



HAL
open science

Politiques et actions en santé : quelle place pour les communes et leurs groupements ?

Lucile Robert

► **To cite this version:**

Lucile Robert. Politiques et actions en santé : quelle place pour les communes et leurs groupements ?. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04065671

HAL Id: dumas-04065671

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04065671>

Submitted on 12 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2023

Thèse n°67

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par ROBERT Lucile

Née le 14 janvier 1997 à Bordeaux

Le 29 mars 2023

**POLITIQUES ET ACTIONS EN SANTE : QUELLE PLACE POUR
LES COMMUNES ET LEURS GROUPEMENTS ?**

Sous la direction de Madame le Docteur Catherine DUMARTIN

Membres du jury :

M. Arnaud COURTOIS
Mme. Catherine DUMARTIN
Mme. Linda CAMBON
Mme. Isabelle FAURE

Président
Directrice
Examinatrice
Examinatrice

Remerciements

Aux membres du jury,

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Catherine Dumartin, qui a accepté de diriger et d'encadrer ce travail de thèse malgré un sujet peu conventionnel en pharmacie. Un grand merci.

A mon président de jury, Monsieur le Docteur Arnaud Courtois qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Madame la Professeure Linda Cambon, qui me fait l'honneur de sa présence dans ce jury de thèse, et qui, surtout, m'a fait confiance et me donne la chance chaque jour de m'épanouir professionnellement. Merci pour cette aventure.

A Madame le Docteur Isabelle Faure, que je remercie chaleureusement d'avoir accepté de prendre part à ce travail et dont l'engagement est un modèle.

A ma famille,

Ma mère, bien sûr, dont la présence infaillible et le soutien permanent m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

Mon frère, ma tante, ma grand-mère et à toute cette famille qu'on se choisit.

A Julien, qui m'épaule, me soutient et dont l'optimisme et la bienveillance me portent chaque jour.

A mes amis,

Lisa, PH, Alexandre, Charlotte, Julie, Deborah, Sophie, Adrien, Guillaume, Jules, qui m'ont accompagnée patiemment pendant toutes ces années et qui continuent d'être présents indéfectiblement. Je vous dois beaucoup et je vous aime !

A Lucie S, Lucie M, Marie, Nicolas, Maurine, Baptiste, Inès qui ont rendu ces années de pharmacie un peu moins longues et bien plus drôles.

A Corentin.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Abréviations, sigles et acronymes	7
Introduction.....	9
I. Etat des lieux des rôles en matière de politiques et actions en santé.....	11
1. Définition de la santé	11
2. Déterminants et promotion de la santé.....	11
A. Les déterminants de la santé.....	11
B. La promotion de la santé	14
C. La place des politiques non sanitaires sur l'état de santé des populations	15
3. La compétence santé en France : point juridique.....	15
A. Le système de santé en France	16
B. Au niveau national : l'Etat, pilote principal des politiques de santé.....	16
i) L'Etat et le Ministère en charge de la santé.....	16
ii) L'organisation de la politique de santé en France	18
C. L'action de l'Etat en région : les Agences Régionales de Santé	19
D. Les collectivités territoriales.....	21
i) Les Régions.....	21
ii) Les Départements	22
iii) Les communes	24
iv) Les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI).....	25
II. Les communes, un échelon clé dans la mise en place de politiques et d'actions favorables à la santé.....	27
1. Historique de la place de la santé dans la cité	27
2. Les politiques de santé dans les communes	29
A. Le Réseau des Villes-Santé de l'OMS.....	29

B.	La politique de la ville et les Ateliers-Santé Ville : lieux privilégiés de la promotion de la santé	29
C.	Le Contrat Local de Santé : une contractualisation de la politique de santé pour les communes.....	31
III.	Etude qualitative sur le rôle des communes et leurs groupements dans l'élaboration d'actions favorables à la santé.....	33
1.	Contexte	33
2.	Objectifs.....	35
A.	Objectif général.....	35
B.	Objectifs spécifiques.....	35
3.	Méthodologie	36
A.	Choix de la méthode.....	36
B.	Les entretiens	36
i)	L'entretien exploratoire	36
ii)	Les entretiens semi-directifs	36
iii)	Choix des personnes rencontrées	37
iv)	Démarche de sollicitation.....	37
v)	Recueil des données	37
C.	L'observation participante.....	38
i)	Recueil de données	38
D.	Analyse des données	39
i)	Entretien exploratoire.....	39
ii)	Entretiens semi-directifs	39
iii)	Observation participante.....	40
4.	Résultats.....	41
A.	Caractéristiques des personnes rencontrées	41
i)	Les élus	41
ii)	Les techniciens	41

B.	L'entretien exploratoire	42
C.	La parole des élus	43
i)	La fonction de maire dans la santé des administrés : perceptions et représentations	43
ii)	Des actions concrètes mises en place dans les communes et des thèmes récurrents.....	46
iii)	Le CLS : une démarche perçue comme positive mais un rôle peu clair selon les élus	49
D.	La parole des techniciens	50
i)	Les liens entre élus et techniciens	50
ii)	Une démarche qui repose sur des enjeux politiques forts	51
iii)	Un travail sur la durée d'information et d'«acculturation des élus »	52
E.	La crise sanitaire a imposé la santé comme thème central au cœur des municipalités	53
5.	Discussion	55
A.	Synthèse des résultats et pistes de réflexion	55
B.	Discussion de la méthode.....	58
i)	Pertinence de l'étude	58
ii)	Limites de l'étude	59
6.	Perspectives	61
A.	Les communes en première ligne dans la gestion de crise sanitaire	61
B.	Donner aux communes les moyens d'agir : décentraliser et coordonner les politiques de santé publique ?	62
C.	Faire prendre conscience aux élus que leurs leviers d'action sont nombreux..	63
D.	Promouvoir la santé dans toutes les politiques locales	64
E.	Impliquer les élus locaux, c'est aussi prendre en compte leurs préoccupations	65
F.	Décloisonner la recherche, l'action et les décideurs locaux	66
Conclusion.....		68

Bibliographie.....	70
Annexes	70
Annexe 1 : Guide d’entretien exploratoire à destination du professionnel de l’IREPS....	76
Annexe 2 : Guide d’entretien à destination des élus	77
Annexe 3 : Guide d’entretien à destination des fonctionnaires territoriaux	78
Annexe 4 : Tableau de classification des verbatims de l’entretien exploratoire	79
Annexe 5 : Tableau de classification des verbatims des entretiens avec les élus	81
Annexe 6 : Tableau de classification des verbatims des entretiens avec les techniciens	86

Table des illustrations

Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants de la santé.....	12
Tableau 1 : Thèmes récurrents abordés par les élus interrogés.....	39
Tableau 2 : Thèmes récurrents abordés par les techniciens interrogés.....	40
Tableau 3 : Caractéristiques des élus interrogés.....	41
Tableau 4 : Caractéristiques des techniciens interrogés.....	41

Abréviations, sigles et acronymes

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLS : Contrat Local de Santé

CMS : Centres Municipaux de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGS : Direction Générale de la Santé

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

DVD : Divers droite

EIS : Etudes d'Impact sur la Santé

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

GEMAPI : Gestion des Milieux Aquatiques et Prévention des Inondations

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HiAP : Health in All Policies (Santé dans toutes les politiques)

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MRS : Missions Régionales de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NOTRe : Nouvelle Organisation Territoriale de la République

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Plan Régional de Santé

PTSM : Plan Territorial de Santé Mentale

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SE : Sans étiquette

SRADDET : Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Introduction

L'organisation politique publique française se compose d'un Etat fort et de collectivités territoriales, définies selon l'Insee comme « des structures administratives distinctes de l'Etat et qui doivent prendre en charge les intérêts de la population d'un territoire précis ». (1)

En matière de santé, en France, l'organisation du système de santé apparaît très centralisée : les acteurs principaux sont l'Etat et son ministère en charge de la santé. En région, les agences régionales de santé (ARS) assurent la bonne mise en œuvre de la politique nationale dans les territoires.

Face à une santé publique qui est « une affaire de l'Etat », les collectivités territoriales semblent exclues de la création et la mise en place de politiques de santé. (2)

Un premier constat est que, de manière paradoxale, alors qu'on observe une amélioration de la santé des Français, avec notamment une augmentation de l'espérance de vie, les inégalités sociales de santé n'ont cessé de se creuser depuis les années 1980 (3). Elle peut être définie comme « les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables, et qui sont potentiellement évitables ». (4)

De plus, au sortir de la pandémie de covid-19, des confinements successifs et des changements globaux qu'a engendré cette crise, la santé apparaît comme un thème central et la première préoccupation des Français en 2021 (5). Les collectivités territoriales, et les communes en tête, se sont trouvées en première ligne dans la gestion de cette crise. Là où l'Etat était défaillant, les collectivités, en lien direct avec la population, tentaient de répondre au mieux à ses besoins.

A ce titre, certains chercheurs pointent un système de santé dépassé, à l'instar de Romain Pasquier qui explique que selon lui, « en termes de santé publique, la faillite de l'État est totale ; l'hypercentralisation de la décision au plus haut sommet de l'État s'est traduite par des retards sur tous les enjeux majeurs, de l'équipement des hôpitaux aux stratégies territoriales à mener ». (2)

Ainsi, avec un système de santé qui accroît les inégalités sociales et territoriales de santé, les collectivités territoriales, et particulièrement les communes, pourraient être un échelon pertinent d'action, avec la possibilité d'agir de manière localisée, équitable et adaptée.

Comment les communes et regroupements de communes peuvent-ils agir sur la santé de leurs administrés quand la compétence santé est très majoritairement centralisée ?

Cette thèse s'attachera à décrire dans un premier temps l'organisation du système de santé, les compétences des collectivités territoriales en matière de santé et l'évolution de celles-ci. La deuxième partie sera consacrée à l'étude du rôle des communes et regroupements de communes en matière de santé à travers l'étude de cas de la mise en place d'un contrat local de santé (CLS) dans la communauté d'agglomération B. en Nouvelle-Aquitaine. Enfin, une discussion de cette étude et des perspectives permettront d'éclairer et de conclure ce travail.

I. Etat des lieux des rôles en matière de politiques et actions en santé

1. Définition de la santé

Avant toute chose, ce travail se base sur la définition de la santé élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à l'occasion de la Conférence internationale de la Santé de 1946, selon laquelle : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence d'une maladie ou d'une infirmité. » (6)

Cette définition permet d'aborder une vision globale de la santé, s'éloignant d'une vision médico-centrée selon laquelle la santé se résumait à être bonne ou mauvaise en fonction de l'absence ou la présence d'infirmité.

La santé est d'ailleurs devenue, depuis la Déclaration de Jakarta en 1997, « un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement social ». (7) C'est une vision émancipatrice qui s'est développée avec une idée que la santé n'est plus une fin en soi mais un moyen pour l'individu de se développer et d'évoluer.

2. Déterminants et promotion de la santé

A. Les déterminants de la santé

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle l'état de santé d'une population dépend de manière quasiment exclusive de l'accès aux services de soins et aux services sanitaires, la santé dépend bel et bien de nombreux facteurs variés, intervenant bien en amont de l'apparition d'une maladie.

Définis par l'OMS comme des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus et des populations », les déterminants de la santé agissent de manière multifactorielle et indirecte sur l'état de santé de

la population. Selon François Alla, c'est « en agissant sur un ou plusieurs déterminants que l'on va influencer sur l'état de la santé de la population ». (8)

A titre d'exemple, le fait de vivre dans un milieu défavorisé constitue un important déterminant de la santé, ce qui ne signifie pas pour autant que toute personne en milieu défavorisé est en mauvaise santé. (9)

Ainsi, les déterminants de la santé, agissant donc sur l'état de santé de la population, sont découpés en quatre champs influant les uns sur les autres : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui a élaboré la carte des déterminants sociaux représentée en figure 1, précise qu'il est nécessaire de situer la mesure de ceux-ci dans le temps et l'espace car ils changent et diffèrent d'un espace à l'autre. (9)

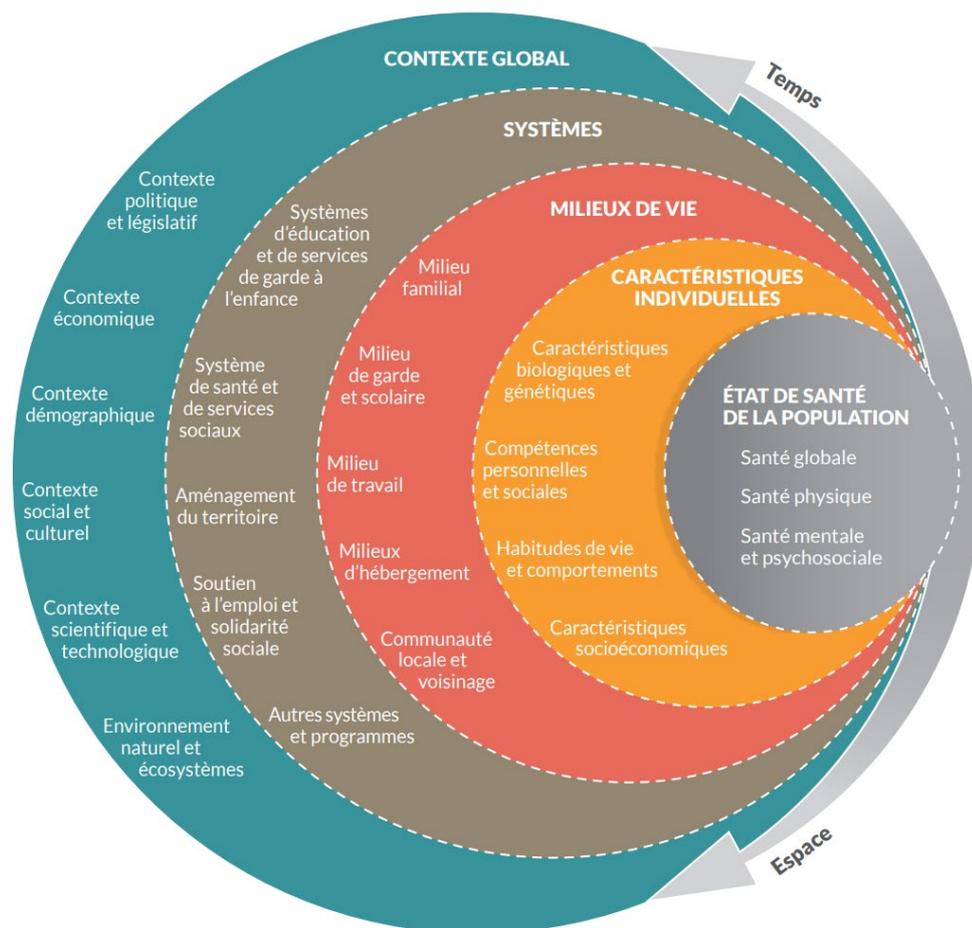


Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants de la santé. (9)

Le premier type de déterminant influant sur la santé comprend les caractéristiques d'un individu, qui lui sont propres et qui varient dans le temps et l'espace. A titre d'exemple, les caractéristiques biologiques ou génétiques comme l'âge, le sexe ou l'origine ethnique ont un impact évident sur la santé. Mais ces caractéristiques individuelles peuvent aussi être des comportements et des habitudes de vie (l'alimentation, l'activité physique ou encore l'habitude de comportements liés ou non à la sécurité (port du casque à vélo, protection au travail...)) ou des caractéristiques socio-économiques avec le fait d'occuper un emploi ou non, le type de cet emploi, les revenus ou encore l'appartenance à un groupe social, qui ont une grande influence sur les individus de manière directe ou indirecte.

Les milieux de vie dans lequel une personne évolue, deuxième type de déterminants, impactent fortement son état de santé. Par exemple, le milieu familial joue un rôle dans le développement physique, cognitif et social des enfants qui lui-même impacte les compétences et comportements tout au long de la vie. Les milieux d'hébergement constituent également un facteur majeur, en prenant en compte notamment les conditions matérielles et sociales ainsi que le voisinage ou la communauté locale où se développent des liens affectifs et sociaux.

Le troisième champ des déterminants de la santé comprend les systèmes administrés par l'Etat et les collectivités comme l'éducation, le système de santé et services de soins, l'aménagement du territoire qui comprend les infrastructures telles que les routes, les aménagements de voirie pour les mobilités douces, les règles autour de l'habitation et de l'urbanisme, etc. Il est d'ailleurs à noter que cette composante varie particulièrement entre le milieu urbain et rural car les situations et problématiques diffèrent grandement. Le soutien à l'emploi ainsi que la solidarité sociale font également partie de ce champ de déterminants comprenant toutes les mesures et aides visant à aider les individus à s'insérer ou se maintenir dans l'emploi mais aussi toutes les mesures sociales permettant un revenu suffisant.

Le dernier champ des déterminants de la santé concerne le contexte global, c'est-à-dire un ensemble d'éléments qui influencent la vie en société comme le contexte politique (instruments de mise en œuvre de politiques publiques, état de la participation aux élections...), économique, démographique (la distribution selon l'âge, le sexe ou la diversité ethnique, ainsi que les mouvements de populations comme l'immigration, l'exode rural, l'appauvrissement ou l'embourgeoisement de quartiers) ou social et culturel. (9)

Ainsi, nous pouvons constater que la santé d'un individu est la résultante de relations complexes entre de très nombreux déterminants qui interagissent les uns avec les autres et qui agissent de manière directe, et parfois indirecte sur le bien-être. Améliorer la santé, c'est donc prendre en compte l'ensemble des déterminants qui interagissent dessus et les modifier pour favoriser le bien-être individuel et global d'une société.

B. La promotion de la santé

La promotion de la santé, définie dans la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 à la suite de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, se définit de la manière suivante : « elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. » Elle se base sur la définition de la santé selon l'OMS de 1946.

La Charte d'Ottawa précise également que « la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (10)

Des conditions inhérentes et préalables à la santé d'un individu sont également mise en exergue dans cette Charte : « un individu doit pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »(10)

Cette approche permet ainsi d'adopter une vision globale de la santé et ambitionne de donner à la population les moyens d'agir sur sa propre santé. De plus, la santé n'est plus pensée comme une fin en soi, mais comme un moyen d'atteindre un état de bien-être complet, vision à l'opposé d'une approche sanitaire.

La promotion de la santé et l'action sur les déterminants sociaux permet d'envisager que des mesures sur les leviers structureaux de la santé, c'est-à-dire des actions non liées à des mesures sanitaires, favoriserait la création d'un cadre propice à la santé de tous,

s'accompagnant d'une réduction des inégalités sociales de santé. Les politiques publiques ont ainsi un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, qu'il s'agisse des politiques environnementales, sociales, d'aménagement du territoire, en lien avec l'éducation ou des mesures économiques impactant directement le niveau de vie des citoyens.

C. La place des politiques non sanitaires sur l'état de santé des populations

La définition des déterminants de la santé et l'adoption d'une vision de la santé au sens globale de celle-ci, à l'instar de celle défendue dans la Charte d'Ottawa, permettent de comprendre que les leviers influant sur l'état de santé d'une population sont nombreux et variés.

Ainsi, toutes les mesures, actions et dispositifs qui mettent en place, modifient ou influent les déterminants structureaux et sociaux de la société ont un impact direct, et parfois indirect, sur l'état de santé de la population. A titre d'exemple, des mesures impactant l'environnement économique (revenu, éducation, emploi, etc.), physique (logement, aménagement du territoire, qualité de l'eau et de l'air, etc.) ou encore l'environnement social (liens sociaux et réseaux) (11), bien que non sanitaires, influenceront de manière positive, et parfois négative, sur la santé des individus.

C'est ainsi que les politiques non sanitaires jouent un rôle primordial sur santé des populations. Bien que ce lien ne soit pas naturel dans un premier temps, il apparaît pourtant essentiel de lier la lutte contre les inégalités sociales avec la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

3. La compétence santé en France : point juridique

Cette partie a pour objet la description de l'organisation du système de santé en France et principalement la gouvernance de celui-ci et ainsi d'éclaircir la répartition de la compétence santé entre l'Etat et les collectivités territoriales. Elle s'attache à décrire ce qui est inscrit dans le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT), servant de base à la suite du raisonnement.

A. Le système de santé en France

En France, la santé est un des risques couverts par la protection sociale, au même titre que la vieillesse, la famille ou encore les accidents du travail.

Le système de santé, selon l'OMS est défini comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé [...]». (12)

C'est ainsi qu'en France, plusieurs catégories d'acteurs du système de santé sont à distinguer :

- Les offreurs de soins qui regroupent tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), les établissements de santé (hospitaliers, médico-sociaux), les réseaux de santé pluridisciplinaires, les structures de prévention (services de santé au travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, etc.)
- Les producteurs de biens et de services en santé, comme l'industrie pharmaceutique
- Les institutions publiques qui organisent le système (Ministère, Agences Régionales de Santé), qui conseillent ou aident l'organisation (Haut Conseil de la Santé Publique, Santé Publique France, etc.) et qui contrôlent et orientent (le Parlement via les lois de financement de la sécurité sociale et l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), la Cour des comptes, etc.)
- Les financeurs (les assurances maladies, les assurances maladies complémentaires et les ménages)
- Les bénéficiaires. (12)

B. Au niveau national : l'Etat, pilote principal des politiques de santé

i) L'Etat et le Ministère en charge de la santé

En France, c'est principalement l'Etat qui est en charge de piloter le système de santé et de gérer l'organisation des soins, et plus particulièrement le ministère chargé de la santé. Les principales responsabilités de ceux-ci sont :

- Le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire,
- La supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement et la formation des professionnels de santé,
- Le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé et la tutelle des organismes d'assurance maladie. (13)

Ainsi, le Ministère déploie son action principalement en répartissant les budgets entre les différents secteurs (hôpitaux, soins ambulatoires, santé mentale, secteur médico-social), choisit le nombre d'étudiants en santé, le nombre de lits d'hôpitaux, fixe les tarifs forfaitaires des hôpitaux et ceux des produits de santé en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et définit les domaines d'action prioritaires pour les programmes de santé nationaux. (14)

Pour cela, il se divise en plusieurs directions principales que sont la Direction Générale de la Santé (DGS) chargée de l'élaboration et la mise en place de la politique de santé publique, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en charge de la construction de l'offre de soins et ayant compétence en matière de recherche et de formation. Enfin, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) pilote et évalue les politiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité. (15)

Les compétences principales du Ministère sont les suivantes :

- La réglementation et la mise en œuvre des régimes et la gestion des organismes de sécurité sociale (assurance maladie, assurance vieillesse, prestations familiales, etc.)
- La préparation de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). (15) La LFSS, créée à la suite de la révision de la Constitution le 22 février 1996, permet de maîtriser les dépenses sociales et de santé du pays ; elle fixe des objectifs en matière de dépenses de santé. Elle permet au Parlement d'obtenir un droit de regard sur les dépenses de la sécurité sociale. Cette loi contient :
 - o Les prévisions de recette de la sécurité sociale pour chacune de ses branches
 - o Les objectifs de dépenses et notamment l'ONDAM

- Les plafonds d'avances de trésorerie. (16)

ii) *L'organisation de la politique de santé en France*

Les politiques de santé en France s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé. En effet, « la Nation définit sa politique afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun »¹. Cette stratégie nationale de santé a pour but de « préciser les domaines d'actions prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap, poursuivis par la stratégie nationale de santé »². Elle est mise en place par le Gouvernement et est fondée sur les analyses du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) quant à l'état de santé de la population, les déterminants et les actions envisageables permettant l'amélioration de la santé de celle-ci. (17)

Cette stratégie nationale de santé constitue donc la feuille de route et le cadre des plans programmes et projets de l'action de l'Etat et de son Ministère en matière d'action sur « les déterminants de santé et sur l'organisation de la prévention collective, de la sécurité sanitaire et des services de santé, y compris les services médico-sociaux. » (18)

Le CSP précise que la stratégie élaborée par le ministère doit prévoir la mise en œuvre :

- Du plan national de prévention des risques liés à l'environnement
- Des programmes visant à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités
- Du pacte territoire-santé
- Des projets territoriaux de santé mentale
- Du programme national relatif à la nutrition
- Des programmes de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- De la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (plans nationaux et régionaux) et l'amélioration de la pertinence des soins
- De l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (18)

¹ Art. L1411-1 du CSP

² Art. R1411-1 du CSP

Des axes prioritaires d'action sont ainsi définis et permettent la mise en place de stratégies spécifiques. Par exemple, à ce jour, la stratégie nationale de santé 2018-2022 vient de s'achever, et les axes prioritaires étaient les suivants :

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers (19)

C'est ainsi que le HCSP est chargé d'évaluer la stratégie du quinquennat précédent et l'état de santé de la population de manière à ce que la nouvelle stratégie prenne en compte les recommandations établies ainsi que les priorités programmatiques du gouvernement en place.

La nouvelle stratégie nationale de santé couvrant la période 2023-2027, en cours de proposition, sera ensuite déclinée dans les différents Plans Régionaux de Santé (PRS) dans les territoires, sous la responsabilité des ARS.(20)

Il apparaît clairement, textes à l'appui, que l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé en France est une compétence quasiment exclusive de l'Etat, par l'intermédiaire du Ministère en charge de la santé.

C. L'action de l'Etat en région : les Agences Régionales de Santé

Les ARS, structures administratives de l'Etat créées en 2010, sont chargées dans chaque région de mettre en œuvre la politique de santé nationale sur le territoire. Elles apparaissent suite à la loi de 2009 « Hôpital, patient, santé et territoires » (HPST) avec pour mission « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système ». (21) C'est ainsi que 26 agences sont créées et réparties dans chaque région le 1er avril 2010. Elles ne sont plus que 17 après la création

des grandes régions suite à la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. (22)

Les ARS ont regroupé plusieurs organismes publics chargés des politiques de santé dans les régions et départements : les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS), et une partie des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), des Directions Régionales du Service Médical (DRSM), des caisses du Régime Social des Indépendants (RSI) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). (23)

Ces structures, sous tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, ont plusieurs missions dans les territoires en région. Elles agissent dans un premier temps dans le pilotage de la politique de santé publique en assurant la veille et la sécurité sanitaire, elles définissent, financent et évaluent des actions de prévention et de promotion de la santé et elles anticipent, préparent et gèrent des crises sanitaires, en lien avec le préfet. (24)

Un autre volet de leur action est la régulation de l'offre de santé sur leur territoire, autant sur l'offre de ville, que le milieu hospitalier ou encore le secteur médico-social. Ainsi, les ARS vont coordonner les activités et budgets des différentes structures médicales et médico-sociales (hôpitaux, cliniques, structures pour personnes âgées, etc.) mais aussi réguler et autoriser la mise en place de nouveaux établissements et services en région. (24)

Chaque ARS, dans une logique de planification et de programmation de ces moyens, met en place un Plan Régional de Santé (PRS) qui compile les objectifs pour les cinq années suivantes et les actions à mettre en œuvre pour les atteindre. (25)

La compétence santé en France apparaît donc bel et bien comme une compétence centralisée, avec une action déconcentrée et territorialisée par le biais de ces ARS.

D. Les collectivités territoriales

Pour rappel, l'Insee définit les collectivités territoriales comme des « structures administratives françaises, distinctes de l'administration de l'Etat, qui doivent prendre en charge les intérêts de la population d'un territoire précis ». (1) Plusieurs niveaux de collectivités sont distingués :

- Les communes
- Les départements
- Les régions
- Les collectivités d'outre-mer
- Les collectivités à statut particulier. (1)

Ces collectivités sont « des entités administrées librement par des conseils élus et disposent d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences », principes définis dans la Constitution. (26)

Chacune de ces collectivités dispose de compétences spécifiques qui leur ont été attribuées par l'Etat. Peu de ces compétences sont en lien direct avec la santé, sa politique et l'offre de soins, puisque la majorité de ces missions sont assurées par l'Etat et les ARS en région. Cependant, nombre de collectivités agissent malgré tout de manière plus ou moins directe sur la santé de la population, en agissant sur leur cadre de vie, l'aménagement du territoire, la salubrité ou encore l'hygiène et la prévention.

Ainsi, les points qui suivent déclinent, pour chaque collectivité, les compétences inscrites dans les textes de loi de manière non exhaustives mais susceptibles d'influer sur la santé des populations.

j) Les Régions

Les Régions, au nombre de 13 en France métropolitaine depuis la réforme territoriale initiée en 2014, ont pour mission de « promouvoir le développement économique, social, sanitaire et culturel »³ de leurs territoires.

³ Art. L4221-1 du CGCT

Elles bénéficient d'une « situation paradoxale » (27) en matière de santé publique puisqu'avec la création des ARS, l'Etat a mis l'échelon régional au cœur de l'action publique. (2) Pour autant, le conseil régional ne dispose, pour sa part, que de compétences relativement modestes.

Il est important de noter que la loi de Nouvelle Organisation Territoriale de la République (dit loi NOTRe) de 2015 a refondé et accru les compétences des collectivités territoriales, et notamment celles des Régions. (28)

Ainsi, la Région a des compétences exclusives dans le transport, notamment le transport interurbain permettant le désenclavement de territoires et assurant l'accessibilité à tous aux services.

Une autre de ses compétences exclusives est la formation professionnelle, l'apprentissage et l'alternance, et notamment les formations sanitaires et sociales : infirmier, aide-soignant, ambulancier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, etc., depuis 2004.

Sur l'aménagement du territoire et l'environnement, la Région doit présenter un schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET). Celui-ci fixe les objectifs en matière d'équilibre et d'égalité des territoires, d'implantation des différentes infrastructures d'intérêt régional, de désenclavement des territoires ruraux, d'habitat, de gestion économe de l'espace, d'intermodalité et de développement des transports. (29)

Pour résumer, la Région agit de manière modeste sur les politiques de santé. Elle gère les formations sanitaires et sociales de certaines professions, favorise le développement de structures pour lutter contre les déserts médicaux dans le cadre de la lutte contre les disparités territoriales et promeut des actions d'information et de prévention.

ii) Les Départements

Le Département est la collectivité majeure en termes d'action sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires. La France en compte 96 sur son territoire métropolitain et cinq en outre-mer.

Sur la question de la santé, il dispose de certaines prérogatives. La première est la mise en place d'un service de protection maternelle et infantile (PMI) qui assure des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, des enfants de moins de six ans, des activités de planification familiale et le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique⁴.

Le conseil départemental s'occupe également de la prise en charge des personnes porteuses de handicap (hébergement, insertion sociale, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), etc.), des personnes âgées (gestion de maisons de retraite, maintien des personnes âgées à domicile, point d'information locaux ou centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)) et gère le revenu de solidarité active (RSA).

Les Départements assurent également des actions de prévention telles que la vaccination, la prévention de la tuberculose ou encore des infections sexuellement transmissibles via les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD). (30)

Les Départements sont également en charge de l'aménagement et des transports notamment en milieu rural et du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) pour la protection contre les incendies ou les opérations de secours. (31)

Ces missions confèrent aux Départements une place privilégiée dans l'accès aux soins pour des publics vulnérables.

La loi 3DS relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification adoptée en février 2022 confère aux départements de nouvelles fonctions, inscrites dans le CSP : les départements participent à la politique publique de sécurité sanitaire par l'intermédiaire des laboratoires d'analyse départementaux, de l'organisme à vocation sanitaire et de l'organisation vétérinaire à vocation technique mentionnés à l'article L. 201-9 et de leurs sections départementales ainsi que par l'intermédiaire des organismes de lutte et d'intervention contre les zoonoses. (32)

⁴ Art. L2112-2 du CSP

iii) Les communes

Les communes représentent le plus petit échelon des collectivités territoriales et sont au nombre de 34 970 au 1er janvier 2019 (chiffre fluctuant selon les fractionnements et fusions de communes) selon l'Insee. (33)

Aujourd'hui, les communes sont, selon le CGCT, en charge d'assurer un rôle de police en matière de salubrité et d'hygiène en « assurant la sécurité et la salubrité publique, [...] de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, [...] les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pouvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure »⁵.

La loi HPST de 2009 a substitué au conseil d'administration des hôpitaux, dont le maire était le président, un conseil de surveillance composé de trois collèges : des représentants des collectivités territoriales, du personnel médical et des personnalités qualifiées. (34)

Les municipalités de plus de 20 000 habitants disposent de manière obligatoire de Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) qui sont régis par les articles L. 1422-1 et 2 du CSP. Leurs rôles et missions sont complexes et varient selon les communes. Dans son rapport d'évaluation du fonctionnement des services municipaux, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) précise : « Si le cœur de leurs missions reste l'insalubrité, ils ont développé au fil du temps de multiples activités. [...] La dénomination de SCHS disparaît et le positionnement au sein de la collectivité varie [...]. Ce sont les maires qui fixent les activités et donnent les orientations à ces services ». (35) Dans l'ensemble, leurs missions sont d'agir sur les moyens de transmission d'infection, ils exercent une surveillance sanitaire alimentaire, en santé environnementale, ils peuvent participer à des plans régionaux ou nationaux.

En matière d'offre de soins, les communes ont également la possibilité de développer des Centres Municipaux de Santé (CMS), structures héritées des dispensaires et développées dans l'entre-deux-guerres par les communes de banlieue parisienne communistes qui disposaient de situations sanitaires très défavorables.(30) Le dispositif permet de proposer des soins de premier et parfois de second recours avec des professionnels de santé salariés

⁵ Art. L2212-2 du CGCT

de la structure, le tout géré par la commune ou l'Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI). (36)

Enfin, il est important de noter que 13 grandes villes en France disposent de centres municipaux de santé scolaire et permettent, en plus des bilans obligatoires pour les élèves du premier degré, la réalisation de dépistages, de programmes de santé dans les établissements et la promotion de la santé des élèves.

De plus, chaque commune de 1 500 habitants et plus dispose d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), il anime « une action générale de prévention et de développement social dans la commune » (37) en gérant notamment les demandes d'aides sociales, des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi de décentralisation 3DS de février 2022 confère aux communes la possibilité et la faculté de concourir volontairement au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés. (38) De plus, les professionnels de santé travaillant dans ces centres gérés par les communes, ou leurs groupements, sont autorisés à être des agents de ces collectivités. (39)

iv) Les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)

Les EPCI désignent une forme de regroupement et de coopération entre les communes ayant pour but la gestion commune de certaines compétences comme les équipements, les services, des plans d'action ou encore des projets.

Le CGCT énumère les différents types d'EPCI : les syndicats de communes, les communautés de communes, les communautés d'agglomération (plus de 50 000 habitants), les communautés urbaines (plus de 250 000 habitants) et les métropoles. (40)

Ainsi, elles disposent de compétences qui leur sont propres et obligatoires : l'aménagement de l'espace, le développement économique, la gestion des milieux aquatiques et la prévention des inondations (GEMAPI), les aires d'accueil des gens du voyage, la collecte et le traitement des déchets ménagers, l'eau et l'assainissement.⁶ Ne pouvant déroger à ces compétences,

⁶ Art. L5214-6 du CGCT

elles peuvent cependant se trouver doter d'attributions supplémentaires qui sont déléguées par les communes elles-mêmes.

Cet état des lieux des compétences légales et réglementaires de chaque collectivité territoriale permet de mettre en avant les nombreux leviers possibles de chacune pour agir sur la santé des populations. En effet, comme l'évoque Viviane Bayard, de nombreux champs de compétences des collectivités comme l'environnement, l'urbanisme, les affaires sociales, la petite enfance, les transports, etc., sont autant d'actions possibles qui impactent la santé des administrés. Ainsi, les collectivités prennent de plus en plus d'initiatives en faveur de la santé en montant de nombreux projets (salles de consommation à moindre risque, ateliers santé ville, réseau des villes santé de l'OMS, etc.) et se sentent de plus en plus légitimes pour agir.

(30)

Malgré une place privilégiée du Département de par ses prérogatives en matière de politiques sociales et de santé, selon Armelle Treppoz Bruant, les communes et les EPCI sont des partenaires d'autant plus sollicités que leur capacité financière et leur importance favorisent leurs initiatives. (41)

II. Les communes, un échelon clé dans la mise en place de politiques et d'actions favorables à la santé

1. Historique de la place de la santé dans la cité

C'est à partir du XVIIIème siècle que l'on commence à s'accorder sur le fait qu'il faut changer les villes, ces endroits où les Hommes sont entassés, avec des rues étroites et encerclées de murs. On commence par éloigner les cimetières, on abat les fortifications permettant la création de mails plantés, grandes artères arborées, aujourd'hui nos boulevards, qui permettent à la ville de respirer. « C'est d'ailleurs à ce moment que la perception de l'arbre change radicalement : autrefois considéré comme un facteur d'humidité, donc d'insalubrité, au contraire, il devient une source de santé. » (42)

On observe ensuite au XIXème siècle, l'essor de l'hygiénisme. L'hygiène publique en particulier est « l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société [...]. C'est elle qui observe les variétés, les oppositions, les influences des climats, et qui en apprécie les effets ; qui constate et éloigne toutes les causes contraires à la conservation et au bien-être de l'existence ; enfin, qui avise à tous les moyens de salubrité publique ». (43)

Pour les ingénieurs qui pensent et construisent les cités, la ville peut se résumer à un ensemble de flux, dont l'écoulement optimal est garant de la santé. Et par santé, ils entendent la santé des Hommes ainsi que la santé politique et économique. C'est avec cette vision qu'ils vont développer la mise en réseau de la ville avec une séparation stricte des trois éléments que sont l'air, l'eau et le sol.

« C'est donc principalement par le biais de l'urbanisme que le sanitaire est entré de plain-pied dans le système d'action municipal ». (44)

Des aménagements sont ainsi réalisés dans ce sens, la structuration des rues en est un exemple : les trottoirs bombés permettent la circulation des Hommes et des animaux tout en répondant aux problèmes de santé puisque l'eau ne s'accumule pas et s'écoule dans les caniveaux et les trottoirs latéraux, grâce à leur revêtement, séparent le sol souillé de l'air. La salubrité devient un mantra, et l'eau devient « l'agent de propreté universel pour le sol, la rue, l'usine ». (42)

Par peur de manquer de nourriture et face à des rendements agricoles médiocres, les excréta humains sont récupérés et transformés en engrais. Un cercle vertueux s'installe alors permettant un bénéfice pour l'état sanitaire mais aussi pour la fertilisation des sols.

Louis-René Villermé, dans les années 1820, lorsqu'il tente d'expliquer les inégalités de mortalité entre les différents quartiers de Paris, n'établit pas de lien entre les qualités environnementales des quartiers et les taux de mortalité. La corrélation définitive et parfaite qu'il trouve sera celle entre mortalité et pauvreté. « Donc la richesse, l'aisance, la misère sont, dans l'état actuel des choses, pour les habitants des divers arrondissements de Paris, par les conditions dans lesquelles elles les placent, les principales causes (je ne dis pas les causes uniques) auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité». (45)

Ce n'est ensuite qu'en 1902 que les premières compétences de santé publique attribuées au maire apparaissent, fondée sur un paradigme hygiéniste (46) puisqu'ils sont tenus d'organiser la prévention et l'arrêt des maladies transmissibles avec des mesures de désinfection et de destruction d'objets souillés. (47)

Cette rétrospective historique permet de comprendre quelle a été l'évolution de la place de la santé dans les villes, quelles ont été les étapes concourant à l'amélioration de la santé publique via notamment l'hygiène publique et la modification de l'environnement.

De manière plus contemporaine, les villes sont ensuite montées en puissance, avec les lois de décentralisation des années 1960 puis en 1982-86 avec « aujourd'hui, les municipalités devenues des acteurs incontournables de la vie politique ». (44)

Ainsi, en matière de santé, bien que leurs compétences ne soient pas évidentes et finalement peu modifiées par rapport aux premières lois de santé publique, plusieurs programmes ont permis de mettre la ville au centre de la santé des populations.

2. Les politiques de santé dans les communes

A. Le Réseau des Villes-Santé de l'OMS

Basé sur une vision globale de la santé et sur les engagements pour la promotion de la santé édités dans la Charte d'Ottawa, le Réseau des Villes-Santé de l'OMS est une association créée en 1990 pour soutenir la coopération entre les villes ou les EPCI qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie. Ce réseau a pour objectifs de « susciter une prise de conscience, de stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables et surtout d'inciter à agir en santé à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoire » (48). Il œuvre pour que toutes les politiques locales soient favorables à la santé et que les inégalités sociales soient réduites, il promeut la prise en compte de la santé dans toutes les politiques locales, de la petite enfance, à l'habitat, en passant par les transports ou encore l'urbanisme. (49)

Ce réseau français fait également partie du Réseau européen des Villes-santé dans 25 autres pays, couvrant 1 500 municipalités en tout. (50)

De manière concrète, les villes du réseau mettent en place des actions en faveur de la santé de leurs habitants avec, à titre d'exemple, l'encouragement aux mobilités douces et actives avec le prêt de vélos (Angers), un projet éducatif au sein des structures du pôle petite enfance prenant en compte les enfants et les parents (Beaumont), un programme de prévention du jeu pathologique (Besançon), de l'activité physique adaptée aux seniors (Boulogne-Billancourt), etc. (51)

B. La politique de la ville et les Ateliers-Santé Ville : lieux privilégiés de la promotion de la santé

Dans le but de pallier les inégalités sociales et urbaines, la politique de la ville a été mise en place dans les années 80. Il s'agit d'une politique globale permettant d'agir en déployant des

projets locaux tant au niveau de l'emploi, de l'éducation, de l'amélioration du cadre de vie, de l'accès à la culture et à la santé ou encore au développement économique. (52)

Peu à peu, la réduction des inégalités sociales est apparue comme nécessaire à l'amélioration de la santé des personnes, notamment dans les territoires urbains ou péri-urbains où se concentrent des situations sociales précaires.

Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont instaurés en 1998 (53) et ont l'objectif de « s'attacher à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels ». (54) Ils permettent ainsi aux collectivités d'agir pour des populations spécifiques, à l'interface des champs sanitaire et social dans le but d'améliorer et favoriser l'accès aux soins des publics démunis et précaires.

Créés en 1999 et déployés en 2000, les Ateliers santé ville (ASV) sont une déclinaison du PRAPS au niveau local. Ils permettent la mise en œuvre de projets suivant les problématiques de santé observées et identifiées sur des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ainsi, ce sont des réponses territoriales à des situations sociales et de santé spécifiques des territoires dans lesquels ils sont mis en place. (55) Sont ainsi développées des actions variées d'information, de prévention, de promotion de la santé, d'accès aux soins, d'emploi, de logement, etc., de manière intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé auprès de publics démunis. (56)

C'est ainsi qu'avec les ASV, des acteurs variés se mobilisent autour de la municipalité comme des acteurs de santé, du social, des services de l'Etat comme l'Education Nationale, ceux de l'insertion, etc. pour réduire ces inégalités et agir sur plusieurs déterminants de santé.

C. Le Contrat Local de Santé : une contractualisation de la politique de santé pour les communes

Instauré par la loi HPST de 2009, le Contrat Local de Santé (CLS) est signé entre une collectivité territoriale (commune ou EPCI) et l'ARS. D'autres acteurs sont mobilisés pour co-signer le contrat comme les préfets, les services de l'Etat, les acteurs de santé et les associations. (57) Signé pour une durée de 3 à 5 années en moyenne, il est en fait un outil de mise en place dans les territoires du PRS. (58)

Le CLS vise à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé en matière de promotion de la santé, prévention, politiques de soins et accompagnement médico-social. Il mobilise des acteurs du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social), ainsi que tous les secteurs ayant un impact sur la santé (l'action sociale, le logement, le travail, l'éducation, la jeunesse, l'urbain, le développement durable...) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie sanitaire, locale et participation des habitants). (59)

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.)
- L'accès des personnes, notamment "démunies", aux soins, aux services, et à la prévention et promotion de la santé
- La promotion du droit commun et le respect des droits des usagers du système de santé (59)

La santé s'est donc, petit à petit, fait une place au sein de la politique d'action des municipalités qui tentent de multiplier les moyens d'action, parfois innovants pour améliorer la qualité de vie de leurs administrés. L'Etat légifère, au compte-goutte, pour que des dispositifs soient créés et inciter les municipalités à développer des stratégies locales de santé, à l'instar des ASV ou des CLS. Pour autant, ces compétences et dispositifs restent marginaux face à l'ampleur de la situation : un système de santé au bord de la rupture, des inégalités d'accès aux soins avec

des territoires entiers désertés et des inégalités sociales qui s'accroissent. La réponse pourrait donc venir des communes, et des collectivités territoriales de manière générale, ces échelons locaux, en lien direct avec la population et dont les champs d'action sont larges.

III. Etude qualitative sur le rôle des communes et leurs groupements dans l'élaboration d'actions favorables à la santé

1. Contexte

Cette étude intervient dans le cadre d'un stage en cabinet de conseils chargé de la mise en place d'un CLS pour la communauté d'agglomération B. en Nouvelle-Aquitaine.

Ce travail conjoint avec les fonctionnaires territoriaux et les élus du territoire, les nombreuses réunions et groupes de travail visant à déterminer les problématiques spécifiques au territoire ont permis de prendre en compte les visions des élus et des techniciens.

L'un des premiers constats qui a pu être fait et qui a amené à ce qui suit dans cette thèse est la non-connaissance du CLS de la part de la plupart des maires et ainsi un scepticisme voire un rejet pour certains. Les peurs principales reposaient sur les coûts pour les communes que ce dispositif pourrait engendrer, la plupart étant des petites communes avec des difficultés financières. L'initiative de ce CLS émanant du Président de la Communauté d'Agglomération, le travail d'information et de persuasion a rapidement tourné au combat politique.

Le deuxième constat est que lorsqu'il s'agissait de santé, de contrat local de santé et des rôles que pourrait avoir ce CLS, les élus répondaient quasiment systématiquement par une réponse au déficit d'offre de soins, c'est-à-dire le manque cruel de médecins généralistes. Des groupes de travail par bassins de vie regroupant les maires et adjoints des communes de la Communauté d'Agglomération ont eu lieu avec pour but l'objectivation des problématiques rencontrées pour chaque élu sur sa commune. De manière invariable, pour les quatre groupes de travail, le sujet principal et primordial pour les élus était le nombre de médecins généralistes sur leur commune.

Ainsi, travailler sur le rôle qu'ont les communes et leurs élus dans la mise en place de politiques et d'actions favorables à la santé s'est avéré être une évidence pour la conduite de ce travail de thèse. La mise en place du CLS et toute la réflexion de la part des élus et des

techniciens qui a eu lieu autour de la santé sur la communauté d'agglomération B. servirait d'étude de cas.

Au travers des observations s'est posée la question suivante : Comment les communes et regroupement de communes peuvent agir sur la santé de leurs administrés quand la compétence santé est très majoritairement centralisée ?

2. Objectifs

A. Objectif général

Déterminer la place et les leviers des communes et regroupements de communes dans l'élaboration de politiques et actions promotrices de santé.

B. Objectifs spécifiques

- Identifier les outils permettant la mise en œuvre de projets de santé territoriaux
- Comprendre les représentations de la santé des élus sur le territoire étudié
- Identifier les freins et leviers à l'instauration d'une politique favorable à la santé par les communes et regroupements de communes

3. Méthodologie

A. Choix de la méthode

L'approche qualitative a été retenue pour cette étude. En effet, elle permet le recueil de données permettant de répondre au mieux aux objectifs cités plus haut, en complément d'une recherche bibliographique.

L'approche qualitative permet d'avoir accès aux représentations, aux ressentis et autorise les individus interrogés à s'exprimer librement. Les réponses obtenues sont ainsi exhaustives et intègrent une dimension de subjectivité qui peut être objectivée seulement par ce type de méthode.

Ce sont ainsi des entretiens semi-directifs et des observations participantes qui ont été réalisées pour cette étude.

B. Les entretiens

i) L'entretien exploratoire

L'entretien exploratoire, réalisé en amont des autres entretiens, permet de préparer l'enquête en identifiant les sujets pertinents à aborder, en structurant la pensée et les questions à poser, à récolter des premières données qui seront réutilisables par la suite.

ii) Les entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est une méthode d'enquête qualitative permettant de récolter des données par thème de bonne qualité (60), l'interviewer disposant d'une grille d'entretien avec des thématiques à aborder. L'objectif de ce type d'entretien est d'obtenir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur de manière co-constructive. (60)

iii) Choix des personnes rencontrées

De manière à ce que le recueil de données soit le plus complet possible, il a été choisi de s'entretenir avec des élus ainsi que des fonctionnaires territoriaux d'une même Communauté d'Agglomération pour comprendre les différents points de vue et rôles au sein de la collectivité. Ces rencontres ont été précédées d'un entretien exploratoire auprès de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), structure d'appui aux collectivités territoriales et promotrice d'une vision globale en santé.

iv) Démarche de sollicitation

Etant en contact direct avec les fonctionnaires territoriaux, la demande d'entretien s'est faite de vive voix sur le territoire de la Communauté d'Agglomération pour les besoins des missions. Le plus ardu a été d'obtenir les entretiens auprès des élus, plus difficilement joignables. Un des directeurs de la collectivité a été d'une grande d'aide et a permis d'obtenir les contacts de trois maires.

La demande de contact pour l'IREPS s'est faite par mail.

v) Recueil des données

Trois guides d'entretiens ont été réalisés : un pour l'entretien exploratoire à l'IREPS, un pour les élus et un dernier pour les fonctionnaires territoriaux (respectivement ANNEXES 1, 2 et 3).

La rédaction des guides d'entretien a nécessité des recherches préalables, la définition des objectifs de ce travail et des recherches bibliographiques. De plus, les guides à destination des fonctionnaires territoriaux et des élus n'ont été réalisés qu'après l'entretien exploratoire avec l'IREPS, celui-ci ayant permis de structurer et de mettre en exergue des points de vigilance et des éléments à étudier.

Ainsi, six entretiens ont été réalisés :

- Un avec un chargé de mission de l'IREPS travaillant sur les questions de politiques de santé et de territoires
- Deux avec des fonctionnaires territoriaux :
 - Le premier avec le chef de service en charge de la mise en place du CLS
 - Le deuxième avec une chargée de mission du CLS
- Trois entretiens avec des maires de trois communes appartenant à la Communauté d'Agglomération et conseillers communautaires

Les données ont été recueillies à travers des entretiens en présentiel pour l'IREPS et en visioconférence pour les autres.

C. L'observation participante

L'observation participante, technique d'étude qualitative, découle des sciences sociales et particulièrement des méthodes anthropologiques et ethnologiques. Platt la définit comme technique de recherche dans laquelle le sociologue observe une collectivité sociale dont il fait lui-même partie. (61)

Elle implique donc une immersion de la part du chercheur dans la société ou le groupe qu'il observe, entraînant des échanges et un partage d'expériences entre le groupe et l'observateur. (62)

i) Recueil de données

Aucun guide d'observation n'a été créé pour ces observations, en cause, ma position d'intervenante au sein du cabinet d'étude qui conférait une situation d'observatrice permanente. Pour autant, chaque donnée pertinente, c'est-à-dire en lien direct avec le questionnement soulevé et les objectifs établis, était consignée par écrit. Par données sont compris des paroles, des réactions, des interactions, des comportements.

D. Analyse des données

i) *Entretien exploratoire*

L'entretien exploratoire a été enregistré puis retranscrit de manière exhaustive. Le discours a été classé par thèmes et les verbatims correspondant y ont été associés (ANNEXE 4).

ii) *Entretiens semi-directifs*

Après la réalisation de l'ensemble des entretiens, un code a été attribué à chaque personne interrogée dans le but de conserver l'anonymat de chacun.

La retranscription des entretiens a eu lieu de manière exhaustive et en conservant les termes utilisés.

La relecture des entretiens a ensuite permis de dégager des thèmes récurrents et pertinents abordés. Un tableau regroupant ces thèmes a ainsi pu être rédigé et les paroles de chacun ont été classées et répertoriées en fonction de ce tableau à travers des verbatims (ANNEXES 5 et 6). Ensuite, deux tableaux globaux synthétisant les verbatims par thème de tous les interviewés ont pu être constitués : un pour les techniciens et un second pour les maires.

Tableau 1 : Thèmes récurrents abordés par les élus interrogés

La fonction de maire dans la santé des administrés : perceptions et représentations
○ Une perception de la santé médico-centrée
○ L'accès aux soins et la démographie médicale apparaît comme une priorité
○ Un rôle perçu des maires très limité en matière de santé
○ Une action sociale et un engagement personnels forts
Des actions concrètes mises en place dans les communes et des thèmes récurrents
○ L'école primaire et la cantine
○ L'activité physique
○ La jeunesse
○ Le CCAS
Le CLS : une démarche perçue comme positive mais un rôle peu clair selon les élus

Tableau 2 : Thèmes récurrents abordés par les techniciens interrogés

Les liens entre élus et techniciens
Une démarche qui repose sur des enjeux politiques forts
Un travail sur la durée d'information et d'« acculturation des élus »

iii) Observation participante

L'observation participante n'a pas fait l'objet d'une analyse approfondie puisqu'aucun guide d'observation n'a été rédigé. Pour autant, les éléments qui avaient été recueillis ont permis d'éclairer, corroborer ou infirmer les résultats des entretiens semi-directifs et ont ainsi aidé à approfondir la réflexion de ce travail.

4. Résultats

A. Caractéristiques des personnes rencontrées

i) Les élus

Tableau 3 : Caractéristiques des élus interrogés

Mandat	Caractéristiques de la commune	Code
Maire DVD depuis 2014 (2 ^{ème} mandat)	Commune rurale d'un peu plus de 1 000 habitants	M. A
Maire SE depuis 2020 (1 ^{er} mandat) et adjoint au maire de 2014 à 2020	Commune agricole d'environ 1 500 habitants	M. B
Maire DVD depuis 2017 (1 ^{er} mandat) et adjointe au maire depuis 2002.	Commune agricole et balnéaire d'environ 5 000 habitants	Mme. C

DVD : Divers droite ; SE : Sans étiquette

ii) Les techniciens

Tableau 4 : Caractéristiques des techniciens interrogés

Profession / Activité	Expérience / Caractéristiques	Code
Chargé de projet et d'ingénierie en promotion de la santé au sein de l'IREPS Nouvelle-Aquitaine.	Expérience de 16 ans dans la promotion de la santé. Spécialisé sur les questions de santé et territoires.	M. D
Chef de service en charge de la politique de la ville et de la solidarité de la Communauté d'Agglomération B.	A l'origine de la démarche et responsable de la mise en place du CLS.	M. E
Assistante à maîtrise d'ouvrage pour le CLS de la Communauté d'Agglomération B.	Nouvellement arrivée sur la collectivité territoriale (février 2022), à la suite du remplacement d'un fonctionnaire.	Mme. F

B. L'entretien exploratoire

Cet entretien avait pour objectif principal la préparation des entretiens semi-directifs avec les membres de la collectivité territoriale étudiée (élus et techniciens) ainsi que l'obtention du point de vue d'un professionnel travaillant avec les collectivités territoriales dans le domaine des politiques de santé.

M. D a pu apporter son regard éclairé sur la situation et le projet de la communauté d'agglomération B. ainsi que sur le rôle des communes dans les politiques de santé de manière générale.

Au moment de l'entretien, des observations participantes avaient déjà été réalisées et la problématique de la focalisation des élus sur la question de l'offre de soins déjà identifiée à travers les observations.

« S'ils sont sur-focalisés sur l'offre de soins c'est qu'ils considèrent que leurs administrés attendent d'eux qu'ils agissent sur l'offre de soins. Et ce n'est pas du tout inconciliable avec le fait d'agir sur, par exemple, la gestion des eaux usées, du réchauffement des îlots de chaleur, des mobilités actives, etc. » (M. D)

Cette problématique semble s'être imposée sur d'autres territoires puisque d'après M. D, de nombreux CLS ont investi la question de l'offre de soins, ces travaux bénéficiant d'ailleurs aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui arrivent souvent à la suite des CLS.

Désormais dans les CLS de nouvelle génération, d'après M. D, quasiment systématiquement, on trouve un volet sur l'offre de soins. Une des raisons invoquées est celle-ci : *« C'est le seul endroit où des représentants du territoire (élus), des acteurs variés (institutions comme la CAF, l'éducation nationale, etc.), des professionnels de santé (URPS, même si rarement dans les espaces de travail mais signataires des CLS) peuvent se réunir et traiter de ce sujet. »*

Les communes semblent donc jouer un rôle central en termes de politiques et d'actions favorables à la santé. Et les raisons sont multiples d'après M. D : d'abord, de très nombreux déterminants de santé sont dans les mains des élus et des collectivités territoriales, et

notamment les communes (transport, petite enfance, logement, etc.) mais elles disposent également d'un pouvoir de convocation et de regroupement sans égal.

« Un maire réunira autour de la table sur la santé bien plus que le préfet, le DG de l'ARS, de l'Assurance Maladie ou de l'URPS, etc. Il faut aujourd'hui que cela soit suivi de faits et de moyens. » (M. D)

Cet entretien a donc permis d'orienter les thèmes à aborder avec les élus et techniciens de la Communauté d'Agglomération B. étudiée et notamment les questionner sur leurs actions mises en place agissant sur les déterminants de santé, les difficultés rencontrées et leur compréhension du rôle d'un CLS.

C. La parole des élus

i) *La fonction de maire dans la santé des administrés : perceptions et représentations*

a. *Une perception de la santé médico-centrée*

De manière unanime, les élus ont présenté une vision de la santé très fortement en lien avec la présence ou l'absence de maladie et l'absence ou la présence de médecins et de professionnels de santé de manière générale.

« C'est le fait de ne pas être malade, de ne pas avoir besoin des professionnels de santé. » (M. B)

« Pour moi, la santé c'est pouvoir prendre rendez-vous. Pouvoir aller chez le médecin, chez les spécialistes. » (Mme. C)

Pour l'un d'entre eux, la santé a été spontanément associée au bien-être.

« Le premier mot qui me vient à l'esprit c'est le bien-être, être en forme tout simplement. Ne pas avoir de problèmes de motricité, d'intellect, d'aller où on veut, comment on veut. Être en forme physiquement et psychologiquement. » (M. A)

b. L'accès aux soins et la démographie médicale apparaît comme une priorité

L'étude se déroule dans un territoire peu dense, et semi-rural à rural sur certaines zones. L'intégralité des communes rencontrent des difficultés de densité médicale comme le montre le dernier zonage de l'ARS datant de 2022, une partie du territoire est en Zone d'intervention Prioritaire (ZIP) et le reste en Zone d'Accompagnement Complémentaire (ZAC) (63), permettant donc l'obtention de moyens supplémentaires pour pallier les difficultés rencontrées. Ainsi, le sujet de la démographie médicale et l'installation de médecins généralistes (et spécialistes, dans une moindre mesure) sur ces petites communes est, de loin, l'enjeu majeur pour les élus. Et c'est un élément sur lequel ils veulent agir.

« Il faut que nous, politiques, nous nous bougions pour trouver des solutions pour que nos administrés accèdent aux soins. Notre rôle, c'est de trouver des solutions d'un point de vue social et économique pour que de plus en plus de médecins et de spécialistes s'installent au plus près des citoyens. » (M. A)

Une des difficultés à laquelle ils doivent également faire face est la modification du mode d'exercice des nouveaux médecins. En effet, le temps où les médecins de campagne travaillaient à toute heure et se rendaient chez leurs patients systématiquement semble révolu. La nouvelle génération de praticiens souhaite des horaires « de bureau » permettant de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

« Il est très difficile de faire comprendre aux administrés que les modes de pratique ont changé. Les anciens étaient habitués à la visite du médecin, chose qui n'existe plus. » (M. A)

Les municipalités débauchent alors de nombreux moyens pour tenter d'attirer des médecins : achats de locaux, exonération de loyer, prêt de secrétariat, avantages financiers, logement. Ces techniques ont lieu dans quasiment toutes les communes et pourtant, peu de médecins sont recrutés. Les maires tentent, par tous les moyens qu'ils ont à disposition, d'agir sur une profession libérale qui ne répond à aucune obligation territoriale d'installation. Cette bataille laisse alors place à des phénomènes de concurrence entre communes et des professionnels de santé qui font monter les enchères des prix et des avantages.

Le territoire étudié doit également faire face à une saisonnalité importante et ainsi, l'arrivée estivale de nombreux touristes entraîne un triplement de la population par rapport au reste de l'année. L'offre de soins, déjà limitée pendant la période hivernale, se retrouve alors saturée.

c. Un rôle perçu des maires très limité en matière de santé

Il apparaît clairement, en s'entretenant avec les trois maires, que ce selon eux, le rôle du maire et de la municipalité en matière de santé est très limité.

Cependant, à la question : « quel est votre rôle, en tant que maire, pour la santé de vos administrés ? », tous ont abordé leur devoir d'information et de communication auprès de la population. Les maires utilisent d'ailleurs tous les supports qu'ils ont à leur disposition pour communiquer au maximum sur l'offre de soins, les services disponibles et quelques messages de prévention, en situation de canicule par exemple.

« On a plusieurs médias dans la commune : le bulletin municipal, un bulletin trimestriel pour des infos plus courtes, un panneau lumineux, un site internet et Facebook : on n'hésite pas à utiliser ces médias pour prévenir les gens. Sur la canicule par exemple. On utilise beaucoup les médias à notre disposition pour avertir et informer les gens. » (M. B)

La communication est principalement centrée sur l'offre de soins et de services médicaux et paramédicaux proposés sur la commune ou proche de celle-ci. Mais ce sont également des messages de prévention qui peuvent être diffusés, comme indiqués dans la citation ci-dessus, notamment lors d'épisodes caniculaires.

d. Une action sociale et un engagement personnel forts

Tous les maires interrogés présentent le point commun de prêter une attention très importante au bien-être de leurs administrés, et tous s'engagent personnellement pour cela.

Un des maires évoque les visites à domicile assurées par les élus de manière annuelle pour « fêter les anniversaires des personnes âgées de plus de 75 ans sur la commune », une manière détournée d'agir sur le maintien à domicile des personnes âgées en inspectant leur environnement physique (le logement) mais en interrogeant aussi leur environnement social.

Le terme bien-être est revenu à plusieurs reprises lors des entretiens, et tous montrent une volonté forte et un sentiment de responsabilité quant au fait que les citoyens se sentent bien sur leur territoire.

« Les élus des petites communes sont en première ligne, ils se déplacent eux-mêmes en personne chez les gens pour leur apporter de la nourriture, pour s'assurer que tout va bien, pour assurer le lien social lorsqu'il y a un isolement important. Nous, les élus des petites communes, nous sommes vraiment en première ligne avec nos administrés. » (Mme. C)

ii) Des actions concrètes mises en place dans les communes et des thèmes récurrents

a. L'école primaire et la cantine : fer de lance des élus et lieux privilégiés d'actions favorables à la santé

Les communes dont les maires ont été interrogés présentent toutes une ou plusieurs écoles primaires sur leur territoire.

La cantine et la qualité des repas distribués aux enfants apparaissent comme une priorité pour les élus puisque les trois maires l'ont évoqué spontanément. Le sujet semble même être une priorité pour eux.

« C'est bien que ce soit une cuisinière qui cuisine sur place. On a un producteur bio, un des plus connus de l'agglomération qui est sur la commune. Et il est pas bio pour faire des sous, non c'est depuis plusieurs générations. Donc on se fournit là pour la cantine. La santé c'est aussi ça pour moi. » (M. A)

« On est en train de travailler énormément sur la qualité des repas qui sont fournis car on n'est pas satisfaits là-dessus, on travaille beaucoup dessus. On a une commission très engagée dans le projet de bien manger. » (M. B)

« Sur la commune, on propose 50% de bio, on a nos propres cuisines et cuisiniers qui préparent chaque jour les plats pour les enfants, et nous proposons un repas végétarien par semaine. Moi je suis très attachée à la

culture du « fait maison », et je veux que tous les enfants de la commune puissent en bénéficier. » (Mme. C)

Ce sujet de l'alimentation des enfants, du « bien-manger », priorités des élus interrogés, n'est pas forcément spontanément relié à la santé. Les élus ne semblent pas avoir conscience que tous les efforts faits pour proposer une alimentation de qualité est en lien direct avec l'amélioration de la santé des enfants de leur commune, et est une action concrète et un moyen pour eux d'agir sur la santé de leurs administrés.

b. L'activité physique : aménagement du territoire, transports et activités sportives

Au même titre que la qualité de l'alimentation proposée dans les cantines, l'activité physique se révèle être un sujet important pour les municipalités lorsqu'il s'agit d'évoquer des actions mises en place favorables à la santé, à la prévention et la promotion de la santé.

Les communes disposent de leviers d'action dans ce domaine : ils développent des aménagements permettant la pratique de l'activité physique (agrées, promenades, chemins de randonnée, aires de jeu), ils proposent des cours de sport.

« La mairie est en train de créer un club de marche et on s'est inscrit au plan de relance de l'activité physique pour les séniors donc on a un maître de sport qui intervient toutes les semaines et ça regroupe une quinzaine de personnes âgées, ça fonctionne très bien. On a aussi des cours de zumba, de fitness, on a de la danse. Mais bon, on essaie de varier les possibilités pour les gens de faire du sport. On travaille également sur les chemins de randonnée de façon à offrir sur la commune plusieurs chemins intéressants pour les gens. » (M. B)

« Depuis que je suis élu, on voit qu'on revient à des choses importantes pour le bien-être et donc pour la santé : plus de liaisons douces, plus de marche, plus de vélo. » (M. A)

« On va faire un grand bassin de lagunage pour récupérer des eaux de pluie et sur lequel on veut installer un parcours de marche agrémenté. » (M. B)

La pratique d'une activité physique comme élément favorable à la santé, permettant de diminuer le risque de maladies ou de diminuer les complications de celles-ci, de rester dynamique, de créer du lien social, semble être un élément acquis pour tous. C'est d'ailleurs le seul thème sur lequel toutes les communes interrogées se penchent et ce, pour tous les publics, de tous les âges : de l'aire de jeux en plein air pour les plus jeunes, à l'activité physique adaptée en groupe pour les plus âgés.

c. La jeunesse

Bien que la population du territoire soit vieillissante et que les actions à destination des personnes âgées soient nombreuses, les élus interrogés semblent considérer la jeunesse comme primordiale. Cette idée rejoint le fait que l'école soit au cœur d'un village, et la compétence exclusive de la municipalité, « *en tant que maire, l'école a toujours été le plus important dans un village* » dit même un des maires.

Deux des trois communes, la troisième étant très petite, ont mis en place un conseil municipal des jeunes, apparemment assez impressionnés du dynamisme de ceux-ci, ils comptent bien écouter leurs propositions et s'en faire le relai. Il apparaît également que les propositions de ces jeunes soient très axées sur la santé et l'environnement.

« Ils ont fait leur deuxième ramassage de déchets sur la commune et on y a bien sûr participé. Ils veulent mettre à disposition des gens, des poules pour trier les déchets et on va le faire ! Ils sont plein d'idées donc on les relaie et ils sont très contents. On travaille également sur un terrain multisport en plein air avec eux, sur ce qu'on pourrait mettre en place à cet emplacement. » (M. B)

d. Le CCAS, un moyen d'action clé pour les communes

Pour rappel, chaque commune de plus de 1 500 habitants est obligatoirement doté d'un CCAS (28).

« Il y a un CCAS sur la commune et une de nos priorités c'est les personnes âgées. La crise du covid a mis en évidence le fait qu'il n'y avait strictement rien et qu'il fallait donc absolument mettre en place des actions pour prévenir

au maximum, donner aux gens les bonnes informations pour qu'elles ne soient pas isolées le cas échéant. C'est ça qui nous a guidé. » (M.C)

C'est par ce biais que les maires exercent leur action sociale, en favorisant l'accès aux droits et à la santé notamment. Ils repèrent ainsi les populations vulnérables, nécessitant une attention particulière, présentant des difficultés et parfois des situations complexes et permettent d'apporter des solutions personnalisées.

Pour M. B, le CCAS représente même le cœur de l'action municipale.

« Dès que j'ai été élu, juste après la crise covid, dès qu'on a pu, on a relancé les actions du CCAS, on a de suite prévenu les gens » (M. B)

iii) Le CLS : une démarche perçue comme positive mais un rôle peu clair selon les élus

Tous soulignent l'intérêt de la démarche du CLS pour deux raisons. La première concerne le diagnostic du territoire qui est réalisé et qui permet d'obtenir des informations sur les besoins et les spécificités du territoire en matière de santé.

Seulement qui dit santé, dit majoritairement offre de soins et démographie médicale, selon les représentations des élus. Tous ont idée que le CLS est un outil qui va permettre le développement de maisons de santé sur le territoire et l'installation de davantage de médecins et l'échelle intercommunale de celui-ci va permettre un maillage cohérent du territoire.

« Pour moi, le CLS va permettre de développer des maisons de santé, d'obtenir un maillage des professionnels, attirer des médecins. » (Mme. C)

« Nous ce qui nous revient, dans nos campagnes et nos territoires, c'est l'accès aux soins. C'est de plus en plus compliqué, plus loin et plus long. Ça revient souvent de la part des administrés. » (M.M)

Au-delà du fait que tous attendent du CLS qu'ils répondent au problème de démographie médicale, certains expriment des craintes, des doutes vis-à-vis de la finalité de cette démarche.

« Ça fait peur à beaucoup d'élus. Car on s'attaque à son petit clocher. » (M. A)

« Je ne suis toujours pas capable de vous dire où le CLS nous mènera »
(Mme. C)

D. La parole des techniciens

Une collectivité territoriale, quelle que soit son échelle, est constituée d'un conseil d'élus qui décident des politiques publiques à mener, et de techniciens fonctionnaires territoriaux en charge de la mise en place de celles-ci.

i) *Les liens entre élus et techniciens*

La construction d'un CLS au sein d'une collectivité mobilise principalement deux types d'acteurs : les élus ainsi que les fonctionnaires territoriaux travaillant dans les services.

Cette démarche mobilise donc les services de l'agglomération qui œuvrent au côté technique de celle-ci et qui assure sa réalisation.

Leur mission, grâce à leurs compétences techniques, est d'assurer la mise en œuvre des volontés politiques de l'équipe élue en place. Mais parfois, leur rôle va au-delà, lorsqu'ils soumettent des idées de projets aux élus pour le territoire.

Dans le cas présent, l'idée du CLS émane d'abord du technicien qui a ensuite présenté les rôles, modalités et fonctions d'un CLS aux élus. Ce projet a dans un premier temps été refusé. C'est avec l'arrivée d'une nouvelle équipe et d'un nouveau président que le projet a pu avoir lieu.

Pour rappel, la santé ne fait pas partie des compétences obligatoires d'un EPCI, ainsi, la mise en place d'un CLS à l'échelle de l'agglomération nécessite le vote, en conseil communautaire, de la prise de compétence.

Dans ce cas de figure, les techniciens sont ceux qui sont les plus convaincus de la démarche et qui doivent ensuite amener les élus vers un contrat le plus efficient possible, en tenant compte des enjeux politiques et des spécificités territoriales.

« On a réussi quand même à ce que les élus n'aillent pas contre le CLS. On espère que dans le temps, ils vont être à l'écoute en fonction des axes prioritaires qui seront décidés. » (M. E)

« Nous les techniciens, on jongle là-dessus : rassurer les maires pour qu'ils puissent ne pas être en difficulté avec leurs administrés et les mettre dans une dynamique de projet. Le rôle de l'agglomération c'est de ne surtout pas tenir un discours condescendant et descendant avec les maires : « prenez un peu de hauteur, adhérez à un projet territorial » en faisant abstraction de leurs problèmes. » (M. E)

Le fait que l'agglomération n'ait pas encore acquis la compétence santé explique en partie une réflexion peu développée sur ce sujet de la part des élus. De plus, le territoire présente un retard important en la matière puisque la loi HPST mettant en place les CLS date de 2009. Et ce n'est que 12 ans plus tard que la collectivité engage une réflexion sur le sujet, quand d'autres territoires signent leur 3^{ème} génération de contrat.

ii) Une démarche qui repose sur des enjeux politiques forts

La construction d'un CLS est avant tout la mise en place d'une politique territoriale, soumise à des enjeux, des tensions et des jeux politiques importants.

« Ici le président, il a été élu avec 6 voix d'avance. Ce qui a pesé sur les 6 voix, ce sont les 5 voix de la commune T.. Donc dans toutes les décisions politiques, il faudra nécessairement tenir compte de la place de T.. C'est cet élément qui est le plus important en fait. Les autres communes, elles ont voté contre lui, donc elles en ont rien à faire du président et de son CLS. » (M. E)

Les projets locaux, et le CLS en fait partie, se retrouvent ainsi comme pris en otage des enjeux politiques et électoraux locaux, empêchant une réalisation pleine et sereine de la démarche.

iii) *Un travail sur la durée d'information et d'«acculturation des élus »*

Les deux techniciens interrogés s'accordent à dire que les élus étaient novices en matière de santé et qu'ils n'avaient pas idée des actions et politiques favorables à la santé possible sur leur territoire, hormis leur préoccupation première de démographie médicale.

« Mais comme c'est un sujet nouveau pour eux, hormis les sujets de démographie médicale, ils ne savent pas trop s'en saisir. » (Mme. F)

Tout au long de la démarche de construction du CLS, lors des groupes de travail avec les élus mais également lors des entretiens réalisés dans le cadre de ce travail, les élus ont montré une préoccupation majeure et quasiment unique d'agir sur la démographie médicale de leur territoire.

« Le chef de projet du CLS s'est aperçu que les communes voulaient le CLS pour faire venir des médecins, et ce n'était pas autre chose. [...]. Tout le travail du technicien a donc été de les amener à avoir un autre regard. D'où le choix d'un cabinet en capacité d'acculturer les élus. Il y avait une faiblesse des élus en termes de réflexion globale sur la santé. » (M. E)

« Ils ont conscience que le CLS n'a que peu vocation à agir sur la densité médicale. Mais le maire, dans sa vie de tous les jours, il est rattrapé par ses administrés qui réclament de l'offre de soins (des médecins, des pharmaciens...). Ils sont rattrapés par le quotidien et donc des axes plus généraux et généreux. » (M. E)

Ainsi, le principal rôle des fonctionnaires apparaît comme un travail d'acculturation des élus à adopter une vision globale en matière de santé et à démontrer les bénéfices qu'apportent un projet territorial consacré à la santé.

*« Ils ont un embryon d'idée de ce que peut être un projet territorial de santé. »
(M. E)*

Cette réflexion globale sur la santé sera progressive, les 5 années que dureront le CLS va permettre de la développer et les techniciens seront là pour les accompagner. Ce premier CLS sur ce territoire apparaît ainsi comme un outil d'acculturation des élus, davantage qu'une volonté politique claire et consciente.

« Je pense que ça va être très progressif. Ce CLS va être une première étape dans cette prise de conscience. » (Mme. F)

« Quelque part, je vois là l'opportunité de leur dire : sans le mettre au cœur, vous travaillez déjà sur la santé dans plein d'autres domaines, ce que vous faites déjà ça a un impact et simplement on peut l'éclairer. On peut même insister sur certaines choses pour que ça ait un vrai impact. L'idée c'est de dire qu'un CLS est sur 5 ans et ça permet d'inscrire des actions sur la durée et pas juste faire au gré des appels à projet ou des AMI. » (Mme. F)

E. La crise sanitaire a imposé la santé comme thème central au cœur des municipalités

La crise sanitaire qui a secoué le monde entier et les confinements successifs ont eu un impact sur les municipalités.

Une des premières conséquences de celle-ci concerne le renouvellement des élus. En effet, pour rappel, les élections municipales de 2020 ont été perturbées par la crise du covid-19 et le confinement généralisé. Le second tour s'est ainsi vu décalé de plusieurs semaines par rapport au premier tour et s'est déroulé le 28 juin, avec un premier tour le 15 mars.

*« Le covid a déjà permis un renouvellement plus important des élus, en effet pas mal d'élus ont été élus et ne l'auraient pas été s'il n'y avait pas eu la crise. De nouveaux élus sont arrivés avec une méconnaissance de la collectivité. »
(M. E)*

Les élus des communes se sont retrouvés en première ligne face à la crise et leur façon de gérer la crise, les décisions politiques prises localement ont été inévitablement au cœur des enjeux électoraux.

« Le maire précédent disait : si les gens ont besoin, ils viendront nous chercher. Il n'a donc strictement rien fait pendant le covid. Il nous a même empêché d'agir comme nous étions en période électorale, pour ne pas

perturber la bonne tenue de la campagne. J'étais très insatisfait de cette situation. » (M. B)

La deuxième conséquence que la crise a eu sur les municipalités est qu'elle a mis le sujet de la santé au cœur des programmes électoraux des listes candidates aux élections municipales, le covid-19 et la santé des administrés est devenu un élément électoral, fait nouveau pour cet échelon de collectivité territoriale.

« La plupart des élus, dans leurs programmes électoraux, faisait référence au covid donc à la santé. Ils en ont fait un élément électoral. Et ça, c'est nouveau. » (M. E)

5. Discussion

A. Synthèse des résultats et pistes de réflexion

Ces entretiens ont permis de mettre en exergue plusieurs points sur les représentations et perceptions d'élus et de techniciens des communes, ainsi que les différents leviers et freins quant à la mise en place d'actions et de politiques favorables à la santé.

Tout d'abord, l'échelon local que représente les municipalités apparaît comme un acteur de première ligne avec, malgré une législation limitant leurs compétences, une capacité d'écoute et d'action sur la santé importante. En effet, les mairies sont informées des besoins et sont sollicitées régulièrement par leurs administrés, elles apparaissent ainsi comme légitimes à agir (64) pour améliorer le bien-être de leur population, dont la santé fait partie.

Tous les élus interrogés ont à cœur de développer la qualité de vie de leur population et ils s'y engagent bien souvent personnellement.

Pourtant, il apparaît assez clairement dans ces entretiens que les élus montrent un rôle perçu du maire en matière de santé très limité puisqu'ils associent la santé à la présence ou l'absence de maladie, les moyens d'agir reposant donc principalement sur l'offre de soins. En témoignent d'ailleurs, le fait que les petites communes ne disposent pas d'élus spécifiquement en charge de la santé, le thème étant souvent traité par l' élu en charge des affaires sociales.

Pour rappel, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (6) Dès lors qu'on adopte une vision plus globale de celle-ci, et qu'on prend en compte le fait qu'agir sur la santé ne se réduit pas à réguler l'offre de soins, on s'aperçoit que les municipalités ont de multiples leviers d'action pour agir concrètement, comme en témoignent les nombreuses actions sur les déterminants de la santé. (11)

L'action sociale par exemple, est une compétence importante des communes via leur CCAS qui leur permet un accès privilégié aux populations vulnérables.

Mais les communes, ce sont aussi des compétences larges dans le domaine de la petite enfance, de l'éducation, des affaires culturelles et sportives, de l'urbanisme, du logement, des transports, etc. Autant de compétences qui, si elles sont pensées via le prisme de l'impact

qu'elles ont sur la santé, font des communes des acteurs majeurs dans l'amélioration de la santé de la population.

Pour autant, cette possibilité reste encore lointaine voire utopique car peu d'élus ont cette ambition politique.

Cependant, malgré une vision incomplète de la santé, les élus semblent très attachés et attentifs à la qualité de vie et au bien-être de leurs administrés et mettent en place de nombreuses actions concrètes comme la qualité de l'alimentation dans les cantines, le développement d'actions et d'infrastructures promouvant l'activité physique et les mobilités actives, le maintien à domicile des personnes âgées. Ils utilisent le CCAS pour agir sur des publics spécifiques et réduire les inégalités sociales, agissent sur l'urbanisme et la salubrité des logements, etc.

Toutes ces actions impactent directement la qualité de vie et par-là même la santé de leurs administrés, mais ils ne semblent pas en avoir pleinement conscience.

Dans le cas présent, la mise en place de la démarche de CLS à l'échelle de l'agglomération et donc la prise de compétence dans le domaine de la santé de la collectivité, émane des techniciens.

Au sein des collectivités, les techniciens jouent un rôle particulier. Ils doivent jongler entre un travail de fond visant à convaincre les élus et mettre en place une démarche la plus efficiente possible, tout en prenant en compte les enjeux politiques et électoraux qui s'avèrent souvent très importants.

Face aux élus qui détiennent le pouvoir de décision, ce genre de démarche permet de développer leur acculturation dans des domaines qu'ils ne connaissent pas, ou peu. Le CLS apparaît ici comme un véritable outil de prise de conscience et de travail de fond sur un sujet qui n'était que secondaire auparavant. Bien que les élus aient à cœur d'améliorer la qualité de vie de leurs administrés, ils n'ont que peu d'idées quant à l'ampleur de leurs champs d'action pour agir sur la santé. Les fonctionnaires apparaissent ainsi comme les chevilles ouvrières du projet pour permettre la mise en place d'un contrat efficient sur le territoire tout en prenant en compte la perception et les priorités des élus.

Par ailleurs, au-delà du fait que le covid-19 et les crises qui l'ont accompagné ont placé l'écu local au cœur du système de gestion de crise, il a permis de mettre le thème de la santé

comme un thème central dans l'esprit des maires et des élus locaux, qui pour certains en ont même fait un argument électoral.

La prise en compte de la compétence santé par les municipalités et le rôle important qu'elles peuvent jouer semble donc en marche. Le développement de la politique de la ville, des ateliers santé ville, des villes santé de l'OMS, des contrats locaux de santé sont autant de dispositifs qui le démontrent.

Pour autant, on peut s'interroger de ce qu'il en est pour les petites communes, rurales ou semi-rurales, les territoires vieillissants, ceux souffrant d'une désertification médicale accrue et dont les moyens sont plus modestes.

Les leviers d'actions sont importants. En effet, les municipalités interrogées trouvent de nombreux moyens d'agir, mais le principal frein semble le retard de prise de conscience des élus. La promotion de la santé n'est pas un concept qui leur est familier et la réduction des inégalités sociales de santé, en agissant sur les déterminants de santé, ne l'est pas plus.

La politique de la ville et les ASV, mis en place en 1999, sont les dispositifs qui ont permis aux municipalités d'aborder la santé avec une vision promotrice de celle-ci via notamment la réduction des inégalités sociales de santé sur leur territoire. Cependant, ces dispositifs sont principalement développés et déployés en zone urbaine, ainsi les connaissances, notions et compétences associées, restent cantonnées au milieu urbain. Le territoire étudié accuse un retard important dans ce domaine, du fait du manque de vision globale de la santé et l'instauration de démarches de politiques de santé tardives.

Les difficultés pour aborder la question de la santé à l'échelle municipale sont donc bel et bien présentes avec un corps d'élus municipaux peu formé et informé sur leurs moyens d'action, des difficultés d'accès aux soins telles qu'elles occultent le reste et apparaissent comme la priorité pour les administrés et les élus, et un retard quant aux dispositifs possibles à mettre en place pour un projet territorial en santé.

B. Discussion de la méthode

i) Pertinence de l'étude

a. Choix de la méthodologie

Le choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-directifs ont permis le recueil des perceptions et des représentations de chacun et les personnes interrogées ont pu s'exprimer librement sur la santé, d'une part, et la démarche en cours dans la collectivité, d'autre part.

Ce type d'entretien a favorisé des prises de parole longues et plutôt exhaustives. On observe d'ailleurs bien l'évolution du discours des élus au fur et à mesure de l'entretien. La santé ne leur semble que peu présente et leur rôle peu important dans un premier temps, mais après plusieurs dizaines de minutes d'échanges, des liens sont faits avec de nombreuses actions concrètes qu'eux-mêmes mettent en place permettant l'amélioration de la santé de la population. Ce mode d'entretien permet ainsi l'approfondissement d'un sujet, ainsi qu'une réflexion sur celui-ci et une évolution des points de vue au cours de l'échange, et ce, des deux côtés, autant de la part de l'enquêteur que de l'interrogé.

En complément, l'observation participante qui avait eu lieu en amont de ces entretiens et les échanges informels liés aux missions de stage ont permis d'observer des éléments supplémentaires nécessaires à la bonne compréhension du sujet d'étude, de créer un lien de confiance avec les techniciens de la collectivité et quelques élus. Les échanges ont ainsi pu se réaliser dans un climat de confiance, propices à des déclarations riches et sincères.

b. Les personnes interrogées

La variété des personnes interrogées a permis d'obtenir une vision large du sujet étudié. En effet, s'entretenir avec des élus et des techniciens offre une compréhension de la collectivité territoriale dans son ensemble. Leurs rôles sont très différents mais néanmoins complémentaires. L'articulation entre ces deux fonctions, leurs relations, leurs différences de points de vue sont autant d'éléments qu'il aurait été impossibles de récolter en ne se focalisant que sur l'une ou l'autre des fonctions.

De plus, préparer ces entretiens avec un spécialiste de la promotion de la santé, habitué à accompagner et évaluer des projets avec les communes, les EPCI et les collectivités territoriales de manière générale a permis d'obtenir une vision plus globale encore, avec la comparaison d'autres territoires par exemple, liée à son expérience dans ce domaine.

ii) Limites de l'étude

a. Limites de l'échantillon d'étude

Malgré la diversité des personnes interrogées, la réalisation de seulement six entretiens ne permet pas d'obtenir un échantillon représentatif. Malheureusement, la difficulté d'obtention d'entretiens avec des élus n'a pas permis la réalisation d'échanges supplémentaires.

Une autre limite concerne le fait qu'aucun des élus interrogés n'aient été à la tête d'une commune de plus de 5 000 habitants. L'étude se concentre donc sur le point de vue de maires de petites communes. Il aurait bien sûr été pertinent d'obtenir le témoignage d'élus de plus grosses municipalités, ce qui aurait enrichi l'étude.

b. Limite quant à la période de réalisation de l'étude

Au moment de la réalisation de l'étude, le CLS n'était pas encore signé mais seulement en phase de construction. Les entretiens se sont déroulés sur plusieurs semaines et l'avancement du projet n'en était pas au même point à chaque fois, entraînant des différences notamment sur la perception et la compréhension de la démarche.

c. Limite du mode d'entretien

Une autre des limites de l'étude est le mode de réalisation des entretiens. En effet, la plupart a été réalisée en visioconférence ce qui a pu biaiser ou limiter les échanges, les réactions spontanées ou les paroles un peu plus informelles.

d. Limites de l'analyse de données

La classification des verbatims laisse nécessairement place à une interprétation ou au moins à une certaine subjectivité de la part de celui qui la réalise, d'autant plus lorsque ce classement est réalisé par une personne unique. Le choix des thèmes de classification, les modalités de classification sont sources d'interprétation et d'oublis.

De même, les questions posées lors des entretiens, ou à défaut les relances au cours de ceux-ci, ont pu être orientées et ainsi biaiser la réponse de l'interviewé.

e. Limites de la position de l'enquêtrice

Cette étude a été faite alors que je tenais la position de consultante stagiaire, donc extérieure à la structure étudiée. Cette position toute particulière a entraîné des difficultés de contact des élus dans un premier temps, mais aussi le sentiment d'être extérieure à ce qui se passait dans la collectivité. Bien que le cabinet d'étude dans lequel le stage a été réalisé ait été en charge du projet, la quasi-entièreté du travail a été fait depuis Paris.

6. Perspectives

Les données recueillies lors de ce travail permettent, en lien avec la littérature publiée sur le sujet, d'émettre plusieurs pistes de réflexion et de préconisations qui pourraient aider à développer un projet local en santé dont les communes se saisiraient pleinement en tant qu'acteur incontournable.

A. Les communes en première ligne dans la gestion de crise sanitaire

Il est encore tôt pour tirer des conclusions définitives sur les conséquences de la crise sanitaire sur le système de santé. Mais s'agissant de la gestion de crise, les municipalités se sont avérées être en première ligne et même le principal recours des populations locales face aux actions immédiates à mettre en place. (65) En 2020, la presse spécialisée se demandait même, si face à un Etat impuissant, les collectivités n'allaient pas sauver la France (66) et dénonçait l'hypercentralisation de la santé comme responsable de l'échec des stratégies territoriales à mener.

Les maires et les services municipaux se sont donc avérés être des acteurs primordiaux. Leur rôle a été clairement démontré lorsqu'il a fallu développer des centres de vaccination sur tout le territoire dans des gymnases, salles et autres structures municipales qui ont été mises à disposition, ou encore organiser et distribuer des mesures et matériels de lutte contre la propagation du virus (gants, masques, etc.) qui faisaient défaut au début de l'épidémie, en mobilisant habitants et associations pour des ateliers de couture de masques. (65)

Mais les municipalités ont également assuré un rôle social primordial notamment par l'accueil des enfants lorsque les écoles étaient fermées, de ravitaillement des personnes âgées et celles immobilisées à domicile, (65) les maires se déplaçant parfois en personnes chez leurs administrés dans les petites communes.

B. Donner aux communes les moyens d'agir : décentraliser et coordonner les politiques de santé publique ?

Comme nous l'avons vu dans la discussion, les communes disposent de leviers d'action très importants pour agir sur les déterminants de santé et sur des publics spécifiques, ce qui leur confère une position d'« acteurs majeurs de la politique de santé publique »(67). Des dispositifs sont mis en place depuis 2000 avec les Ateliers Santé Ville dans les quartiers urbains prioritaires qui ont été les premiers dispositifs intégrant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé basée sur les concepts de la promotion de la santé, énoncés dans la Charte d'Ottawa (68). Se sont ensuite développés, en 2009, les CLS qui ont été déployés à une plus large échelle, sur une commune ou un regroupement de communes.

Cela ne fait donc que 22 ans que des dispositifs spécifiques sont créés, au compte-goutte, pour mettre en œuvre une politique de santé à l'échelle locale et l'avancée semble lente et fastidieuse. Mais ce propos doit être temporisé par une parole plus optimiste, comme celle de S. Fleuret qui précise que « *la conscience d'une nécessité de construire la santé (et les conditions propices à la santé des populations) à l'échelle locale et dans les territoires est récente et que chaque petit pas pour renforcer ce processus est une avancée.* » (69)

Décentraliser les politiques de santé publique permettrait, entre autres, l'expérimentation, l'apprentissage, la mise en place de politiques et de programmes qui représentent des populations locales et permettrait aussi de « contrecarrer les faiblesses au niveau du gouvernement central ». (70)

Par exemple, les ASV ont démontré « l'intérêt particulier d'articuler des actions spécifiques contre les inégalités entre les niveaux national/régional et local. » (56)

Ainsi, il apparaît pertinent de donner des outils législatifs et réglementaires et donc des moyens supplémentaires aux communes et aux collectivités territoriales afin qu'elles puissent se saisir pleinement du sujet et développer des projets territoriaux en santé.

Ces moyens supplémentaires ne pourront être efficaces que s'ils sont accompagnés d'une coordination importante entre les différents échelons et acteurs intervenant dans les politiques de santé, sans quoi, le risque serait d'assister à un mille-feuille d'acteurs et une perte d'efficacité.

C. Faire prendre conscience aux élus que leurs leviers d'action sont nombreux

Toutes les lois et les dispositifs du monde resteront inutiles tant que les décideurs, et dans le cas présent les élus locaux, ne prendront pas conscience des moyens qu'ils ont pour agir.

En effet, les élus municipaux se sont longtemps cachés derrière le fait que la santé était du ressort de l'Etat et qu'ils n'avaient de toute manière, pas de compétences réglementaires pour agir.

Mais les temps changent un peu malgré tout. Et cette conscientisation est en marche depuis quelques années, comme le montre la citation de JP Deschamps au Congrès de l'Association des Maires de France intitulé Santé des populations, dynamiques des villes : « *Au fond, il n'est pas nécessaire que le mot "santé" apparaisse formellement dans les programmes, dans les textes, dans les fonctions. C'est l'ensemble de la gestion d'une ville ou d'un village qui leur permet d'être "en santé".* » (69)

Des élus se sont même réunis et engagés pour la santé publique en créant, en 2005, l'association « Elus, santé publique & territoires », à l'initiative d'élus locaux « *désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales.* » (60) Les objectifs sont de fédérer les élus locaux pour promouvoir des politiques visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, affirmer, légitimer et faire reconnaître le rôle des communes et leurs groupements et, développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé.

C'est ainsi qu'il faut redoubler d'efforts pour que les élus soient formés, informés et acculturés à la santé, aux inégalités sociales et territoriales de santé et aux moyens concrets d'agir dessus et de lutter contre.

Enfin, le partage d'expérience et la valorisation des démarches apparaissent comme des outils majeurs pour sensibiliser les élus entre eux, permettant ainsi de favoriser la mise en relation et l'échange autour de mesures ou d'expérimentations entre des territoires. C'est ainsi que des collectivités pourront mettre en place des politiques innovantes, encouragées par les expériences des territoires voisins.

D. Promouvoir la santé dans toutes les politiques locales

L'OMS a défini en 2014 le concept de santé dans toutes les politiques, aussi appelée health in all policies (HiAP), comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. » (71)

Cette notion de santé dans toutes les politiques est inhérente au décloisonnement et à la transversalité des politiques et à une vision globale de la santé (72). Elle permet d'organiser une action coordonnée sur les déterminants de la santé.

Comme l'a montré le ministère de la Santé et des services sociaux québécois en 2005 dans son rapport sur la santé de la population, seuls 25% de l'espérance de vie gagnée sont attribués à l'amélioration du système de santé mais 73% sont imputables à l'amélioration des conditions et habitudes de vie et de l'environnement. (73) Les communes peuvent donc, si elles s'engagent à prendre en compte la dimension de la santé dans leurs politiques, devenir des acteurs phares.

Il semble essentiel que les communes et les collectivités locales se saisissent de ce concept de santé dans toutes les politiques, particulièrement pertinent à l'échelle locale, et abordent le prisme de la santé dans leurs politiques locales puisque leurs champs de compétence sont larges : urbanisme, transport, logement, aménagement du territoire, affaires sociales, affaires culturelles, sport, etc.

Un des moyens de mise en œuvre de ce concept d'HiAP sont les évaluations d'impact sur la santé (EIS) définies comme « des combinaisons de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles, et parfois non intentionnels, d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population ». Leur utilisation par les collectivités s'accroît depuis le début des années 2000 et permettent de formuler des actions appropriées à mettre en place pour appréhender les effets de ceux-ci sur la santé des populations. (74) Cet outil de mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques repose sur des valeurs communes à la promotion de la santé comme une approche globale de la santé, l'équité en santé et la démocratie puisque que les EIS font intervenir la société civile. (75)

Les EIS semblent donc un outil essentiel pour les communes qui souhaitent se saisir des questions de santé et étudier l'impact que leurs politiques ont sur la santé de leurs administrés.

Un autre élément semble peu mis en avant, celui montrant l'impact positif qu'ont les mesures favorables à la santé sur les autres secteurs. Cette approche certes quelque peu utilitariste permet toutefois de penser les relations entre une société en bonne santé et les impacts possibles sur l'économie. (72)

E. Impliquer les élus locaux, c'est aussi prendre en compte leurs préoccupations

Un élu est, par définition, un citoyen choisi par ses pairs pour les représenter et travailler pour le bien commun. Ce principe basique de démocratie permet de rappeler qu'un élu se fait l'écho de ce que la population pense, ou du moins la majorité de celle-ci. Les problématiques rencontrées sur un territoire, les priorités des élus, au-delà de leurs sujets de prédilection, émanent directement des administrés de ce même territoire.

L'étude réalisée a permis de mettre en avant le fait que dans un territoire comme la Communauté d'Agglomération B. où l'offre de soins est déficitaire, voire critique dans certaines zones du territoire, la priorité des élus en termes de santé est l'offre de soins. Cette préoccupation provient de remontées directes qui leurs sont faites de la part de leurs administrés.

Les projets et démarches locaux de santé doivent donc impérativement prendre en compte cet élément et agir dessus si on veut que les maires et élus municipaux soient investis dans de telles démarches.

Le lien indéfectible entre un élu et ceux qui l'ont élu ne peut être négligé dans de telles situations. Prendre en compte les priorités de l'élu, c'est prendre en compte ce que la population lui fait remonter, et ainsi favoriser l'investissement de celui-ci et renforcer sa position de voix représentante de l'intérêt du groupe.

F. Décloisonner la recherche, l'action et les décideurs locaux

Plusieurs recherches, nationales et internationales, se sont penchées sur la question de l'efficacité des actions en prévention et promotion de la santé. De nombreuses données probantes ont été éditées quant aux démarches à suivre pour mener à bien des politiques et actions favorables à la santé et efficaces. (76)

Cependant, il existe des freins à la mise en place d'actions basées sur des données probantes pour plusieurs raisons, comme la barrière de la langue entre chercheurs et acteurs, les impératifs temporels empêchant la mise en place d'analyses poussées, le manque de transférabilité des interventions, des informations issues de la recherche non contextualisées, etc. (78), mais comme l'évoque Linda Cambon et al, « il y a urgence à développer des ponts entre recherche et pratiques alors que certains rapports remettent en question certaines stratégies et un contexte de restriction budgétaire conduisant à privilégier le développement d'interventions ayant déjà montré une efficacité. » (77)

Les missions pour un meilleur transfert des connaissances entre le monde de la recherche et les décideurs et acteurs de terrain sont nombreuses mais néanmoins essentielles pour que les actions et interventions mises en place soient les plus efficaces possibles. Promouvoir ce transfert paraît nécessaire et urgent ainsi que développer une recherche plus en phase avec les besoins du terrain aboutissant à des données et des interventions transférables aux situations concrètes. Ce travail de transfert de connaissances, aussi bien dans un sens que dans l'autre, entre le monde de la recherche et celui du terrain, doit être accompagné. (77)

Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, dans les textes, les communes n'ont que peu de compétences en matière de santé. Ainsi celles-ci n'ont pas développé de savoir-faire et d'expérience dans ce domaine, ni dans l'analyse des besoins et des déterminants sociaux de la santé de leurs habitants et sur leur territoire. (3)

Il apparaît donc urgent et important que les élus et les techniciens des collectivités territoriales soient formés. De plus, le décloisonnement des services et des politiques avec les chercheurs paraît impératif, permettant ainsi le transfert de connaissances, le partage d'expérience, de savoir-faire et une approche transversale et transectorielle de la santé.

Les chercheurs développent une expertise dans un domaine, en l'occurrence celui de la santé publique, et développent et éditent des données probantes.

Les élus et service de collectivités territoriales, quant à eux, développent également ce qu'on peut appeler un savoir expérientiel, explicité une des premières fois par Thomasina Borkamn, sociologue et anthropologue, (78) avec la connaissance de leur territoire, de la population, de leurs spécificités, les freins à la mise en place d'actions, etc.

Le transfert de connaissances doit donc avoir lieu de manière bidirectionnelle entre les chercheurs (et leur expertise sur un sujet) et les services et élus d'une collectivité. Mais il doit également avoir lieu entre services ou entre plusieurs collectivités et territoires distincts.

Conclusion

Construire un projet territorial de santé apparaît aujourd'hui comme une réponse aux inégalités sociales de santé qui s'accroissent depuis plusieurs années. Des dispositifs tentant une approche locale existent depuis le début des années 2000, à l'instar des ASV, du CLS, du conseil local en santé mentale dont l'objectif est la mise en place du plan régional de santé de l'ARS à une échelle plus locale. Mais la multiplication de ces dispositifs, le manque de coordination, leur complexité et la quantité d'acteurs intervenant, entraîne une perte de compréhension et de sens pour les élus locaux, les professionnels et la population générale.

Les communes et leurs groupements se révèlent être des acteurs phares dans la mise en œuvre de politiques de santé publique. La crise sanitaire que nous venons de traverser a permis de mettre l'accent sur leur rôle prépondérant et primordial, et leur capacité à répondre aux solutions, en première ligne face aux populations locales.

Mais le système de santé aujourd'hui très centralisé et déconcentré avec les ARS ne permet pas de leur donner des moyens suffisants pour une politique de santé publique locale ambitieuse et efficiente. Cette centralisation a même entraîné un retard important dans la prise en compte des problématiques de santé de leur territoire de la part des élus. Cette compétence n'étant pas la leur, aucun savoir-faire ni expérience n'a pu être acquis et les objectifs des dispositifs disponibles restent encore nébuleux pour bon nombre d'entre eux.

Pour pallier à ces difficultés, il apparaît nécessaire de tirer des apprentissages de la crise sanitaire où les collectivités, et particulièrement les communes, ont eu un rôle primordial dans la gestion de crise, en répondant par une organisation territorialisée et coordonnée de l'action en santé publique, où les collectivités ont toute leur place. Il s'agit également d'informer et de faire prendre conscience aux élus et aux collectivités des leviers d'action nombreux à leur disposition, leur faire adopter une vision globale de la santé pour pointer les enjeux majeurs des politiques non-sanitaires sur l'état de santé des populations. En conséquence, tout cela aboutit à développer la santé dans toutes les politiques locales, en prônant la transversalité et en promouvant l'EIS comme outil phare. Ces mesures ne pourront se faire qu'avec l'aide du transfert de connaissances et le partage d'expérience entre le domaine de la recherche et les acteurs de terrain.

La prise en compte de la santé dans les politiques locales n'est l'affaire aujourd'hui que de quelques élus militants, montrant une volonté politique forte.

Espérons que cette voix soit portée et entendue par les législateurs qui devront, quoi qu'il arrive, entamer une réflexion majeure sur notre système de santé et les politiques à mettre en œuvre. Ne serait-il pas temps d'adopter une vision globale, transversale et transectorielle de la santé pour rétablir l'équité et réduire les inégalités dans nos territoires ?

Bibliographie

1. Définition - Collectivité territoriale / Collectivité locale / Collectivité locale | Insee [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1353>
2. Renaudie O. Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? Rev Fr Adm Publique. 2020;176(4):901-12.
3. Vaillant Z, Rican S, Salem G. Les diagnostics locaux de santé : levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? . Bulletin de l'Association des Géographes Fr. 2012;89(2):184-93.
4. Que sont les inégalités sociales de santé ? [Internet]. vie-publique.fr. 2021 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante>
5. La santé et la délinquance, principales préoccupations en 2021 [Internet]. Banque des Territoires. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/la-sante-et-la-delinquance-principales-preoccupations-en-2021>
6. Constitution [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 1946 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
7. La déclaration de Jakarta [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 1997 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63698/WHO_HPR_HEP_4IHP_BR_97_4_eng.pdf
8. Alla F. 3. Les déterminants de la santé. In: Traité de santé publique [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 25 janv 2023]. p. 15-8. (Traités). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-p-15.htm>
9. La santé et ses déterminants - Mieux comprendre pour mieux agir. [Internet]. 2012 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa [Internet].1946 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur : PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA (who.int)
11. Déterminants de la santé [Internet]. Institut National de Santé Publique du Québec. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
12. Qu'est-ce qu'un système de santé ? [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>
13. Système de santé, médico-social et social [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

14. Le système de santé en France [Internet]. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. 2021 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>
15. Le ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>
16. Qu'est ce qu'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)? [Internet]. vie-publique.fr. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/21969-quest-ce-quune-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-lfss>
17. Ministère de la Santé et de la Prévention. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
18. Code de la Santé Publique. Chapitre 1er : Politique de santé publique (Articles R1411-1 à D1411-59) - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178521/
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Dossier de presse 2018 : Stratégie nationale de santé 2018-2022. [Internet]. 2018 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
20. Haut Conseil de la Santé Publique. Communiqué de presse : Les travaux du HCSP pour la préparation de la future Stratégie nationale de santé [Internet]. 2022 déc [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1261>
21. Duhamel G. Administrations sanitaires et organisation du système de santé. In: Traité de santé publique [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 8 mars 2023]. p. 179-90. (Traités). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-de-santé-publique--9782257206794-p-179.htm>
22. Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral (1). 2015-29 janv 16, 2015.
23. Agence Régionale de Santé. Améliorer la santé des populations et accroître l'efficacité de notre système de santé. [Internet]. 2014 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2014-09-25_plaquette-ARS.pdf
24. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
25. Le projet régional de santé 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4>
26. Article 72 - Constitution du 4 octobre 1958 - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006527579
27. Bioy X, Laude A, Tabuteau D. Droit de la santé. Paris : PUF; 2020.
28. Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1). 2015-991 août 7, 2015.

29. Régions de France. Quelles sont les Compétences d'une région ? [Internet]. Régions de France. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://regions-france.org/observatoire-politiques-regionales/la-region-quelle-comptetence/>
30. Bayad V. Une organisation territoriale de santé complexe. adsp n° 82 - Collectivités territoriales et santé [Internet]. 2013 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=132>
31. Quelles sont les compétences des départements ? [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/19620-queelles-sont-les-competences-exercees-par-les-departements>
32. Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (1). 2022-217 févr 21, 2022.
33. Villes et communes de France – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277602?sommaire=4318291>
34. Gouvernance hospitalière : comment un hôpital est-il dirigé ? [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37901-gouvernance-hospitaliere-comment-un-hopital-est-il-dirige>
35. Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé [Internet]. vie-publique.fr. 2009 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30676-evaluation-du-fonctionnement-des-services-communaux-dhygiene-et-de-sant>
36. Code de la Santé Publique. Chapitre III : Centres de santé. (Articles L6323-1 à L6323-1-15) - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586/
37. Section 2 : Centre communal ou intercommunal d'action sociale. (Articles L123-4 à L123-9) - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045210174/2022-02-23>
38. Article 126 - Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (1) - Légifrance [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045197591
39. Article 127 - Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (1) - Légifrance [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045197592
40. La coopération intercommunale et les EPCI [Internet]. vie-publique.fr. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/20118-la-cooperation-intercommunale-et-les-epci>
41. Treppoz Bruant A. L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994. adsp n° 82 - Collectivités territoriales et santé [Internet]. 2013 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=132>

59. Les contrats locaux de santé [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
60. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;102(3):23-34.
61. Méthodes de l'observation participante [Internet]. Isabelle Quentin. 2013 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://isabellequentin.wordpress.com/2013/12/26/methodes-de-observation-participante/>
62. Lapassade G. Observation participante. *Vocabulaire de psychosociologie* [Internet]. Toulouse: Érès; 2016 [cité 25 janv 2023]. p. 392-407. (Questions de société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749229829-p-392.htm>
63. ARS Nouvelle-Aquitaine. Communiqués de presse : Accès aux soins 2022 - Nouvelle cartographie « zonage médecine libérale » par département de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 29/04/2022 [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communiques-de-presse-acces-aux-soins-2022-nouvelle-cartographie-zonage-medecine-liberale-par>
64. El Ghozi L. Les politiques municipales de santé publique. *Trib Santé.* 2012;34(1):19-33.
65. Némery JC. Le rôle du maire en temps de crise. *Rev Fr Adm Publique.* 2020;176(4):937-46.
66. Les collectivités vont-elles sauver la France ? [Internet]. *La Gazette des Communes.* [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/679135/les-collectivites-vont-elles-sauver-la-france/>
67. Honta M, Basson JC. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. *Gouv Action Publique.* 2017;6(2):62.
68. Motard C, Tessier S. Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires. *Santé Publique.* 2016;28(6):729-33.
69. Fleuret S. Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? *Commentaire. Sci Soc Santé.* 2016;34(2):107-15.
70. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Trouver un équilibre entre la décentralisation et la centralisation dans les systèmes de santé publique. *Webinaire.* [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/trouver-un-equilibre-entre-la-decentralisation-et-la-centralisation-dans-les-systemes-de-sante-publique/>
71. Guigner S. De « la santé dans toutes les politiques » à « toutes les politiques dans la santé » : le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne. *Commentaire. Sci Soc Santé.* 2016;34(2):71-9.
72. Vallet, B. La santé dans toutes les politiques. *adsp n° 99 - Crise économique et santé* [Internet]. 2013 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=156>
73. Hamel M, Hamel G, Pakenham C, Rochette M, Anctil H, et al. Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Produire la santé. *État Santé.*

74. Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. *Santé Publique*. 2012;24(6):479-82.
75. Kane, H. Entretien avec Françoise Jabot : « Santé dans toutes les politiques et Covid-19 » [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/suivre-l-actualite/les-actualites-generales-de-la-sante-publique/les-dernieres-actualites/item/17288-entretien-avec-francoise-jabot-sante-dans-toutes-les-politiques-et-covid-19>
76. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 août 2010;58(4):277-83.
77. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé Publique*. 2013;25(6):757-62.
78. Gardien È. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie Soc*. 2017;20(4):31-44.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien exploratoire à destination du professionnel de l'IREPS

Date :

Durée :

Nom de l'intervenant :

Objectifs de l'entretien :

- Obtenir la perception d'un professionnel de la promotion de la santé et travaillant avec des collectivités territoriales au sujet de la place des communes dans les politiques de santé
- Obtenir des éléments permettant la construction des entretiens avec les élus et les fonctionnaires territoriaux

Introduction :

- Etudiante en master 2 Promotion de la Santé et en 6ème année de pharmacie
- Réalisation d'un stage en cabinet d'études et de conseils
- Une des missions de stage est la mise en place d'un CLS sur la communauté d'agglomération B : décision d'utiliser ce projet comme étude de cas
- Travail sur la place des communes et regroupements de communes dans la mise en place de politiques et d'action favorables à la santé
- Questionnement : Comment les communes et regroupements de communes peuvent agir sur la santé de leurs administrés quand la compétence santé est très majoritairement centralisée ?
- Objectif principal : Déterminer la place et les leviers des communes et regroupements de communes dans l'élaboration de politiques et actions promotrices de santé.
- Futurs entretiens avec des élus et des fonctionnaires territoriaux de la communauté d'agglomération

Thèmes :

- *Rôles et missions de l'IREPS*
- *Travail avec les collectivités territoriales :*

Type d'accompagnement aux collectivités

Qui est à l'initiative de l'accompagnement ? Les collectivités ou l'IREPS ?

Types de municipalités accompagnées : taille, situation géographique, urbaine/rurale, étiquette politique, etc.

- *Le travail au sein de la collectivité :*

Représentations de la santé observées (élus et techniciens) Représentations de la promotion de la santé

Rôle perçu des élus en matière de santé Difficultés perçues

- *Le covid-19 et la crise sanitaire :*

Conséquences sur les municipalités

Conséquences sur le travail d'accompagnement de l'IREPS

Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des élus

Date :

Durée :

Nom de l'intervenant :

Fonction :

Objectifs :

- Comprendre les représentations des élus sur la santé
- Connaitre ce qu'ils ont compris du CLS et leurs attentes vis-à-vis de celui-ci
- Connaitre leur expérience au sein de leur commune : difficultés rencontrées, actions mises en place, etc.

Introduction :

- Etudiante en master 2 Promotion de la Santé et en 6ème année de pharmacie.
- Réalisation d'un stage à Acsantis, le cabinet qui les accompagne pour le CLS
- Dans ce cadre, rédaction d'une thèse autour du rôle des communes dans la mise en place de politiques et d'action favorables à la santé. Donc un travail sur l'action locale en santé.
- Entretiens avec des élus et des techniciens pour avoir tous les points de vue de la collectivité et comprendre les leviers d'action possibles, les difficultés rencontrées

Thèmes :

- *Situation*

Nombre de mandats, expériences antérieures, délégation à la communauté d'agglomération

- *Parlez-moi de la santé. Pour vous, qu'est-ce que c'est ?*

Municipalité et santé

En tant que maire, qu'est-il possible de faire pour la santé des habitants ? Quel rôle joue la municipalité ?

Difficultés rencontrées

- *Liens possibles avec d'autres politiques*
- *Actions mises en place dans la commune*

Difficultés rencontrées

- *Le CLS*

Perception de la démarche Ce qu'il va permettre

- *Crise covid-19*

Changements – conséquences

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des fonctionnaires territoriaux

Date :

Durée :

Nom de l'intervenant :

Fonction :

Objectifs :

- Comprendre les représentations des fonctionnaires territoriaux sur la santé
- Connaitre le rôle de la collectivité dans les démarches favorables à la santé
- Comprendre leur lien et rôle vis-à-vis des élus

Introduction :

Présentation du travail de recherche :

- Etudiante en master 2 Promotion de la Santé et en 6ème année de pharmacie.
- Réalisation d'un stage à Acsantis, le cabinet qui les accompagne pour le CLS
- Dans ce cadre, rédaction d'une thèse autour du rôle des communes dans la mise en place de politiques et d'action favorables à la santé. Donc un travail sur l'action locale en santé.
- Entretiens avec des élus et des techniciens pour avoir tous les points de vue de la collectivité et comprendre les leviers d'action possibles, les difficultés rencontrées

Thèmes :

- *Rôle au sein de la collectivité et dans le projet de CLS*

Expérience, années d'ancienneté

- *Parlez-moi de la santé. Pour vous, qu'est-ce que c'est ?*
- *Rôle de la collectivité en santé*

Moyens à disposition des collectivités (EPCI ici) Ce qui peut être mis en place

Difficultés rencontrées

- *Lien avec les autres politiques*
- *Le CLS*

Ce qu'il va permettre Rôle perçu du CLS Rôles des techniciens Lien avec les élus Difficultés rencontrées

- *Crise covid-19*

Changements – Conséquences

Annexe 4 : Tableau de classification des verbatims de l'entretien exploratoire

Thème	Verbatims associés
CLS/CPTS	<p>« D'habitude, les démarches CLS sont antérieures puisque les CLS sont issus de la loi de 2006. Et les CPTS ont été créées ensuite. Donc souvent, c'est d'abord un CLS et ensuite la CPTS se crée dans un contexte de CLS mais c'est rare qu'il y ait des passerelles. »</p> <p>« Alors qu'un CLS c'est une collectivité qui le met en place pour décliner le PRS de l'ARS, ça permettait à l'ARS d'avoir un ancrage territorial. Désormais ça a un peu évolué vers le même objectif qu'un projet local en santé. »</p> <p>« Ces démarches de mille feuilles sur-mobilisent les acteurs. »</p>
CLS et offre de soins	<p>« S'ils sont sur-focalisés sur l'offre de soins c'est qu'ils considèrent que leurs administrés attendent d'eux qu'ils agissent sur l'offre de soins. Et ce n'est pas du tout inconciliable avec le fait d'agir sur, par exemple, la gestion des eaux usées, du réchauffement des îlots de chaleur, des mobilités actives. Si les élus viennent avec ce sujet-là c'est parce qu'ils se disent que c'est là-dessus qu'on les attend en priorité »</p> <p>« Beaucoup de CLS ont investi la question de l'offre de soins. Ces travaux bénéficient par la suite aux CPTS qui arrivent bien souvent après les CLS. »</p> <p>« Aujourd'hui, les nouvelles générations de CLS quasiment systématiquement évoquent l'offre de soins car le c'est le seul endroit où des représentants du territoire (élus), des acteurs variés (institutions comme la caf, l'éducation nationale...), des professionnels de santé (URPS, même si rarement dans les espaces de travail mais signataires des cls) peuvent se réunir et traiter de ce sujet. »</p>
Municipalités et santé	<p>« Je suis arrivé à l'ireps il y a 16 ans, et on voyait très peu d'élus. Ca a énormément évolué via les dispositifs qui ont été mis en place et notamment avec les ASV sur les territoires urbains. »</p> <p>« La politique de la ville a développé une culture commune et a poussé les élus à développer quel était l'intérêt pour eux à agir. »</p> <p>« On se rend compte que de très nombreux déterminants de santé sont dans les mains dans élus et des collectivités territoriales, et communes. (Transports, petite enfance). »</p> <p>« Ce n'est pas un hasard si les coordo de CLS appartiennent aux collectivités. On fait en fait appel au pouvoir de convocation des communes et regroupement qui est sans égal. Un maire réunira autour de la table sur la santé bien plus que le préfet, le DG de l'ARS, de l'AM ou de l'URPS, etc. Il faut aujourd'hui que cela soit suivi de faits et de moyens. »</p>

<p>Compétence santé territorialisée Point légal</p>	<p>- « Depuis la loi Bachelot HPST de 2009, la santé publique est devenue territoriale, on observe de nombreuses initiatives locales, territoriales. Mais maintenant il y en a tellement que la question est comment on va réussir à les coordonner/fusionner ? »</p>
<p>Centres santé</p>	<p>de</p> <p>« Il faudrait pousser à ce qu'il y ait plus de centres de santé pour compléter l'offre libérale et que les cpts puissent arbitrer tout ça. Un diagnostic est fait avec le cls, on monte un centre de santé, on recrute les services qui manquent. Centres de santé municipaux : de nombreuses communes sont en train d'en mettre en place. En NA, peu ont la culture de ça, ce sont des centres qui historiquement émanent de municipalités communistes et industrielles. »</p> <p>« Un centre de santé fonctionne et est fiable financièrement parlant quand on amène des actes rémunérateurs : consultation mémoire par exemple (peu d'équipement et efficient, impact rapide sur le parcours et la qualité des soins et bien indemnisé). »</p> <p>« Les collectivités ont toujours besoin de compléter les financements d'un centre de santé. Mais Il faut que les collectivités prennent conscience du prix que leur coûte l'absence/le manque d'offre de soins. Par exemple, les CCAS sont complètement embolisés par les questions d'accès aux droits et aux soins. »</p>

Annexe 5 : Tableau de classification des verbatims des entretiens avec les élus

Thème	Sous-thème	Verbatims associés
La fonction de maire dans la santé des administrés : perceptions et représentations	Une perception de la santé médico-centrée	<p>A : « Le premier mot qui me vient à l'esprit c'est le bien-être, être en forme tout simplement. Ne pas avoir de problèmes de motricité, d'intellect, d'aller où on veut, comment on veut. Être en forme physiquement et psychologiquement. »</p> <p>A : « Je vous l'ai dit, pour moi la santé c'est le bien-être donc bien manger, faire du sport. »</p> <p>B : « C'est le fait de ne pas être malade, de ne pas avoir besoin des professionnels de santé. Ça m'évoque la philosophie chinoise : le médecin était payé uniquement quand les gens n'étaient pas malades. C'est un principe de base qui est foncièrement différent du nôtre et qui a aujourd'hui peut être poussé notre système de santé à aller si mal aujourd'hui. »</p> <p>B : « Les campagnes de publicité par exemple à la télévision ? Oui c'est important, le fait de boire régulièrement, le fait de manger correctement, le fait de bouger. »</p> <p>C : « Pour moi, la santé c'est pouvoir prendre rendez-vous. Pouvoir aller chez le médecin, chez les spécialistes. Surtout quand on sait que c'est de plus en plus difficile. »</p>
	Rôle perçu très limité en matière de santé, centré sur l'information	<p>A : « La municipalité peut aider ses concitoyens au niveau de l'information : donner aux citoyens tous les moyens possibles pour accéder aux services qu'il y a sur le secteur. Sinon, pas grand-chose d'autre. »</p> <p>B : « On a plusieurs médias dans la commune : le bulletin municipal, un bulletin trimestriel pour des infos plus courtes, un panneau lumineux, un site internet et facebook : on n'hésite pas à utiliser ces médias pour prévenir les gens. Sur la canicule par exemple. On utilise beaucoup les médias à notre disposition pour avertir et informer les gens. »</p> <p>C : « En tant qu'élus, ce que nous pouvons et devons faire c'est communiquer sur qui appeler pour savoir comment faire si on a tels symptômes, ou qu'on est dans telle situation. »</p>
	Accès aux soins et professionnels de santé	<p>A : « Sinon, pas grand-chose d'autre. A part faire venir des médecins généralistes, c'est le sujet le plus compliqué sur le secteur. »</p> <p>A : « Pour tout vous dire, je me considère pas comme un politique, simplement comme le maire de ma commune car ce qui m'intéresse est de m'occuper des gens de mon territoire pour que ça se passe bien. Mon message politique est simple : être bien là où on vit. La santé en fait partie. Moi, en tant que personnage public, à ce niveau-là, je ne pensais jamais qu'on interviendrait dans les problèmes de santé. Il y a 10 ans, vous m'auriez dit ça, je ne vous aurais pas cru. Puisqu'il s'agit de professions libérales. J'étais moi-même libéral. Je ne pensais pas que la politique essaierait de trouver des solutions sur l'offre de soins comme aujourd'hui. »</p> <p>A : « Il faut que nous politiques, nous nous bougions pour trouver des solutions pour que nos administrés accèdent aux soins. Et c'est de plus en plus difficile car les professionnels de santé ont des exigences, chose qui n'existait pas avant : avant le médecin</p>

		<p>de campagne n'avait pas d'horaire, aller voir les gens chez eux, etc. il est très difficile de faire comprendre aux administrés que les modes de pratique ont changé. Les anciens étaient habitués à la visite du médecin, chose qui n'existe plus. »</p> <p>A : « Notre rôle, c'est de trouver des solutions d'un point de vue social et économique pour que de plus en plus de médecins et de spécialistes s'installent au plus près des citoyens. »</p> <p>A : « Les communes essaient de débaucher des médecins sur leur commune pour pouvoir dire à leurs administrés : vous voyez, j'ai réussi à faire venir un médecin. Et c'est la commune qui paie le cabinet, le secrétariat et ainsi de suite. C'est l'escalade. Je pensais pas qu'un jour ça arriverait ce genre de chose. »</p> <p>B : « Il faut que la commune apparaisse attractive pour les PS, un environnement dans lequel ils pourront se sentir bien. Nous sommes très sensibles à ça. »</p> <p>C : « Ce que je constate également c'est qu'il y a un moins bon accès aux soins pour les publics vulnérables, ils sont plus isolés. »</p>
	L'action sociale et l'engagement personnel	<p>B : « Concrètement, fêter systématiquement tous les anniversaires des personnes de plus de 75 ans. On va chez elle, deux élus généralement, pour voir comment se situe leur environnement, comment elles sont entourées et puis on leur donne toutes les astuces nécessaires pour se maintenir le plus longtemps possible à domicile. »</p> <p>C : « Les élus des petites communes sont en première ligne, ils se déplacent eux-mêmes en personne chez les gens pour leur apporter de la nourriture, pour s'assurer que tout va bien, pour assurer le lien social lorsqu'il y a un isolement important. Nous, les élus des petites communes, nous sommes vraiment en première ligne avec nos administrés. »</p>
Les actions concrètes dans la commune	Ecole Cantine –	<p>A : « Moi en tant que maire, l'école a toujours été le plus important dans un village et donc la cantine et les repas des enfants : la nouvelle loi nous oblige à faire de bio, des circuits courts, et tout ça. Et je trouve ça très bien. Mais nous on le faisait avant que ce soit conseillé. Mes collègues utilisent de plus en plus des traiteurs avec des repas livrés tous faits. Tandis que moi, je trouve que c'est bien que ce soit une cuisinière qui cuisine sur place. On a un producteur bio, un des plus connus de l'agglo qui est sur la commune. Et il est pas bio pour faire des sous, non c'est depuis plusieurs générations. Donc on se fournit là pour la cantine. La santé c'est aussi ça pour moi. »</p> <p>B : « Par exemple, l'école apparait comme un modèle d'abord parce qu'on y a fait beaucoup de travaux, pour que l'accueil puisse se faire dans les meilleures conditions. On est en train de travailler énormément sur la qualité des repas qui sont fournis car on n'est pas satisfaits là-dessus, on travaille beaucoup dessus. On a une commission très engagée dans le projet de bien manger. »</p> <p>B : « Sur la cantine et les repas qui ne nous conviennent pas : on présente la particularité de se faire livrer directement nos repas par un prestataire à qui on fait remonter tout ce qui ne va pas en termes de quantité et de qualité. On arrive à faire remonter beaucoup de choses pour que la qualité s'améliore. On a également travaillé avec une diététicienne à un moment donné dont on avait gardé les bases de menu, on se sert de ça pour faire remonter nos infos. Mais c'est très difficile, un combat quotidien. On av certainement revoir le contrat avec le prestataire car ça ne nous convient pas. »</p>

		<p>C : « sur la commune, on propose 50% de bio, on a nos propres cuisines et cuisiniers qui préparent chaque jour les plats pour les enfants, et nous proposons un repas végétarien par semaine. Moi je suis très attachée à la culture du « fait maison », et je veux que tous les enfants de la commune puissent en bénéficier. »</p> <p>C : « D'ailleurs, on a déjà proposé des ateliers de cuisine avec les enfants de la commune. »</p>
	Activité physique	<p>B : « La mairie est en train de créer un club de marche et on s'est inscrit au plan de relance de l'activité physique pour les séniors donc on a un maître de sport qui intervient toutes les semaines et regroupe une quinzaine de personnes âgées, ça fonctionne très bien. On a aussi des cours de zumba, de fitness, on a de la danse. Mais bon, on essaie de varier les possibilités pour les gens de faire du sport. On travaille également sur les chemins de randonnée de façon à offrir sur la commune plusieurs chemins intéressants pour les gens. »</p> <p>B : « On va faire un grand bassin de lagunage pour récupérer des eaux de pluie et sur lequel on veut installer un parcours de marche agrémenté. »</p>
	Jeunesse	<p>B : « On a mis en place le Conseil municipal des jeunes qui regroupe les jeunes jusqu'à 18 ans et ils travaillent avec mon adjointe en charge des écoles. Ils travaillent sur beaucoup de champs dont l'environnement ainsi que la santé, le bien-être. »</p> <p>B : « ils ont fait leur deuxième ramassage de déchets sur la commune. Ils vont mettre à disposition des gens des poules pour trier les déchets. Ils sont plein d'idées donc on les relaie et ils sont très contents. On travaille également sur un terrain multisport en plein air avec eux, sur ce qu'on pourrait mettre en place. »</p> <p>C : « On a un Conseil Municipal des jeunes et ils sont vraiment forces de proposition sur de très nombreux sujets et notamment ceux qui touchent la santé. Par exemple, ils ont fait des propositions pour prévenir le surpoids chez les enfants et les jeunes en voulant développer les activités sportives et les installations dédiées sur la commune. »</p> <p>C : « Un de nos leviers d'action de la municipalité concerne les enfants. Je veux, en tant que maire, que chaque enfant puisse partir en voyage scolaire, puisse faire des pique-niques en plein air, des sorties en mer. Des choses qui paraissent simples mais que tout le monde ne fait pas. Alors avec la commune, je veux garantir et m'assurer que tous les enfants puissent vivre ces moments essentiels à leur bien-être. »</p>
	Le CCAS	<p>C : « Il y a un CCAS sur la commune et une de nos priorités c'est les personnes âgées. La crise du covid a mis en évidence le fait qu'il n'y avait strictement rien et qu'il fallait donc absolument mettre en place des actions pour prévenir au maximum, donner aux gens les bonnes informations pour qu'elles ne soient pas isolées le cas échéant. C'est ça qui nous a guidé. »</p> <p>B : « dès qu'on a été élu on a relancé immédiatement les actions du CCAS, on a de suite prévenu les gens. »</p>
Le CLS	Le rôle perçu	<p>A : « Déjà ça permet d'avoir un diagnostic, un état des lieux et c'est intéressant. Ça permet de travailler ensemble, élus et techniciens et puis ça permet aussi d'identifier les besoins qui sont spécifiques. »</p> <p>A : « Nous ce qui nous revient, dans nos campagnes et nos territoires, c'est l'accès aux soins. C'est de plus en plus compliqué, plus loin et plus long. Ça revient souvent de la part des administrés. Après par contre, il y a une guerre économique et c'est pour</p>

		<p>ça que travailler sur le cls est très important : l'enjeu majeur c'est de travailler tous ensemble et les communes et tous ensemble avec les professionnels. »</p> <p>A : « Moi je n'y participe pas à ce cls mais je trouve que c'est important d'avoir le maximum d'informations pour faire un maillage cohérent pour les gens. »</p> <p>B : « Déjà, il y a un diagnostic du territoire qui est fait pour montrer les points forts et faibles. Pour montrer là où il serait nécessaire de créer des structures pour des gens malades. Un maillage du territoire devra être fait pour ne pas multiplier les maisons de santé par exemple. »</p> <p>B : « Ce que je vais attendre du CLS c'est de ne pas être oublié. »</p> <p>C : « Pour moi, le CLS va permettre de développer des maisons de santé, d'obtenir un maillage des professionnels, attirer des médecins. »</p> <p>C : « mais le CLS il va aussi permettre de développer des actions sur d'autres thèmes qui jouent sur la santé des administrés : sur l'alimentation et qui est pour moi très important, sur l'urbanisme, sur les transports et les déplacements, sur plein de choses »</p>
	Les apports	<p>A : « Ça va permettre une meilleure compréhension, une meilleure information, un meilleur maillage des actions. Et qu'il n'y ait pas de coins ou de territoires oubliés. »</p> <p>B : « Par exemple, on vient de faire l'acquisition d'une maison juste à côté de la mairie dont la finalité est l'accueil de professionnels de santé. Aujourd'hui on a les murs et le terrain mais je ne sais pas ce qu'on va y faire. Je vais donc m'inscrire dans toutes les démarches du cls pour essayer d'obtenir des professionnels de santé mais je sais que si j'ai des infirmiers ou des kiné je serai content, si j'ai un cabinet de télé-médecine, je serai content aussi. On n'a pas de médecin depuis 10 ans sur la commune, les gens ont trouvé des alternatives. Je ne suis pas sûre que le fait d'un médecin soit de nature à régler tous les pb de la commune. Je préférerais un maillage, je préfèrerai plusieurs professionnels qu'un seul. »</p>
	Les craintes	<p>A : « Ça fait peur à beaucoup d'élus. Car on s'attaque à son petit clocher. »</p> <p>C : « Je ne suis toujours pas capable de vous dire où le CLS nous mènera »</p>

<p>La crise sanitaire du covid-19</p>		<p>A : « Sur la santé psychique et mentale, le covid a changé les choses. Le bien-être, être bien là où on vit : j'ai l'impression que les gens se sont recroquevillés sur eux et ont du mal à s'ouvrir. Par exemple, les fêtes de village, on ne les fait pas que pour les touristes, mais surtout pour les habitants, pour qu'ils se rencontrent, pour qu'ils se sentent bien chez eux. Le covid a empêché tout ça et aujourd'hui c'est difficile à rattraper, les gens sortent moins de chez eux, ils ont du mal. Même aller au théâtre, au cinéma. Donc on essaie de faire beaucoup d'animation pour tenter de recréer le lien social. »</p> <p>B : « Le maire précédent disait : si les gens ont besoin, ils viendront nous chercher. Il n'a donc strictement rien fait pendant le covid. Il nous a même empêché d'agir comme nous étions en période électorale, pour ne pas perturber la bonne tenue de la campagne. J'étais très insatisfait de cette situation donc dès qu'on a été élu on a relancé immédiatement les actions du CCAS, on a de suite prévenu les gens. La seule chose qu'on avait réussi à mettre en place : un atelier de confection de masque. Aujourd'hui, on est prêt à subir une énième invasion. »</p> <p>B : « On organise chaque année un repas des anciens. Cette année, on a eu beaucoup moins de monde que les années précédentes à cause du covid alors même qu'il n'y avait plus de restrictions. Des gens nous appelaient savoir si on imposait le masque, non on ne l'imposait pas puisqu'il n'y avait plus de restriction. Ben on a eu au moins 30 personnes en moins. »</p> <p>B : « Le covid a contribué à isoler les gens et qu'ils ne sont pas encore sortis de cet isolement. Il y a une crainte de la contamination qui est très forte, surtout chez les vieux. D'après les infos qu'on avait, les gens étaient relativement bien vaccinés sur la commune. »</p>
---------------------------------------	--	---

Annexe 6 : Tableau de classification des verbatims des entretiens avec les techniciens

Thème	Sous-thème	Verbatims associés
Lien entre élus et techniciens	Genèse du projet	<p>E : « la volonté de mettre en place un CLS, elle émane de deux personnes : le technicien (moi) et le président. J'ai décidé de prendre la compétence optionnelle d'action sociale au niveau de l'agglomération et donc en demandant aux élus de réfléchir à cette action optionnelle d'aide sociale, j'ai pu aider à mieux cibler les aides financières pour la petite enfance, les familles, le logement d'urgence, les associations caritatives, etc. »</p> <p>E : « A un moment donné, se pose la question d'un CLS. Donc nous techniciens, on propose à l'ancien président « Est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on travaille sur un diagnostic CLS ? », on est en 2018 là. Et il dit non. »</p> <p>E : « Les techniciens avaient organisé en 2019 une présentation aux élus sur les intérêts de mettre en place un CLS et ils avaient décidé de ne pas se lancer dedans. »</p> <p>E : « Les nouveaux élus sont ensuite arrivés et avec le changement de président, il voulait absolument mettre en place un CLS. C'était d'autant plus facile que la compétence action sociale était déjà votée. Donc ils ont pu inscrire l'élaboration du CLS dedans. »</p> <p>E : « C'est donc l'arrivée d'un nouveau pool d'élus qui avait la volonté de mettre en place un CLS + un travail en amont des techniciens (compétence action sociale de l'EPCI) qui a permis sa mise en place. »</p> <p>E : « on s'est dit qu'on pouvait créer une instance qui pourrait travailler avec l'ensemble des élus, monter en fait une commission ad hoc avec des élus intéressés dans chaque commune. Résultat : on s'est plantés lamentablement. On s'est aperçus qu'on avait loupé une étape essentielle de création d'une dynamique autour des élus. On a donc demandé au cabinet avertis de faire un complément d'accompagnement spécifique au niveau des élus. »</p> <p>E : « On a réussi quand même à ce que les élus n'aillent pas contre le CLS. On espère que dans le temps, ils vont être à l'écoute en fonction des axes prioritaires qui seront décidés. »</p>

		<p>E : « Nous les techniciens, on jongle là-dessus : rassurer les maires pour qu'ils puissent pas être en difficulté avec leurs administrés et les mettre dans une dynamique de projet. Le rôle de l'agglo c'est de ne surtout pas tenir un discours condescendant et descendant avec les maires : « prenez un peu de hauteur, adhérez à un projet territorial » en faisant abstraction de leurs problèmes. »</p> <p>F : « Il a manqué de temps de travail en interne pour bien les impliquer dans la problématique santé, dans la prise de compétence car c'est quelque chose de nouveau. »</p> <p>F : « Moi je découvre cette collectivité. Je connais pas leurs habitudes de travail. Mais je trouve qu'on les voit assez peu les élus. Et en même temps, ça laisse un certain confort de travail. »</p> <p>F : « Des élus sont quand même impliqués mais à l'échelle communale. Donc ils ont du mal à percevoir ce qui peut exister à l'échelle intercommunale, ce qui peut exister entre ce qu'ils font au niveau de leur commune, ce qui est porté par le département et puis par les politiques nationales. Je pense que c'est compliqué pour eux qu'ils peuvent être juste relai. »</p>
Les enjeux politiques		<p>E : « Par contre, on a eu de la chance car il y a eu des médecins qui sont arrivés à C. Sans ça, la municipalité aurait tout bloqué. Ce sont les équilibres politiques. »</p> <p>E : « Ici le président, il a été élu avec 6 voix d'avance. Ce qui a pesé sur les 6 voix, ce sont les 5 voix de T. Donc dans toutes les décisions politiques, il faudra nécessairement tenir compte de la place de T. C'est cet élément qui est le plus important en fait. Les autres communes, elles ont voté contre lui, donc elles en ont rien à faire du président et de son CLS.»</p> <p>E : « le CLS est associé au président de l'agglo. »</p> <p>E : « L'offre déficitaire et la volonté de rayonnement de T. restent quand même sous-jacent sur les questions de santé du territoire, et politiquement parlant. »</p> <p>F : « L'enjeu qu'il y a et qui est délicat c'est aussi par rapport au fait que c'est une interco et qu'il y a déjà des communes qui se sont saisies de ces sujets-là et qui n'ont pas forcément envie que la collectivité à l'échelon supérieur s'en mêle, elles voudraient continuer à faire ces actions comme elles en ont envie. Et y a d'autres communes qui n'ont rien fait. L'enjeu pour nous maintenant ça va être de dire comment l'agglo se saisit des choses, qu'est-ce qui reste du domaine des communes et qu'est ce qui va lui revenir. »</p>
Acculturation des élus et des techniciens	Des élus	<p>E : « les communes, elles étaient complètement novices et n'avait quasiment aucune notion. »</p> <p>E : « Le chef de projet du CLS s'est aperçu que les communes voulaient le CLS pour faire venir des médecins, et ce n'était pas autre chose. Les communes se sont dits que l'agglo allait aider, via ce cls, à avoir des médecins. On part de là en septembre 2020. »</p> <p>E : « Tout le travail du technicien a donc été de les amener à avoir un autre regard. D'où le choix d'un cabinet en capacité d'acculturer les élus. Il y avait une faiblesse des élus en terme de réflexion globale sur la santé. »</p>

		<p>E : « en fait l'objectif c'est quoi ? Il faut que les élus comprennent que l'agglo n'est pas là pour leur donner tant de subventions pour payer les murs d'un futur cabinet et tant d'euros pour la secrétaire d'accueil, et tout ça. »</p> <p>E : « Ils ont un embryon d'idée de ce que peut être un projet territorial de santé. »</p> <p>F : « Mais comme c'est un sujet nouveau pour eux, hormis les sujets de démographie médicale, ils ne savent pas trop s'en saisir. »</p> <p>F : « Je pense que ça va être très progressif. Ce cls va être une première étape dans cette prise de conscience. »</p> <p>F : « Par exemple, le CLS et le CLSM à H..., ils sont en galère parce que le président de l'interco dit que tout va bien, qu'il n'y a pas de problème puisqu'il n'y a pas d'industrie, pas de pollution. »</p> <p>F : « A mon avis, ils sont saturés et il faut se dire que c'est une nouvelle compétence pour eux donc c'est nouveau et n'y ont jamais été confrontés. Cette confusion, l'ignorance un peu sur le contenu d'un cls de la part des élus, tout ce qui est difficile aujourd'hui, c'est parce que c'est le début. Avec un peu de chance, ça sera plus simple pour le deuxième. »</p>
	Des techniciens	<p>F : « moi je ne suis pas une technicienne de la santé, j'ai pas d'expertise santé mais en même temps c'est le cabinet d'étude qui nous l'apporte. Moi, ce que j'apporte c'est est-ce qui est apporté dans le cls correspond à l'ambition politique qui est primée ? Or la difficulté ici, en toute transparence, c'est que l'ambition politique n'est pas très affirmée, on ne sait pas trop où ils veulent aller. La feuille de route n'est pas claire. »</p> <p>F : « de par ma formation et mes expériences en habitat insalubre, urbanisme, etc, j'ai forcément fait le lien avec la vie du territoire. »</p> <p>F : « le technicien qui travaille sur l'assainissement il a fini par nous lâcher « oh mais tout va bien, vous avez vu notre cadre de vie ? ».»</p>
Démographie médicale		<p>E : « Ils ont conscience que le cls n'a que peu vocation à agir sur la densité médicale. Mais le maire, dans sa vie de tous les jours, il est rattrapé par des administrés qui réclament de l'offre de soins (médecins, pharmaciens). Ils sont rattrapés par le quotidien et donc des axes plus généraux et généreux. »</p> <p>F : « En ayant l'expérience du libéral, je vois bien que ton pouvoir d'action quand tu es une collectivité sur les professions libérales, il est très limité. A part activer des leviers financiers incitatifs, c'est quand même très compliqué. L'équation qu'ils présentaient était biaisée : on veut faire venir des médecins mais on veut pas les salarier. »</p>
Les sujets travaillés		<p>F : « au départ c'était parti pour être un cls a minima. »</p> <p>F : « Il ne devait pas y avoir de volet sur l'alimentation au départ. Quand je suis allée voir le service qui s'occupe du PAT (projet alimentaire territorial), la fille était très étonnée car au départ eux voulaient afficher une ambition sur la nutrition mais ils avaient été freinés parce que sur le volet santé ils n'étaient pas prêts à ça. »</p> <p>F : « Il y a quand même des évolutions parce que quand j'ai reçu la feuille de route à ma prise de poste, c'était vraiment principalement pour l'axe 1, celui sur l'accès aux soins. »</p>

		C : « Le CLS va offrir l'occasion aux professionnels de se réunir. S'il n'y a pas de cpts, il pourrait y avoir une FA dont l'objet est de faciliter les liens entre les élus et les PS et que ça se traduise par une rencontre par an et par bassins de vie. Et non pas que ça se passe à l'échelle de la commune. Donc finalement commencer à se dire qu'on fait territoire et qu'on est solidaires sur ces questions-là. »
Les apports de ce travail sur le CLS		<p>C : « Quelque part, je vois là l'opportunité de leur dire : sans le mettre au cœur, vous travaillez déjà sur la santé dans plein d'autres domaines, ce que vous faites déjà ça a un impact et simplement on peut l'éclairer. On peut même insister sur certaines choses pour que ça ait un vrai impact. L'idée c'est de dire qu'un cls est sur 5 ans et ça permet d'inscrire des actions sur la durée et pas juste faire au gré des appels à projet ou des AMI. »</p> <p>C : « Ils se questionnent un petit peu plus sur ce qu'il y a au-delà des médecins, sur ce qu'est la santé. »</p> <p>C : « Je trouve aussi intéressant qu'on soit sorti juste de la santé des personnes âgées et du maintien à domicile et qu'on ait pu inclure un volet sur les populations vulnérables, les précaires, les enfants. C'est pas la révolution, on est très humble car c'est un premier cls mais malgré tout, c'est écrit et ça donne une couleur aussi pour dire : on ne fait pas que pour les vieux. »</p>
Le covid-19		<p>D : « Le covid a déjà permis un renouvellement plus important des élus, en effet pas mal d'élus ont été élus et ne l'auraient pas été s'il n'y avait pas eu la crise. De nouveaux élus sont arrivés avec une méconnaissance de la collectivité. »</p> <p>D : « La plupart des élus, dans leurs programmes électoraux, faisant référence au covid donc à la santé. Ils en ont fait un élément électoral. Et ça, c'est nouveau. »</p>

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Titre : Politiques et actions en santé : quelle place pour les communes et leurs groupements ?

Résumé : Le système de santé en France et la mise en œuvre de politiques de santé publique s'avèrent très centralisés. Pourtant, les collectivités territoriales, et particulièrement les communes, par leurs compétences variées, disposent de leviers nombreux et importants pour agir sur la santé de la population. Cette thèse s'est attachée à décrire l'organisation du système de santé français et à comprendre les freins et leviers à l'instauration de politiques favorables à la santé par les communes. Une enquête qualitative a été réalisée auprès d'élus et de fonctionnaires d'une communauté d'agglomération de Nouvelle-Aquitaine à l'occasion de la mise en place d'un contrat local de santé. Il est apparu que les leviers à la réduction des inégalités sociales de santé étaient nombreux et les actions concrètes des maires bel et bien présentes. Cependant, la majorité des élus ne semblait pas avoir conscience des conséquences de leurs actions sur les déterminants de santé ni des leviers possibles, et peu comprenaient le but réel d'une démarche CLS, tous espérant qu'il contribuerait à régler les problématiques prégnantes d'offre de soins. Des préconisations ont ainsi pu émaner pour faire des communes des acteurs majeurs du système de santé publique : donner aux collectivités des moyens d'agir en décentralisant et coordonnant les politiques de santé publique, former les élus et leur faire prendre conscience des nombreux leviers d'actions possibles, promouvoir une vision globale et la santé dans toutes les politiques locales, prendre en compte les préoccupations des élus et favoriser une approche transversale permettant le partage de savoir-faire et d'expérience.

Mots-clés : santé publique, politiques de santé, collectivités territoriales, communes, CLS, municipalités, maire, promotion de la santé, inégalités sociales de santé, santé dans toutes les politiques

Title : Policies and actions in health : which position for municipalities and their groupements ?

Abstract : In France the health system and the implementation of public health policies are very centralized. However, through their varied fields of competence, local authorities, and particularly municipalities and their groupings have numerous and important levers for acting on the health of the population. This thesis aims to describe the organization of the French health system and to understand the obstacles and levers to the establishment of policies favorable to health by municipalities. A qualitative survey was carried out among elected officials and civil servants of an urban community of New Aquitaine on the occasion of the establishment of a CLS. It appears that the levers for reducing social inequalities in health are numerous and the concrete actions of mayors are indeed present. However, the majority of elected officials do not seem to be aware of the consequences of their actions on the determinants of health nor of the possible levers, and few understand the real purpose of a CLS approach, all hoping that it will contribute to solve the significant problems (of offer of care) of health care availability. Recommendations for making municipalities major players in the public health system : giving local authorities and in particular municipalities the means to act by decentralizing and coordinating public health policies, training elected officials and making them aware of the many possible levers of action, promoting a global vision and health in all local policies, taking into account the concerns of elected officials and promoting a transversal approach to allow the sharing of know-how and experience.

Key-words : public health, health policies, local authorities, municipalities, CLS, mayor, promotion of health, social and territorial inequalities in health, health in all policies