



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

Depuis 1999, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) se sont multipliés et se sont emparés de nombreuses compétences ayant un impact sur la santé (urbanisme, logement, politique de la ville...). Les intercommunalités peuvent aussi se saisir de compétences facultatives, comme une politique et des actions pour la promotion de la santé. Ces transferts de compétences se sont accélérés depuis 2010 notamment avec les lois

Modernisation de l'Action Publique et d'Affirmation des Métropoles (MAPAM) en 2014 et la loi portant Nouvelle Organisation de la République (NOTRe) en 2015.

Certaines intercommunalités, membres du Réseau français des Villes-Santé (RFVS) ont développé une politique de santé. D'autres membres du Réseau s'interrogent sur leur rôle et les transferts de compétences à opérer. Les choix des compétences retenues en plus de celles attribuées par la loi traduisent les enjeux perçus comme importants sur le territoire : Comment s'organise la santé au sein des territoires ? Comment et pour quelles raisons les élus et techniciens des Villes-Santé collaborent-ils à une échelle plus large que la commune ? Le colloque national du Réseau Villes-Santé de cette année se concentre donc sur ce thème « Territoire et santé : quels enjeux ? ». En préparation de cet événement, 4 des réseaux régionaux du RFVS se sont rencontrés et ont échangé sur le sujet. Le rapport de ces échanges ¹ peut être lu en complément de l'étude présentée ici.

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

Méthodologie de l'étude :

Cette étude s'est déroulée en deux phases :

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

Profil des répondants

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

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

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

¹ Rapport : Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé de l'OMS 2016

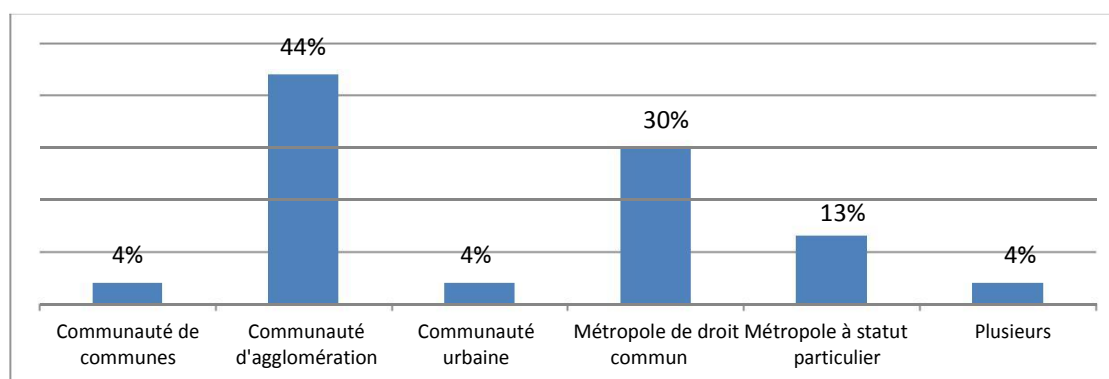
Caractéristiques des villes et intercommunalités des répondants ayant répondu au questionnaire

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

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

Tableau 1 : Caractéristiques des Villes-Santé répondantes

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



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

Analyse des résultats

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

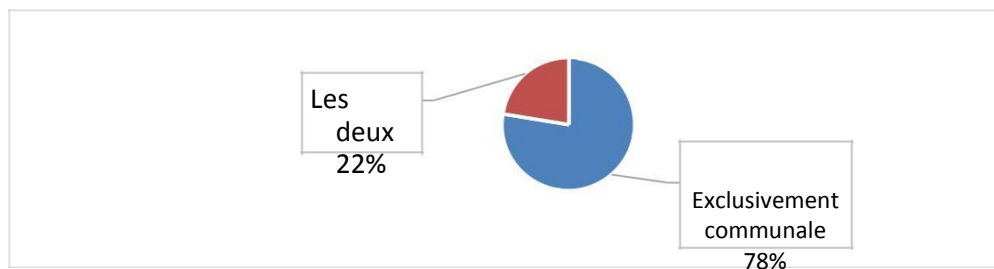
- La santé, une compétence majoritairement exercée par les communes (page 3)
-
- L'échelle intercommunale, gage d'une efficacité d'actions pour les communes (page 5)
-
- L'échelle intercommunale, une opportunité pour adopter une stratégie intercommunale en santé (page 6)
- L'échelle intercommunale, une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

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

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

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

Prévention et promotion de la santé

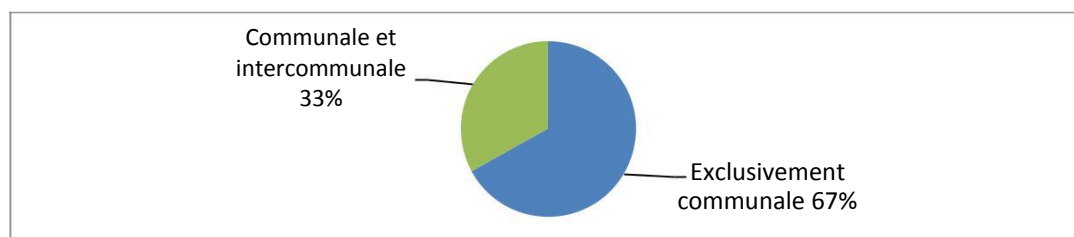


Graphique 2 : Echelon d'exercice de la compétence « prévention et promotion de la santé »

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

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

Action sociale



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

En France, l'action sociale est une compétence dont peuvent s'emparer les intercommunalités depuis plus d'un demi-siècle. Elle renvoie aux missions exercées auprès des personnes âgées, des enfants et des adolescents, des personnes handicapées et enfin des personnes en difficulté sociale. Toutefois, selon les répondants, la compétence action sociale est à 67 % exclusivement exercée par les communes. Les répondants ont été nombreux à souligner que l'échelle la plus pertinente pour l'action sociale était la commune, pour des raisons de proximité aux habitants : « *La proximité de l'échelle communale pour l'action sociale est une force car les gens se sentent en confiance* ».

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

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

1.2. Services de santé intercommunaux : des exemples rares

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

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

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

Il existe différents modèles de services de santé intercommunaux. Dans certains cas, le service santé de la ville centre a été transféré à l'intercommunalité, par exemple, le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la ville de Bordeaux renommé «service santé environnement » et rattaché à la Direction de la prévention de la Métropole.

Dans d'autres cas, un service santé a été créé à l'intercommunalité, en complément des services santé existants dans chaque commune. Dans ce cas, l'instauration de référents santé dans chaque commune semble indispensable, comme à la communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines. Les missions de ces services sont explicitées dans les encadrés suivants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Mutualisation des moyens et des ressources

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

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

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

2.2. Echange de bonnes pratiques

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

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

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

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

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

Observation en santé

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

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

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

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

Santé environnementale

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

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

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

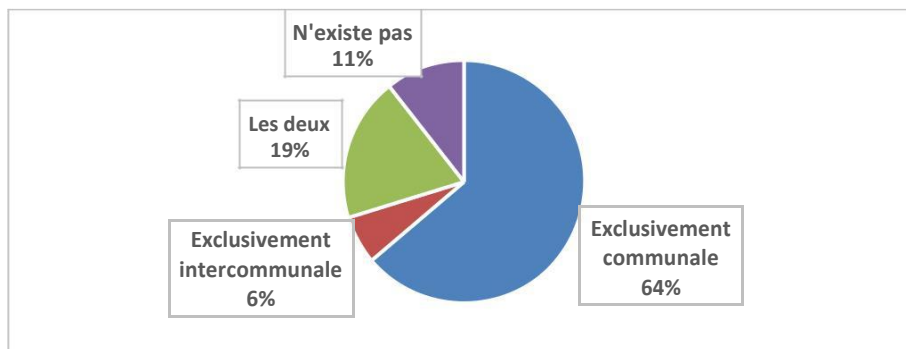
Trois opportunités à la mise en place d'un CLSM intercommunal ont été dégagées lors des entretiens :

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

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

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

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



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

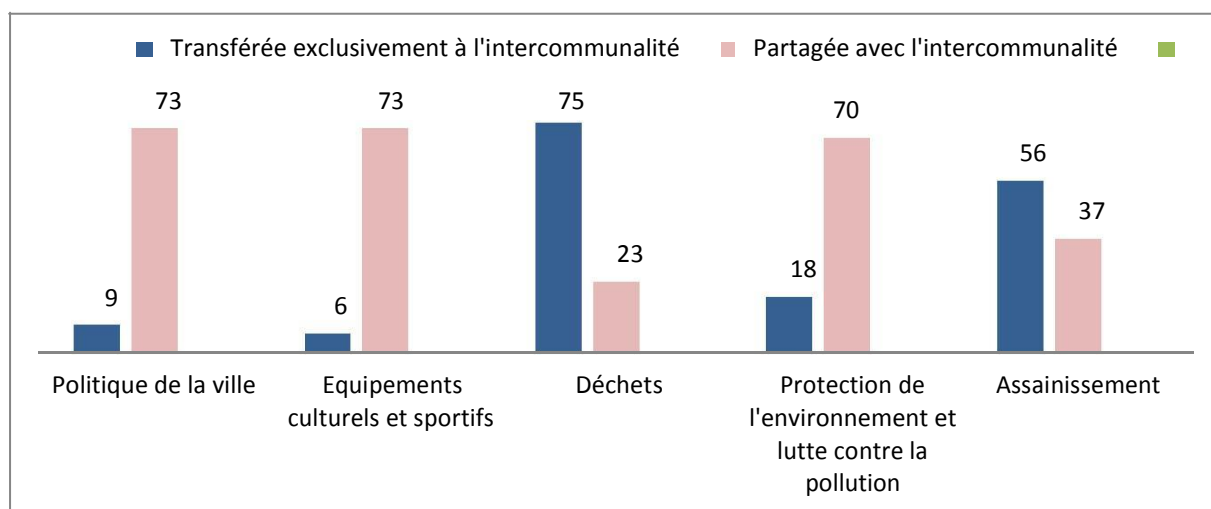
Plusieurs opportunités à la signature d'un CLS intercommunal ont été identifiées par les répondants. Il s'agit principalement de **l'ajustement des politiques et choix des thématiques de santé prioritaires sur le territoire**. A Nantes, «*l'intercommunalité est une réelle opportunité pour impulser à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

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

- L'ensemble des Villes-Santé interrogées qui n'ont pas signé de CLS intercommunal s'accordent pour dire que la principale limite est **l'hétérogénéité des communes membres** d'une même intercommunalité. En effet, toutes les communes n'ont ni les mêmes moyens, ni les mêmes enjeux sanitaires. A Toulouse, « *le manque de moyens des communes de petite taille de la métropole toulousaine ne permet pas d'envisager à court terme de développer conjointement des actions de santé publique. Cependant, le travail actuel avec l'ARS nous conduit à envisager pour chaque commune concernée, un CLS avec un socle de thèmes communs* ».
- **La taille de l'intercommunalité** semble également représenter un obstacle à la signature d'un CLS intercommunal. Bien que plus de 60 % des répondants affiliés à une communauté d'agglomération ou une métropole pensent que le CLS intercommunal soit opportun, les répondants ont indiqué que la taille de l'intercommunalité pouvait constituer un frein. Un répondant témoigne de cette difficulté : « *En 2017, nous allons passer de 15 à 77 communes et ça nous freine pour envisager un CLS intercommunal* ».

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

4.1. Transfert accru de compétences vers l'intercommunalité



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

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

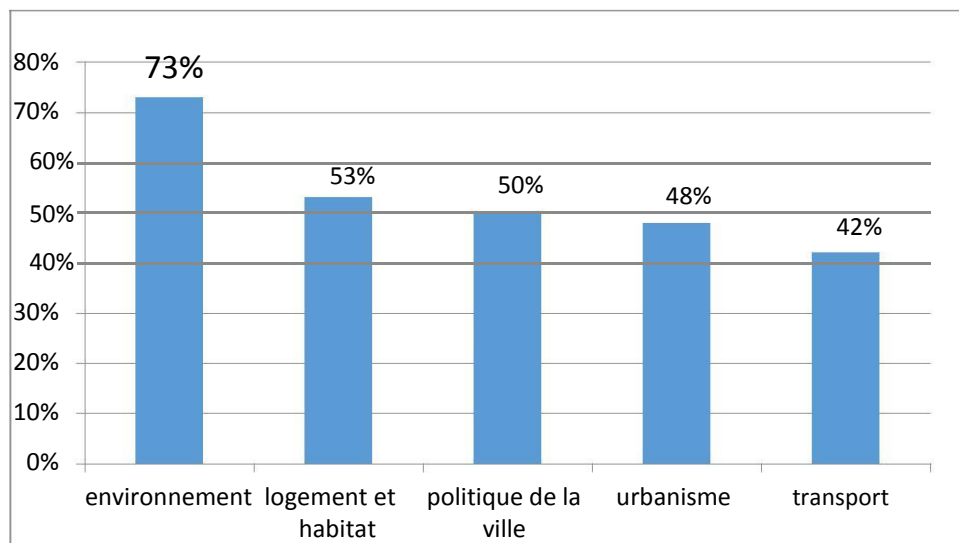
4.2. Une possibilité d'agir sur davantage de déterminants de la santé

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

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

4.3. Une collaboration existante mais difficile

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



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

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

Intégrer la santé via le Plan climat air énergie territorial

Le Plan Climat Air Energie Territorial (PCEAT) est une compétence dont peuvent se saisir les intercommunalités de plus de 20 000 habitants (loi TECV de 2015). Trois-quarts des répondants ont indiqué collaborer avec l'intercommunalité dans le cadre de la compétence environnement et plus précisément sur la qualité de l'air. A

Toulouse, « le SCHS a souhaité travailler avec la métropole sur la qualité de l'air ». Le répondant de Rennes souligne : « *On travaille ensemble avec la métropole sur l'élaboration du PCEAT et nous participons également à des réunions de commission de développement durable* ». Cette collaboration semble nécessaire à de nombreux répondants qui

soulignent la complémentarité des deux échelons : « *En matière de qualité de l'air extérieur, on met nos compétences en commun afin d'apporter nos connaissances sur les impacts sanitaires* ».

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

Intégrer la santé via le Contrat de Ville

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

Intégrer la santé dans le Plan Local de l'Urbanisme

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

Difficultés à travailler avec des services nouvellement créés

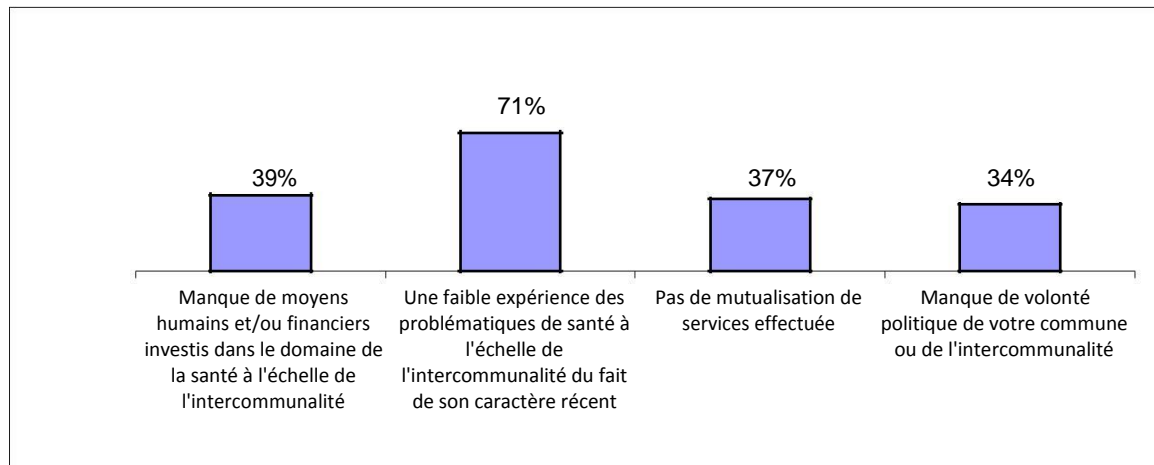
La plupart des répondants témoignent d'une volonté de travailler davantage en collaboration : « *Il y a une nécessité de dialogue et d'articulation entre la ville et l'intercommunalité. On peut s'enrichir mutuellement et avoir des stratégies gagnant-gagnant* ». Cependant, la majorité des répondants éprouvent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

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

5. Défis à surmonter pour favoriser la collaboration intercommunale

5.1. Principaux freins à la collaboration intercommunale

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



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

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

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

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

5.2. Les leviers favorisant la collaboration intercommunale

Favoriser la coopération entre quelques communes d'une même intercommunalité

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

Annexe 1 : Villes-Santé ayant répondu à l'étude

Répondues à l'enquête en ligne :

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

Participer à un entretien téléphonique :

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

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

Margaux Fête

Chargée d'étude

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

mai 2016

