiller municipal délégué à la Santé
FONTENAY SOUS BOIS	Françoise GARCIA	Conseillère municipale déléguée à l'Hygiène et à la Santé
FORT DE FRANCE	Joseph BALTIDE	Président de la Cion Solidarités Sport Santé et Président du CCAS
GRAND CHALON (CA)	Annie LOMBARD	Vice-Présidente chargée des Solidarités et de la Santé
GRAND NANCY (CU)	Valérie JURIN	Conseillère communautaire déléguée à la santé

GRANDE SYNTHÉ	Nathalie BENALLA	Conseillère municipale déléguée à la santé et présidente du centre de santé
GRENOBLE	Mondane JACTAT	Adjointe au Maire chargée de la Santé
ISSOIRE	Ulrich BRONNER	Adjoint au Maire délégué aux affaires sociales
LA ROCHE SUR YON	Geneviève POIRIER-COUTANSAIS	Adjointe au Maire déléguée aux solidarités, santé, échanges entre générations et auto
LA ROCHELLE	Séverine AOUACH-BAVEREL	Conseillère municipale déléguée à la santé
LE LAMENTIN	Miguel MARIE-LUCE	Adjoint au Maire délégué à la santé
LILLE	Jérémie CREPEL	Conseiller municipal délégué à la Santé
LOMME	Josette MONTEL	Adjointe au Maire déléguée à la Santé et aux Personnes âgées
LONGWY	Mireille KADOUM	Conseillère Déléguée à la Santé et à la Cohésion Sociale
LOON PLAGE	Clélie KLEINPOORT	Adjointe au Maire déléguée à la Santé et au Bien-être
LORIENT	Yann SYZ	Adjoint au Maire délégué à la Jeunesse, Vie étudiante, Prévention et Santé
LORMONT	Maria RAMIREZ	Adjointe au Maire déléguée au handicap et santé
LYON	Céline FAURIE-GAUTHIER	Conseillère municipale déléguée aux Hôpitaux, Prévention et Santé
MARSEILLE	Patrick PADOVANI	Adjoint au Maire délégué à l'Hygiène et Santé, Personnes Handicapées
METZ	Catherine MOREL	Conseillère Déléguée à la santé et à la prévention des risques sanitaires
MONTPELLIER	Caroline NAVARRE	Conseillère municipale déléguée à la prévention
MONTREUIL	Riva GHERCHANOC	Adjointe au Maire déléguée à la Santé et à l'égalité Femmes-Hommes
MULHOUSE	Henri METZGER	Conseiller municipal délégué à la Santé
NANCY	Valérie JURIN	Adjointe au Maire
NANTES	Marie-Annick BENATRE	Adjointe au Maire déléguée à la Santé
NARBONNE	Jean-Pierre COURREGES	Conseiller municipal délégué à la santé
NICE	Pascale FERRALIS	Conseillère municipale subdéléguée à la santé
NIMES	Michel BAZIN	Conseiller municipal délégué à la santé et Vice-Président de Nîmes métropole
ORLEANS	Valmy NOUMI-KOMGUEM	Adjoint au Maire délégué à la Santé, aux Maisons de santé pluridisciplinaires et au Hôpital
ORLY	Stéphanie BARRE	Adjointe au Maire déléguée à la Santé-Prévention
PARIS	Bernard JOMIER	Maire-adjoint chargé de la santé, du handicap et des relations avec l'AP-HP
PARIS VALLEE DE LA MARNE	Monique DELESSARD	Conseillère déléguée en charge de la santé et de la politique sociale communautaire
PERPIGNAN	Christelle POLONI	Adjointe au Maire déléguée à la Santé
PORTO VECCHIO	Marie-Noëlle NICOLAI	Adjointe au Maire déléguée à l'Action Sociale
QUIMPER	Danielle GARREC	Adjointe au Maire chargée des Affaires sociales et à la Santé
REIMS	Franck NOEL	Adjoint au Maire délégué à la Solidarité et affaires sociales
RENNES	Charlotte MARCHANDISE	Adjointe au Maire déléguée à la Santé
ROUBAIX	Pierre-Marie VIENNE	Adjoint au Maire chargé de l'Action Sociale
ROUEN	Béatrice BOCHET	Conseillère municipale déléguée à la santé

SAINT BRIEUC	Pierre DELOURME	Adjoint au Maire en charge des finances, du handicap, de la santé et des bâtiments publics
SAINT DENIS	Elisabeth BELIN	Adjointe au Maire déléguée à la santé
SAINT DIE DES VOSGES	Françoise LEGRAND	Adjointe au Maire
SAINT ETIENNE DU ROUVRAY	Francine GOYER	Adjointe au Maire déléguée à l'action sociale et solidarité, seniors, santé
SAINT JOSEPH (Réunion)	Gérald KERBIDI	Adjoint au Maire délégué à la Santé
SAINT PAUL (Réunion)	Kevy GROSSET	Conseiller Municipal délégué à la santé
SAINT PIERRE (Réunion)	David KHELIF	Adjoint au Maire délégué à la Santé
SAINT QUENTIN EN YVELINES	Dominique CATHELIN	Conseillère communautaire déléguée à l'action sociale et à la santé
SALON DE PROVENCE	Dominique LABARRE	Conseiller municipal délégué à l'Hygiène et Santé publique
STRASBOURG	Alexandre FELTZ	Adjoint au Maire en charge de la Santé
THONVILLE	Pierre CUNY	Adjoint au Maire délégué aux Affaires sociales et à la Santé
TOULOUSE	Daniel ROUGE	Adjoint au Maire chargé des relations avec les acteurs de santé institutionnels
TROYES	Elisabeth PHILIPPON	Adjointe au Maire déléguée aux affaires sociales, solidarité entre les générations
VALENCE	Lionel BRARD	Adjoint au Maire délégué à la Santé, Environnement, et Ecologie urbaine
VANDOEUVRE LES NANCY	Jean-Paul CARPENA	Adjoint au Maire délégué à l'Urbanisme
VAULX EN VELIN	Yvan MARGUE	Adjoint au Maire délégué à l'Action sociale, aux Solidarités et à la Santé
VILLENEUVE D'ASCQ	Claire MAIRIE	Adjointe au Maire déléguée à la santé et aux relations avec les acteurs de la santé dans la ville
VILLEURBANNE	Agnès THOUVENOT	Adjointe au Maire chargée de l'économie solidaire, de l'emploi et l'insertion, de la Santé

Annexe n° 6 : Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé de l'OMS

Depuis 25 ans, le Réseau français des Villes-santé de l'OMS développe l'intelligence collective pour mener des politiques publiques favorables à la santé et partager les bonnes pratiques en s'appuyant sur les déterminants de la santé et en agissant de façon transversale sur les politiques de la ville concernées.

Parmi les compétences qui régissent ces politiques, un certain nombre d'entre elles appartiennent désormais aux intercommunalités : politique de la ville, transport, urbanisme, voiries, etc. Ces dernières années, certaines intercommunalités ont adhéré au Réseau et ont entamé une réflexion sur la gestion de la santé au niveau intercommunal. Certaines communes du Réseau craignent que ce changement d'échelle amène les services de santé publique des villes à disparaître.

En préparation du colloque national du Réseau Villes-Santé prévu le 31 mai 2016 sur le thème « Territoires et Santé, quels enjeux », quatre réunions des Réseaux Régionaux des Villes-Santé (voir liste, Annexe 1) ont permis d'échanger sur les choix faits par les uns et les autres dans le contexte de la réforme territoriale. Les participants ont défini collectivement les enjeux liés à cette question sur la place de la santé. Une synthèse des réflexions menées lors de ces rencontres se trouve ci-dessous.

L'intercommunalité : une échelle qui pose question

La plupart des élus et techniciens présents aux rencontres des réseaux régionaux proviennent de communes. Seules 2 intercommunalités (sur 5 membres du Réseau national) sont représentées. Certains élus et techniciens indiquent avoir peu de possibilités de travailler avec le niveau intercommunal.

Lors des différentes réunions, les participants s'accordent sur le fait que la réflexion sur les échelles de gestion de la santé est pertinente et formulent des attentes vis-à-vis de cette dernière.

« La question (de l'échelle intercommunale) est pertinente car même si aujourd'hui nous travaillons peu avec l'intercommunalité, elle va se poser très prochainement. »

« Nous reconnaissons l'intérêt du niveau intercommunal et aimerions que l'intercommunalité soit partie prenante notamment sur la thématique de la santé. »

« Nous n'étions pas très intéressés par le niveau intercommunal, c'est bien que le Réseau des Villes-santé soit venu et nous ait fait nous interroger sur la pertinence de cet échelon. »

Echelle intercommunale : actuellement quelles implications en santé ? Quelle collaboration et articulation avec l'échelle communale ? Quels enjeux ?

Les participants apportent des précisions sur différentes réflexions, projets et dispositifs mis en place en collaboration avec le niveau intercommunal. Il peut s'agir par exemple de la définition et évaluation d'un **nouveau plan d'action intercommunal** ou encore de la **réflexion commune** (interco + commune) sur les futures thématiques de travail de l'intercommunalité et des transferts de compétences possibles à cette échelle.

Certains membres sont impliqués dans l'élaboration d'un **diagnostic local de santé** au niveau intercommunal permettant ainsi une réflexion plus pertinente de l'organisation de l'offre de soins qui sort du territoire de la commune (hôpitaux sur une des communes de l'intercommunalité). Le fait que l'intercommunalité s'intéresse à un diagnostic local de santé permet ainsi à cette dernière d'avoir une visibilité sur les actions communales en santé. D'autant que ces actions sont incluses dans le **volet santé du Contrat de Ville** signé au niveau intercommunal.

Lorsque l'intercommunalité s'empare de la santé et quelle dispose déjà d'un élu délégué à la santé et voire même d'un service santé (ex : Grand Nancy et Communauté urbaine de Dunkerque), elle est souvent le niveau de coordination des Ateliers santé ville, notamment ceux qui ont pour territoire d'action des quartiers prioritaires de la ville intercommunaux (étalés sur plusieurs communes d'une même intercommunalité). Une association de promotion de la santé sur la communauté urbaine peut être créée pour fédérer les structures existantes.

Il s'avère que les deux exemples cités précédemment restent rares. Pour combler le manque d'investissement de la santé par leur intercommunalité, certaines communes d'une même intercommunalité ont mis en place des **coopérations plus ou moins informelles**. Celles-ci s'organisent le plus souvent **en dehors d'une réflexion stratégique menée au sein de l'intercommunalité** même. Par exemple, la coordination d'une campagne de dépistage organisée entre plusieurs communes proches. Cela permet d'avoir un poids médiatique plus important et bien évidemment de mutualiser les moyens et compétences comme la communication. Ces collaborations sont très bénéfiques aux communes de petites tailles, qui n'auraient pu mettre en place ce genre d'actions.

Le manque de projets portés en collaboration entre l'intercommunalité et les communes peut être dû à plusieurs raisons. Certaines villes comme Marseille ont des difficultés particulières liées à la création de la nouvelle métropole début 2016, qui n'est pas encore effective. D'autres villes sont tellement plus grandes que leurs voisines de la même intercommunalité, qu'une coopération comme partenaires égaux (financements à la même hauteur) n'est pas évidente. Par exemple, la ville de Toulouse a 10 fois plus d'habitants que la 2^{ème} plus grande municipalité de son intercommunalité.

Il semblerait que la pertinence de l'échelle d'action et d'organisation de la santé publique dépende des **spécificités des territoires** : notamment la taille des villes de l'interco, aussi de leurs priorités de santé. Voici quelques citations des propos tenus :

« La taille critique de la population est clé. Si les habitants sont peu nombreux, il est plus logique de travailler à l'échelle de l'intercommunalité, mais dans les grandes villes, la commune est plus pertinente ».

« Le « territoire » d'une personne n'est pas le même que pour son voisin. Certaines personnes restent dans leur quartier, d'autres dans la ville/commune et encore d'autres traversent toute l'intercommunalité quotidiennement. Nos réponses doivent s'adapter à ces différentes réalités ».

« La mutualisation au niveau intercommunal n'est pas une priorité pour des villes de taille moyenne, voire grande »

« Le questionnement sur l'échelle territoriale est-il réellement pertinent et prioritaire ? Il est nécessaire de prendre en compte la géographie socio-économique. Par exemple, dans certains territoires, les quartiers prioritaires de la ville se situent au niveau de l'intercommunalité et non plus dans le territoire de la ville ».

Certains participants soulignent l'importance de **rester le plus local possible**.

« Relation avec l'intercommunalité en santé : c'est comme une sorte de bidouillage. Chaque territoire s'empare d'un dispositif en santé à l'échelle qui lui semble la plus pertinente sans forcément qu'il y ait une cohérence ».

« En santé, le niveau d'action le plus efficace est le niveau communal. Il permet de mener des actions au niveau d'un quartier, des échanges inter-quartiers »

Les autres limites à l'implication de l'intercommunalité en santé énoncées lors des réflexions sont les **moyens humains et financiers**, ainsi que la **volonté politique** :

« La question est : où sont les moyens ? Et quelle est l'échelle pour être efficace dans la réduction des inégalités ? »

« Comme les élus de l'Agglomération ne sont pas du même bord politique que celui de la municipalité ça complique les choses... »

« Pour travailler avec l'intercommunalité, il est nécessaire d'avoir au préalable une volonté politique, que l'intérêt de l'élu communal ».

Pour une implication de l'intercommunalité en santé, il semble essentiel qu'il soit nommé un élu, vice-président ou conseiller communautaire.

Contrat Local de Santé (CLS) : opportunité d'impulser une stratégie intercommunale ?

Au sein du Réseau Régional Grand Ouest, les CLS sont actuellement signés à l'échelle des communes uniquement. L'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes comme d'autres ARS, souhaitent pour les 4 prochaines années (2016

– 2020) couvrir leur région par des CLS intercommunaux.

Dans les zones rurales, le niveau intercommunal semble pertinent car il est nécessaire de compter un minimum d'habitants (soit une population minimum d'environ 20-30 000 habitants) pour mettre en place des politiques/actions telles qu'un CLS. Dans une zone urbaine de taille moyenne ou grande, la population minimum nécessaire est déjà atteinte à l'échelle de la commune.

Les Réseaux Grand Est et Grand Nord constatent également que la signature de CLS se fait principalement au niveau communal pour les plus grandes villes. Cependant les villes de taille petite à moyenne sont souvent signataires d'un CLS intégrant plusieurs villes d'une même intercommunalité. Par exemple, le CLS de Grand Nancy qui compte à ce jour pour signataires 19 des 20 communes de l'intercommunalité. Trois villes de la Métropole européenne Lilloise ont un CLS en commun.

La signature commune d'un CLS permet aux communes d'une même intercommunalité de déterminer des priorités, axes prioritaires communs, bien souvent issus d'un diagnostic santé sur le territoire. Cela permet notamment la **cohérence des actions sur le territoire et une meilleure organisation de l'offre de soins**. Il est énoncé en réunion l'effet positif « boule de neige » de ce dispositif, qui amène des villes de taille plus petite à s'intéresser à la santé et à se joindre à la démarche.

Volet Santé du Contrat de ville : levier d'intégration de la santé au niveau intercommunal

Le réseau Grand Sud a noté le fait que le CLS et/ou l'ASV peut être le volet Santé d'un Contrat de ville. Comme le Contrat de ville est signé entre l'Etat et les intercommunalités, le CLS est une porte d'entrée pour coopérer avec ce niveau. Plusieurs Villes-Santé de l'Est et Nord indiquent aussi que le Contrat de ville auquel ils appartiennent contient un volet santé. Ce transfert de la gestion du Contrat de ville à l'intercommunalité résulte de la nouvelle géographie des Quartiers prioritaires de la ville (QPV).

Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Il semblerait que les CLSM soient davantage pensés au niveau intercommunal ou que leur élargissement intercommunal soit en cours de réflexion (à Mulhouse par exemple). En effet, cela permet une meilleure prise en compte de l'échelle des territoires psychiatriques et de la sectorisation. A Roubaix, le CLSM a été créé avec 6 communes de l'intercommunalité appartenant aux mêmes secteurs de l'Etablissement public de santé mentale (EPSM). Au Grand Nancy, l'intercommunalité coordonne même des groupes thématiques en matière de santé mentale. A Lille, ces groupes de travail sont coordonnés au niveau de la commune. Les financements parfois conjoints des postes de coordination semblent provenir de différentes structures selon les territoires (EPSM, ville, intercommunalité, ARS, etc.).

Une articulation à faire entre les échelles intercommunale et communale, pour intégrer la Santé dans toutes les politiques

«Le niveau intercommunal correspond à une échelle plus stratégique et politique alors que le niveau communal correspond davantage à un niveau d'action locale, de travail de terrain, qui ne peut se faire qu'à cet échelon. Ces deux niveaux ne sont pas contradictoires et interchangeables, ils ne peuvent se remplacer l'un par l'autre ».

« Il s'agit de deux échelles différentes, le niveau intercommunal = niveau de gestion et le niveau communal = davantage un niveau de proximité ».

« C'est aux villes et intercommunalités de déterminer l'échelle la plus pertinente selon la compétence et les dispositifs publics donnés. Certains sujets ne peuvent se limiter au territoire de la ville».

« La réflexion de base : une série de déterminants de la santé, ce qui induit une transversalité (travail avec le social, l'urbanisme, l'éducation,...)»

« Il faudrait simplement que le « service santé – promotion de la santé – bien être» de l'intercommunalité puisse avoir les transversalités voulues au moment voulu avec les différents secteurs qui agissent sur les déterminants, certains sont clairement municipaux (échelle de base de la démocratie par exemple). »

« Quand il y a déjà du travail transversal sur une commune, pas une nécessité de transférer la compétence à l'intercommunalité, surtout s'il n'y a pas à cette échelle le service en question »

Tableau 1 - Niveau de gestion qui semble le plus pertinent des compétences ayant un impact sur les déterminants de la santé. Où sont prises les décisions liées aux déterminants de la santé ?

Déterminants de santé	Echelle communale	Echelle intercommunale
<i>Cohésion sociale Services sociaux</i>	La proximité de l'échelle communale, un atout pour l'action sociale : « Le niveau le plus pertinent pour l'action sociale est le niveau local » « L'action sociale doit se faire au plus près, sinon on ne peut pas mettre en place une réelle dynamique. On ne peut coordonner des ASV sur un territoire de 100 000 habitants »	Politique de la ville investie au niveau de l'intercommunalité via le Contrat de ville intercommunal « La politique de la ville est une compétence métropolitaine ; le fait de devoir informer l'interco de chacune des actions peut limiter et bloquer certaines actions »
<i>Accès à la culture Système d'éducation</i>	« La culture est une compétence à la fois de la ville et de l'intercommunalité. Cette compétence nécessite une articulation entre les deux échelles » Roubaix Intervention en santé dans les écoles primaires et secondaires	La culture est une compétence seulement métropolitaine. (Amiens)
<i>Environnement</i>	« Qualité de l'air intérieur », compétence municipale.	Nécessité de développer la compétence santé-environnement à l'échelle intercommunale (nécessité d'une prévention sur le long terme plutôt que d'une activation ponctuelle du Plan Climat Air Energie Territorial) Agenda 21, volet santé environnementale inclus et plus particulièrement entrée par les risques urbains « La qualité de l'air – lutte contre la pollution, l'assainissement de l'eau, la gestion des déchets sont des questions qui dépassent la municipalité » :
<i>Aménagement urbain</i>	La plus-value de l'échelle municipale, c'est la facilité à travailler en transversalité avec les autres services (urbanisme, déplacements...) Service mobilité via la mise en place de plan piéton, plan vélo,....	Intégration du volet santé dans le Plan de déplacement urbain intercommunal par l'entrée qualité de l'air (Loon Plage) Via le Schéma de cohérence territoriale géré au niveau intercommunal
<i>Système de santé / offre de soins</i>	Nécessaire de garder l' animation au niveau local pour mobiliser les habitants aux événements. La confiance et le lien de proximité sont deux atouts de l'échelle communale pour la mise en place de dépistages. Centre de vaccination	Évènementiel – communication – Mutualisation de moyens pour la mise en place d'actions de grande envergure Ex : <i>Octobre Rose</i> , les journées du cancer de l'enfant, dépistage organisé dentaire et visuel Entraide-mise à disposition de matériel Réflexion sur le zonage en psychiatrie à cette échelle CLS et CLSM Meilleure prise en compte du territoire, de l'offre de soins existante (ex : MSP) et des secteurs psychiatriques

Restitution pour chaque niveau -communal et intercommunal- d'une analyse « SWOT » des points forts/ points faibles ainsi que des opportunités/ menaces

Tableau 2 : Analyse du niveau communal

<p>Points forts</p> <p>Forte implication politique volontariste à l'échelle de la municipalité Echelon traditionnel de la prise en charge de la santé. Historiquement, les municipalités avaient les Bureaux d'Hygiène et elles ont donc développé les CLS, ASV... La plupart des services « santé » sont actuellement communaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Mise en œuvre naturelle du travail de terrain ➔ Présence des ressources humaines (salariés) Meilleure connaissance des besoins / attentes du public ➔ Actions municipales sont adaptées aux besoins de la proximité (travail en dentelle) ➔ adéquation plus forte entre les besoins et l'offre Proximité avec les citoyens / service de proximité Proximité entre acteurs / élus /citoyens /associations <p>Possibilité de récupérer des financements (autres qu'ARS par ex) Autonomie Territorialité des actions, bien définies (y compris quartiers prioritaires de la ville) Echelon adéquat pour une possible mobilisation</p>	<p>Faiblesses</p> <p>Rapport avec l'ARS Quelle place pour les communes quand le CLS est intercommunal ? Coupure factice municipal – intercommunalité Existence de superpositions ou multiplication d'actions identiques Grands projets se font à un échelon supérieur Il est déjà difficile de pérenniser les moyens à l'échelle de ce qui existe dans les villes et de stabiliser les partenariats.</p>
<p>Opportunités</p> <p>Collaboration avec l'intercommunalité notamment pour la coordination Rassemblement des acteurs de la santé Etude / diagnostic local de santé fin Opérateur de terrain : mise en œuvre d'actions/ porteurs de projets, contact avec le terrain A partir de l'échelon communal, on va au plus proche de l'habitant à travers les conseils de quartier, les conseils citoyens ou de formes de santé communautaire, etc.</p>	<p>Menaces</p> <p>Opacité politico-administrative</p>

Tableau 3 : Analyse (SWOT) du niveau intercommunal

<p>Forces</p> <p>Niveau permettant une meilleure coordination et orientation des travaux, des réflexions et apport d'un soutien (travail en binôme)</p> <p>Echelle plus stratégique et politique – Complémentarité avec le niveau communal</p> <p>Permet une meilleure connaissance et fédération des acteurs du territoire, le renforcement d'une politique de santé, d'un réseau de santé</p> <p>Projets communs pour mieux répondre aux besoins en santé des habitants d'une même intercommunalité</p> <p>Mutualisation de moyens, de stratégies (ex : l'évènementiel, notamment la communication autour d'une action commune : poids médiatique plus important)</p> <p>Plus de liens avec d'autres dispositifs et meilleure transversalité en santé (air, eau, transports, urbanisme, petite enfance, etc.)</p> <p>Vision plus large et cohérente d'un territoire (de vie)</p> <p>Dépasser le territoire de la ville pour une réflexion plus globale</p> <p>Pour les petites communes : bénéficier des retours d'expériences, d'une aide logistique</p> <p>Renforcer et pérenniser des actions</p>	<p>Faiblesses</p> <p>Coordination problématique à l'interco : acteurs non habitués à travailler ensemble</p> <p>Pilotage politique incertain (manque de moyens humains, financiers, territoire trop vaste, trop varié)</p> <p>Besoin de plus de moyens (pas de ressources propres) – temps – déplacements</p> <p>Difficile pérennisation actuelle des moyens à l'échelle des villes et de stabiliser les partenariats.</p> <p>Manque de légitimité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Peu d'expérience de la santé à l'échelle de l'agglomération ➔ Pas de portage politique : absence de délégation santé (élu, commission et compétence santé) ➔ Absence de logique santé au niveau intercommunal <p>Difficulté d'adhésion et mobilisation des communes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Intérêts divergents selon les types de communes : petites / grandes et urbaines / rurales ➔ Divergences des priorités de santé, des projets ➔ Difficulté que la santé fasse consensus au sein de l'ensemble des communes <p>Aspect généraliste et global (ex : co-construction et coordination d'un CLS interco mais déclinaison communale des axes)</p> <p>Dispersion de la thématique santé</p> <p>Difficulté pour toucher tout le monde (tous publics)</p>
<p>Opportunités</p> <p>Logique d'acculturation & de plaidoyer à l'interco via : au moment de la révision du projet de l'interco (on peut y intégrer les ASV)</p> <p>une plateforme de services – partages des compétences mutualisation des services</p> <p>les Evaluations d'impact en santé (EIS)</p> <p>les Conseils de développement</p> <p>Des moyens financiers ad hoc délégués dans le cadre de contrats de mission?</p> <p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> une équité territoriale (offre de soins, promotion santé) une vision politique commune notamment en matière de santé environnementale <p>Meilleure cohérence entre les projets sur interco</p> <p>Plaidoyer / lobbying : auprès de financeurs, réponse aux appels d'offres</p> <p>Développement et généralisation sur l'intercommunalité de projets territoriaux ayant fait leurs preuves</p> <p>Mutualisation des moyens (pour petites villes, villages) Meilleure cohérence du découpage administratif (CPAM et CAF) Réformes territoriales</p> <p>Effet boule de neige – intérêt nouveau pour la santé de petites communes, nouveaux signataires d'un CLS intercommunal</p>	<p>Menaces</p> <p>Réduction de moyens, postes encore plus précaires. Rigidité de postures,</p> <p>Manque de flexibilité pour adapter l'offre aux besoins locaux</p> <p>Nouvel échelon technocratique : plus dans la coordination au lieu de la réalisation de projets concrets, déconnection du terrain</p> <p>Difficulté de mobilisation des acteurs lors de la déclinaison de plans stratégiques décidés au niveau intercommunal</p> <p>(Question de la complémentarité avec les autres territoires de santé? Conférences de territoires?)</p> <p>Tributaire de l'implication de la ville centre de l'interco (transfert de service SP, manque de moyens humains et financiers) surtout si petites villes autour</p> <p>Difficulté de faire porter par des acteurs locaux des plans santé décidés à l'échelle intercommunale</p> <p>Diminution / perte de la compétence santé des communes (service, équipes) / opérationnalité (ASV, contrat de ville, CLS interco)</p>

En conclusion, pour réussir à travailler entre niveau communal et intercommunal :

Rester pragmatique et réaliste !

Construire des logiques de travail qui sont agiles et souples

Rapprocher les futurs contrats locaux de santé (CLS) avec les contrats de ville.

Une volonté politique : présence à l'intercommunalité d'un vice-président ou référent en santé

Connaître les priorités, enjeux, problématiques de santé sur le territoire intercommunal

Mieux se connaître entre élus/techniciens de villes d'une même intercommunalité pour pouvoir collaborer

Et exemples de quelques bonnes pratiques :

« Lors de ma prise de fonction en tant qu'élus communautaire délégué à la santé, j'ai **fait le tour des villes de l'intercommunalité et fait connaissance des élus à la santé** ».

« Création d'une **commission santé** entre élus délégués à la santé d'une même intercommunalité pour favoriser l'échange de bonnes pratiques »

ANNEXE 1 : Participants aux Réunions des Réseaux Régionaux des Villes-Santé

Réseau Grand Ouest, le 29 janvier 2016 à La Rochelle

Angers, La Roche-sur-Yon, La Rochelle, Nantes, Rennes et Saint Etienne-du-Rouvray (15 personnes y compris le secrétariat du RFVS et l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes)

Réseau Grand Sud, les 4&5 février 2016 à

Perpignan Marseille, Narbonne, Perpignan et

Toulouse (10 personnes) **Réseau Grand Est, le 22**

février 2016 à Metz

Besançon, Grand Nancy, Longwy, Metz, Mulhouse, Strasbourg, Thionville, Vandœuvre-lès-Nancy (soit 18 personnes)

Réseau Nord, le 18 avril 2016 à Lille

Amiens, Dunkerque (CU et ville), Lille, Lomme, Loon-Plage et Roubaix (13 personnes)

Soit au total : 25 Villes-Santé membres représentées par leurs élus et techniciens lors de ces 4 rencontres

mai 2016



Annexe n° 7 Liste des participants aux entretiens

Myriam Buffet, coordinatrice ASV, Ville de Lyon, durée 53 minutes

Benoit Crespin Danielle, élue en charge de la santé, Ville d'Embrun , 25 minutes

Charlotte Marchandise, Elue en charge de la santé, Ville de Rennes, 40 minutes

Danielle Valero, Conseillère communautaire, Ville d'Evry, 25 minutes

Pascale Echard Bezaud, coordinatrice ASV, Ville d'Evry, 40 minutes

Riva Gherghanoc, Elue en charge de la santé, Ville de Montreuil, 30 minutes

Martine Etellin, responsable de CCAS, ville d'Aix-les-Bains, 35 minutes

Pascale Fine-Lestarquit, chargée de projets en santé publique, Ville de Toulouse, 26 minutes

Pierre Cuny, Conseiller communautaire en charge de la santé, Ville de Thionville, 45 minutes

Sophie Aulaz, Directrice du SCHS, Ville de Bourg en Bresse, 40 minutes

Sophie Pamies, Directrice du service d'écologie urbaine, ville de Lyon, 43 minutes

Mikael Andre, Responsable du Service intercommunal de santé, Communauté Urbaine du Grand Nancy, 35 minutes

Myriam Buffet, Chargée de mission en santé publique, Ville de Lyon, 36 minutes

Pauline Patout, Chargée de mission en santé publique, Ville de Thionville, 45 minutes

Dominique Bourgois, Directrice de SCHS, ville de Toulouse, 50 minutes

Pierre Costamorore, Directeur du SCHS, ville de Bordeaux, 48 minutes

Catherine Chevallier, Directrice du service promotion de la santé, Communauté urbaine de Saint-Quentin-en-Yvelines, 43 minutes

Annexe n°8 : Trame du questionnaire via le logiciel «Survey Monkey»

Nous vous invitons à compléter ce court questionnaire qui alimentera la réflexion pour le prochain colloque du Réseau Villes-Santé “ Territoire et santé : quels enjeux ?”

Parmi les compétences pouvant avoir un impact sur la santé de la population, un certain nombre d'entre elles appartiennent désormais aux intercommunalités (transport, aménagement urbain..). Ces dernières années, certaines intercommunalités ont entamé une réflexion autour de la santé à leur niveau tandis que des communes s'interrogent sur le rôle qu'elles peuvent encore jouer sur la santé de leurs habitants. Au vu d'un contexte législatif changeant et notamment des lois MAPAM et NOTRe, l'étude réalisée par le Réseau Ville-Santé permettra de mieux appréhender l'organisation et l'exercice des compétences en santé dans les villes et les intercommunalités.

* 1. Veuillez préciser votre:

Nom

Prénom

* 2. Votre adresse e-mail

* 3. Quelle Ville-santé représentez-vous?

* 4. Veuillez préciser votre fonction :

- élu
- technicien

* 5. Etes vous délégué communautaire?

- Oui
- Non

* 6. Veuillez préciser votre délégation (si élu) ou votre titre de poste (si technicien)

* 7. Quel est le type d'intercommunalité dans laquelle votre commune est intégrée ?

- Communauté de communes
- Communauté d'agglomération
- Communauté urbaine

- Métropole de droit commun
- Métropole à statut particulier
- Ne sait pas
- Plusieurs (veuillez préciser)

*** 8. Quel est le nombre d'habitants de l'intercommunalité dans laquelle votre commune est intégrée?**

- Entre 15 000 et 49 999 habitants
- Entre 50 000 et 249 999 habitants
- Entre 250 000 et 399 999 habitants
- Plus de 400 000 habitants
- Ne sait pas

*** 9. Actuellement, dans votre ville, à quel échelon sont développées les compétences suivantes?**

	Exclusivement communale	Exclusivement intercommunale	Les deux	N'existe pas	Ne sait pas
Politique de prévention et éducation à la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politique de la ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Action sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Équipements culturels et sportifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assainissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collecte et traitement des déchets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Équipement des écoles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Exclusivement communale	Exclusivement intercommunale	Les deux	N'existe pas	Ne sait pas
maternelles et élémentaires Protection de l'environnement et lutte contre la pollution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 10. Veuillez indiquer l'échelon de gestion (contractualisation, pilotage) des dispositifs publics suivants :**

	Exclusivement communale	Exclusivement intercommunale	Les deux	Ne sait pas	N'existe pas
Contrat Local de Santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ateliers Santé- Ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan Local d'urbanisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrat de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan de Déplacement Urbain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme Local de l'Habitat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison de Santé Pluri- professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseil Local de Santé Mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Exclusivement communale	Exclusivement intercommunale	Les deux	Ne sait pas	N'existe pas
Démarche Agenda 21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 11. Jugez-vous la collaboration avec l'intercommunalité en matière de santé publique ou sur d'autres domaines ayant un impact sur la santé ...?**

- Absolument nécessaire
- Nécessaire
- Peu utile
- Inutile
- Sans avis

*** 12. Collaborez-vous avec l'intercommunalité dans les domaines de santé publique ou ayant un impact sur la santé?**

- Oui, régulièrement (par exemple au moins une fois par mois)
- Oui, occasionnellement (par exemple au moins une fois par trimestre)
- Rarement (par exemple moins d'une fois par trimestre)
- Presque jamais/ jamais

*** 13. Quels sont le/les services avec lesquels vous collaborez au niveau de votre intercommunalité?**

- Cohésion sociale
- Santé publique
- Urbanisme
- Logement et habitat
- Culture, sport et loisirs
- Transport et mobilité
- Environnement
- Ne sais pas
- Autre (veuillez préciser)

*** 14. Veuillez préciser la nature de votre implication dans la mise en place des dispositifs suivants :**

	Contractualisation, Mise conduite et oeuvre pilotage	Mise et oeuvre concrète	Rôle en Consultatif ou concertation	Aucun de	Ne sait pas
Plan Local de l'Urbanisme (ou PLUI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat de Ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de Déplacement Urbain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat Local de Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateliers Santé- Ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarche de l'Agenda 21 (développement durable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseil Local de Santé Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*

15. Selon vous, quels sont les freins à la collaboration avec votre intercommunalité ?

- Manque de moyens humains et/ou financiers investis dans le domaine de la santé à l'échelle de l'intercommunalité
- Une faible expérience des problématiques de santé à l'échelle de l'intercommunalité du fait de son caractère récent

- Pas de mutualisation de services effectuée
- Manque de volonté politique de votre commune ou de l'intercommunalité

Autre (veuillez préciser)

*** 16. A votre avis, l'intercommunalité comme échelon de gestion de ces dispositifs est-il ... ?**

	Nécessaire	Peu utile	Inutile
Contrat Local de Santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ateliers Santé-Ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan Local d'Urbanisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrat de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan de Déplacement Urbain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme Local de l'Habitat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison de Santé Pluri-professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démarche de l'Agenda 21 (Développement durable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseil Local de Santé Mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 17. D'après vous, quels sont les enjeux pour la santé (opportunités ou limites) induits par l'actuel et futur renforcement de la coopération intercommunale?**

*** 18. Accepteriez-vous que nous vous contactions par téléphone afin d'approfondir ces questions? (Entretien de 30 minutes maximum)**

- Oui
- Non

*** 19. Veuillez indiquer jusqu'à 3 disponibilités, si possible, entre le 17 mars et le 12 avril 2016, afin que nous puissions vous contacter. Nous vous confirmerons la date de l'échange dès la réception de ce questionnaire.**

Date et heure

Date et heure

Date et heure

*

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'une analyse et d'un rapport succinct diffusé lors du colloque : " Territoire et Santé: Quels enjeux ?" le 31 Mai 2016. Ils seront également diffusés dans la newsletter du Réseau Français des Ville-santé " Les Actualités" et via le site web www.villes-sante.com

FETE	Margaux	
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Communes, intercommunalités et santé, les enjeux d'un changement d'échelle territoriale		
Promotion 2011-2012		
<p>Résumé :</p> <p>Aujourd'hui, plus de la moitié de la population vit en ville et la proportion d'urbains s'élèvera à près de 70 % en 2050. L'évolution démographique des villes, associée à l'évolution des dynamiques économiques, sociales et environnementales, remet en question les enjeux sanitaires des espaces urbains. Le besoin de reconsidérer les liens entre la santé publique et les politiques publiques locales s'est notamment concrétisé en 1986 avec la naissance du programme des villes santé (Le Goff, 2012). Ce dernier a pour objectif de reconnaître le rôle des acteurs urbains dans la promotion de villes susceptibles de concourir à l'épanouissement et à la santé pour tous. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le bloc local que constituent les communes et les intercommunalités est considéré comme l'échelon pertinent pour la mise en oeuvre des politiques publiques en santé. Or, aujourd'hui, avec la montée en puissance des Etablissements Publics de Coopérations Intercommunales et des compétences qui leur sont confiées, le bloc local est sujet à de profondes mutations. Dans quelle mesure ces nouveaux espaces transforment-ils les pratiques locales et les rapports qui préexistaient entre les acteurs institutionnels ?</p> <p>Depuis quelques années, cinq intercommunalités ont rejoint le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Ceci montre que la santé devient une préoccupation grandissante des intercommunalités. Cependant, les intercommunalités sont en peine de développer des politiques de santé. Au vu de l'hétérogénéité relative des communes des intercommunalités, autant du point de vue de leurs enjeux sanitaires que de la différence de couleurs politiques entre communes, elles sont souvent en difficulté pour concevoir et mettre en oeuvre des politiques de santé qui nécessitent d'intégrer les contrastes territoriaux. Le fait que nous voyons émerger aujourd'hui des coopérations entre communes volontaires et sur des bases affinitaires montre qu'en pratique les élus et techniciens préfèrent coopérer entre communes limitrophes ayant des enjeux sanitaires communs. Nous voyons ainsi émerger une intercommunalité informelle, partie cachée de l'iceberg de la structure juridique intercommunale.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p><Bloc local, communes, santé, Etablissement Public de Coopération Intercommunale, Réseau Français des Villes Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé ></p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		