



HAL
open science

La place des collectivités territoriales dans les politiques publiques de santé

Jonathan Meret

► **To cite this version:**

Jonathan Meret. La place des collectivités territoriales dans les politiques publiques de santé. Droit. 2022. dumas-03985504

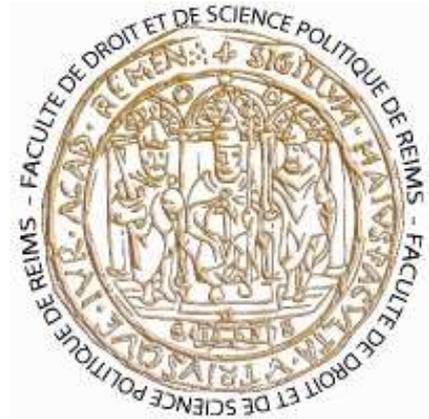
HAL Id: dumas-03985504

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03985504>

Submitted on 13 Feb 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.



**UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE - UFR DE DROIT ET
SCIENCE POLITIQUE DE REIMS**

Centre de Recherche Droit et Territoire (EA 3312)

**La place des collectivités territoriales dans les politiques publiques
de santé.**

Mémoire pour le Master mention Droit public – Parcours Droit des collectivités territoriales.

Présenté par **Jonathan MERET**

Date de dépôt : 30 août 2022.

Sous la direction de Madame Allemand Roselyne, Professeure de droit public

Année universitaire 2021-2022

Résumé :

Depuis tout temps, l'Homme s'intéresse à la santé telle qu'on la définit usuellement, c'est-à-dire à « *un état de santé physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmities dont le sujet peut être affecté.* »¹ Progressivement confiées aux églises, puis municipalisées, les structures sanitaires seront peu à peu, accaparées par l'État durant l'époque post-révolutionnaire.

Ce dernier engagera alors de grandes réformes, tendant à rationaliser le système de santé ainsi qu'à le régionaliser au travers de la loi hôpital, patients, santé et territoires dite « HPST » du 21 juillet 2009.

Pour autant, le système sanitaire français est devenu un véritable sujet d'actualité, souvent pointé du doigt comme souffrant d'une réelle technocratie.

Parallèlement, la définition de la santé telle que la conçoit l'Organisation Mondiale de la Santé, met en évidence la réelle transversalité de domaines y étant étroitement liés (aspect physique, mental et social) pour la garantie desquels, la clé de la réussite repose sur une nécessaire remodelisation des relations que l'État, qu'il soit central ou déconcentré, entretient avec le pouvoir local.

Mots clés : droit, collectivités territoriales, politique, santé publique.

¹ Centre National de Ressources Textuelles, définition de la santé. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9>

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à l'auteur et n'engagent pas l'Université de Reims Champagne-Ardenne.

Table des sigles et abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCPPS : Commission de Coordination des Politiques Publiques de Santé

CEREMA : Centre d'Études et d'Expertises sur les Risques, l'Environnement, la Mobilité et l'Aménagement

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C)

CTS : Conseil Territorial de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

FEDER : Fonds Européen de Développement Régional

FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural

FSE : Fonds Social Européen

GIP : Groupement d'Intérêt Public

ICU : Ilot de chaleur urbaine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MNT : Mutuelle Nationale Territoriale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Particules PM_{2,5} : Particules au diamètre inférieur à 2.5 micron.

Particules de NO_x : Oxydes d'Azotes.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Projet Régional de Santé

RFVS : Réseau Français des Villes Santé

SEM : Société d'Économie Mixte

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

TDS : Territoire de Démocratie Sanitaire

UFML : Union Française pour une Médecine Libre

UNSA : Union Nationale des Syndicats Autonomes

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZFE-m : Zones à Faibles Émissions Mobilité

Sommaire

<i>Introduction</i>	P1
PARTIE 1 – La santé publique : une compétence monopolistique de l’État, des collectivités évincées	P6
CHAPITRE 1 – De la déconcentration des politiques de santé sans réelle volonté d’impulsion décentralisatrice	P6
Section I – La construction progressive d’un État capable d’imposer sa volonté.....	P6
Section II – Une régionalisation des politiques de santé, en manque de démocratie décentralisée.....	P18
CHAPITRE 2 – D’un État volontairement replié sur lui-même aux conséquences territoriales	P29
Section I – L’insuffisance des moyens accordés aux collectivités territoriales.....	P29
Section II – De l’inefficience des actions menées par l’État central et déconcentré.....	P39
PARTIE 2 – Des collectivités dotées de leviers d’action : palliatif à un État désintéressé de la décentralisation sanitaire	P49
CHAPITRE 1 – Antagonisme entre compétences directes et compétences indirectes à la santé	P49
Section I – Des compétences légales obligatoires à géométrie variable en matière de « santé locale ».....	P49
Section II – Des leviers d’actions dites ricochets sur les déterminants de santé : un large panel à disposition des collectivités.....	P60
CHAPITRE 2 – Enjeux de pouvoir et défis de demain : la coopération au profit du territoire	P74
Section I – Coopération et intelligence collective au profit du territoire.....	P74
Section II – Concurrence entre collectivités et acteur Étatique : faire face à de nouveaux défis.....	P86
<i>Conclusion</i>	P98
<i>Bibliographie</i>	P101
<i>Annexes</i>	P119

Introduction

« La sécurité est au principe même de l'institution de l'État : la fonction première de l'État est de préserver l'existence du corps social par imposition d'un ordre collectif et d'assurer la protection des personnes et des biens contre les menaces de toute nature ; l'État apparaît comme la garantie de la survie et de l'intégration d'une société qui serait, sans son intermédiaire, vouée au désordre, à l'éclatement, à la dissolution. »²

Tel que le rappelle Jacques Chevalier par cette brève pensée introductive, l'essence même de l'État serait de garantir la sécurité de ses administrés, formant entre eux une cohésion, un ensemble, un tout, qu'est « *le corps social*. »

En contrepartie, ces derniers, s'engagent au respect des normes édictées par ledit État.

La sécurité recouvrant ainsi différents volets, au sens de la définition suivante, elle serait considérée comme « *une situation objective, reposant sur des **conditions matérielles, économiques, politiques**, qui entraîne l'absence de dangers pour les personnes ou de menaces pour les biens et qui détermine la confiance.* »³

Ainsi, l'absence de dangers pour les personnes en lien avec les conditions matérielles est assurée en partie par le maintien de la bonne santé des individus composant le corps social.

En ce sens, depuis tout temps, l'Homme a tenté de défier la mort, comme le rappelle Bruno David⁴, naturaliste français spécialisé en paléontologie et en sciences de l'évolution et de la biodiversité, l'Homo erectus, usait déjà des plantes médicinales pour se soigner il y a plus de 370 000 ans.

La « santé publique » de son côté tend à s'intéresser à la santé collective dans toutes ses dimensions, et non à la santé d'un petit groupe d'individus.

En ce sens, la santé publique remonte bien antérieurement à la naissance de l'État moderne tel qu'on le connaît aujourd'hui.

² CHEVALIER Jacques. *L'État de droit au défi de l'État sécuritaire*. Le droit malgré tout. Hommage à François Ost, Presses de l'Université Saint-Louis, pp.293-312, 2018, 978-2-8028-0231-0. (hal-02937034)

³ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, définition de la sécurité [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/s%C3%A9curit%C3%A9>

⁴ RAMBERT HELOISE Science & Vie, *Préhistoire : il y a 370 000 ans, Homo erectus se soignait déjà avec des plantes*, publié le 20 mars 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse <https://www.science-et-vie.com/article-magazine/prehistoire-il-y-a-370-000-ans-homo-erectus-se-soignait-deja-avec-des-plantes>

Jean-Charles Sournia, ancien directeur général de la santé le rappelle, « *lorsque les praticiens romains creusaient des égouts, [...] lorsqu'ils équipaient les grandes villes de latrines et de bains publics, à Rome, comme à Lyon, ou à Trèves [...] ils contribuaient à l'hygiène de leur peuple, ils faisaient de la santé publique sans le savoir.* »⁵

Il convient pour autant de dissocier le terme santé publique, de ce qu'on appelle politiques publiques de santé, ou encore politiques de santé publique.

Dans notre société contemporaine, la maîtrise de la santé se fait sous l'effet de politiques publiques, que Madeleine Grawitz, Jean Leca et Jean-Claude Thoening définissent comme « *les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire.* »⁶

Par autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale, nous penserons au premier abord à l'État à la fois centralisé et déconcentré.

Pour autant, la maîtrise de politiques publiques peut aussi bien concerner les collectivités territoriales au sens de la définition précitée, puisque ces dernières sont bien dotées de prérogatives de puissance publique mais également d'une légitimité gouvernementale comme le rappellent Anne-Cécile Douillet et Rémi Lefebvre, en ce sens « *qu'elles sont administrées par des conseils élus au suffrage universel direct, ce qui leur confère la légitimité d'instances démocratiquement élues.* »⁷

La composition de la politique de santé publique est déterminée de manière exhaustive par le code de la santé publique au sein de son article L1411-1.

Sur ce point, d'abord, et quand bien même l'article premier de la Constitution actuelle du 4 octobre 1958, précise que l'organisation de la République française est décentralisée, le code de la santé publique lui dispose que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État.* »

Pour se faire, l'État a procédé à une déconcentration couplée à ce qu'il appelle territorialisation au travers d'un projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires instituant des Agences Régionales de Santé au niveau de l'échelon régional.

⁵ **SOURNIA Jean-Charles**, *Histoire de la médecine*. Éditions La Découverte. 1997. EAN 9782707127839.

⁶ **NYECK Cirille**. *Politique publique*. Dictionnaire d'administration publique. Presses de l'Université de Grenoble, p. 384 à 385. 2014. [en ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/dictionnaire-d-administration-publique--9782706121371-page-384.htm>

⁷ **DOUILLET Anne-Cécile, LEFEBVRE Rémi**. *Chapitre 1. Les autorités locales et l'État : le pouvoir du local en question, dans Sociologie politique du pouvoir local*. Paris. Armand Colin. Collection U, p.15-56, 2017 [en ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/sociologie-politique-du-pouvoir-local--9782200603793-page-15.htm>

Placées sous la tutelle du Ministère chargé de la santé et des affaires sociales, leur rôle est de piloter de manière « unifiée » la santé en région.

La complexité à cibler ce sujet tient notamment à l'inexistence d'une « *compétence santé* » clairement définie par les textes normatifs, laquelle semblerait relever au premier abord d'une compétence régaliennne de l'État.

Au titre de l'article L1111-2 du CGCT, « *Les communes, les départements et les régions règlent par leurs délibérations les affaires de leur compétence. [...]*

*Ils concourent avec l'État à l'administration et à l'aménagement du territoire, au **développement** économique, social, **sanitaire**, culturel et scientifique, à la **promotion de la santé**, à la lutte contre les discriminations, à la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'à la protection de l'environnement, à la lutte contre l'effet de serre par la maîtrise de l'utilisation rationnelle de l'énergie, et à l'amélioration du cadre de vie. »*

Ce partage de compétences État-collectivités semblent ainsi au premier abord assez réducteur, les collectivités semblant au titre de la loi ne pouvoir intervenir qu'en matière de développement sanitaire, ou de promotion à la santé, et non à la politique de santé comme le fait l'État.

Néanmoins, la santé est en réalité un point d'intersectorialité à la frontière de multiples domaines. Le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New-York les 19 et 22 juin 1946 définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »⁸

Cette conception de la santé au sens large ne va pourtant pas de soi. Dans un sondage⁹ élaboré sur un échantillonnage de 82 personnes, (**annexe 1**) 65,1% des sondés n'avaient pas connaissance du fait que le bien-être social puisse être une composante de la santé, la majorité adoptant une vision réductrice de la santé comme la simple absence de maladie ou d'infirmité (82,9%).

L'approche de l'OMS englobe donc aussi bien la santé au sens strict de soins que les déterminants de santé physique que sont d'après l'OMS « *les circonstances dans lesquelles les individus*

⁸ **Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé**, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁹ **Sondage** réalisé par le rédacteur du mémoire sur un échantillonnage aléatoire de 82 personnes sans conditions d'âge, de sexe, d'ethnie, ni de catégorie socio-professionnelle. (1 seule participation possible par sondé, garantissant la sincérité des votes.)

naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. »¹⁰

Le législateur a intégré ces différentes dimensions de la santé de manière assez partielle au sein de l'article L1411-1 précité puisque ce dernier dispose par exemple s'agissant de la politique de santé qu'elle implique au niveau de l'éducation, des conditions de vie et de travail la seule « *surveillance et l'observation de l'État de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de travail* », on y trouve également « *la promotion de la santé* », « *la prévention collective ou individuelle* », « *la réduction des inégalités sociales.* »

Tant de domaines sur lesquels, les collectivités semblent au premier abord également avoir des moyens d'action au sens de la définition de l'OMS.

Pour autant, l'article précité est ferme, les collectivités ne détiennent pas une compétence partagée avec l'État de manière générale en matière de santé.

À l'aune de l'actualité pourtant, les polémiques en matière de santé sont vives, l'opinion publique et la presse soulèvent ainsi de manière routinière de nouveaux enjeux liés à la gestion de notre système de santé : de « *la pénurie de généralistes, symptôme de la progression des déserts médicaux en ville comme à la campagne* »¹¹ en passant par « *tous les hôpitaux sont sous tension : les urgences face à un manque d'effectif pathologique* »¹².

De l'autre côté, les rapports sénatoriaux dénonçant l'organisation du système prolifèrent également, dénonçant tantôt « *les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance* »¹³, et promouvant tantôt le rôle des collectivités territoriales en la matière : « *les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action.* »¹⁴

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, définition des conditions sociales et économiques en 2008.

¹¹ **STROMBONI Camille**, Le monde, *La pénurie de généralistes, symptôme de la progression des « déserts médicaux » en ville comme à la campagne*, publié le 14 mars 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iRlh>

¹² **BOURDET Pauline**, Ouest France. *Tous les hôpitaux sont sous tension : les urgences face à un manque d'effectif pathologique*. Publié 12 avril 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iRli>

¹³ **LEMENN Jacky et MILLION Alain**. *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*. Rapport d'information n° 400 (2013-2014), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 26 février 2014. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-400.html>

¹⁴ **MOUILLER Philippe et SCHILLINGER Patricia**. *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*. Rapport d'information n° 63 (2021-2022), fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales, déposé le 14 octobre 2021. [en ligne.] Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-063/r21-063.html>

Selon le sondage précité réalisé en 2022, la majorité des sondés pensent que les collectivités territoriales n'ont pas la possibilité d'agir de manière équivalente à l'État.

Et pour autant, 73,2% des sondés estiment que l'État n'a pas pleinement joué son rôle de manière efficiente en matière de santé publique.

Leur opinion est fondée, puisqu'en effet, sous le joug de l'État, le système de santé semble progressivement déperir, après une crise du COVID-19 ayant soulevé diverses incohérences dans la politique menée, s'enchaîne désormais le cri des urgences, des professionnels de santé mais également des administrés.

Sur ce point, 80,5% des sondés sont préoccupés par les difficultés d'accès à la santé, et 76,8% ont déjà renoncé à prendre un rendez-vous pour se soigner, marquant ainsi les difficultés d'accès aux soins sous notre Vème République.

Pour autant, et nous le verrons, les collectivités tentent, à bout de bras, de compenser les inégalités, sans pour autant disposer de ressources illimitées.

Ainsi, a-t-il semblé pertinent de s'interroger sur le fait de savoir si, dans un contexte sanitaire de plus en plus tendu, la mainmise de l'État sur les politiques publiques de santé constitue-t-elle un frein au développement d'initiatives locales ?

Par initiatives locales, il s'agira de toute action mise en œuvre par les collectivités territoriales ayant un lien avec la santé telle que définie par l'OMS précédemment.

Pour répondre à cette problématique, il a été envisagé dans une première partie de démontrer en quoi l'État détient une compétence monopolistique en matière de santé publique avant de s'intéresser dans un second temps aux leviers d'actions dont disposent les collectivités, s'imposant comme un palliatif à un désintéressement de l'État quant à la décentralisation sanitaire.

Ce travail de recherche ainsi que de réflexion personnelle mise à son profit, est impulsé par une volonté d'en faire un réel plaidoyer au profit des collectivités territoriales et de relégitimer leur intervention en matière sanitaire.

Pour autant, il ne peut traiter du sujet de manière exhaustive, et souhaite plutôt mettre en perspective les points d'incohérences, d'amélioration, et de prise de conscience sur le rôle qu'a à jouer l'Administration au sens large.

En ce sens, le présent mémoire, n'aura pas pour objet d'aborder la coopération entre préfets et collectivités territoriales, ni la stratégie nationale de santé en elle-même.

PARTIE 1 - La santé publique : une compétence monopolistique de l'État, des collectivités évincées

L'État détient le monopole en matière de politiques de santé publique, pour autant, il n'associe que très rarement ses homologues décentralisés.

En effet, la déconcentration des politiques de santé est réalisée sans réelle impulsion décentralisatrice, cette absence de réelle volonté découle d'un manque d'association de manière démocratique des collectivités territoriales (chapitre 1).

Pourtant, cet État volontairement replié sur lui-même souffre d'une efficacité qu'on pourrait juger d'improductive au vu de la situation actuelle de notre système de santé ainsi que de l'accès aux soins (chapitre 2).

Cette inefficience des actions menées n'est pas non plus sans conséquences sur les autorités décentralisées.

CHAPITRE 1- De la déconcentration des politiques de santé publique sans réelle volonté d'impulsion décentralisatrice

Cette déconcentration sans réelle impulsion décentralisatrice est la conséquence de deux faits.

D'une part, l'État a progressivement acquis un pouvoir décisionnaire presque unilatéral, à l'image du fait du prince, confiant à ce dernier la possibilité d'être à l'initiative de l'édiction normative. (section I).

Ainsi, il organise presque seul son modèle de gouvernance du système de santé, impulsé par une volonté de « territorialisation » au travers des Agences Régionales de Santé, ces dernières souffrent pourtant d'un manque cruel de démocratie décentralisatrice (section II).

SECTION I – La construction progressive d'un État capable d'imposer sa volonté

Originellement, l'État n'était pas « maître des politiques de santé » comme on le conçoit aujourd'hui, l'histoire ainsi que le législateur lui ont permis d'accroître son ingérence en la matière (paragraphe I).

Les constitutionnalistes lui offriront également des avantages loin d'être anodins au travers de l'initiative du projet de loi, et du recours aux ordonnances, lui permettant alors de modeler et remodeler l'existant selon sa bonne volonté (paragraphe II).

Paragraphe I - Fondements de la construction d'une omniprésence Étatique dans le domaine sanitaire

Pour comprendre le fonctionnement d'un système, il convient d'en retracer les origines historiques, lesquelles justifient bien souvent le contexte contemporain.

L'idée d'un État omniprésent en matière de santé publique n'a rien d'évident, elle est le fruit d'une succession d'événements et d'époques lui ayant permis de s'imposer progressivement, d'une part au travers de l'histoire (paragraphe A) et d'autre part sous l'effet d'une motivation juridique qu'est celle de l'égalité d'accès aux soins (paragraphe B).

Paragraphe A- Époques du Moyen âge à la Révolution : marqueurs transitionnels d'un État désintéressé à un État interventionniste en matière de santé publique

L'idée de mettre en œuvre un principe de santé publique centralisé et déconcentré n'allait pas de soi aux prémices de l'histoire.

Marilyn Nicoud, historienne et professeure d'histoire médiévale, ainsi que Stéphane Frioux, maître de conférences en histoire contemporaine ont eu l'occasion de le rappeler dans un article intitulé *à l'origine de la santé publique : les épidémies*.¹⁵

Pour des raisons pratiques, il ne s'agira pas ici de remonter plus loin qu'à la période du Moyen âge, laquelle est souvent associée à l'apparition de la peste, pourtant cette dernière possède des origines bien plus anciennes puisqu'on peut retracer son apparition à la période de l'Antiquité.

À l'origine, et ce jusqu'à l'Ancien Régime, les questions de santé sont prises en charge par l'Église, laquelle avait pour préoccupation la santé des paroissiens par le biais d'hospices religieux.

Dominique Castex et Isabelle Cartron-Kawe le rappellent dans leur ouvrage, sous la progression de la peste noire sur le territoire français, le roi de France tentera de réagir en promulguant en 1352 une « *ordonnance établissant, pour le royaume, des règles sanitaires à suivre afin d'éviter les risques de surmortalité* »¹⁶, lesquelles s'avèreront être un échec, puisque l'origine de la peste était mal connue à l'époque. En effet, les croyances de l'époque reliaient son origine à une propagation aérienne. Cette époque d'hygiénisme marque l'intervention ponctuelle des pouvoirs royaux.

¹⁵ MOURGUES Elsa, Radio France. *À l'origine de la santé publique : les épidémies*, France culture, publié le 14 avril 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/a-l-origine-de-la-sante-publique-les-epidemies-6830774>

¹⁶ CASTEX Dominique et CARTRON Isabelle. *Épidémies et crises de mortalité du passé*. Nouvelle édition [en ligne]. p. 209. Pessac : Ausonius Éditions, 2007. Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/ausonius/657>, ISBN : 9782356132710.

Peu à peu, la Royauté va exercer une influence de plus en plus prégnante sur les institutions hospitalières.

D'abord, sous l'Ancien Régime comme le précise la Fédération Hospitalière de France¹⁷, François Ier instaurera le « Grand Bureau des Pauvres » lequel avait pour missions de contrôler et coordonner l'activité des hôpitaux du royaume, avant que le Parlement n'étende les lettres patentes de 1543 par un arrêt du 15 décembre 1544 impulsant une série d'édits à partir desquels l'administration de chaque hôpital fut confiée à une commission administrative laquelle devait rendre des comptes annuellement aux officiers royaux, représentants du pouvoir central.

Ensuite, sous l'influence de Louis XIV, un édit du 14 juin 1662 ordonnera la création d'hospices généraux dans toutes les grandes villes françaises.

Dès 1790, les hôpitaux furent confisqués aux congrégations religieuses et nationalisés en 1794 au travers du décret du 23 messidor de l'an II, comme le rappelle le webzine de la ville de Lyon.¹⁸ Pour autant, les pouvoirs publics peinent à faire face à l'évolution du nombre de pauvres et à l'inflation des dépenses hospitalières.

C'est ainsi que la période de la Révolution française viendra découdre le système existant au profit d'une municipalisation des hôpitaux par la loi du 16 vendémiaire an V¹⁹ (7 octobre 1796) laquelle disposait en son article 1^{er} : « *les **administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices civils établis dans leur arrondissement. Elles nommeront une commission composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire.*** » Autrement dit, à ce moment, la gestion des hospices relève des communes et non plus des institutions religieuses.

L'État s'ingérera progressivement dans le domaine de la santé, notamment au travers d'une ordonnance du 18 décembre 1839²⁰ par laquelle les asiles furent érigés en établissements publics. L'article 1 de l'ordonnance précitée dispose ainsi qu'ils « *seront **administrés, sous l'autorité du ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable.*** ».

¹⁷ **Fédération hospitalière de France.** *La grande histoire de l'hôpital : épisode 3.* Publié le 18 décembre 2018. [En ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.techniques-hospitalieres.fr/blog/la-grande-histoire-de-l-hopital-episode-3-n2398>

¹⁸ **F. GRIGNOUX.** *L'influx. L'hôpital en métamorphose,* publié le 10 juin 2009, Webzine de la Ville de Lyon et de la Bibliothèque municipale de Lyon. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.linflux.com/>

¹⁹ **Loi du 16 Vendémiaire an V** qui conserve les hospices civils dans la jouissance de leurs biens, et règle la manière dont ils seront administrés. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://legilux.public.lu/eli/État/leg/loi/1796/10/07/n1/jo>

²⁰ **Ordonnance du 18 décembre 1839** portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

L'article suivant précise que la commission est composée de cinq membres lesquels se voient nommés par le représentant de l'État déconcentré qui n'est autre que le préfet.

Il est donc possible de considérer que cette ordonnance constitue l'amorce d'une mainmise sur la santé par le couple centralisation-déconcentration.

Les hospices et hôpitaux se verront par la suite accorder au travers de la loi du 7 août 1851²¹ un statut d'établissements autonomes disposant de la personnalité morale, mais les délibérations de leur assemblée continuent d'être approuvées par le conseil municipal de la commune sur le territoire de laquelle lesdits établissements sont fixés, ainsi que devant le préfet de département.

Un vaste courant d'étatisation des hôpitaux va s'engager par la suite, et l'État prendra la mainmise sur l'hôpital au travers de la loi du 21 décembre 1941 instituant une nouvelle autorité qu'est le directeur, lequel se voit nommé par le préfet avant de l'être par le ministre, se situant de facto dans un lien de dépendance envers l'État déconcentré, puis central.

Cinquante ans plus tard, la loi du 31 juillet 1991²² instaurera le SROS « schéma régional d'organisation des soins » dont les objectifs sont appliqués par les représentants de l'État : originellement par le préfet de région puis, dès 1996 par le directeur d'agence régionale d'hospitalisation qui constitue aujourd'hui l'ancêtre du directeur des agences régionales de santé, lequel se voyait à l'époque nommé en conseil des ministres, entretenant à nouveau un lien de dépendance avec le pouvoir central, plus précisément le pouvoir exécutif.

Sans se lancer dans une énumération exhaustive des différentes réformes engagées, l'histoire le montre, la gestion de la santé française initialement dévolue aux églises, a rapidement été décentralisée entre les mains des collectivités avant de voir l'État central puis l'État déconcentré s'en emparer.

L'État maintiendra au fur et à mesure des décennies une appropriation de plus en plus prégnante de la santé publique, cette dernière est pour autant légitimée par la volonté d'assurer un principe d'uniformité et d'égalité d'accès à la santé des citoyens.

²¹ **Loi du 7 août 1851** sur les hôpitaux et hospices. JORF du 20 août 1851.

²² **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière.

Paragraphe B- Une politique de santé centralisée juridiquement justifiée par un motif d'égalité d'accès aux soins des citoyens

La détention de la santé par l'État se trouve en réalité légitimée de par la volonté du législateur d'assurer une égalité d'accès à la santé de tous les citoyens, et dans son prolongement, une certaine volonté d'uniformisation du territoire national.

Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 a d'abord reconnu que « *La Nation [...] garantie à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé...* » L'intégration d'un tel principe dans la Constitution est loin d'être anodine et ce pour deux raisons.

La première tient à la valeur normative qui lui a été accordée par le Conseil Constitutionnel, véritable garant du respect de la Constitution, dans une décision du 16 juillet 1971²³ par laquelle ce dernier reconnaît aux droits et libertés issus du préambule une valeur constitutionnelle.

La deuxième raison tient quant à elle à la place que détiennent les normes constitutionnelles au sein de la hiérarchie des normes, puisque Hans Kelsen, plaçait dans son ouvrage « *Théorie pure du droit* »²⁴ en 1934, la Constitution au sommet de ladite hiérarchie.

Peu à peu, le Conseil Constitutionnel jouera un rôle décisif en accordant une valeur de plus en plus prégnante au droit à la santé au travers de différentes décisions.

Il reconnaîtra dans un premier temps dans une décision du 8 janvier 1991 que « *la protection de la santé publique [a] valeur constitutionnelle* »²⁵ avant de reconnaître dans une question prioritaire de constitutionnalité du 13 août 1993 que « *la protection à la santé [...] revêt le caractère d'objectif à valeur constitutionnelle.* »²⁶

Au rang législatif, la loi du 4 mars 2002²⁷ viendra inscrire au sein de l'article L1110-1 du code de la santé publique que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. [...] les autorités sanitaires contribuent [...] à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* »

²³ **Conseil Constitutionnel. Décision n°71-44 DC du 16 juillet 1971.** Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

²⁴ **HANS Kelsen.** *Théorie pure du droit.* Edition LGDJ. Publié en avril 1999. EAN 9782275017761

²⁵ **Conseil Constitutionnel.** Décision 90-283 DC du 08 janvier 1991. Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Non-conformité partielle.

²⁶ **Conseil Constitutionnel. Décision 93-325 DC du 13 août 1993.** Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. Non-conformité partielle.

²⁷ **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cet article consacre donc d'une part la santé publique en tant que droit fondamental, et d'autre part la légitimation de la détention des prérogatives de santé entre les mains de l'État de par le principe d'égalité d'accès des citoyens aux soins, dont le corollaire est en réalité le principe d'uniformité sur le territoire.

Pour autant, il faudra attendre la loi du 21 février 2022²⁸ dite « 3DS » pour que le législateur procède à la reconnaissance d'un nouvel acteur en ajoutant à l'article susmentionné que « *les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers [...] à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins...* »

Néanmoins, l'article L1411-1 du code de la santé publique dans sa version en vigueur au 28 janvier 2016 vient marquer dans le marbre la place prépondérante de l'État en matière de santé publique et place en arrière-plan les collectivités territoriales en disposant ainsi que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.* »²⁹

Le législateur a ainsi fortement participé à asseoir l'autorité de l'État en matière de santé publique, en lui conférant la responsabilité des politiques publiques de santé, et in extenso, le soin de garantir un accès égal de tous à la santé.

Pour autant, dès lors qu'il en aura l'opportunité, l'État saura reprendre la main et user de sa capacité à interférer dans le domaine législatif, que lui ont garanti les constitutionnalistes.

Paragraphe II- Vers un État législateur au détriment d'une coopération avec les autorités décentralisées

Pour asseoir son autorité, l'État pourra compter sur sa compétence à initier les projets de loi (paragraphe A), mais également sur sa faculté à pouvoir prendre des ordonnances. Cette possibilité, initialement prévue pour être une exception, tendra à devenir un principe, de par l'habitude que prendra l'État à y avoir recours de manière quasi systématique. (paragraphe B).

²⁸ **Article 130 de la loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de implication de l'action publique locale. Loi dite 3DS.

²⁹ **Article L1411-1** modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 1)

Paragraphe A - Le projet de loi, un avantage traditionnel de l'État garanti par la Constitution

En vertu de l'article 39 de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur, *« l'initiative des lois appartient concurremment au Premier ministre et aux membres du Parlement. »*

L'initiative des lois est donc traditionnellement partagée entre d'une part l'organe législatif que représente le Parlement dont l'une ou l'autre des assemblées peut déposer une proposition de loi et d'autre part, l'organe exécutif que représente entre autres, le Premier ministre au travers du projet de loi.

Ainsi, l'Assemblée nationale rappelait dans une Fiche de synthèse que *« en excluant les lois autorisant la ratification de traités ou l'approbation d'accords internationaux, le pourcentage de lois trouvant leur origine dans un projet gouvernemental s'établissait, jusqu'à la XIIIe législature incluse, autour de 80 % »*.³⁰

Cette réelle primauté du pouvoir exécutif dans les institutions législatives de la Vème République, alloue à l'État un avantage considérable face aux collectivités territoriales, lesquelles ne disposent d'aucune prérogative similaire, et notamment en matière de santé, permettant à nouveau à ce dernier de garder la « mainmise » aussi bien sur les politiques de santé publique nationales que locales.

En effet, au sens de l'article 24 de la Constitution³¹ alinéa 4, *« Le Sénat, dont le nombre de membres ne peut excéder trois cent quarante-huit, est élu au suffrage indirect. Il assure la représentation des collectivités territoriales de la République. »*

En ce sens, l'article 39 précise que *« Sans préjudice du premier alinéa de l'article 44, les projets de loi ayant pour principal objet l'organisation des collectivités territoriales sont soumis en premier lieu au Sénat. »*

Pour autant, en cas de désaccord entre les deux chambres, l'article 45 de la Constitution prévoit que *« Le Gouvernement peut [...] demander à l'Assemblée nationale de statuer définitivement. En ce cas, l'Assemblée nationale peut reprendre soit le texte élaboré par la commission mixte, soit le dernier texte voté par elle... »*

Autre point à relever, sous le premier Mandat d'Emmanuel Macron, 308 députés sur 577 appartenaient à la formation présidentielle de La République en Marche. Autrement dit, 53,38%

³⁰ **Assemblée nationale.** Fiche de synthèse n°33 : L'initiative gouvernementale. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-legislatives/l-initiative-gouvernementale>

³¹ **Constitution du 4 octobre 1958.**

des sièges étaient dévolus à des députés du groupe politique du Président, ce dernier disposant ainsi du fait majoritaire.

En conséquence, le vote des lois se faisant à la majorité, le Président dispose de toute la latitude pour appliquer son programme politique, et notamment pour faire voter les projets de loi de son Premier Ministre.

Ce point reste néanmoins à nuancer, puisque le dernier alinéa de l'article L1411-1 du code de santé publique précise que « *Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec [...] les représentants des collectivités territoriales...* »

Pour autant, le législateur reste flou sur les modalités d'une telle concertation, et donc sur la manière dont sont réellement associés lesdits représentants des collectivités territoriales.

D'autre part, la loi organique du 14 février 2014³² est venue encadrer le cumul des mandats en interdisant à tout député et sénateur d'exercer une fonction exécutive locale. Un député ou sénateur ne pouvant donc plus depuis ladite loi, être maire, président de conseil départemental ou régional. Ce point est discutable, en ce sens qu'on imagine mal ceux être au plus proche du territoire, et donc du terrain, être évincés de l'élaboration de normes qu'ils auront pourtant l'obligation d'appliquer.

De par cette initiative, l'État ira même jusqu'à déposséder les collectivités de certaines de leurs compétences, comme par exemple, au travers de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³³ laquelle trouve son origine dans un projet de loi du gouvernement, délibéré en Conseil des ministres le 1^{er} octobre 2003 et promulgué le 13 août 2004.

Sur ce point, initialement, l'article L1423-1 du code de la santé publique dans sa version du 22 juin 2000 disposait que « *le département est responsable des services et actions suivants et en assure le financement :*

1° La protection sanitaire de la famille et de l'enfance [...]

2° La lutte contre la tuberculose dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier de la partie III ;

3° La lutte contre le cancer organisée pour exercer le dépistage précoce des affections

³² **Loi organique n° 2014-125 du 14 février 2014** interdisant le cumul de fonctions exécutives locales avec le mandat de député ou de sénateur.

³³ **Loi n°2004-809 du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales.

cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades ;

4° Les actions de lutte contre la lèpre. »³⁴

Pour autant, la loi du 13 août 2004 précitée³⁵, transformera cet article comme suit : « *le département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre Ier de la deuxième partie* » et viendra codifier de nouvelles dispositions au sein de l'article L.1423-2 du code de la santé publique selon lequel désormais « *le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'État, participer à la mise en œuvre de programmes de santé définis. [...] notamment des programmes de dépistage des cancers* » ou encore au sein de l'article L.3112-2 du code de la santé publique lequel dispose depuis que « *la lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'État. Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'État.* »

La loi du 13 août 2004³⁶ est donc venue déposséder le Département de sa compétence dans les domaines précités afin de la recentraliser aux mains de l'État. Elle établit ainsi le passage d'une compétence de principe du Département en la matière à une compétence facultative reposant sur le mécanisme du conventionnement avec l'État, incluant de facto un accord des deux parties.

Dans le même sens, antérieurement à la loi du 13 août 2004, l'article L3111-11 du CSP disposait que « *les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du conseil général qui en assure l'organisation.* »

La vaccination relevait donc la compétence des départements, pour autant, le législateur a également entendu recentraliser cette compétence entre les mains de l'État au travers de la loi susvisée.

La loi du 13 août 2004³⁷ effectue donc une nouvelle répartition d'une partie des « compétences santé » par principe traditionnellement dévolues au département, pour les confier désormais à l'État.

C'est ici l'exemple type de la recentralisation de compétences en lien avec la santé aux mains de l'État, permise notamment par cette faculté pour l'exécutif de légiférer au travers du projet de loi, créant un déséquilibre avec les autorités centralisées et décentralisées, l'État s'imposant alors comme un décideur.

Sous un autre angle également, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires³⁸, laquelle trouve également son origine dans un projet de loi

³⁴ **Article L1423-1** du code de santé publique – version en vigueur du 22 juin 2000 au 17 août 2004.

³⁵ Ibid. p.13

³⁶ Op. cit p.14

³⁷ Op. cit., p.14

³⁸ **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

initié par le Premier ministre de l'époque, M. François Fillon, a été considérée par certains auteurs tels que Laurence Barthe et Stéphanie Lima comme une loi de « déconcentration », lesquelles définissent la « déconcentration » comme « *à la fois une déconcentration revendiquée et une recentralisation plus ou moins bien assumée.* »³⁹

En effet, la loi s'appuyant sur le principe même d'une territorialisation, attribue des compétences couvrant la totalité du domaine médicosocial aux ARS, « *sans que les collectivités territoriales ne puissent être associées à cette reconfiguration des compétences relevant de l'aménagement du territoire* » comme le dénoncent les auteures. Cette idée a été développée de manière actualisée face aux nouveaux textes législatifs. (Cf. *Section II – Une régionalisation des politiques de santé, en manque de démocratie décentralisée*)

L'État conserve donc une position dominante à l'image du terme « d'État stratège » concernant la vie économique du pays, il semble en aller de même concernant les politiques de santé.

Pareillement, la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie du covid-19⁴⁰ est issue d'un projet de loi, donc d'une initiative de l'exécutif gouvernemental.

Cette dernière n'est pas sans conséquence sur les collectivités territoriales, puisque son article 11 permet par exemple au Gouvernement de prendre par ordonnance toute mesure, relevant du domaine de la loi et, le cas échéant à les étendre et à les adapter aux collectivités territoriales de l'article 72-3 de la Constitution, autrement dit, les collectivités d'outre-mer, ce dernier pouvant ainsi prendre toute mesure permettant de déroger « *a) Aux règles de fonctionnement des collectivités territoriales et de leurs établissements publics [...] c) Aux règles régissant l'exercice de leurs compétences par les collectivités territoriales.* »

L'État possède donc une prééminence sur les collectivités en ce sens qu'il peut faire subir aux compétences des administrations décentralisées, une maniabilité de certaines de leurs compétences à son bon vouloir.

Loin d'être le seul avantage que possède l'État, comme le démontre la loi du 23 mars 2020 précitée, le recours aux ordonnances s'avère pour ce dernier être un véritable outil complémentaire pour assurer la mise en œuvre de son programme, et la conservation de sa mainmise sur les politiques de santé.

³⁹ **BARTHE Laurence et LIMA Stéphanie.** « *L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites.* » Le délaissement du territoire, quelles adaptations des services publics dans les territoires ruraux Revue Sciences de la société. N°86 publié en décembre 2012.

⁴⁰ **Loi n°2020-290 du 23 mars 2020** d'urgence pour faire face à l'épidémie du covid-19.

Paragraphe B- Une prééminence Étatique favorisée par une multiplication du recours aux ordonnances

L'article 38 de la Constitution du 4 octobre 1958 prévoit que « *le Gouvernement peut, pour l'exécution de son programme, demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi* ».

Ce mécanisme est conditionné à l'aval du Parlement, puisque le Gouvernement est contraint d'une part d'apporter une motivation concernant sa demande d'habilitation en indiquant la finalité des mesures qu'il entend prendre par voie d'ordonnance, et d'autre part à déposer le projet de loi de ratification dans le délai imparti par la loi d'habilitation sous peine de caducité de l'ordonnance comme le rappelle l'article 38 de la Constitution.

Malgré ces contraintes, ce principe participe tout de même au renforcement du rôle de l'exécutif et in extenso de l'État central en matière législative.

Il constitue en réalité une véritable dérogation au principe selon lequel le domaine de la loi est dévolu au Parlement, mais était déjà généralisé sous la III^e et la IV^e République au travers des « décrets-lois ».

Certains sénateurs dénoncent par ailleurs ce recours aux ordonnances par le gouvernement qu'ils qualifient d'abusif, dont les conséquences sont multiples : d'une part un affaiblissement du Parlement, mais d'autre part un caractère relativement peu démocratique comme l'ont rappelé Stéphane le Rudulier et Alexandra Borchio-Fontimp, tous deux sénateurs, dans une tribune libre⁴¹ en octobre 2021.

Le Sénat lui-même dans une étude sur les ordonnances prises sur le fondement de l'article 38 de la Constitution⁴² rappelle l'intensification du recours à l'article 38, le document relate ainsi qu'entre 2017 et 2022 le gouvernement se serait vu accorder pas moins de 298 habilitations à légiférer par voie d'ordonnance, soit une moyenne annuelle de 82,2 habitations par an.

Ainsi, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé aurait prévu 12 habilitations à elle seule.

À titre d'exemple, la loi du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, comprend des dispositions au sein de son article 21 selon lesquelles « *dans les conditions prévues*

⁴¹ **LE RUDULIER Stéphane et BORCHIO-FONTIMP Alexandra**, l'Opinion, « *Le recours abusif aux ordonnances affaiblit le Parlement* ». Publié le 22 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lopinion.fr/politique/le-recours-abusif-aux-ordonnances-affaiblit-le-parlement-la-tribune-de-stephane-le-rudulier-et-alexandra-borchio-fontimp>

⁴² **SENAT**, *Les ordonnances prises sur le fondement de l'article 38 de la Constitution*. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/role/ordonnances/etude_ordonnances2021.html

par l'article 38 de la Constitution, et afin de simplifier l'organisation et le fonctionnement du système de santé, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toutes mesures pour [...]

2° Réorganiser la planification sanitaire régionale et prolonger dans la limite de deux années maximum les schémas d'organisation sanitaire qui doivent être révisés. »

Le recours aux ordonnances favorise donc une immixtion de l'État dans le domaine de la loi, quand bien même, aucune ordonnance ne semble avoir d'impact négatif sur les collectivités territoriales en matière de santé, il semble indiscutable qu'elles permettent à l'État de renforcer et d'assoir l'autorité et la mainmise qu'il possède en matière de santé publique.

Quoiqu'il en soit donc, le recours aux ordonnances permet à l'État de légiférer comme il le souhaite en matière de santé publique, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et l'habilite à ce titre à « *prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à 1° Alléger les procédures, les formalités et les modalités selon lesquelles les **agences régionales de santé exercent leurs compétences** » ou encore « *toute mesure [...] permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des **centres de santé** et des maisons de santé [...] en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques. »**

L'État peut donc par exemple décider seul des modifications des statuts régissant les missions, l'organisation et le fonctionnement de centres de santé, lesquels sont pourtant souvent créés à l'initiative des collectivités territoriales (Cf. *Paragraphe A – Les centres de santé, et MSP outils de lutte contre les déserts médicaux : quand les collectivités pallient les lacunes de l'État*) sans prendre soin d'y associer ces dernières.

Pour appliquer sa politique de santé publique, ce dernier se dotera d'un nouvel outil : les Agences Régionales de Santé. Vendues sous une volonté de régionalisation, elles n'assurent pourtant qu'une faible participation des collectivités territoriales.

SECTION II – Une régionalisation des politiques de santé en manque de démocratie décentralisée

Les Agences Régionales de Santé sont composées d'une organisation bicéphale partagée entre Conseil d'administration et Directeur, cette organisation des organes de direction est en réalité peu favorable quant à la représentation des élus locaux (paragraphe I).

Le constat n'est guère moins réjouissant s'agissant des autres organes décisionnels composant l'ARS, se ventant pourtant d'une réelle concertation, la réalité est pourtant bien plus nuancée (paragraphe II).

Paragraphe I- Une organisation de la direction bicéphale des Agences Régionales de Santé au détriment des collectivités

L'article 119 de la loi 3DS a eu pour effet de transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration, cette nuance a été intégrée au sein de la partie législative du code de santé publique, il n'en va pas de même concernant la partie réglementaire.

Cette précision justifie donc que l'organe soit tantôt abordé sous la dénomination de « *conseil de surveillance* » tantôt sous celle de « *conseil d'administration* ».

Ce dernier, malgré une volonté de réforme, continue de souffrir aussi bien d'un manque de représentativité des collectivités (paragraphe A) que d'attributions restrictives (paragraphe B).

Paragraphe A - Un manque de représentativité des collectivités au sein du conseil d'administration des Agences Régionales de Santé

Calquées sur les organes de direction des sociétés privées et notamment des sociétés anonymes, bien qu'étant des établissements publics, les Agences Régionales de Santé sont composées d'un conseil d'administration ainsi que d'un directoire présidé par le directeur de l'ARS.

Ce dernier conduit d'après les dispositions législatives « *la politique générale de l'établissement.* »⁴³ Il est nommé en conseil des ministres et entretient donc un fort lien avec le pouvoir central. À côté du Directeur, le conseil d'administration se prononce quant à lui sur « *la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.* »⁴⁴.

⁴³ **Article** L6143-7 du Code de la santé publique

⁴⁴ **Article** L6143-1 du Code de la santé publique

Ses compétences en matière de délibération sont délimitées au sein de l'article L6143-1 au domaine financier d'une part ainsi qu'au domaine politique au travers des délibérations sur le projet d'établissement lequel définit la politique générale de l'établissement au sens de l'article L6143-2 du CSP.

L'article D1432-15 du code de la santé publique rappelle sa composition, laquelle compte 25 membres, qui peuvent être classés en trois groupes.

D'abord les administrations : le conseil, est présidé par le **préfet** de région, représentant de l'État déconcentré, il comprend également **trois** représentants de l'État que sont le recteur de région académique, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou leur représentant, ainsi que le préfet de département.

Il est ensuite composé de **neuf** membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort.

Ensuite les élus et usagers : le conseil est composé de **quatre ou cinq** représentants des collectivités territoriales en fonction du nombre de départements présents dans la région : ces membres incluent un conseiller régional, trois conseillers départementaux au lieu de deux dès lors que la région comprend plus de neuf départements, ce qui est le cas dans la région Grand est, laquelle est composée de neuf départements, puis un maire d'une commune ou président d'une intercommunalité.

Il est également composé de **trois** représentants d'associations de patients, personnes âgées et handicapées.

Finalement, il comprend *quatre personnalités qualifiées* dans les domaines de compétence désignés par les ministres chargés de la santé, l'assurance maladie, des personnes âgées et handicapées.

Tous les membres susvisés siègent avec une voix délibérative, tandis que siègent avec une voix consultative deux représentants du personnel élus, et le directeur général.

Le problème de la représentativité découle directement de l'article D1432-22 du code de la santé publique, selon lequel le président, et les trois représentants de l'État disposent chacun de trois voix délibératives tandis que les autres membres n'en disposent que d'une.

Autrement dit, les représentants de l'État comptabilisent à eux seuls 12 voix sur 33, soit 36 % des voix du conseil d'administration.

Cette prépondérance des voix des représentants de l'État soulève un réel problème en ce sens que *« les délibérations et avis sont adoptés à la majorité des voix des membres présents ou*

représentés », ⁴⁵ d'autant plus qu'en cas de partage égal des voix, un second scrutin est organisé et la voix « *du président est prépondérante.* » ⁴⁶

Par ailleurs, l'adoption des délibérations se fait par un vote à la majorité absolue, soit la moitié + 1 des votes, les élus jouent alors un rôle résiduel dans l'action conduite par l'agence, puisque ne disposant au mieux que de 4 voix, contre 12 pour les représentants de l'État, et 9 pour les membres de l'assurance maladie.

Cette organisation des membres du conseil d'administration de l'ARS a vivement été critiquée par le Sénat, représentant des collectivités territoriales, et ce à plusieurs reprises.

D'abord, dans leur rapport d'information, Philippe Mouiller et Mme Patricia Schillinger ⁴⁷ ont émis 5 recommandations à destination de l'État dont celle « *de renforcer le poids et les fonctions des élus locaux au sein du conseil de surveillance de l'ARS.* »

Les rapporteurs préconisent alors que le projet de loi 3DS intègre le fait que les représentants de l'État ne puissent pas disposer de plus de voix que ceux des collectivités territoriales.

Lors de l'élaboration du projet de loi 3DS, et dans le texte adopté par la commission du Sénat en première lecture, ce dernier avait émis un amendement ⁴⁸ créant l'article 31 a) ter lequel disposait que « *Le sixième alinéa du même I est complété par une phrase ainsi rédigée : toutefois, les représentants visés au 1° ne peuvent disposer de plus de voix que ceux mentionnés au 3°* », autrement dit, le Sénat a souhaité proposer que les représentants des collectivités (mentionnés au 3° de l'article D1432-15 du CSP) soit, disposent de 3 voix ou alors, que les représentants de l'État (mentionnés au 1° de l'article susvisé du CSP) ne disposent que d'une voix, le but : rétablir un équilibre des forces entre représentants de l'État et représentants des collectivités.

En première lecture, le Sénat a alors initié un nouvel amendement ⁴⁹, en proposant cette fois-ci, non plus une représentation égalitaire entre représentants de l'État et des collectivités, mais entre représentants des 4 collèges.

⁴⁵ Article D1432-22

⁴⁶ Op. cit. note 44.

⁴⁷ Ib. Idem. Page 4. Note 13

⁴⁸ Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture Commission du Sénat) (n°588 rect., 719, 720,721) N°COM-791 du 24 juin 2021. **Amendement** présenté par M. MILLION, rapporteur pour avis. Déposé le 24 juin 2021. Article 31. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/commissions/2020-2021/588/Amdt_COM-791.html

⁴⁹ Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture Sénat). **Amendement n°1553**. Déposé le 5 juillet 2021. Article 31. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/2020-2021/724/Amdt_1553.html

Pour autant, sous l'effet de la navette Parlementaire, la disposition prévue par le Sénat sera supprimée par l'Assemblée Nationale dans un amendement⁵⁰ au motif qu'il serait « *nécessaire d'augmenter significativement le nombre de membres, ce qui n'est pas souhaitable dans un souci d'efficacité et de bon fonctionnement de l'instance* », laissant ainsi inchangée la représentativité au sein du conseil.

Un autre rapport sénatorial initié par les sénateurs Jacky Le Menn et Alain Million sur les agences régionales de santé⁵¹ allait même jusqu'à qualifier le conseil de surveillance de l'ARS de « *coquille vide* » du fait de sa « *surreprésentation de l'État* ».

À nouveau donc, les politiques de santé territorialisées semblent n'en avoir que le nom, puisque la faible représentation des élus locaux face aux représentants de l'État semble ne leur laisser que très peu de chance de faire valoir leur opinion lors du vote des délibérations.

Pour autant, comme si cela ne paraissait pas suffisant, en plus de voir ses membres sous-représentés, le conseil de surveillance ne possède que des attributions résiduelles.

Quand bien même ces dernières ont été revues à la hausse, le constat est toujours le même, celui d'un manque de volonté d'association des collectivités territoriales.

Paragraphe B- Une présidence du conseil d'administration controversée et des attributions jugées trop restrictives

L'article D.1432-15 du code de la santé publique le rappelle, il revient au représentant de l'État dans la région de présider le conseil de surveillance, autrement dit, ce rôle est attribué au préfet de région, représentant de l'État déconcentré.

Pour autant, cela semble contradictoire avec le rôle même de l'ARS qui est de définir et mettre en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population si l'on en croit la fiche établie par le ministère des Solidarités et de la Santé⁵².

Cette présidence a été vivement critiquée par la chambre haute du Parlement.

En effet, dans le compte rendu de la commission des affaires sociales du mardi 29 juin 2021 relatif au projet de loi 3DS⁵³, le rapporteur pour avis, Monsieur Alain Million proposait déjà de partager

⁵⁰ Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture Assemblée Nationale) **Amendement n°3304**. Déposé le jeudi 2 décembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4721/AN/3304>

⁵¹ Ib. Idem page 4. Note 12.

⁵² **Ministère des solidarités et de la santé**. *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*. Publié le 7 mai 2019. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

⁵³ **Comptes rendus de la commission des affaires sociales du Sénat** du mardi 29 juin 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20210628/soc.html>

la présidence des ARS d'une part entre le représentant de l'État au niveau régional, le préfet de région donc et d'autre part le président du conseil régional, ce qui semble somme toute logique, puisque les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif implantés au niveau régional et dont le but même est d'établir une politique de santé en région, collectivité dont l'exécutif est le président du conseil régional.

Encore plus ambitieux, le rapport sénatorial d'information de Jacky Le Menn et Alain Million⁵⁴ proposait de substituer la présidence d'un élu local à la présidence de droit par le préfet de région, au motif que l'élu local serait « *un représentant démocratique du territoire* » permettant ainsi au conseil de pleinement jouer son rôle de « *contre-pouvoir* » du directeur général de l'ARS.

En effet, à l'image d'un conseil municipal, départemental ou régional, son but propre est de faire vivre la démocratie par sa composition d'élus de différents courants politiques, faisant ainsi naître une possible contradiction et le débat sur les propositions faites par l'élu local.

Il en va de même ici, où, comme le rapport le rappelle, le but d'une telle instance collégiale ne réside pas « *de la contestation [des décisions du directeur] ou de ses actions mais dans celui d'une délibération collégiale critique.* »

Par ailleurs, les attributions du conseil d'administration des Agences Régionales de Santé ont également été sujettes à controverse, considérées comme trop restreintes, ces dernières sont effectivement cantonnées au domaine financier d'une part, puisque l'article R1432-56 du code de la santé publique précise que « *le budget de l'agence régionale de santé et le budget annexe consacré à la gestion des crédits du fonds d'intervention régionale [...] sont préparés par le directeur général, en tant qu'ordonnateur, et approuvés par le conseil de surveillance de l'agence.* »

D'autre part, le rôle du conseil d'administration sur la politique menée par l'agence est circonscrit. En effet, la loi du 26 janvier 2016⁵⁵ (n°2016-41) a eu pour effet de faire rentrer dans son champ d'intervention l'entièreté du projet régional de santé, puisqu'avant cette réforme, le conseil de surveillance (désormais conseil d'administration) n'émettait un avis que sur le « *plan stratégique régional de santé.* »

Ce plan ne constituait ainsi qu'un des volets du projet régional de santé, puisque l'article L1434-2 du code de la santé publique précise que le projet régional de santé est constitué de 3 volets : le premier étant un plan stratégique régional de santé, lequel fixe les orientations et objectifs de santé pour la région, le second est constitué des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de

⁵⁴ Ib. Idem page 4. Note 12.

⁵⁵ **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé.

prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale, et finalement le dernier volet étant composé de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas précédemment mentionnés avec au minima deux programmes : l'un concernant l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, et l'autre concernant la télémédecine.

Depuis la réforme susvisée, le conseil d'administration « *émets un avis motivé sur le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, et au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.* »⁵⁶

Il s'agit d'un avis obligatoire, comme l'a rappelé le Sénat⁵⁷, cet avis purement consultatif n'a donc aucune force contraignante, et le directeur de l'ARS n'a alors aucune obligation de s'y conformer.

Cette réforme a donc eu pour effet de faire rentrer dans le champ de compétences du conseil de surveillance l'entièreté du projet régional de santé et non plus une seule de ses trois composantes. Pour autant, elle s'avère peu ambitieuse en ce sens que le rôle du conseil d'administration est cantonné à un rôle consultatif concernant le PRS, lequel est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les collectivités, de par leur représentativité minoritaire au sein du conseil d'administration, et de leur rôle consultatif, ne sont donc associées que de manière résiduelle dans la déclinaison des politiques nationales de santé au niveau régional.

Par ailleurs, l'article D1432-26 du code de la santé publique précise que les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées ont la possibilité de s'opposer aux délibérations du conseil de surveillance.

Dans un tel cas, les ministres peuvent modifier la délibération, laquelle est ensuite soumise à un nouvel examen du conseil de surveillance.

Le paradigme tient au fait que si le conseil de surveillance refuse d'approuver la délibération modifiée, alors une simple décision conjointe des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et handicapées permet de rendre la délibération modifiée et non approuvée exécutoire.

Ici, le pouvoir central vient donc court-circuiter la volonté du conseil de surveillance, et se substituer aux délibérations prises par ce dernier.

À nouveau, en tenant compte de la faible représentativité des collectivités au sein du conseil

⁵⁶ Article L1432-3 du code de santé publique.

⁵⁷ Ib. Idem page 4. Note 13. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-063/r21-06311.html>

d'administration, et de la possibilité des ministres de court-circuiter le processus délibératif pour se substituer au conseil, les collectivités jouent un rôle résiduel.

Les organes de composition de l'ARS à côté des organes de direction souffrent du même manque d'association de leurs représentants, en ce que le législateur a entendu circonscrire leur rôle, limitant ainsi leur action effective.

Paragraphe II – Autres organes de l'Agence Régionale de Santé : un rôle circonscrit des collectivités dans l'élaboration du Projet Régional de Santé

Les Agences Régionales de Santé possèdent une organisation interne relativement complexe.

À côté de leur conseil de surveillance et de leur Directeur, subsiste une conférence régionale de la santé et de l'autonomie (paragraphe A), ainsi qu'une commission de coordination des politiques publiques de santé (paragraphe B). Chacun des deux organes possède des sous compositions, au sein de la CRSA se trouve donc la commission permanente et les commissions spécialisées. De son côté, la CCPPS est également déclinée en deux commissions.

Leur intérêt est en réalité limité, ne pouvant participer au projet régional de santé que de manière résiduelle.

Paragraphe A- Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie en manque de concertation

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme composé de cent-neuf membres auxquels s'ajoutent les membres du collège des conseils territoriaux de santé au sens de l'article D1432-28 du CSP.

À nouveau, il conviendrait de relever que la part de représentants des collectivités territoriales du ressort géographique de l'agence est moindre, puisqu'ils représentent en Région Grand Est, 15 membres. En effet, ce chiffre est variable concernant la part de représentants départementaux présents, puisque siège au sein de la conférence « *le président de chacun des départements du ressort* », ce nombre peut donc varier en fonction du nombre de départements situés sur la région.

D'abord, la conférence régionale de santé et de l'autonomie possède une compétence pour diligenter les travaux au sein de deux formations que sont la commission permanente et la commission spécialisée.

La commission permanente est notamment chargée au sens de l'article D1432-33 du CSP de

« *préparer l'avis rendu par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé* » et c'est à nouveau ici un premier point à relever.

D'une part, les élus ont à nouveau une faible représentativité au sein de l'organisme (13,76% des membres sont des représentants des collectivités territoriales) et d'autre part, leur rôle se retrouve à nouveau circonscrit à un rôle purement consultatif, assez regrettable puisqu'à l'inverse du conseil territorial de santé qui participe à l'élaboration du PRS sans pour autant être suffisamment représentatif d'un point de vue de l'échelon départemental comme il le sera démontré, la CRSA représente elle, tous les départements appartenant au territoire régional.

De leur côté, **les commissions spécialisées** sont divisées en plusieurs domaines, on y retrouve ainsi la commission spécialisée de prévention, celle de l'organisation des soins, celle de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux ainsi que celle chargée des droits des usagers ; chacune d'entre-elles représentant les collectivités.

Du côté de la commission de prévention spécialisée, cette dernière se contente au sens de l'article D1432-36 du CSP de « ***préparer un avis sur le projet de schéma régional de santé, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation*** », sans champ d'action est donc plus large dans le sens où elle est compétente concernant la révision et le suivi du PRS, pour autant, elle est à nouveau réduite à un rôle purement consultatif au travers de proposition d'avis.

Les compétences conférées à la commission spécialisée de l'organisation des soins ne sont guère plus développées, puisqu'elle se contente également de « ***préparer un avis sur le projet de schéma régional de santé et les zones du schéma régional de santé.*** » Elles n'interviennent donc même pas au niveau de l'élaboration même du PRS, mais du schéma régional de santé constituant l'une de ses composantes.

La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux possède elle la faculté, toujours de rendre un avis consultatif mais sur un champ plus large que ces deux homologues puisqu'il s'agit ici du PRS et non uniquement du schéma au sens de l'article D1432-40 du CSP.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé est quant à elle chargée au titre de l'article D1432-42 du CSP de « *l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.* »

Pourtant, l'Agence Régionale de la Santé du Pays-de-Loire décrit la CRSA comme « *un lieu privilégié de la **concertation** [laquelle] concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé*⁵⁸. »

Pour autant, il semblerait plutôt s'agir d'une consultation plus que d'une réelle concertation.

En effet, dans la revue *Négociations*⁵⁹, Hubert Touzard distingue de manière assez précise les deux termes. L'objectif de la consultation serait donc de « *recueillir préalablement à une décision collective, les avis, les opinions, attitudes d'un certain nombre d'acteurs.* » tandis que la concertation aurait pour objectif « *que des acteurs individuels ou collectifs, trouvent un accord, résolvent un problème qui se pose à eux, prennent ensemble une décision collective ou préparent une décision prise en final à un autre niveau.* »

Sans épiloguer sur la terminologie des deux termes, ce qu'il convient de retenir c'est que la consultation repose plus sur un avis tandis que la concertation repose sur une réelle prise de décision en associant les acteurs de manière effective à l'élaboration normative.

Or l'article L1432-4 du CSP le rappelle « *la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, **par ses avis** à la politique régionale de santé.* », son rôle est clairement circonscrit, il s'agit d'un organisme consultatif et non d'un organisme à visée de concertation.

Aux côtés du CRSA, se trouve la commission de coordination des politiques publiques, dont le rôle est celui d'assurer « *une cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, dans deux domaines particuliers*⁶⁰ » que sont la prévention, la santé scolaire, la santé au travail, la protection maternelle et infantile d'un côté, et de l'autre la prise en charge des accompagnements médicaux sociaux.

Pourtant, le rôle de la CCPPS se voit contrebalancé par une imprécision qu'a conféré le législateur aux textes normatifs concernant ses compétences.

⁵⁸ **ARS du Pays de la Loire.** *La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)*, publié le 16 mai 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iW9a>

⁵⁹ **TOUZARD Hubert,** Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique. De Boeck Supérieur. « *Négociations* ». Publié en 2006. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-67.htm>

⁶⁰ **ARS de Nouvelle-Aquitaine.** La commission de coordination des politiques publiques (CCPP). [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/la-commission-de-coordination-des-politiques-publiques-ccpp>

Paragraphe B - La commission de coordination des politiques publiques de santé : outil de légitimation des collectivités, borné par le législateur

La commission de coordination des politiques publiques de santé constitue le deuxième organisme des ARS à côté de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

Cette dernière se subdivise en deux commissions que sont la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile d'une part puis la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux d'autre part.

La première se compose de 28 membres, en Région Grand Est, son nombre est également variable puisqu'elle comprend un représentant par département situé sur le ressort géographique régional, la région Grand-Est comprenant 9 départements, 9 représentants départementaux siègent donc au sein de l'organisme.

Elle se compose au sens de l'article L1432-1 du CSP « *des services de l'État, des collectivités territoriales et leurs groupements et des organismes de sécurité sociale.* »

Ici, la représentativité des collectivités territoriales est dominante puisqu'elles représentent 15 membres sur 28, soit 46,42% des membres de la commission.

De l'autre côté, la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux se compose elle, du même nombre de membres, et d'une représentativité des collectivités territoriales identique au sens de l'article D1432-6 du CSP.

En effet, le collège des représentants des collectivités territoriales comprend : « *a) Deux conseillers régionaux [...] b) Le président du conseil général, ou son représentant, de chacun des départements situés dans le ressort territorial de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, c) Quatre représentants au plus des communes et groupements de communes, désignés par l'Association des maires de France.* »⁶¹ Ainsi, depuis le passage à la maille 13 par la loi du 16 janvier 2015⁶², certaines régions peuvent comprendre en leur sein jusqu'à 13 départements telle que la région Occitanie, renforçant d'autant plus le poids des élus départementaux vis-à-vis des élus régionaux et communaux.

Au sens de la loi, ces différentes commissions semblent reposer sur un mécanisme de concertation plus que de consultation.

En effet, la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI peut, tel qu'en dispose l'article D1432-4 « *décide de travaux à*

⁶¹ Article D1432-6 du code de santé publique.

⁶² **Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015** relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, **notamment** du schéma régional de santé », il en va de même concernant la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux qui peut également « décider d'un **commun accord** entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de santé et du programme mentionné à l'article L312-5-1 du code de l'action sociale et des familles. »⁶³

Néanmoins, il semble nécessaire de soulever deux points, les articles susvisés souffrant d'ambiguïté, dès lors qu'ils mettent l'accent sur le schéma régional qui constitue l'une des composantes du PRS, au travers de l'utilisation de la terminologie « *notamment.* »

En effet, tel qu'il l'a été rappelé précédemment, l'article L1434-2 du code de la santé publique précise que le projet régional de santé est constitué en 3 volets : le premier étant un plan stratégique régional de santé, lequel fixe les orientations et objectifs de santé pour la région, le second est constitué des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale, et finalement le dernier volet étant composé de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas précédemment mentionnés avec au minima deux programmes.

Il semble donc pour le moins douteux que le législateur ait estimé nécessaire de mettre l'accent sur les schémas régionaux, et la volonté semble à nouveau être celle de circonscrire l'action des collectivités.

Le deuxième point à relever touche à l'imprécision de la formulation de l'article D1432-9 du CSP, concernant la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, lequel relève la nécessaire satisfaction du « *commun accord* » entre ses membres pour diriger des travaux contribuant à l'élaboration du PRS.

Cette formulation est imprécise puisque ne précisant pas s'il faut une majorité absolue, relative, ou totale des membres.

Par ailleurs, elle semble nettement compromise, dès lors que sont membres de ladite commission, le directeur de l'agence régionale de santé, le représentant du préfet de région, ainsi que différents représentants de l'État, une composition qui pourrait ainsi nuire aux initiatives des collectivités territoriales dès lors qu'elles se retrouvent en discordance avec les représentants de l'État déconcentré.

La composition des différents organismes et le rôle qu'ils revêtent permet donc de nuancer la place des collectivités en leur sein, et l'influence qu'elles possèdent, soit au travers de leur faible

⁶³ Article D1432-9 du code de santé publique.

représentativité et du mécanisme utilisé relevant plus de la consultation que de la concertation, soit au travers du champ d'intervention circonscrit de ces dernières, ou aux limites que le législateur a entendu poser.

L'organisation structurelle des Agences Régionales de Santé témoigne donc d'un manque de décentralisation des politiques de santé. Ce repli volontaire de l'État sur lui-même, n'est pas sans conséquence. (Chapitre 2)

CHAPITRE 2 – D'un État volontairement replié sur lui-même aux conséquences territoriales

Cet État volontairement replié sur lui-même, n'accorde aux collectivités que des moyens insuffisants (Section I), et laisse reposer sur ces dernières les conséquences de l'inefficience des actions qu'il engage. (Section II)

SECTION I- L'insuffisance des moyens accordés aux collectivités

Cette insuffisance de moyens accordés aux collectivités passe par la distorsion entre la territorialisation souhaitée, et l'application qui en est faite (Paragraphe I), mais également par les limites quant à l'inclusivité des mécanismes de contractualisation et de conventionnement entre l'État et les collectivités. (Paragraphe II)

Paragraphe I- Une territorialisation des politiques illégitime : distorsion entre attentes et réalité

La politique de santé, en plus d'être régionalisée, se veut territorialisée au sens du Chapitre IV appartenant au Livre IV du CSP, nommé « *Territorialisation de la politique de santé.* »

En réalité, pourtant les collectivités ne sont pas associées à la détermination des territoires de démocratie sanitaires ni des zones du schéma régional de santé (Paragraphe A), de l'autre côté, les conseils territoriaux de santé institués sont dotés de compétences intéressantes, mais dont l'efficacité est contrariée par une organisation contre-intuitive. (Paragraphe B)

Paragraphe A- Paradigme d'une définition de territoires de démocratie sanitaire et les zones du schéma régional de santé sans association décentralisée

Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, sont nés les territoires de démocratie sanitaire et les zones du schéma régional de santé.

Les premiers ont pour vocation, au sein d'une région, de permettre dans chaque territoire délimité à la fois la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales, ainsi que la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers, cela se faisant au travers des conseils territoriaux de santé.

Concernant les zones de schéma régional de santé, ces dernières sont délimitées par l'ARS, afin de permettre comme le précise l'article L1434-9 du code de santé publique d'une part, la répartition des activités de soins et d'équipements matériels lourds et d'autre part l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité.

La délimitation des territoires de démocratie sanitaire revêt un aspect essentiel, puisqu'en découle la création d'un conseil territorial de santé pour chaque territoire délimité au sein d'une région, lequel conseil composé en partie de collectivités territoriales participe étroitement à l'élaboration du projet régional de santé.

Une problématique se dégage concernant la délimitation des territoires de santé, en effet, quand bien même cette dernière nécessite le recueil préalable de l'avis du préfet de région, et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, ainsi que des collectivités territoriales, cet avis n'est nullement contraignant, il s'agit là à nouveau d'un avis purement obligatoire.

Autrement dit, la délimitation des territoires en question relève en réalité de la libre appréciation du directeur général de l'agence de santé, comme le rappelle l'article R1434-29 du CSP, lequel entretient un lien fort avec le pouvoir central en ce qu'il est nommé en Conseil des Ministres.

Concernant les *zones du schéma régional de santé*, ces dernières sont également délimitées par le directeur général de l'agence régionale de santé, ici à nouveau les collectivités ne jouent qu'un rôle résiduel puisque l'article R1434-32 du CSP ne requiert que leur avis au travers des commissions spécialisées de l'organisation des soins des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

Pourtant le but premier de telles zones est de répartir certaines activités de soins, ces dernières sont mentionnées à l'article R6122-25 du code de santé publique, on y retrouve notamment l'activité de médecine ou encore celle de gynécologie-obstétrique.

Elles sont délimitées en prenant en compte des critères listés de manière exhaustive à l'article R1434-30 du CSP, on y retrouve ainsi les besoins de la population, l'offre existante, la

démographie des professionnels de santé et leur répartition...

Il semble alors difficile d'envisager la délimitation de telles zones sans y associer les collectivités, ne serait-ce que dans l'appréciation des besoins de la population, comment peuvent-ils mieux être appréciés que par le local ?

Plus largement, il en va de même lorsque l'on a conscience du rôle que les collectivités peuvent jouer dans la lutte contre les déserts médicaux, au travers de différents leviers financiers qu'elles peuvent notamment lever.

À propos de la délimitation *des territoires de santé*, désormais appelée territoires de démocratie sanitaire, une circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération⁶⁴ rappelait que l'objectif de remplacer les anciens secteurs sanitaires par des territoires de santé était de « *permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, **indépendamment des limites administratives** (départements et régions) »*

Cette volonté est toujours d'actualité concernant les territoires de démocratie sanitaire.

Prenons l'exemple de la Région Grand Est, cette dernière a été découpée le 27 octobre 2016 en cinq territoires de démocratie sanitaire⁶⁵. (**Annexe 2**).

Ces derniers ne tiennent d'une part pas compte des limites administratives des départements, ainsi, le département de la Marne se retrouve partagé entre deux territoires de démocratie sanitaire (TDS 1, 2), le département de la Moselle quant à lui est scindé entre trois territoires de démocratie sanitaire (TDS 2, 3 et 4).

La question se pose alors concernant l'adéquation entre ce que promeut le dispositif des territoires de démocratie sanitaire « *la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales* » et la réalité qu'est celle de scinder les départements au travers de cette nouvelle échelle « de territoires de démocratie sanitaire » venant à la fois complexifier la grille de lecture des acteurs du système de santé aussi bien pour les usagers, que pour les élus dès lors que, comme le rappelle l'article L1434-10 du CSP « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.* »

⁶⁴ **Circulaire** DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_101_050304.pdf

⁶⁵ **Carte de découpage** régional en territoires de démocratie sanitaires. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/7194/download?inline>

Il est alors difficile d’imaginer de quelle manière, un élu, lorsque sa collectivité est scindée entre trois TDS, peut, comme le souhaite le législateur à l’article précité, contribuer de manière effective et lisible à la santé de la population du « *territoire* » auquel il appartient.

De l’autre côté, les conseils territoriaux de santé, existants au nombre de TDS, s’imposent comme un réel outil de participation à la déclinaison des politiques publiques de santé nationale au travers du PRS, pour autant, ils font face à certaines limites du fait de leur organisation.

Paragraphe B – Les conseils territoriaux de santé : une efficacité contrariée par une organisation contre-intuitive

De la délimitation des territoires de démocratie sanitaire découle un second enjeu, ce dernier est lié au fait que sur chacun des territoires de démocratie sanitaire arrêté par le directeur de l’Agence régionale de santé, ce dernier a obligation d’y constituer un conseil territorial de santé telle que les dispositions législatives l’exigent.⁶⁶

Le CTS possède un rôle central, en ce sens qu’il est la seule instance à côté de la Commission de coordination des politiques publiques, à pouvoir « *contribuer à l’élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l’évaluation du projet régional de santé* »⁶⁷ puisque comme on l’a vu précédemment, tous les autres organes n’ont qu’un rôle consultatif circonscrit au travers de la proposition d’un avis.

L’article R1434-33 précise que ces conseils sont composés d’au minimum trente-quatre membres et d’au maximum cinquante membres.

Ils comprennent alors cinq collèges répartis de la manière suivante : un collège des professionnels et offreurs des services de santé (20-28 membres), un collège d’usagers et associations d’usagers (6-10 membres), un collège de collectivités territoriales ou de leurs groupements (4-7 membres), un collège des représentants de l’État (2-3 membres) et finalement un « *cinquième collège* » composé de deux personnalités qualifiées.

Un premier problème semble découler de cette composition, d’une part « *nul ne peut siéger au sein des conseils territoriaux de santé à plus d’un titre* »,⁶⁸ autrement dit, un représentant des collectivités territoriales ne peut siéger que dans un seul conseil territorial.

Pourtant, comme vu précédemment (Cf. *Paragraphe A- Paradigme d’une définition de territoires de démocratie sanitaire et les zones du schéma régional de santé sans association décentralisée*), une collectivité territoriale peut appartenir à plusieurs territoires de démocratie sanitaire, il semble

⁶⁶ Article L1434-9 du code de santé publique.

⁶⁷ Article L1434-10 du code de santé publique.

⁶⁸ Article R1434-33 du code de santé publique.

donc incohérent qu'un représentant ne puisse pas, dès lors que son département est fragmenté en plusieurs TDS, siéger au sein des différents CTS institués sur lesdits TDS.

Le second problème qui découle de cette composition, est lié au faible nombre de représentants des collectivités territoriales compris entre 4 et 7, ainsi au sein du territoire de démocratie sanitaire n° 1 du Grand-Est, dit « territoire champardennais », on retrouve trois départements : les Ardennes, la Marne ainsi que l'Aube.

Pourtant, le collège de représentants des collectivités territoriales ne comprend que deux représentants dont l'un est issu du Département de la Marne, et le second du Département des Ardennes⁶⁹.

Cet exemple de composition laisse à s'interroger sur la manière par laquelle le Département de l'Aube peut contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS dès lors qu'aucun représentant dudit département ne siège dans le conseil de santé territorial institué sur le TDS auquel est rattaché ledit département.

À côté de cette inclusion limitée, les collectivités possèdent la faculté de contractualiser ou conventionner avec l'État pour exercer des compétences et mettre en place des actions relatives à la santé. Pour autant, ces outils souffrent d'une inclusivité relative.

Paragraphe II – La contractualisation et le conventionnement, des leviers d'action réels souffrant d'une inclusivité limitée

Contractualisation et conventionnement sont tous deux censés naître d'un accord de volonté entre deux parties présentant un intérêt commun.

Pour autant, cette volonté de contractualiser pour décentraliser notamment au travers des contrats locaux de santé se voit compromise par l'aspect financier (paragraphe A), tandis que le conventionnement de délégation de compétences se voit limité par la nécessaire approbation étatique ainsi que la superficialité des compétences déléguables (paragraphe B).

⁶⁹ **Arrêté ARS n°2021/0505 du 8 février 2021** Relatif à la composition du Conseil Territorial de Santé Champardennais Grand Est sur le Territoire de Démocratie Sanitaire n°1. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14408/download?inline>

Paragraphe A – Les contrats locaux de santé : une démarche descendante-ascendante compromise par l’aspect financier

L’article L1434-10 du CSP rappelle que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l’objet de contrats locaux de santé conclus par l’agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements [...] portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, et l’accompagnement médico-social et social.* »

Ces contrats locaux de santé ou « CLS » comportent également un volet consacré à la santé mentale, le « CLSM », ce dernier tient alors compte du projet territorial de santé mentale.

Les CLS sont conclus d’après l’article susmentionné « *en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins* », pour autant, il sera démontré postérieurement (Cf. Paragraphe A - Des collectivités non associées à la détermination des déserts médicaux) que les collectivités sont loin d’être associées à la détermination de telles zones de priorité.

Le CLS est donc un outil de déclinaison des politiques déconcentrées et territorialisées de l’État, au niveau local.

Sa gouvernance fait entrer en jeu deux comités, d’une part le comité de pilotage et d’autre part le comité technique.

Le comité de pilotage est l’instance décisionnelle du contrat local de santé, elle formule les orientations stratégiques du contrat tandis que le comité technique traduit de manière opérationnelle la stratégie du comité de pilotage, il est coprésidé par l’ARS et la collectivité signataire, d’autres acteurs peuvent y être présents, tels que la CAF, l’Agence d’Urbanisme, la Communauté Urbaine...

Un constat doit être fait, au sein du Département de la Marne, seulement trois contrats locaux de santé ont été conclus : ils concernent la Ville de Reims, Vitry-le-François et Châlons-en-Champagne.

Concernant leur périmètre, rien n’interdit qu’ils puissent s’appliquer sur le territoire de plusieurs communes, établissements publics de coopération intercommunale signataires, ou encore pôles d’équilibres territoriaux et ruraux.

Néanmoins, le CLS de la Ville de Reims en vigueur jusqu’au 31 décembre 2022 ⁷⁰mentionne en outre que « *le présent contrat local de santé vise le territoire de la Ville de Reims.* »

⁷⁰ **Contrat local de santé Reims 2018-2020** reconduit. [En ligne]. Disponible à l’adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/25495/download?inline>

Ce dernier n'a donc pas vocation à prévoir des actions allant au-delà de son territoire, quand bien même d'autres collectivités sont signataires dudit contrat telles que le Département de la Marne, ou encore la Région Grand-est.

Le choix porté a été identique concernant le CLS de la Ville de Vitry-le-François⁷¹ lequel stipule à son article 2 « *périmètre géographique du contrat* » qu'il concerne « *l'ensemble de la ville de Vitry-le-François.* », ou encore celui de Châlons-en-Champagne selon lequel « *Le présent Contrat Local de Santé vise le territoire de la Ville de Châlons-en-Champagne.* »⁷²

Ce constat peut sembler déplorable dès lors que le Département de la Marne est composé de 613 communes, autrement dit, les CLS ne couvrent en réalité que 0,48 % des communes du territoire Marnais.

Il ne faut cependant pas généraliser ce recours à un ciblage territorial, peut-être trop égocentré sur une commune.

En effet, le Pays de Vierzon, porté par le Syndicat Mixte du Pays de Vierzon auquel adhèrent 25 communes, le Conseil Départemental ainsi que 2 communautés de communes, a également conclu un CLS, l'initiative n'est donc pas qu'ouverte aux communes mais également aux établissements publics de coopération locale. Ce dernier convient ainsi au sein de son article 5 concernant le périmètre géographique que « *le projet porterait sur l'ensemble du Pays de Vierzon en tenant compte des spécificités des quartiers éligibles à la politique de la ville.* »⁷³

Concernant le territoire Marnais, il semble légitime de s'interroger sur l'absence de mise en place d'un CLS dans d'autres communes, notamment les communes rurales.

Cette exclusion des communes de tailles minime peut trouver une explication compte tenu de l'enjeu financier.

En effet, comme le fait ressortir une question écrite à l'attention du ministre des Solidarités et de la Santé, par le sénateur M. Serge Babary⁷⁴, le CLS est financé d'une part dans le cadre des enveloppes des ARS et d'autre part grâce aux moyens mis à disposition par les signataires, pour autant, ce dernier ne fait l'objet d'aucun financement national.

⁷¹ **Contrat local de Santé Vitry-le-François 2013-2016.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/9096/download?inline>

⁷² **Contrat local de Châlons-en-Champagne 2020-2022.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/51423/download?inline>

⁷³ **Contrat local de santé du Pays de Vierzon 2016-2019.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-01/2016-02-26%20Vierzon%20CLS%202016-2019.pdf>

⁷⁴ **BARBARY Serge, question écrite n°26778** du 17 février 2022. Disparités et difficultés d'articulation entre les contrats locaux de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220226788.html>

Il semble pour autant complexe de définir le cout global d'un CLS, la Ville de Reims ne communiquant par exemple par sur le montant global de ce dernier, mais sur le cout de chaque action mise en place.

Ainsi, si l'on prend l'exemple de l'action « *espace santé jeunes* » n° 2.6 mise en place dans le CLS de la Ville de Reims précité, cette dernière vise à recevoir les demandeurs d'emploi non scolarisés de 16 à 25 ans et permet une prise en charge santé concernant les publics jeunes les moins autonomes.

Le cout global afférent à cette action est de 177 500 €, dont seulement 20 000 € sont financés par l'ARS, 21 500 € par le conseil régional, 40 000 € par la mission locale ainsi que 96 000 € par la ville de Reims, provenant de son budget de fonctionnement, soit la partie la plus conséquente du financement. Concernant le CLS de la Ville de Reims, 39 actions ont été mises en place, et le budget est seulement annuel, cela signifie qu'il doit être reconduit chaque année si les signataires souhaitent poursuivre les actions en cours, il est donc facilement compréhensible que les communes de faible densité de population, ne mettent pas en place un tel contrat compte tenu des dépenses qui y sont liées, et la plupart du temps, des faibles ressources dont elles disposent.

Un autre point a également été avancé par Véronique Besse, maire des Herbiers dans un article en date de mars 2021, cette dernière dénonce au-delà du problème financier, un problème juridique « *On ne rentre pas dans les bonnes cases, donc on ne peut pas faire. Les contrats locaux de santé, c'est très bien, mais on a peu de marges de manœuvre pour réaliser des choses concrètement sur le terrain. On se heurte toujours aux fameuses ARS qui sont là, avec un peu le bâton en disant « on ne pourra pas vous financer, vous n'êtes pas dans les normes ».* ⁷⁵

En effet, l'article L1434-2 du code de santé publique le rappelle, le PRS est constitué d'un schéma régional de santé lequel détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, des objectifs dits opérationnels.

Le législateur a entendu lister ces objectifs de manière exhaustive, on y retrouve alors à titre illustratif « *la réduction des inégaies sociales et territoriales en matière de santé* » ou encore « *l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins.* »

Ainsi, quand bien même ces objectifs semblent assez englobants, les actions menées dans le cadre du CLS sont conditionnées à la satisfaction de ces derniers.

⁷⁵ JACQUOT Guillaume, Public Sénat. Politique de santé : remontés contre les ARS, les élus locaux veulent avoir voix au chapitre. Publié le 11 mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/politique-de-sante-remontes-contre-les-ars-les-elus-locaux-veulent-avoir-voix>

En lien avec les financements, un article du courrier des maires et des élus locaux rappelle qu'« *il n'existe pas, par essence de financements directement dédiés à l'exécution d'un CLS. De sorte que, là encore la **détermination du financement des actions définies est laissée à l'appréciation des signataires** [...] À noter toutefois qu'en général, l'ARS finance largement le diagnostic territorial et cofinance une majorité d'actions.* »⁷⁶

C'est là encore où la démarche peut sembler critiquable, elle tend à légitimer le dispositif via l'outil démocratique en faisant participer les élus dans la déclinaison du PRS au travers de la détermination d'actions qu'ils souhaitent mettre en œuvre sur leur territoire, en conformité avec les objectifs du schéma régional de santé, mais cette légitimation semble biaisée par le financement de l'ARS : en effet, cette dernière peut très bien jouer sur son financement pour qu'un projet plutôt qu'un autre soit mis en œuvre, la décision lui revenant donc indirectement dans un tel cas.

À côté de la contractualisation, la délégation de compétence, partant d'une initiative volontariste s'avère également limitée en ce sens que les compétences déléguables en matière de santé sont minces, mais également en ce sens que le mécanisme de la délégation nécessite l'approbation étatique.

Paragraphe B – Le mécanisme de délégation de compétences État-Collectivités par conventionnement : une opportunité limitée

Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales⁷⁷, nombre de compétences anciennement attribuées aux collectivités ont été recentralisées entre les mains de l'État tel qu'analysé précédemment. (*Paragraphe A - Le projet de loi, un avantage traditionnel de l'État garanti par la Constitution*)

La loi prévoit également un mécanisme de délégation de compétences de l'État vers les collectivités, ainsi, la circulaire interministérielle du 6 mai 2005 ⁷⁸ rappelait que « *conformément à l'article L.3111-11 du code de la santé publique, les activités de vaccination à titre gratuit peuvent être exercées [...] par une collectivité territoriale ayant reçu délégation pour cette compétence dans le cadre d'une convention avec l'État.* »

⁷⁶ Auteur Associé, **HUMBERT Élise**, Le courrier des maires et des élus locaux. Le contrat local de santé, un partenariat à l'assaut des inégalités d'accès aux soins. Publié le 27 avril 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.courrierdesmaires.fr/article/le-contrat-local-de-sante-un-partenariat-a-l-assaut-des-inegalites-d-access-aux-soins.49087>

⁷⁷ *Ib.* idem p.13. Note 32.

⁷⁸ **Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A n°2005-220 du 6 mai 2005** relative à la mise en œuvre du transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-06/a0060030.htm>

Il s'agit donc bien d'un mécanisme de délégation de compétence : ce dernier consiste en ce que l'État déléguant confie une partie de ses compétences à une ou plusieurs collectivités délégataires acté par une convention.

Ainsi, l'article L.3111-11 du CSP dans sa version actuelle dispose que « *les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'État.* »

Ce mécanisme repose alors sur une simple faculté à la fois des collectivités qui en feraient la demande, mais également sur la volonté de l'État à transférer les compétences de vaccination.

Autrement dit, il repose en principe et surtout, sur le bon vouloir de l'État à accepter la délégation d'une de ses compétences.

Pour autant, les mécanismes de délégation excluent parfois d'office certaines collectivités, c'est notamment le cas de l'article L1423-2 du CSP selon lequel « *le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'État, participer à la mise en œuvre des programmes de santé [...] notamment des programmes de dépistage des cancers.* »

D'autre part, ce mécanisme est à nuancer avec le fait que le panel de compétences déléguables en matière de santé de l'État aux collectivités est plutôt mince.

Par ailleurs, la crise du Covid-19 a fait ressortir l'importance d'associer les collectivités à certaines activités de santé publique comme le rappelle un article de la Gazette des communes du 28 février 2022⁷⁹.

En effet, au début de la crise du Covid, la vaccination était initialement réservée aux personnes âgées, lesquelles devaient la plupart du temps se rendre dans les centres de vaccination.

Le problème s'est posé concernant les habitants de communes rurales, au sein desquelles aucun centre de vaccination n'existait.

Le président du conseil départemental de l'Allier, Claude Riboulet a donc pris l'initiative de créer un dispositif de vaccination mobile capable d'aller au cœur des cantons en transformant un bus numérique initialement utilisé pour les démarchés administratives en un bus dédié à la vaccination. L'actualité permet donc de prendre compte d'un manque d'association des collectivités, et parfois d'un dénie à admettre qu'elles pourraient main dans la main avec l'État, en étant associées de manière plus large, contribuer à améliorer l'accès à la santé pour tous.

⁷⁹ **La Gazette des communes**, La vaccination itinérante en zone rurale. Publié le 28 février 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/790618/la-vaccination-itinerante-en-zone-rurale/>

Alors même que l'actualité semble fait resurgir les problématiques liées aux déserts médicaux reflétant ainsi une inefficience des actions menées par l'État central et déconcentré à assurer une homogénéité d'accès aux soins sur le territoire, ce dernier semble poursuivre sa volonté de faire l'impasse sur l'association à tous les niveaux des collectivités territoriales.

SECTION II : De l'inefficience des actions menées par l'État central et déconcentré

Dans un sondage⁸⁰ sur échantillonnage de 82 personnes, 73,2% considèrent que l'État n'a pas pleinement joué son rôle de manière efficiente en matière de santé publique et 80,5% des sondés se disent préoccupés par les desserts médicaux, définis comme une offre de soin déficitaire entraînant par exemple des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé. Il s'agit donc bien d'une réalité (Paragraphe I), ces actions ou plutôt cette inaction, a engendré des conséquences pour les collectivités, sans qu'elles puissent n'en avoir la maîtrise (Paragraphe II).

Paragraphe I- Après « *Paris et le désert français* », les zones urbaines et les déserts médicaux

Le législateur n'a en réalité pas entendu associer les collectivités à la détermination des déserts médicaux (Paragraphe A), en ce sens, ces derniers relèvent d'une inclairvoyance uniquement imputable au pouvoir central, n'ayant pas su enrayer la propagation (Paragraphe B).

Paragraphe A - Des collectivités non associées à la détermination des déserts médicaux

À l'image d'une radiothérapie, laquelle comporte nécessairement une étape de repérage de la zone à traiter ainsi qu'une étape de calcul de la distribution de la dose, la volonté d'agir sur les déserts médicaux repose premièrement sur le fait de les délimiter.

Les zones concernées sont ainsi celles « *caractérisées par une offre de soin insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus.* »⁸¹

Ce bornage des zones dites « blanches » est déterminée par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés comme le prévoit l'article L1434-4 du code de santé publique.

Au titre de la loi, les collectivités ne sont donc pas invitées à prendre part à la détermination de

⁸⁰ Ib. Idem. Page 3. Note 8.

⁸¹ Article L1434-4 du code de santé publique.

tels territoires.

Cette volonté du législateur a été vivement dénoncée dans le rapport d'information des sénateurs Philippe Mouiller et Patricia Schillinger⁸² pour lesquels, le seul mécanisme de consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, composée d'un collègue d'élus locaux est insuffisante : en effet, d'une part les élus sont sous-représentés au sein de la conférence, représentant ainsi environ 10 % des membres, et leur pouvoir se limite à rendre un avis non contraignant.

Pourtant, et c'est là le plus étonnant, le code général des collectivités territoriales au sein de son article L1511-8, prévoit que les collectivités territoriales et leurs établissements publics de coopération intercommunale puissent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones blanches définies à l'article précité du code de santé publique.

Le législateur admet donc que les collectivités participent financièrement à combler les lacunes de l'État dans ces territoires dépourvus d'offre de soin suffisante, territoires arrêtés sans la moindre concertation des collectivités.

À nouveau donc, il est aisé de comprendre que l'État atrophie le rôle des collectivités territoriales à une relation purement financière, plutôt que d'associer ces dernières à priori et non seulement à posteriori.

Lors de la navette parlementaire concernant la loi 3DS, les sénateurs ont souhaité compléter l'article précité du code de santé publique au travers d'un amendement afin que ce dernier soit formulé ainsi « *le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés et ceux des collectivités territoriales concernées...* »⁸³

Pour autant, lors de la séance du 15 juillet 2021, le rapporteur Alain Million s'est opposé à l'amendement, estimant que « *[les collectivités] participent déjà aux travaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, qui émet un avis sur le sujet* », « *[elles] ne sont pas toujours à même de juger pour chaque spécialité les besoins et l'adéquation de l'offre associée* », l'amendement ayant ainsi été retiré.

⁸² Ib. Idem page 4. Note 13.

⁸³ Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification. (1^{ère} lecture au Sénat) (n°724,723,719,720,721) **Amendement** n°43 rect. bis. Déposé le 7 juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/2020-2021/724/Amdt_43.html

L'État souhaite donc conserver la maîtrise concernant la politique de santé, pour autant, c'est sans succès qu'il ne parvient à endiguer la propagation des déserts médicaux, lesquels trouvent leur origine dans plusieurs failles, pourtant prévisibles.

Paragraphe B- Les déserts médicaux, faute d'une inclairvoyance du pouvoir central

D'après le rapport d'information⁸⁴ du Sénateur Bruno Rojouan enregistré à la Présidence du Sénat le 29 mars 2022, 30,2 % des Français vivent dans une zone d'intervention prioritaire et 42 % des Français vivent dans une zone d'action complémentaire, ainsi les deux tiers de la population française vivraient dans une zone où le nombre de médecins généralistes est insuffisant, voire très insuffisant.

L'annexe de l'arrêté du 1^{er} octobre 2021⁸⁵ rappelle la distinction entre ces deux zones.

La première, étant constituée des territoires les plus en tension selon le classement des ARS, tandis que la seconde est constituée des territoires en tension, mais à un niveau moins important que les ZIP selon le classement des ARS.

Sur ce point, l'étude de la DREES⁸⁶ concernant le renoncement aux soins fait ressortir que la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, recensant ainsi en 2017 que lorsque les personnes pauvres résident dans une zone sous-dotée en médecins généralistes, le risque qu'ils renoncent aux soins est plus de huit fois supérieur à celui du reste de la population.

Cette pénurie de médecins est due à plusieurs causes, dont la réduction du numérus clausus, définit d'après l'INSEE⁸⁷ comme « *un nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé qui sont règlementées.* »

Le numérus clausus conditionne donc le nombre de futurs professionnels de santé français qui exerceront sur le territoire national.

⁸⁴ **ROJOUAN Bruno**. Rapport d'information n°589, Sénat session ordinaire 2021-2022. Fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». Déposé le 29 mars 2022. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

⁸⁵ **Arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017** relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L.1434 du CSP, Annexe méthodologie de détermination des zones caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

⁸⁶ **Études & Résultats, DREES, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres**. Numéro 1200 de juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

⁸⁷ **INSEE, Définition du numérus clausus**. Publié le 13 octobre 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://cutt.ly/nLA3otv>

Depuis la loi du 12 juillet 1971⁸⁸, il revient au ministre des Affaires sociales et de la Santé, ainsi qu'au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche d'arrêter conjointement le numérus clausus de manière annuelle. Il revient donc au pouvoir central de déterminer quel sera le seuil d'étudiants à pouvoir être admis dans les professions de santé.

Pour autant, les différents arrêtés témoignent d'une baisse drastique du numérus clausus fixé en deuxième année d'études de médecine dans les universités de France entre 1972 et 1993⁸⁹, le numérus clausus est ainsi passé de 8.588 places à 3.500 places, soit une baisse de 59,2 %.

Ce dernier n'ayant été rehaussé qu'à partir de 1995 et de manière limitée, en effet, entre 1992 et 2000, seulement 200 places supplémentaires ont été ouvertes : les gouvernements successifs ont donc restreint le numérus clausus pendant près de 20 ans.

Le pouvoir central a néanmoins décidé de mettre fin au numérus clausus afin de pallier au manque de professionnels de santé et in extenso aux déserts médicaux, l'arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé⁹⁰ disposant désormais au sein de son article 5 que « *l'arrêté du 25 janvier 2021 modifié fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022 est abrogé.* »

Cependant, Mathieu Loona, vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur à l'Association nationale des études en médecine rappelait dans un article⁹¹ que cette volonté de suppression du numérus clausus était « *un effet d'annonce : la fin du numérus clausus ne [signifiant] pas la fin de la sélection puisque les capacités d'accueil des universités restent limitées.* »

Par ailleurs, il convient d'apporter une nuance, en ce sens que le numérus clausus n'est pas la seule cause imputable aux déserts médicaux et que sa suppression n'entraînera des effets qu'à long terme, du fait de la durée d'études liées à ce cursus.

D'une part, le vieillissement de la population médicale ayant comme conséquence une inflation des départs à la retraite, pour lequel l'UFML, syndicat de professionnel de médecins généralistes et spécialistes français prévoyait comme conséquence la perte d'un médecin généraliste sur quatre

⁸⁸ **Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971** aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation sur l'enseignement supérieur

⁸⁹ **Gautier Maxime, STATISA**, statistiques sur l'évolution du numérus clausus en études de médecine en France. Publié le 23 septembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://fr.statista.com/statistiques/1255374/numerus-clausus-medecine-france/>

⁹⁰ **Arrêté du 5 mai 2021** fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022

⁹¹ **BLUTEAU Pauline**, L'étudiant. *Études de santé : suppression du numerus clausus dès 2021*. Mis à jour le 26 mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse: <https://cutt.ly/bLA8eRj>

entre 2007 et 2025.

D'autre part, la liberté d'installation constitue un droit, après l'obtention du diplôme en médecine, chaque médecin disposant ainsi de la liberté de s'installer professionnellement là où il le désire, entraînant donc de la part des députés une volonté de mettre fin à ladite liberté d'installation des médecins, telle que dans la proposition de loi n°4533⁹², sans pour autant que cette volonté se concrétise réellement.

Cette inefficacité des actions menées par l'État, n'est pas sans conséquence sur les administrés, il en va de soi, mais également sur les collectivités territoriales et les compétences que le législateur a entendu leur confier.

Paragraphe II- Illustration des conséquences de l'effondrement du système de santé sur les collectivités

Deux domaines souffrent particulièrement de l'effondrement du système de santé, qu'il s'agisse de la fermeture des urgences ou encore de la raréfaction des médecins, les répercussions sur les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (Paragraphe A) ainsi que sur la Protection Maternelle et Infantile (Paragraphe B) sont non négligeables.

Paragraphe A- Des Services Départementaux d'Incendie et de Secours surchargés : conséquence sur les finances décentralisées d'un système de santé en péril

L'article L1424-1 du Code général des collectivités territoriales précise que *« il est créé dans chaque département un établissement public, dénommé service départemental d'incendie et de secours, qui comporte un corps départemental de sapeurs-pompiers, composé dans les conditions prévues à l'article L1424-5. »*

L'origine des SDIS remonte à la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies, les missions prises en charge par les SDIS sont relativement larges, l'article L1424-2 les liste de manière exhaustive, ils assurent ainsi *« 1° La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ; 2° La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ; 3° La protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ; 4° Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles : a) sont victimes d'accidents, de sinistres*

⁹² **Assemblée Nationale, proposition de loi** pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé. Présentée par le député M. CHICHE Guillaume. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://cutt.ly/uLA5azl>

ou de catastrophes, b) présentent des signes de détresse vitale, c) présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir. »

Le SDIS est administré par un conseil d'administration, lequel se compose nécessairement de représentants du département, mais aussi des communes, et établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de secours et de lutte contre l'incendie.

Le département possède alors une place prépondérante au sein de l'instance puisque « *le nombre de sièges [qui lui sont attribués] ne peut être inférieur aux trois cinquièmes du nombre total de sièges*⁹³ » tandis que pour les communes et établissements publics de coopération, le seuil minimal de siège est fixé au cinquième du nombre total de sièges.

Le conseil d'administration du SDIS est ainsi présidé par le président du conseil départemental ou l'un des membres du conseil d'administration désigné par le président du conseil départemental comme le dispose l'article L1424-27 du Code général des collectivités territoriales.

C'est d'ailleurs sous l'autorité de ce dernier qu'est placée la gestion administrative et financière de l'établissement, autrement dit, la gestion et l'administration des SDIS pourraient en réalité être assimilables à une compétence du Conseil Départemental.

Une fiche info de l'Assemblée de Départements de France⁹⁴ rappelait d'ailleurs en 2018 qu'un budget de 4,438 milliards d'euros concernant les SDIS était financé à 58% par les départements, et à 42% par les communes.

Pour autant, l'échec de l'État à pérenniser un système de santé performant a entraîné de nombreuses conséquences sur les services départementaux d'incendie et de secours.

Le rapport d'information n°282⁹⁵ des sénateurs Hervé Maurey et Jean-François Longeot déposé le 29 janvier 2020 dénonçait déjà de telles problématiques en mettant l'accent sur le brouillage de compétences respectives entre le SAMU et les Sapeurs-Pompiers.

En effet, le premier dépend des agences régionales de santé, tandis que les SDIS relèvent majoritairement des Départements, mais également des communes comme expliqué précédemment dont les missions sont assurément différentes, le premier étant chargé de « *répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence* »⁹⁶ et le second « *des secours*

⁹³ Article L1424-24-1 du Code général des collectivités territoriales

⁹⁴ **Assemblée des Départements de France**. Fiche info n°7 : les enjeux du financement des Services Départementaux d'Incendie et de Secours. Publié en mai 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.departements.fr/wp-content/uploads/2018/05/fiche-info-sdis-mai-2018-3.pdf>

⁹⁵ **MAUREY Hervé et LONGEOT Jean-François**. Rapport d'information n°282 (2019-2020). *Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses !* Fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Déposé le 29 janvier 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>

⁹⁶ Article R.6311-1 du code de la santé publique

d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes. »⁹⁷

Pourtant, les sénateurs rappelaient que la ligne de partage entre les actions du SAMU et du SDIS n'est pas nécessairement claire, concourant alors à la surchauffe opérationnelle des SDIS, cette cause est également imputable à « *la désertification du service public et notamment l'absence de service pour accompagner les personnes en difficultés psychiatriques* ». ⁹⁸

Quoiqu'il en soit, un article de 2022 « *Crise des urgences : les sapeurs-pompiers paient les pots cassés* » rédigé par Isabelle Verbaere remet au cœur du sujet cette problématique⁹⁹ au moment où le président de la République annonce lancer une mission flash pour cibler les causes de la crise des urgences.

L'article met alors en exergue les conséquences du fonctionnement dégradé des urgences, que sont l'augmentation du kilométrage effectué dans le cadre du secours d'urgence à personne, puisque les sapeurs-pompiers doivent transporter les patients plus loin du fait de la fermeture progressive des urgences ou de leur surcharge.

Une autre conséquence est aussi l'allongement des délais de prise en charge des patients du fait de la surcharge des urgences et notamment du manque de médecins, entraînant parfois le personnel du SDIS à attendre deux heures pour faire admettre un patient comme le décrit Charles Cosse, membre de l'UNSA du SDIS Gironde dans l'article précité, cette immobilisation les rendant alors indisponibles pour effectuer d'autres missions.

Finalement, l'autre point dénoncé est celui de la « *multiplication des carences ambulancières* », ces transports relevant traditionnellement du SAMU, lesquels ne sont plus en charge d'assumer la totalité des transports, ont été pris en charge par le SDIS, ainsi le SDIS de Mayenne dénonçait le cout financier des missions assurées à la place du SAMU, représentant pour ce dernier un surcout de 50.000 euros.

L'impossibilité pour l'État à assurer un service de santé pérenne, entraînant alors la fermeture de services d'urgences lesquels relèvent pourtant d'un service public, entraîne des conséquences opérationnelles et financières sur les collectivités, et nuit ainsi à la possibilité pour ces dernières d'assumer pleinement les compétences que le législateur a entendu leur confier.

⁹⁷ **COLLOMBAT Pierre-Yves et TROENDLE Catherine.** Rapport d'information n°24 (2016-2017). *Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance.* Fait au nom de la commission des lois. Déposé le 12 octobre 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-024-notice.html>

⁹⁸ Op. cit. Note 95.

⁹⁹ **VERBAERE Isabelle.** La Gazette des communes. *Crise des urgences : les sapeurs-pompiers paient les pots cassés*, publié le 1^{er} juin 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/809754/crise-des-urgences-les-sapeurs-pompiers-paient-les-pots-casses/>

Les conséquences se font d'autant plus ressentir sur la Protection Maternelle et Infantile en ce qu'il s'agit d'une compétence directe du Département, lequel risque de ne bientôt plus réussir à assurer la mission qui lui ont été confiée en la matière.

Paragraphe B- L'amenuisement des personnels médicaux, risque d'un dépérissement des missions de Protection Maternelle et Infantile

Depuis l'ordonnance du 2 novembre 1945¹⁰⁰, il incombe aux Départements l'obligation de créer un service de Protection Maternelle et Infantile.

Cette mission désormais réaffirmée au sein de l'article L2112-1 du Code de la Santé publique est très dense, il revient alors au président du conseil départemental d'organiser diverses consultations, activités et actions listées de manière exhaustives à l'article L.2112-2 du Code de la santé publique : on y retrouve alors à titre d'exemples, « *les consultations prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes* », ou encore « *des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants.* »

En réalité, de manière assez englobante, la mission générale conférée aux conseils départementaux peut être résumée à la protection et la promotion de la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

Pour assurer les missions qui lui sont confiées par le législateur, le Département possède alors la faculté de se doter de son propre personnel médical, celui-ci se compose aussi bien de sage-femme que de puéricultrice pour lesquelles un seuil minimal de recrutement est obligatoire au sens de l'article R2112-7 du code de la santé publique, que de médecins titulaires.

Concernant les médecins titulaires, leur recrutement est soumis à la satisfaction de certains critères, ils doivent ainsi être spécialisés en pédiatrie, gynécologie médicale, obstétrique, psychiatrie, spécialités qualifiées en santé publique...

Toutefois, en cas de difficulté de recrutement de médecins titulaires, l'article R2112-10 du CSP prévoit la possibilité de recrutement des médecins généralistes avec une expérience particulière dans les domaines visés à l'article R1112-9 du CSP, de manière dérogatoire, et ce après autorisation du Directeur général de l'ARS.

¹⁰⁰ **Ordonnance n°45-2720** du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

À titre d'exemple, le Département de la Marne est doté de 5 médecins, 7 sages-femmes, 44 infirmières puéricultrices, 3 psychologues, des personnels vacataires repartis au sein de ses 14 circonscriptions de solidarité départementale, témoignant ainsi de la diversité de profils médicaux nécessaires à la réalisation de cette mission.

Ces personnels sont recrutés par voie statutaire ou contractuelle, néanmoins, si l'on se cantonne à l'exemple du médecin territorial, afin d'être titularisé, ce dernier doit déjà posséder un diplôme d'état de docteur en médecine, puis ensuite s'inscrire au concours de médecin territorial, après réussite le lauréat est ensuite inscrit sur liste d'aptitude et doit rechercher un poste, sur le même mécanisme que le personnel ordinaire de collectivité territoriale.

Pour autant, dans une enquête sur la PMI¹⁰¹, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) relevait une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. Ainsi, selon l'enquête, la proportion de médecins aurait reculé de 4,8% par an entre 2016 et 2019 sur un pourcentage comparable à celui du début des années 2010, entraînant un recul des actions destinées aux enfants, des consultations individuelles dédiées ainsi que des visites à domicile de 4,5% par an entre 2016 et 2019 à nouveau.

Il en va de même concernant les consultations et entretiens de planification et d'éducation médicale, ou encore les actions en faveur des mères et futures mères.

Ces effets sont alors imputables à des difficultés de recrutement croissantes comme le mentionne Solange de Fréminville dans un article consacré aux menaces sur la PMI avec la baisse des effectifs de médecins.¹⁰²

Elle y dénonce alors le fait que « *nombre de praticiens sont partis à la retraite* », ce point étant ainsi à corrélérer avec les problématiques énoncées précédemment (Cf. *Paragraphe B- Les déserts médicaux, faute d'une inclairvoyance du pouvoir central.*)

En effet, ces médecins territoriaux proviennent du vivier de médecins diplômés par l'État, or comme il l'a été relevé, l'abaissement successif par les gouvernements du *numerus clausus* a eu pour effet de réduire drastiquement le nombre de diplômés en médecine, et donc le vivier de personnel médical.

Une autre cause mise en évidence par la rédactrice serait également le fait que *les postes de médecins sont [...] peu rémunérateurs dans les services de PMI, comparés aux autres lieux*

¹⁰¹ **AMROUS Nadia. DREES.** Études et résultats n°1227. Protection maternelle et infantile : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. Paru le 18 mars 2022 et mis à jour le 04 mai 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/protection-maternelle-et-infantile-pmi-un>

¹⁰² **FREMINVILLE Solange.** La gazette des communes. Menaces sur la PMI avec la baisse des effectifs de médecins. Publié le 18 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/796201/menaces-sur-la-pmi-avec-la-baisse-des-effectifs-de-medecins/>

d'exercice [...] certains départements déclarent ne plus réussir à pourvoir certains postes, qui restent vacants. »

Sur ce point, on peut en effet mettre en exergue le fait que pour être nommé en tant que titulaire, les professionnels diplômés en médecine, devront par la suite passer le concours de médecin territorial, rajoutant une épreuve supplémentaire à celles qu'ils ont déjà pu suivre durant leur cursus universitaire, pouvant dans un premier temps expliquer le manque d'attrance des jeunes diplômés envers la fonction publique territoriale.

Ensuite, en effet, la rémunération joue un rôle crucial puisqu'en début de carrière, un médecin territorial percevra ainsi un traitement de 2.160,26 euros brut, hors régime indemnitaire, alors que son homologue dans le versant hospitalier débutera sa carrière à 2.646,67 euros à temps partiel et 4 411,11€ à temps complet.

Pourtant, cet échelonnement indiciaire relève du décret du 18 août 2014¹⁰³, c'est donc le Premier Ministre qui décide de la grille indiciaire du corps ou cadre d'emploi au travers d'un acte réglementaire.

C'est ainsi que le Département assume les incohérences de l'État, d'une part, l'abaissement successif du *numerus clausus* ayant eu pour effet de réduire le vivier de médecins et in extenso de médecins territoriaux, et d'autre part, un déséquilibre dans le traitement, dont l'échelonnement indiciaire est déterminé par l'exécutif de manière arbitraire.

En dépit d'une association toute relative dans la régionalisation des politiques de santé, les collectivités territoriales disposent bien heureusement, de leviers d'actions s'imposant comme un palliatif à un État désintéressé de la décentralisation sanitaire.

¹⁰³ **Décret n° 2014-924 du 18 août 2014** portant échelonnement indiciaire applicable aux médecins territoriaux

PARTIE 2 – Des collectivités dotées de leviers d’actions : palliatif à un État désintéressé de la décentralisation sanitaire

En la matière, les collectivités disposent à la fois de compétences directes et indirectes, néanmoins, les leviers d’actions sont très hétérogènes entre ces deux types de compétences (Chapitre 1).

Cette volonté des collectivités à se saisir des questions relatives à la santé, qu’elle soit physique, psychologique ou sociale n’est pas sans conséquences, partageant ces dernières entre enjeux de pouvoir et nouveaux défis (Chapitre 2).

CHAPITRE 1 – Antagonisme entre compétences directes et compétences indirectes à la santé

Par compétences en matière de santé directe, il s’agira d’entendre ici l’action des collectivités territoriales en matière de soins, cette conception constituant le noyau dur de la santé.

En la matière, les collectivités possèdent des compétences légales obligatoires à géométrie variable (Section I), pour autant, ces dernières disposent d’un large panel à disposition en matière de leviers d’actions ricochets. (Section II)

Par leviers d’actions ricochets, nous entendons l’action sur un domaine autre que sanitaire, produisant des effets de manière indirecte dans le champ de la santé.

SECTION I – Des compétences légales obligatoires à géométrie variable en matière de « santé locale »

En la matière, les collectivités possèdent des compétences légales obligatoires, autrement dit, des compétences que le législateur les contraint à mettre en œuvre, lesquelles sont relativement hétérogènes entre les différents échelons décentralisés. (Paragraphe I). Dès lors qu’elles sont mises en œuvre à l’échelon local, il semble pertinent de pouvoir aborder le terme de « santé locale. »

Par opposition aux compétences légales obligatoires, les collectivités disposent aussi de la possibilité de se doter de compétences facultatives, cette appropriation basée sur l’absence de coercition témoigne ainsi d’une volonté participative des collectivités à la santé. (Paragraphe II)

Paragraphe I – Des compétences issues d’obligations légales particulièrement restrictives et hétérogènes

En termes de compétences légales obligatoires, on entendra les compétences que la loi a conférée aux collectivités (hors pouvoir réglementaire de police qui fera l’objet d’un développement postérieur). Ces compétences sont résiduelles concernant la commune, l’intercommunalité et la région (Paragraphe A), alors que l’échelon départemental dispose de compétences quelque peu plus étoffées en la matière. (Paragraphe B)

Paragraphe A – Communes, intercommunalités et régions : des compétences résiduelles en matière d’obligations légales

En ce sens, les communes, intercommunalités et régions possèdent des compétences diaphanes en matière de santé.

Par un souci de clarté, les pouvoirs de police liés aux prérogatives réglementaires de l’ élu communal ne seront pas traités dans cette section. Elles feront l’objet d’un développement postérieur puisqu’elles soulèvent un réel enjeu pour l’échelon communal.

Ainsi, si l’on exclut ladite compétence réglementaire des élus municipaux, les compétences régionales, intercommunales et communales sont quasi inexistantes en matière d’obligations légales afférentes à la santé.

Auparavant, les communes ou intercommunalités avaient l’obligation légale de mettre en place un service communal d’hygiène et de santé dès lors qu’elles excédaient 20.000 habitants comme en disposait l’article 19 de la loi du 15 février 1902 ¹⁰⁴ « *Dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, et dans les communes d’au moins 2,000 habitants, qui sont le siège d’un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de **bureau d’hygiène, un service municipal** chargé, sous l’autorité du maire, de l’application des dispositions de la présente loi. »*

Pour autant, comme l’a rappelé le Ministère de l’Intérieur dans une question écrite¹⁰⁵ par Monsieur Rolan Huguet le 28 janvier 1999, « *l’article L.722, alinéa 2, du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l’article 41 de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 dispose que les services communaux d’hygiène et de santé relèvent de la compétence des communes, ou le cas échéant, des groupements de communes qui en assurent l’organisation et le financement, sous l’autorité du maire ou le cas échéant, du président de l’établissement public de coopération intercommunale.*

¹⁰⁴ **Loi du 15 février 1902** relative à la protection de la santé publique.

¹⁰⁵ **HUGUET Roland. Question écrite.** Publiée dans le JO Sénat du 28/01/1999. Statut des services communaux d’hygiène et de santé. [En ligne]. Disponible à l’adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ990113714.html>

Il en résulte la suppression de l'obligation faite aux communes d'au moins 20.000 habitants par la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, de créer un service communal d'hygiène et de santé. »

Autrement dit, la loi du 22 juillet 1982 a eu pour effet de transformer l'obligation légale faite aux communes ou établissements publics de coopération de créer un tel service, en une simple faculté.

Concernant des compétences législatives obligatoires, la commune et l'intercommunalité ne possèdent donc plus en réalité que l'obligation, et ce au même titre que le Département et la Région, au sens de l'article L1413-5 du code de santé publique de communiquer toute information en sa possession à l'Institut de veille sanitaire relative des risques graves pour la santé humaine.

En dehors des pouvoirs de police du maire donc, les compétences que la commune aurait l'obligation de mettre en œuvre en lien direct avec les soins sont donc quasi inexistantes.

Concernant la région, cette dernière dispose de compétences qui ne sont guère moins étoffées que celles de la commune.

Cela peut en réalité paraître surprenant puisque la région a été retenue comme échelon de pertinence pour développer les politiques de santé publique déconcentrées de l'État au travers des Agences Régionales de Santé comme il l'a été développé précédemment.

À nouveau, il s'agit ici de traiter de compétences obligatoires et non facultatives, en ce sens, la région n'intervient réellement que dans le domaine de la formation de certains professionnels de santé, comme en dispose l'article L.4383-3 du code de la santé publique « *La création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. »*

En réalité, comme le rappelle le rapport d'information n°63¹⁰⁶ des sénateurs Philippe Mouiller et Patricia Schillinger, le conseil régional est chargé du fonctionnement et de l'équipement de certaines écoles et instituts formant les professions médicales.

Les autres compétences qui lui sont dédiées sont uniquement facultatives, telles que le fait qu'il « *[puisse] définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. »*¹⁰⁷

¹⁰⁶ Ib. Idem. Page 4. Note n°13.

¹⁰⁷ Article L1424-1 du CSP

Sous le prisme de la proximité, ces deux antipodes, commune et région ne possèdent donc que peu d'obligations légales en matière de soins, il en va tout autrement concernant le Département dont les compétences sont on ne peut plus développées.

L'échelon départemental, du point de vue des compétences légales en lien direct avec la santé, semble avoir été doté de leviers d'actions plus étoffés que ses homologues décentralisés.

Paragraphe B – L'échelon départemental : des compétences relativement plus étoffées en matière de santé

Le conseil Départemental se distingue des conseils municipaux et des conseils régionaux de par ses prérogatives plus accrues en matière de santé.

Ce dernier est ainsi tenu à plusieurs obligations, en témoigne ainsi l'article L.1423-1 du Code de la santé publique.

Le Département est ainsi responsable de « *La protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre Ier de la partie II du présent code* », il s'agit ici de la protection maternelle et infantile aussi connue sous l'abréviation de « PMI ».

Cette mission est généralement mise en œuvre au travers de la création d'un service de protection maternelle et infantile, pour lequel le président du Conseil Départemental peut se doter de son propre personnel médical en recrutement des professionnels issus de différents cadres d'emploi : c'est le cas des médecins territoriaux, sage-femme, puéricultrices, infirmières, psychologues et bien d'autres...

Pour autant, cette mission de protection maternelle et infantile est délimitée par l'article L.2112-2 du code de santé publique lequel liste de manière exhaustive les actions que le Département a l'obligation de mettre en œuvre, il ne s'agit ici de les lister à nouveau puisque ces dernières ont déjà été abordées précédemment.

Pareillement, le Département est indirectement compétent en matière d'incendie et de secours d'après les dispositions de l'article L1424-1 du CGCT « *Il est créé dans chaque département un établissement public dénommé service départemental d'incendie et de secours, [...] organisé en centres d'incendie et de secours et en services.* »

Ce dernier, administré par un conseil d'administration composé de collectivités territoriales au sens de l'article L1424-24-1 du CGCT, accorde en réalité une place prépondérante au Département, en ce sens que « *Le nombre de sièges attribués au département ne peut être inférieur aux trois cinquièmes du nombre total de sièges, celui de sièges attribués aux communes et aux*

établissements publics de coopération intercommunale ne peut être inférieur au cinquième du nombre total de sièges. » Par ailleurs, comme le précise le SDIS de la Marne¹⁰⁸, le président de droit du conseil d'administration est le président du conseil départemental, pour autant, l'exécutif peut se réserver la possibilité de déléguer cette fonction, comme cela a été fait au sein de notre SDIS marnais, dans lequel le président est un conseiller départemental du canton de Vertus-Plaine Champenoise.

L'article L1424-2 du CGCT définit le champ de compétences des SDIS, dont deux piliers que sont d'une part « *La protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement.* » et d'autre part « *Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation...* »¹⁰⁹ Ces derniers ont par ailleurs vu leurs prérogatives élargies par le biais du décret du 22 avril 2022¹¹⁰, lequel est venu codifier les articles R6311-18 à R6311-18-2 du code de santé publique, permettant ainsi aux sapeurs-pompiers ayant suivi une formation, de pratiquer des actes de soins d'urgence tels que « *l'administration de produits médicamenteux* » dans les cas définis strictement énumérés au sein de l'article précité.

Les départements concourent donc bien, de manière obligatoire comme le prévoient les dispositions du code général des collectivités à l'action de soins à travers des SDIS dont ils ont la charge administrative et financière.

À l'instar du Service d'Incendie et de Secours, peuvent facilement être rattachées à l'échelon départemental les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Instituées par la loi du 11 février 2005¹¹¹, dont l'article 64 dispose que « *Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L. 245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées.* »

Cette dernière revêt au sens de l'article L146-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles la qualité de groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département

¹⁰⁸ **SDIS de la Marne**, « *Organisation administrative* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.sdis51.fr/organisation-administrative>

¹⁰⁹ **Article L1424-2** du Code général des collectivités territoriales

¹¹⁰ **Décret n° 2022-621 du 22 avril 2022** relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers

¹¹¹ **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

assure la tutelle administrative et financière.

Chaque maison départementale est ainsi administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental, témoignant du lien fort entre ce GIP et l'échelon départemental.

Ainsi, parmi ses nombreuses compétences, cette dernière gère le fonds départemental de compensation du handicap au sens de l'article 146-5 du CASF.

Ce fond, visant ainsi à « *accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge...* »¹¹².

Il permet entre autres, de répondre aux besoins en matière d'accueil dans des établissements ou services médico-sociaux et donc de contribuer de manière certaine à la santé des personnes handicapées.

Finalement, il semble opportun de rappeler que traditionnellement, le Département s'était vu attribuer légalement l'obligation d'assurer la vaccination, la lutte contre la tuberculose, ou encore contre le cancer, lesquelles ont été recentralisées au niveau de l'État tel qu'il a été précisé précédemment. (*Paragraphe A - Le projet de loi, un avantage traditionnel de l'État garanti par la Constitution*)

À côté des compétences qu'elles ont l'obligation de mettre en œuvre, les collectivités disposent, selon ce que le législateur a entendu leur confier de nouveau, de compétences facultatives, leur engouement témoigne ainsi d'une volonté de participer au bien-être de leurs administrés.

Paragraphe II – La mise en œuvre de compétences facultatives en matière de santé, témoin d'une volonté participative

Au nombre des compétences facultatives, les centres de santé, ces derniers s'imposent comme un véritable outil de lutte contre les déserts médicaux (Paragraphe A), d'autre part, les collectivités investissent également tout un pan de la santé au sens de la définition de l'OMS, qu'est celui du bien être mental, au travers de la création de conseils locaux de santé mentale (Paragraphe B).

¹¹² **Article** L146-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Paragraphe A – Les centres de santé, outils de lutte contre les déserts médicaux : quand les collectivités pallient la carence de l'État

La Direction Générale de l'Offre de Soins recensait pas moins de 1750 centres de santé en 2017¹¹³, le code de la santé publique les définit comme « *des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premiers recours et, le cas échéant, de second recours et pratique à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, association des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.* »

Ces derniers existent sous différentes typologies, ils peuvent aussi bien être uniquement médicaux, que polyvalents, auquel cas ils disposent à la fois d'équipes médicales et paramédicales.

Ils présentent deux intérêts majeurs pour l'utilisateur : d'abord ils pratiquent la tarification en secteur 1 pour tous les actes médicaux réalisés, autrement dit, le professionnel y exerçant ne peut pas pratiquer de dépassement d'honoraires, cela permet une accessibilité pour les usagers aux faibles ressources.

Ensuite, ils ont l'obligation comme en convient l'article L6323-1-7 du CSP de proposer le tiers payant à tous leurs patients, ce qui dispense ces derniers des avances de frais sur la part obligatoire. Autrement dit, ils permettent de démocratiser l'accès aux soins des populations.

L'article L6323-1-1 précise qu'ils peuvent être créés et gérés aussi bien par des organismes à but non lucratif, que par des départements, des communes ou leurs groupements...

En ce sens, s'agissant de compétences à exercice optionnel, la région est privée de cette possibilité. La collectivité peut alors mettre à disposition du centre de santé son propre personnel médical, comme en dispose l'article L6323-1-5 du code de santé publique.

Cette pratique d'ouverture de centre de santé par les collectivités territoriales permet notamment de pallier les déserts médicaux, pour autant, reste la problématique de parvenir à attirer le personnel médical pour exercer au sein de ces centres, à l'époque où les praticiens se font de plus en plus rares et se concentrent dans des zones d'exercice de leur profession limitée.

Pour se faire, les collectivités disposent de moyens d'attractivité redoutables, comme a pu le montrer le Département de Saône-et-Loire dont le président André Accary a créé en 2017 le

¹¹³ **Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé.** Qu'est-ce qu'un centre de santé ? FAQ. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://lescentresdesante.com/centre-de-sante-questions-frequentes/>

premier centre de santé départemental français.

Pour attirer les professionnels, ce dernier a d'une part, pris en charge les fonctions support en mettant un secrétariat médical et une équipe administrative à disposition des praticiens pour que ces derniers puissent s'adonner aux tâches purement médicales et non administratives.

Il a également d'après le rapport sénatorial d'information n°63¹¹⁴, décidé de verser aux médecins une « *rémunération adossée à la grille des praticiens hospitaliers avec un temps de travail de 35 heures annualisées [...] correspondant aux attentes de certaines jeunes médecins désireux de rechercher un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, d'autant plus que le département propose différentes possibilités d'exercice : temps plein, temps partiel, remplacement et vacations.* »

Comme il l'a été démontré précédemment, la rémunération des médecins dans le versant hospitalier est en effet plus élevée que celle des médecins territoriaux, justifiant le désengouement de ces derniers pour la fonction publique territoriale.

L'initiative aurait permis d'ouvrir 5 centres de santé sur le territoire départemental ainsi que 19 antennes permettant de donner accès à 75% des habitants à un professionnel de santé à moins de 15 minutes de chez eux.

En lien avec les Contrats Locaux de Santé (CLS), concernant lesquels les collectivités n'ont aucune obligation légale à en être signataire, ces dernières mettent de plus en plus en œuvre de conseils locaux de santé mentale, témoignant de leur volonté de s'investir dans tous les pans ayant attrait à la santé.

Paragraphe B – La mise en œuvre de conseils locaux de santé mentale : une conception plus large de la santé

À la lettre de l'article L3221-2 du Code de santé publique « *Un projet territorial de santé mentale, [...] est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale.* », ce dernier revêt alors pour objectif de favoriser « *l'amélioration continue de l'accès aux personnes [souffrant de troubles psychiques] à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.* »

¹¹⁴ Ib. Idem. Page 4. Note 13.

Ce projet territorial de santé mentale est ensuite mis en œuvre au travers d'actions, lesquelles font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale, alors conclu au sens de l'article précité « *entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.* »

Pour autant, la création d'un conseil local de santé ne semble nullement être une obligation puisque l'article précise que « *selon leur territoire d'application, ces actions **peuvent être** déclinées au sein de **conseils locaux de santé mentale.*** »

Il convient néanmoins d'apporter une nuance à ce principe selon lequel, les collectivités auraient un libre arbitre total dans l'implication au niveau de la santé mentale.

En effet, la loi du 21 février 2022 dite loi « 3DS », ¹¹⁵ a eu pour effet de modifier l'article L1434-10 du code de santé publique en y insérant une nouvelle disposition selon laquelle « *Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de la santé mentale.* »

Rappelons-le, la contractualisation au travers d'un CLS, laquelle a déjà été évoquée précédemment (Paragraphe A – *Les contrats locaux de santé : une démarche descendante-ascendante compromise par l'aspect financier*), repose sur une faculté des élus locaux et nullement une obligation légale.

Pour autant, dès qu'un contrat local de santé sera conclu entre collectivité territoriale et Agence Régionale de Santé, il comportera obligatoirement un volet consacré à la santé mentale.

Sur ce point, l'instruction ministérielle du 30 septembre 2016 ¹¹⁶ rappelle que « *[les conseils locaux de santé mentale] constituent lorsqu'ils existent, le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville.* »

Pour autant, le code de la santé publique reste assez flou sur la mise en œuvre d'un tel conseil local de santé mentale, il faut alors se rapporter à l'instruction du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville¹¹⁷ pour obtenir de plus amples précisions.

Cette dernière précise alors différents cadres pouvant justifier la création d'un conseil local de santé mentale : « *Aussi, leur déploiement, s'il doit être réalisé en priorité dans le cadre des*

¹¹⁵ **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)

¹¹⁶ **Instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016** relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville. (Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Secrétariat d'État auprès du ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, chargé de la Ville.)

¹¹⁷ **Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289** du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

contrats de ville, peut également être envisagé sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer, et ce, dès lors qu'un diagnostic territorial partagé vient étayer ces besoins. »

Le conseil local de santé mentale peut donc être mis en œuvre : soit à l'occasion d'un contrat local de santé, d'un contrat de ville ou lorsqu'un diagnostic territorial partagé en fait ressortir la nécessité.

Concernant la contractualisation au travers des CLS ou contrats de ville, cela repose forcément sur l'initiative des élus locaux, puisqu'ils sont directement partie au contrat.

Concernant le diagnostic territorial partagé, ce dernier « *ayant pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation* »¹¹⁸, les élus y participent indirectement.

En effet, d'une part, ledit diagnostic s'appuie sur des équipes de soins primaires et communautés professionnelles, mais l'un des acteurs principaux du diagnostic est le conseil territorial de santé, lequel est composé « *des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de PMI, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné* » d'après l'article susvisé.

Ce sont donc, notamment les élus, au sein du conseil territorial de santé qui, comme le rappelle l'instruction du 30 septembre 2016 « *définissent le territoire adéquat qui peut être un quartier, une commune, une intercommunalité.* »

Dans un article publié par Géraldine Langlois¹¹⁹, cette dernière fait état d'un véritable engouement dans la création de conseils locaux de santé mentale sous l'effet de la crise du Covid-19 laquelle s'est imposée comme un véritable catalyseur. Elle dénombrait à date du 19 janvier 2022, l'existence de pas moins de 300 CLSM, témoignant ainsi d'une volonté politique des élus locaux de s'engager dans le domaine de la santé publique, et de manière plus ciblée, de la santé mentale. Fanny Pastant, coordinatrice nationale des CLSM, parle sur ce point d'une « *augmentation exponentielle du nombre de CLSM.* »

L'écu joue, au-delà de l'impulsion concernant la création d'un tel conseil, un rôle prégnant au sein des instances.

¹¹⁸ Article L1434-10 CSP

¹¹⁹ **LANGLOIS Géraldine**. La gazette des communes. « Les besoins de santé mentale ont été rendus plus visibles, énormément d'élus ont mis en place un CLSM ». Publié le 19 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/785444/alors-que-les-besoins-de-sante-mentale-ont-ete-plus-visibles-enormement-delus-ont-mis-en-place-un-clsm/>

En effet, le conseil local de santé mentale est composé d'une assemblée plénière réunissant différents partenaires tels que élus, ARS, professionnels médicaux, ou encore usagers, qui se réunit une fois par an sous la présidence d'un élu local.

Son comité de pilotage est également présidé par un élu local et coanimé par différents acteurs tels que professionnels de santé, agence régionale de santé etc.

C'est cette composition qui permet de le définir comme un véritable lieu de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants.

La diversité de profils présents au sein des CLSM constitue donc un vivier de ressources dans l'imagination d'actions à mettre en œuvre.

Sur ce point, on peut notamment faire mention du CLSM de Rosny-sous-Bois¹²⁰, lequel a mis en place un « *café psy* », espace gratuit, organisé une fois par mois, ce dernier permet la rencontre autour d'un café, dans un objectif de déstigmatisation des troubles psychiques, de citoyens et professionnels de santé, abordant diverses thématiques telles que la dépression, l'anorexie, la boulimie, psychose, et autres.

Le panel d'actions pouvant être mises en œuvre au sein du CLSM sont diverses et variées et s'intéressent à diverses sous thématiques telles que les conduites addictives avec le CLSM de Suresnes ayant mis en place une action « *un jour sans portable* » suivie d'une conférence : *Les écrans, ça rend accro*.¹²¹

D'autres actions touchent elles au domaine du logement, telles que celle mise en place par le CLSM du Val-d'Oise Est¹²², consistant en la réalisation d'une brochure à destination des bailleurs sociaux sur les différentes problématiques qu'ils peuvent être amenés à rencontrer concernant d'éventuels troubles mentaux des locataires et les pistes pour agir.

Les conseils locaux de santé mentale sont donc à l'intersectorialité de différentes politiques locales telles que le logement et l'habitat, l'accès aux loisirs et à la culture, l'insertion professionnelle et bien d'autres. Cette idée est désormais intégrée par les élus locaux, qui s'investissent de plus en plus dans la création de tels conseils, lesquels ont augmenté de +56,25% en 4 ans, puisqu'ils étaient

¹²⁰ **Ministère de la santé et de la prévention.** Les initiatives des conseils locaux de santé mentale. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://cutt.ly/UZLrLEu>

¹²¹ **Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale.** Fiche action. Conduites addictives et renforcement des compétences parentales. Publiée le 6 juillet 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://ressources-clsm.org/fiche-action-conduites-addictives-suresnes/>

¹²² **Centre national des ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale.** Création d'une broche à destination des bailleurs par le CLSM Val d'Oise Est. Publié le 18 décembre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://ressources-clsm.org/creation-dune-brochure-a-destination-des-bailleurs--clsm-val-doise-est/>

recensés au nombre de 192 ¹²³ en janvier 2018 et 300 en janvier 2022.

Au-delà des compétences directes obligatoires et facultatives, les collectivités peuvent également soulever des leviers d'actions dites ricochets, il s'agit d'agir sur un domaine qui va, par ricochet, produire des effets qu'ils soient positifs ou négatifs sur la santé des citoyens.

SECTION II- Leviers d'actions dites ricochets sur les déterminants de santé: un large panel à disposition des collectivités

En la matière, nous pourrions classer les domaines d'action selon deux typologies, d'une part, l'action indifférenciée sur le milieu de vie, l'écosystème (Paragraphe I), en ce qu'elle s'adresse à nous tous autant que nous sommes, puis, l'action différenciée (Paragraphe II) en ce sens qu'elle tient compte des disparités individuelles propres à chaque individu.

Paragraphe I – L'action indifférenciée sur le milieu de vie, l'écosystème

Les collectivités peuvent en effet agir de manière indifférenciée dans des domaines produisant des effets indirects sur la santé des habitants tels que l'urbanisme et l'aménagement du territoire (Paragraphe A) ou encore l'environnement (Paragraphe B).

Paragraphe A- L'urbanisme et l'aménagement du territoire : conséquences de l'espace sur la santé

D'abord, la distinction entre la notion d'urbanisme et celle d'aménagement du territoire est relativement confuse, tantôt assimilées à une même action, tantôt considérant l'aménagement comme une composante de l'urbanisme, ici nous retiendrons une définition volontairement simpliste de Yves Jégouzo¹²⁴, selon laquelle « *l'urbanisme correspond schématiquement au*

¹²³ **Centre national de ressources et d'appui aux CLSM CCOMS Lille.** Étude. État des lieux national des CLSM. Publié en 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse. <http://ressources-clsm.org/wp-content/uploads/2018/09/État-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France-Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf>

¹²⁴ **JÉGOUZO Yves.** Les compétences « aménagement du territoire et urbanisme » : quelle décentralisation ? ». Revue française d'administration publique, 2015-4 n°156. P. 1049-1054. DOI : 10.3917/rfap.156.109. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2015-4-page-1049.htm>

micro-aménagement et l'aménagement du territoire au macro-aménagement », quand bien même l'auteur rappelle que « *la réalité n'est pas aussi simple* ».

Le lien entre urbanisme et santé publique n'est par ailleurs pas évident, puisque dans le sondage réalité sur un échantillon de 82 participants, 52,4% ne voyaient pas de quelle manière l'urbanisme pouvait agir sur la santé. (Annexe 1)

Pourtant, dans un contexte où le dérèglement climatique inquiète de plus en plus aussi bien les citoyens que les autorités, le Centre National de la Recherche Scientifique rappelait que « *la probabilité que les canicules se produisent a fortement augmenté du fait du réchauffement climatique d'origine humaine* »¹²⁵ constat également partagé par l'étude de collaboration européenne regroupant différents professionnels du monde dans le domaine de la recherche¹²⁶.

Les conséquences sur la santé sont nombreuses, allant de la simple fatigue, aux effets cardiovasculaires et respiratoires, jusqu'au risque de décès, qui toujours d'après l'article précité, pourrait en cas de températures extrêmes, être 4 fois plus important qu'un jour normal.

Dans un tel contexte, la préservation d'une température la plus faible possible s'impose comme un enjeu collectif, auquel les collectivités pourront notamment répondre par le biais du domaine urbanistique.

En effet, dans un article du Centre d'études et d'expertises sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement, ce dernier rappelait le lien entre îlots de chaleur urbains et densification urbaine.

Les îlots de chaleur urbains ou ICU sont « *un phénomène physique d'effet de dôme thermique créant une sorte de microclimat urbain au sein duquel les températures sont significativement élevées.* »¹²⁷

Ainsi, dans l'étude réalisée par le CEREMA, ce dernier identifie plusieurs facteurs : que ce soit, le dégagement de chaleur issu des activités humaines ou encore les propriétés thermo physiques des matériaux utilisés pour la construction des bâtiments, des voiries ; lesquels stockeraient la chaleur à hauteur de 15% à 30% de plus que les zones moins denses.

¹²⁵ **CNRS**. Aura-t-on pluys de canicules avec le changement climatique ? Publié le 17 juin 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.insu.cnrs.fr/fr/plus-de-canicules-avec-le-changement-climatique>

¹²⁶ Op. Cit. Note 118.

¹²⁷ **Agence d'Urbanisme de la Région Nantaise**. AURAN. Qu'est-ce qu'un îlot de chaleur ? (EN ligne). Disponible à l'adresse : <https://auran.org/content/quest-ce-quun-ilot-de-chaleur>

Un autre article du club Techni.cités¹²⁸ faisait état de la même problématique, selon laquelle plus les zones sont artificialisées, et plus ces dernières sont chaudes durant les périodes de grande chaleur.

Les leviers d’actions pouvant être utilisés par les collectivités pour tempérer cette problématique sont assez vastes.

La ville de Lyon par exemple, souffrant notamment d’îlots de chaleur urbaine (ICU) a mis en place un plan de cent millions d’euros pour rénover thermiquement le bâti existant pour qu’il soit plus économe en énergie.

Elle a également remplacé les revêtements sombres par de nouveaux revêtements en béton désactivé de teinte claire sur les sols, afin de réfléchir la lumière et de moins emmagasiner la chaleur.

En lien avec l’environnement, la plupart des villes tendent à revégétaliser leurs espaces afin d’en diminuer la température grâce à l’ombre des végétaux, de la photosynthèse qu’ils effectuent permettant de capter une partie du rayonnement solaire, ou encore du phénomène d’évapotranspiration par lequel une quantité d’eau contenue dans l’arbre est transférée vers l’atmosphère, permettant ainsi de réduire la température des villes.

L’urbanisme est également un domaine intersectoriel, puisqu’il peut agir, à titre d’exemple à la généralisation des pratiques sportives, en développant des pistes cyclables à l’instar de la ville de Strasbourg laquelle possède plus de 600 kilomètres d’itinéraires cyclables.

En lien avec la pratique d’activité sportive qui sera évoquée par la suite, un article de Véronique Vigne-Lepage mettait en exergue une nouvelle tendance « Contre la sédentarité, les villes activent le design. »¹²⁹

Notamment accompagnées par l’Agence Nationale de la Cohésion des Territoires, les collectivités commencent timidement à se saisir du design actif, défini comme « *la conception d’équipements publics incitant à l’activité physique.* »¹³⁰

¹²⁸ **EYMAR Laurence.** Techni.Cités. Canicule et urbanisme : arrêtons de densifier nos villes. Publié le 16 juillet 2020. [En ligne]. Disponible à l’adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/688721/canicule-et-urbanisme-arretons-de-densifier-nos-villes/>

¹²⁹ **VIGNE-LEPAGE Véronique.** La gazette des communes. *Contre la sédentarité, les villes activent le design.* Publié le 24 juin 2022. [En ligne]. Disponible à l’adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/814463/contre-la-sedentarite-les-villes-activent-le-design/>

¹³⁰ Op. cit. Note 122.

À nouveau, l'urbanisme possède sa part à jouer, cela passe notamment au travers d'actions telles que la création de parcours ludo-sportifs mis en place sur la zone du mail François Mitterrand à Rennes, l'aménagement alternant des tracés ludiques (marelles, palets bretons), des équipements ludo-sportifs (panneaux de basket) ou encore des tracés sportifs (pistes d'athlétisme dessinées sur le sol, aires de street workout).

Les actions en la matière sont facilement réalisables, la Ville de Lyon¹³¹ a par exemple axé sa démarche sur la technique du « *nudge* » ou « *coup de pouce* » définie comme une forme d'intervention sur l'environnement visant à faciliter le passage de l'intention à l'action.

Pour cela, la ville est intervenue sur la station de métro desservant la gare principale en disposant des phrases pour motiver les usagers à prendre les escaliers plutôt que l'escalator telles que « *vous avez fait le plus dur, vous prenez de la hauteur...continuez, mission bientôt accomplie...* »

En tant qu'êtres humains, nous dépendons d'un biotope, ce dernier se définit comme « *un milieu de vie délimité géographiquement dans lequel les conditions écologiques sont homogènes et suffisant à l'épanouissement d'êtres vivants qui y résident (la biocénose). Avec lesquels ils forment un écosystème.* »¹³²

Ainsi, nous dépendons du biotope sans lequel, si les conditions écologiques n'étaient pas réunies, notre espèce ne pourrait survivre (température, humidité, oxygène etc.), autant de données sur lesquelles les collectivités peuvent agir.

Paragraphe B – L'action environnementale des collectivités : moyen de préservation de la santé des citoyens

L'OMS définit la santé environnementale comme « *comprenant les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement.* »¹³³

Ici, le champ d'étude sera volontairement plus restreint, et sera consacré à l'environnement au sens de l'article L110-1 du code de l'environnement, en tant que « *espaces, ressources et milieux naturels terrestres et marins, les sons et odeurs qui les caractérisent, les sites, les paysages diurnes et nocturnes, la qualité de l'eau, les êtres vivants et la biodiversité.* »

¹³¹ **Guide du design actif.** Action cœur de ville. Publié en décembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://medias-terredejeux.paris2024.org/2022-01/Guide%20du%20Design%20Actif%20-%20V20220112.pdf>

¹³² **Futura Planète. Biotope** : qu'est-ce que c'est ? [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.futura-sciences.com/planete/definitions/environnement-biotope-106/>

¹³³ **Organisation Mondiale de la Santé.** Conférence d'Helsinki. 1994. Définition de la santé environnementale.

Cette idée qu'il existait un lien entre l'environnement et la santé n'a rien de précurseur, Hippocrate, dans son Traité¹³⁴ considérait déjà que « *pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier, les divers États du sol et le genre de vie des habitants.* »

Au titre des composantes environnementales, la pollution atmosphérique, sous l'effet d'une concentration excessive en particules PM2,5 serait responsable à elle seule au sein de l'Union Européenne de 307.000 décès¹³⁵.

Dans une autre étude, menée par Santé Publique France¹³⁶, cette dernière imputait à l'exposition durable aux particules fines 40 000 décès, et 7 000 aux oxydes d'azotes.

Réel enjeu de santé publique, la qualité de l'air est un pan de la santé sur lequel les collectivités possèdent également des leviers d'action.

C'est motivée par cet enjeu que la loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte¹³⁷, est venue codifier un nouvel article L2213-4-1 au sein du code de l'environnement.

Ce dernier prévoit ainsi, depuis 2015 la possibilité pour le maire, ou le président d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre, dès lors qu'il dispose du pouvoir de police municipale, d'instaurer des zones à faibles émissions mobilité.

Concernant les villes, la condition exigée est celle qu'ait été initiée l'élaboration ou la révision d'un plan de protection de l'atmosphère.

Pour autant, ces initiatives sont à nuancer, puisque la loi du 22 août 2021 Climat et Résilience¹³⁸ prévoit une obligation de mise en place d'un tel dispositif pour 45 agglomérations de plus de 150.000 habitants. Sa mise en œuvre ne reposant donc pas toujours sur une initiative et volonté politique d'élus locaux, mais parfois sur une impulsion due à la contrainte législative.

¹³⁴ **HIPPOCRATE**. BREDA Lidia. Traité « Airs, eaux, lieux » (-420 avant J-C), Rivages Poche, Janvier 1996. ISBN-10 : 2869309481

¹³⁵ **Agence européenne pour l'environnement**. Actualité. Un air plus pur aurait pu sauver au moins 178 000 vies dans l'UE en 2019. Publié le 10 décembre 2021. Mis à jour le 01 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : [Un air plus pur aurait pu sauver au moins 178 000 vies dans l'UE en 2019 — Agence européenne pour l'environnement \(europa.eu\)](https://www.euro.oxia.europa.eu/fr/actualites/un-air-plus-pur-aurait-pu-sauver-au-moins-178-000-vies-dans-l-ue-en-2019)

¹³⁶ **Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires**. Actualités. Pollution de l'air : quel impact sur la santé des français. Publié le 17 mai 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : [Impact qualité de l'air sur la santé | Ministères Écologie Énergie Territoires \(ecologie.gouv.fr\)](https://www.ecologie.gouv.fr/actualites/pollution-de-l-air-quel-impact-sur-la-sante-des-francais)

¹³⁷ **Loi n° 2015-992 du 17 août 2015** relative à la transition énergétique pour la croissance verte

¹³⁸ **Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021** portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets

Une fois ladite zone instaurée, l'exécutif prend alors un arrêté lequel précise la durée pour laquelle les zones à faibles émissions mobilité sont créées, ainsi que les catégories de véhicules concernées. À titre d'exemple, une étude menée par l'Atelier Parisien d'Urbanisme¹³⁹ relevait que la ZFE-m métropolitaine du Grand Paris aurait permis de diminuer de 5% les émissions de NOx, 3% celles de particules PM10 et 4% celles de particules PM2,5.

Au titre d'actions mises en œuvre, depuis 2017 la ville de La Rochelle¹⁴⁰ a engagé une stratégie de lutte contre les nuisibles tels que les rats ou pigeons souhaitant éviter l'utilisation des biocides. En effet, ces derniers entraîneraient d'une part une résistance des nuisibles sur le long terme, mais également des conséquences sur l'environnement au travers de la pollution des eaux, des sols, et d'impacts sur la chaîne alimentaire.

Au-delà des actions de préventions mises en place, la ville fait donc intervenir une société spécialisée dans la chasse aux rats aux moyens de furets et de chiens¹⁴¹ afin d'éviter le recours aux produits chimiques.

Autre domaine d'action en matière environnementale des collectivités locales, celui de l'eau et l'assainissement.

Le code général des collectivités territoriales rappelle la compétence des communes en matière de distribution d'eau potable ainsi que d'assainissement des eaux usées. (L224-7-1 et L2224-8 du CGCT). Dans certains cas cette compétence est gérée par les établissements publics de coopérations intercommunales, notamment les communautés de communes au sens de l'article 1^{er} de la loi du 3 août 2018.

En ce sens, il convient de faire le parallèle avec l'article R1321-2 du CSP lequel rappelle que « *Les eaux destinées à la consommation humaine doivent, dans les conditions prévues à la présente section : - ne pas contenir un nombre ou une concentration de micro-organismes, de parasites ou de toutes autres substances constituant un danger potentiel pour la santé des personnes ; - être conformes aux limites de qualité, portant sur des paramètres microbiologiques et chimiques, définies par arrêté du ministre chargé de la santé.* »

Le lien est donc clair, au travers de leur compétence obligatoire en matière de distribution d'eau et d'assainissement, les collectivités locales participent au maintien en bonne santé des

¹³⁹ APUR. ZFE-Mobilité dans la Métropole du Grand Paris. Publié en mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/zfe-mobilite-metropole-grand-paris>

¹⁴⁰ Ville de La Rochelle. Lutte contre les rongeurs. Publié le 31 juillet 2019. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.larochelle.fr/vie-quotidienne/habitat/lutte-contre-les-rongeurs>

¹⁴¹ CARBONNEL Sophie. Sud-ouest. *La Rochelle : pour chasser les rats, la Ville fait appel à une brigade de furets*. Publié le 14 avril 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <sud-ouest.15.04.21.brigade.furets.anti-rats.sante.pdf> (<territoire-environnement-sante.fr>)

administrés.

Au-delà de la préservation de la qualité de l'eau, les collectivités œuvrent également à la protection environnementale, et par conséquent à la santé de tous.

En effet, dans une étude¹⁴² menée par François Galgani, ce dernier rappelait que « *20 millions de tonnes de déchets issus des continents arrivent à la mer chaque année.* » lesquels génèrent au cours de la désagrégation, des microparticules de plastiques.

Les données recueillies par l'ANSES¹⁴³ estimaient que 10% de l'ensemble des plastiques produits depuis leur invention auraient terminé leur vie dans les océans, potentiellement ingérées par l'ensemble des espèces du milieu aquatique.

Les réseaux d'eau pluviale seraient l'une des origines de cette pollution, notamment lorsqu'en période de fortes pluies, les déchets sont drainés par les réseaux fluviaux et par les vents jusqu'aux cours d'eau.

Certaines collectivités se sont emparées de cette problématique, telle que la métropole Rouen Normandie en charge de l'assainissement des eaux et des déchets. Cette dernière expérimente ainsi l'installation de filets antidéchets en sortie d'exutoires depuis novembre 2020, au total huit filets ont été installés sur le territoire intercommunal, cette action aurait permis à la date du 15 mars 2022 de récolter plus de deux tonnes de déchets et d'éviter leur dispersion dans le milieu naturel¹⁴⁴. Parallèlement, l'EPCI a renforcé la sensibilisation du public en disposant pas moins de 17 plaques « *Ici commence la mer, ne rien jeter* », à long terme, 60 de ces plaques devraient être posées sur le territoire intercommunal.

Au niveau environnemental, la commune et l'intercommunalité semblent néanmoins être dotées de possibilités d'initiatives plus larges que le Département et la Région, d'abord parce que la commune est dotée d'une clause générale de compétence qui lui permet d'agir de manière plus souple dans différents domaines intersectoriels, mais aussi puisqu'elle est dotée d'une majorité de compétences en lien avec l'environnement : gestion des déchets, distribution et assainissement d'eau, pouvoirs de police du maire, gestion des milieux aquatiques et prévention des inondations...

¹⁴² **GALGANI François**. Institut océanographique. *Les déchets marins*. Publié en janvier 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.oceano.org/wp-content/uploads/2020/02/75_De%CC%81chets-marin_Galgani.pdf

¹⁴³ **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, l'environnement et du travail**. Actualités. *Microplastiques et nanomatériaux*. Publié le 19 mai 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.anses.fr/fr/content/microplastiques-et-nanomat%C3%A9riaux#:~:text=On%20estime%20aujourd%27hui%20que,les%20baleines%2C%20peuvent%20les%20ing%C3%A9rer.>

¹⁴⁴ **Métropole Rouen Normandie**. Actualités. *Deux tonnes de déchets pris dans les filets*. Publié le 15 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.metropole-rouen-normandie.fr/actualite/2022/deux-tonnes-de-dechets-pris-dans-les-filets-29450>

Pour autant, les initiatives du Département et de la Région ne sont pas inexistantes en la matière. Le Département de Maine-et-Loire¹⁴⁵ s'est par exemple associé en 2020 à Ouest Go pour développer le covoiturage sur son territoire en l'échange d'une contrepartie onéreuse pour l'adhésion.

En contrepartie, les collectivités adhérentes s'engagent à créer des infrastructures d'aires de covoiturage, ainsi qu'à communiquer activement sur le dispositif.

En développant le recours au covoiturage sur son territoire, le Département œuvre donc à la réduction des polluants atmosphériques et concourt au maintien de la santé des citoyens, en lien avec les ZFE-m précédemment évoqués.

De son côté, la région participe à l'élaboration du Schéma Régional d'Aménagement Durable et d'Égalité des Territoires au sens de l'article L4251-1 du CGCT.

Elle joue alors un rôle crucial puisqu'elle fixe les objectifs du territoire en matière notamment de lutte contre la pollution de l'air, ou encore de lutte contre l'artificialisation des sols.

Sur ce point, Gwenaél Vourc'h¹⁴⁶, directrice adjointe de l'unité mixte de recherche « épidémiologie des maladies animales et zoonotiques » affirmait que « *l'artificialisation des sols est une menace sanitaire* » en précisant que la biodiversité préservée joue un rôle dans la régulation des agents pathogènes à partir de l'exemple de la maladie de Lyme, pour laquelle les espèces naturelles s'imposeraient comme un réservoir et joueraient un rôle « tampon » dans la transmission à l'homme.

Les collectivités disposent donc bien d'un panel, relevant parfois d'obligations légales, et parfois d'initiatives volontaristes en la matière, pour assurer la protection de tous au travers de la protection environnementale.

À côté de ces actions indifférenciées, les collectivités peuvent également soulever des leviers d'actions différenciées, elles peuvent alors tenir compte des spécificités de chaque individu.

¹⁴⁵ **Département de Maine et Loire**, *Faire du covoiturage avec Ouestgo.fr*. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.maine-et-loire.fr/aides-et-services/routes-departementales/covoiturage>

¹⁴⁶ **VERBAERE Isabelle**. La gazette des communes. « *L'artificialisation des sols est une menace sanitaire* » Publié le 14 janvier 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/715646/lartificialisation-des-sols-est-une-menace-sanitaire/>

Paragraphe II – L’action différenciée : tenir compte des disparités individuelles

Au sein des actions différenciées, l’action sociale, elle, constitue un levier parfois sous-estimé, et son lien avec la santé n’est pas toujours évident. (Paragraphe A).

De l’autre côté, le sport et la nutrition eux, sont les fondements même d’une bonne hygiène de vie, même si cela semble aller de soi, l’action sur les déterminants comportementaux peut permettre de lutter contre les déterminants biologiques et génétiques parfois défavorables, tels que l’obésité, ou encore le diabète. (Paragraphe B).

Paragraphe A- L’action sociale : un levier sous-estimé sur les déterminants environnementaux socioéconomiques

À l’instar du lien entre urbanisme et santé, le lien entre politiques sociales et santé ne semble pas non plus aller de soi.

Dans un sondage¹⁴⁷ effectué, à la question à choix multiple posée « *qu’est-ce que pour vous, être en bonne santé* » (**annexe 1**), quatre choix étaient proposés : l’absence de maladie et/ou d’infirmité, le bien-être physique, le bien être mental, le bien-être social.

Sur l’échantillonnage de 82 participants, 65,9% ne considéraient pas que le « bien-être social » puisse être une composante de la santé, à contresens de la définition de l’OMS, laquelle inclue toutes les composantes précitées.

L’institut écologie et environnement du CNRS semble en adopter une définition laquelle parait la plus pertinente, ainsi, le bien-être social serait « *un état d’aboutissement dans lequel les besoins humains élémentaires sont satisfaits et dans lequel les personnes sont capables de coexister pacifiquement dans les communautés proposant des opportunités de développement.* »¹⁴⁸

En la matière, les collectivités possèdent un panel de compétences leur permettant d’influer sur le domaine du bien-être social, et in extenso sur celui de la santé au sens de la définition de l’OMS.

En ce sens, le Département s’impose comme la collectivité de référence en la matière, l’aspect social étant « *le visage* » de cette dernière.

D’abord, la loi du 1^{er} décembre 2008¹⁴⁹ est venue instituer un « *revenu de solidarité active qui a*

¹⁴⁷ Annexe 1

¹⁴⁸ Institut écologie et environnement du CNRS. Définition du bien-être social. [En ligne]. Disponible à l’adresse : <https://inee.org/fr/eie-glossary/bien-être-social#:~:text=Le%20bien%2D%C3%AAtre%20social%20est,proposant%20des%20opportunit%C3%A9s%20de%20d%C3%A9veloppement.>

¹⁴⁹ Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d’insertion

pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et aider à l'insertion sociale des bénéficiaires » à « la charge des départements. »

Le département joue donc un rôle phare, d'une part dans l'instruction des demandes et le versement du revenu de solidarité active, quand bien même ces fonctions peuvent être partagées avec la Caisse d'Allocations Familiales et la Mutualité Sociale Agricole, au travers d'une convention de gestion qui prévoit les modalités de répartition desdites compétences.

D'autre part, les départements participent à la réinsertion professionnelle des bénéficiaires, certains départements allant plus loin que d'autres en la matière, c'est notamment le cas du Département de la Marne, lequel a signé le 27 mai 2021 une convention de mise en œuvre du Service Public de l'Insertion et de l'Emploi avec l'État afin de compléter les actions déjà mises en œuvre en la matière.

Dans ce cadre, la collectivité a pu effectuer des partenariats avec différentes entreprises dans des filières manquant de main-d'œuvre telles que le BTP, l'aide à la personne ou le transport-logistique permettant ainsi le retour à l'emploi des bénéficiaires.

Autre exemple, en juin 2020, le Département a lancé une plateforme nommée Actif51 qui permet de mettre en lien employeurs et chercheurs d'emplois sur le territoire au travers d'un système de géolocalisation.

Pareillement, l'article 6 de la loi du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement¹⁵⁰ créé dans chaque département un fonds de solidarité pour le logement.

Ce dernier est en réalité procuré sous forme d'aides financières, cautionnement, prêts ou avances remboursables, garanties ou subventions à *« toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou ses conditions d'existence. »*¹⁵¹

Il peut être accordé à plusieurs occasions, qui vont du dépôt de garantie, à la régularisation d'impayés de loyer, électricité, gaz, eau ou téléphone par exemple.

En permettant aux personnes en précarité de disposer d'un logement, et d'un accès aux réseaux, ce dernier participe donc bien au bien-être social des administrés.

À l'échelle de proximité, les communautés et intercommunalités possèdent la faculté d'intervenir sur les logements sociaux notamment au travers du mécanisme des sociétés d'économie mixte.

Les logements sociaux sont des logements soumis à la législation d'habitations à loyer modéré, ils

¹⁵⁰ **Loi n° 90-449 du 31 mai 1990** visant à la mise en œuvre du droit au logement

¹⁵¹ Op. Cit. Note 142.

permettent donc aux personnes avec des revenus modestes, de pouvoir louer un bien dont le loyer est en deçà du prix de location du marché.

À titre d'exemple, Reims Habitat revêt depuis le 1^{er} janvier 2022 la qualité de société d'économie mixte¹⁵² dont le conseil d'administration est occupé par 12 conseillers communautaires du Grand Reims, soit à hauteur de 66%, la Communauté Urbaine du Grand Reims étant l'actionnaire majoritaire de la SEM.

Indirectement, par sa participation au capitaux, l'EPCI participe donc à la création, et la gestion du parc immobilier de la SEM, et donc au logement d'administrés aux revenus modestes, leur permettant de jouir d'un « *bien-être social*. »

Les compétences du Département sont larges en la matière, entre Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, politiques des personnes en situation de handicap.

Du côté de la commune, on pense notamment aux Centres Communaux d'Action Sociale.

La Région de son côté est compétente au sens de l'article L4221-1 du CGCT pour « *promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région...* », laquelle doit depuis la loi NOTRÉ du 7 août 2015¹⁵³ intégrer les orientations en matière de développement de l'économie sociale et solidaire dans leur Schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation.

Dans le champ de l'action sociale, les différences de moyens semblent réparties de manière plus équitable entre les trois niveaux de collectivités, volet qui leur permet ainsi d'agir de manière affirmée sur la santé des habitants, en tenant compte de la situation de chacun.

À côté du volet social, le volet des déterminants comportementaux est aussi un levier à disposition des élus, il s'agit notamment, mais sans les lister de manière exhaustive, du sport et de la nutrition, autant de domaines, qui agissent indirectement sur notre État de santé.

¹⁵² **Reims habitat**. Conseil d'administration. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.reims-habitat.fr/reims-habitat/notre-organisation/conseil-dadministration>

¹⁵³ **Loi n° 2015-991 du 7 août 2015** portant nouvelle organisation territoriale de la République

Paragraphe B – Le sport et la nutrition : contrer les déterminants biologiques et génétiques grâce aux déterminants comportementaux

Chaque être humain né en étant doté d'un patrimoine génétique unique, qui lui est propre, ce dernier est défini comme « *un ensemble des caractéristiques d'un individu héritées de ses parents, celles-ci sont transmises par les gènes.* »¹⁵⁴

Ce patrimoine génétique, peut dans certains cas entraîner une prédisposition aux maladies, ainsi, d'après le Centre de l'Obésité et de Surpoids de Grenoble-Sud¹⁵⁵, plusieurs études établiraient le lien entre génétique et obésité.

Une étude de l'Université d'Helsinki¹⁵⁶ lierait l'obésité à un fonctionnement défectueux des mécanismes responsables de la gestion de l'énergie au niveau des mitochondries dans les tissus adipeux. Une autre étude allemande¹⁵⁷ aurait démontré que les niveaux d'expression du gène TRIM28 et d'autres gènes d'origine parentale sont diminués chez les enfants obèses.

Pour autant, en restant sur l'exemple de l'obésité, son origine est multifactorielle et ne dépend pas uniquement de l'expression génétique.

Seraient également au rang desdits facteurs, la sédentarité, les comportements alimentaires, les facteurs psychologiques et autres...

Par ailleurs, il convient de rappeler que chaque maladie possède ses propres facteurs, plusieurs études tendant ainsi à démontrer que les perturbateurs endocriniens seraient à l'origine de cancers. À défaut de pouvoir influencer sur la génétique, les collectivités possèdent d'innombrables leviers pour influencer sur les autres causes de maladies.

Du fait de l'intersectorialité du domaine de la santé, on pense notamment à l'urbanisme évoqué précédemment et au développement de pistes cyclables pour favoriser l'activité sportive.

Concernant la nutrition, les communes notamment jouent un rôle crucial, de par leur compétence facultative en matière d'instauration de restauration scolaire comme le rappelle une réponse du Ministère de l'Aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales en 2016.¹⁵⁸

¹⁵⁴ **Dictionnaire de l'Institut National du Cancer.** Définition patrimoine génétique. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/patrimoine-genetique>

¹⁵⁵ **Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble Sud.** « La génétique peut-elle influencer sur l'obésité ? » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/genetique-peut-elle-influer-sur-lobesite>

¹⁵⁶ **Good Clinical Practice. Registre américain des essais clinique.** Université d'Helsinki. *Nicotinamide Riboside et émis mitochondrial. La vitamine B3 en tant que nouvelle thérapie mitochondriale pour l'obésité.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://ichgcp.net/fr/clinical-trials-registry/NCT03951285>

¹⁵⁷ Op. cit. Note 147.

¹⁵⁸ **Question écrite n°21278** de M. Antoine Lefèvre. Compétences pour les transports et la restauration scolaire. Publiée dans le JO Sénat du 14 avril 2016. Page 1534. [En ligne]. Disponible à l'adresse :

Sur ce point, les communes ont la faculté donc de s'investir dans la lutte contre l'obésité sur le plan de la restauration scolaire, en proposant une alimentation saine et diversifiée, et en évitant les produits transformés, telle que la cantine de la commune de Saint-Just ayant mis en œuvre une structure de restauration scolaire sur site, en « *cuisinant des aliments bruts à destination d'une soixantaine d'élèves de l'école élémentaire communale. Il s'agit de la seule cantine entièrement locale et bio de la région Centre-Val de Loire.* »¹⁵⁹

Le terrain de la restauration scolaire ouvre également la voie à la réflexion sur d'autres actions au profit de la santé des administrés.

C'est le cas notamment au travers de la lutte contre les perturbateurs endocriniens, l'INRS les définit comme « *une substance ou un mélange qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de (sous)-populations.* »¹⁶⁰

La commune de Toulouse s'est engagée¹⁶¹ au sein des cantines municipales, pour expérimenter depuis 2019 le remplacement de barquettes en plastique par des barquettes végétales afin de protéger les enfants des perturbations endocriniennes générées par le plastique.

Sur le volet sportif, les collectivités disposent de ce qu'on pourrait qualifier d'un « *substitut à la clause générale de compétence* » puisque l'article L1111-4 du CGCT dispose ainsi « *les compétences en matière de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes, de culture, de sport, de tourisme et de promotion des langues régionales et d'éducation populaire sont partagées entre les communes, les départements, les régions et les collectivités à statut particulier.* »

Ainsi, à partir d'une recherche menée par Marc Nocon¹⁶² compilant les résultats de 33 études portant sur 883 372 individus, la pratique d'une activité sportive influencerait sur la mortalité précoce

<https://www.senat.fr/questions/base/2016/qSEQ160421278.html#:~:text=S'agissant%20de%20la%20restauration,du%20code%20de%20l'%C3%A9ducation.>

¹⁵⁹ **Stéphane Garcia.** Observatoire. La cantine scolaire bio et locale de la commune de Saint-Just. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.resolis.org/initiatives/la-cantine-scolaire-bio-et-locale-de-la-commune-de-saint-just/94811e63-605a-4e94-9b5e-5e97382b1a7a>

¹⁶⁰ **Institut national de la recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS).** Dossier. Perturbateurs endocriniens. Publié le 1^{er} juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/perturbateurs-endocriniens/definition-mecanismes-action.html>

¹⁶¹ **FRAISSE Lucie. ActuToulouse.** « *Les cantines de Toulouse vont tester les barquettes végétales pour remplacer les plats en plastique.* » Publié le 3 septembre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://actu.fr/occitanie/toulouse_31555/les-cantines-toulouse-vont-tester-barquettes-vegetales-remplacer-plats-plastique_18339242.html

¹⁶² **NOCON Marc.** Étude. « *Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality : a systematic review and meta-analysis.* » Publié en juin 2008. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525377/>

en diminuant de 35% la mortalité cardiovasculaire, et de 33% la mortalité toutes causes confondues.

À l'échelon communal, les actions sont loin de manquer, la Direction de la santé publique de la ville d'Angers a ainsi mobilisé un budget annuel global de 3 840 € en partenariat avec le CHU pour mettre en place un programme d'éducation thérapeutique¹⁶³ pour les personnes en surcharge pondérale déjà suivies au CHU. L'action est simple : différents ateliers sportifs sont animés par des professeurs d'activité physique adaptée du Comité départemental d'Entraînement Physique dans le Monde Moderne.

Les collectivités peuvent ainsi soulever des leviers directs par la mise en place d'actions sportives, mais également plus indirects, au travers notamment du subventionnement d'associations et structures sportives, voire pour les sportifs de haut niveau.

La Département de la Marne participe ainsi activement au travers du versement d'aides à l'investissement aux associations pour que ces dernières puissent acheter du matériel sportif, construire ou acquérir des équipements sportifs aux normes des fédérations sportives agréées.

Du côté communal, la Ville de Reims s'est axée sur la contractualisation, par le biais de conventions d'occupations d'équipements sportifs au travers desquels la commune met à disposition d'associations, d'établissements scolaires ou encore d'autres organismes ses équipements municipaux. Elle intervient également dans le domaine financier au travers de convention d'équipement pour soutenir les investissements matériels des acteurs sportifs.

La Région possède aussi de nombreux leviers d'action, à titre d'exemple la région Pays de Loire a développé un e-pass culture sport¹⁶⁴ dématérialisé et destiné aux 15 à 19 ans résidants sur le territoire proposant des réductions pour le sport.

Elle intervient également de manière volontariste auprès des sportifs en situation de handicap, en soutenant l'acquisition de matériel par les associations pour les personnes en telle situation.

Il faut le reconnaître, les collectivités territoriales se sont emparées de la politique sportive, quand bien même les actions pourraient être hétérogènes d'une collectivité à l'autre, leur domaine d'action reposant sur leur volontarisme.

Cette emparement du domaine de la santé au sens large selon la vision de l'Organisation Mondiale

¹⁶³ **Des communes s'engagent.** « Des exemples d'actions en faveur de l'activité physique. » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.des-communes-sengagent.fr/s-inspirer/activite-physique-pour-adultes-en-situation-d-obesite>

¹⁶⁴ **Région Pays de la Loire.** Aides de la Région. E.pass culture sport. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.paysdelaloire.fr/les-aides/epass-culture-sport#:~:text=pass%20culture%20sport%20facilite%20les,en%20Pays%20de%20la%20Loire.>

de la Santé n'est pas pour autant sans conséquences, faisant naître de nouveaux enjeux et défis, auxquels il n'y a aucun doute, que les collectivités seront faire face.

CHAPITRE 2 – Enjeux de pouvoirs et défis de demain : la coopération au profit du territoire

Au sein de ces défis, les collectivités s'appuient sur le mécanisme de la coopération et l'intelligence collective au profit du territoire (Section I), pour autant, naît parfois une concurrence entre collectivités, ainsi qu'avec l'État (Section II) constituant de nouveaux défis à appréhender pour les élus locaux.

SECTION I – Coopération et intelligence collective au profit du territoire

Les élus locaux ont su redoubler d'efforts pour s'emparer des différents domaines ayant attrait à la santé, d'abord, en s'appuyant sur différents réseaux leur permettant de partager leurs expériences ou d'être soutenus (Paragraphe I), mais également grâce à l'innovation locale afin de démocratiser l'accès aux soins (Paragraphe II).

Paragraphe I – « L'association » comme moyen de relégitimer l'action des collectivités territoriales

Cette coopération prend une double forme, d'abord l'association de loi de 1905, elle se définit comme un groupement de personnes volontaires réunies autour d'un projet commun, à but non lucratif.

La seconde forme rattachée à l'association, repose sur une métaphore, selon laquelle l'Union Européenne, est en réalité une association de plusieurs États membres dans le but de contribuer à la paix ainsi qu'à la sécurité notamment.

Paragraphe A – L'union Européenne, « association volontaire d'États », incubatrice d'actions par le biais de fonds européens

L'Union Européenne telle qu'on la connaît aujourd'hui est le fruit d'un cheminement de diverses évolutions.

Initialement propulsée par Robert Schuman, ministre français des Affaires étrangères lors d'une déclaration prononcée par le 9 mai 1950, sous l'effet de la crainte du renouveau suite à la Seconde Guerre mondiale, ce dernier amorce la création d'une Communauté Européenne du charbon et de

l'acier dans un objectif de mise en commun de la production desdites matières premières, afin qu'un conflit similaire à celui de la Seconde Guerre mondiale devienne « *non seulement impensable, mais matériellement impossible* » comme Robert Schumann l'a rappelé dans sa déclaration précitée.

L'Union Européenne se formalisera en 1992, lorsque le traité de Maastricht prend la suite de l'Acte Unique et institue une véritable union politique : l'Union Européenne.

Peu à peu, l'Union Européenne développera des fonds structurels d'investissement européens dans une vocation de soutien au développement économique des pays membres.

D'abord le fond social européen en 1957 né du traité de Rome, avec un objectif essentiellement économique, il évoluera par la suite en faveur de la promotion des droits sociaux, de la démocratie et de l'inclusion sociale.

Parallèlement, le fonds européen pour le développement régional sera développé en 1975 et plus récemment le fonds européen agricole pour le développement rural au travers du règlement n°1920/2005 du Conseil du 21 juin 2005.¹⁶⁵

Ces fonds, a priori sans lien direct avec la santé, sont en réalité de véritables rampes de lancement offertes aux collectivités territoriales pour réaliser des projets afférents à la santé, dès lors qu'ils rentrent dans les objectifs définis au niveau européen.

D'abord, le fonds européen de développement régional ou « FEDER », dont l'objectif est « *la réduction des disparités économiques, sociales et territoriales* »¹⁶⁶ au travers du financement d'organismes aussi bien publics que privés est un véritable outil de mise en œuvre de politiques européennes au niveau local permettant d'initier des projets de santé.

Sur ce point, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes rappelait dans un communiqué de presse¹⁶⁷ que 72% des habitants de la région sont situés sur un territoire relevant soit d'une zone d'intervention prioritaire ou d'une zone d'action complémentaire, impactés donc par un déficit de l'offre de soin. Afin de lutter contre ce déficit de professionnels de santé sur son territoire, la Communauté de Communes du Pays de Sauxillanges située au sein du Département du Puy-de-Dôme a décidé en 2007 d'initier un projet de construction d'une maison de santé en se portant maître d'ouvrage. Ce projet au coût de 896 200 euros a en partie été rendu viable grâce à divers financements dont

¹⁶⁵ **Règlement (CE) n° 1920/2005 du Conseil du 21 juin 2005** relatif au financement de la politique agricole commune, modifié par le Règlement (CE) n° 320/2006 du Conseil du 20 février 2006

¹⁶⁶ **Commission européenne.** Fonds européens de développement régional. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/european-regional-development-fund-erdf_fr#-propos-du-fonds

¹⁶⁷ **ARS Auvergne Rhône-Alpes.** Communiqué de presse « *Accès aux soins : publication du nouveau zonage de médecine générale.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/acces-aux-soins-publication-du-nouveau-zonage-de-medecine-generale>

un co-financement par le biais du fonds européen de développement régional à hauteur de 44 951 euros¹⁶⁸.

Grâce au même fonds européen, le Syndicat Mixte du pays Couserans, lequel est comme le rappelle le code général des collectivités territoriales, un établissement public de coopération locale « *constitué exclusivement de communes et d'établissements publics de coopération intercommunale.* »¹⁶⁹ a œuvré à la mise en œuvre d'un projet de Réseau de santé et de télémédecine en zones rurales.

Ce dernier, justifié par l'isolement des zones rurales et de montagne se décline en deux objectifs : d'une part la création d'un centre de service visioconférences au sein des EHPAD servant à la réalisation de téléconsultations, et d'autre part la création d'un volet téléformation pour les professionnels de santé.

Représentant un cout de 1 732 180 euros, le projet a pu être financé par le FEDER à hauteur de 1 299 135€, représentant ainsi une participation financière de l'Union Européenne de 75% du cout total représenté par le projet.

À côté du FEDER, le FEADER dit fonds européen agricole pour le développement rural permet également la réalisation de projets impulsés par les collectivités locales.

Ce dernier ayant pour objectif de « *contribuer au développement des territoires ruraux et d'un secteur agricole plus équilibré, plus respectueux du climat, plus résilient face au changement climatique, plus compétitif et plus innovant.* »¹⁷⁰

Il a par exemple permis le subventionnement de l'aménagement de la maison de santé pluriprofessionnelle, projet porté par la Communauté de communes Fleurs du Nivernais sur le fondement de l'objectif thématique d'inclusion sociale.

En effet, Philippe Nolot président de l'établissement public de coopération intercommunale avait rappelé dans un discours les problématiques concernant le fait que « *la population du territoire était âgée* » ainsi que « *l'absence de médecins dans le secteur et l'éloignement de certaines communes d'autres bourgs.* »¹⁷¹

Le cout était estimé à hauteur de 982 432 euros, le FEADER a permis le financement du projet à

¹⁶⁸ **Union européenne.** Projets. « *La santé au cœur des territoires.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/la-sante-au-coeur-des-territoires>

¹⁶⁹ Article L5711-1 CGCT

¹⁷⁰ **Union Européenne.** « Fonds européen agricole pour le développement rural ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/fonds-europeens/fonds-europeen-agricole-pour-le-developpement-rural-FEADER>

¹⁷¹ **TRUCHOT Jean Luc.** Journal du Centre : « *Tannay-Brinon-Corbigny Nouvelle maison de santé : première étape du projet de la communauté de commune* », publié le 12 juillet 2017. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.lejdc.fr/tannay-58190/actualites/nouvelle-maison-de-sante-premiere-etape-du-projet-de-la-communaute-de-communes_12482273/

hauteur de 336 205 euros permettant à la maison de santé pluriprofessionnelle de voir le jour dans la commune de Tannay, rassemblant ainsi plusieurs professions telles que médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers dans un objectif de « *garantir un meilleur parcours de soins aux habitants de cette zone rurale.* »¹⁷²

À côté du FEDER et du FEADER, l'Union Européenne a institué au travers du règlement¹⁷³ du Parlement Européen et du Conseil du 24 juin 2021 le Fonds social européen plus (FSE+), ce dernier résultant de la fusion du Fonds social européen (FSE), l'Initiative pour l'emploi des jeunes (IEJ), le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) et le Programme de l'UE pour l'emploi et l'innovation sociale (EaSI)

Dans un article rédigé par Solenn Paulic sur le fonds social européen +, un outil au champ d'action élargi¹⁷⁴, il est ainsi rappelé que pourra être bénéficiaire « *tout organisme public ou privé, qu'il s'agisse d'associations, de PME, de collectivités territoriales...* »

Au nombre des objectifs de ce « nouveau fonds », le règlement du Parlement¹⁷⁵ européen et du conseil précise « *Le FSE+ devrait [...] promouvoir l'inclusion sociale en assurant l'égalité des chances pour tous, en réduisant les obstacles, en luttant contre la discrimination et en s'attaquant aux inégalités en matière de santé.* ».

L'article 21 dudit règlement précise en outre que « *compte tenu de l'importance de l'accès aux soins de santé, le FSE+ devrait [...] inclure l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation de vulnérabilité.* »

Ce nouveau fonds semble donc s'annoncer prometteur, soulevant de nouveaux leviers d'action pour les collectivités territoriales dans le domaine sanitaire.

Le champ d'action des différents fonds européens est loin d'être limité, sans vouloir en citer une liste exhaustive, ils interviennent également dans le domaine environnemental ayant un impact sur la santé des habitants comme le soutien au développement de la pratique du vélo à Clermont-Ferrand porté par la Métropole Clermont Auvergne¹⁷⁶, ou encore sur le volet de la formation au

¹⁷² **Union Européenne.** « *La santé pour tous.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/la-sante-pour-tous>

¹⁷³ **Règlement (UE) 2021/1057 du Parlement européen** et du Conseil du 24 juin 2021 instituant le Fonds social européen plus (FSE+) et abrogeant le règlement (UE) no 1296/2013

¹⁷⁴ **PAULIC, Solenn.** La gazette des communes. « Le Fonds social européen +, un outil au champ d'action élargi ». Publié le 29 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/771879/le-fonds-social-europeen-un-outil-au-champ-daction-elargi>

¹⁷⁵ Ib. Idem. Page 75. Note 164.

¹⁷⁶ **Union Européenne.** « *Soutien au développement de la pratique du vélo à Clermont-Ferrand.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/soutien-au-developpement-de-la-pratique-du-velo-clermont-ferrand>

travers du projet porté par la Région Occitanie concernant la construction d'un nouvel institut de formation aux métiers de la santé d'Albi sur le site de l'Université Champollion¹⁷⁷.

L'Union Européenne, au travers des différents fonds qu'elle met à disposition des porteurs de projets, s'impose donc comme un véritable partenaire des collectivités territoriales, venant légitimer leur action dans le domaine de la santé au sens large et permettre le développement de projets, qui on l'imagine, n'auraient certainement pas tous pu voir le jour sans participation financière européenne.

Au-delà de l'Union Européenne, les collectivités ont su s'organiser sous forme de réseaux associatifs, constituants ainsi de véritables viviers d'informations.

Paragraphe B – La forme associative : création de véritables réseaux de collectivités

L'association peut être définie comme un moyen de mise en œuvre de l'intelligence collective, sur ce point, l'article 1^{er} de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association¹⁷⁸ la définit comme « *la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations.* »

Les associations jouent un rôle crucial dans la légitimation de l'action des collectivités en matière de santé.

Au titre des associations, le réseau français des villes-santé ou « RFVS » est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901¹⁷⁹.

Le RFVS est né à la suite des années 1980, après le lancement du Programme Ville-Santé avec une dizaine de villes, impulsé par l'Organisation Mondiale de la Santé, laquelle a souhaité que se développe parallèlement, des réseaux nationaux de Villes-Santé.

Les statuts de l'association rappellent que cette dernière est uniquement composée de collectivités, notamment les villes et établissements publics de coopération intercommunale, lesquels sont représentés par un élu désigné par l'exécutif de la collectivité qui doit néanmoins adhérer au réseau

¹⁷⁷ **Union Européenne.** « Construction du nouvel institut de formation aux métiers de la santé d'Albi sur le site de l'Université Champollion. » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/construction-du-nouvel-institut-de-formation-aux-metiers-de-la-sante-dalbi-sur-le-site-de>

¹⁷⁸ **Loi du 1^{er} juillet 1901** relative au contrat d'association

¹⁷⁹ **Décret du 16 août 1901** pris pour l'exécution de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

français des villes santé conformément aux critères et orientations définies par l'Organisation Mondiale de Santé.

Il convient de souligner que les Départements et Régions sont exclus d'une possible participation à ce réseau associatif.

L'association définit ses missions comme étant de « *soutenir et de développer le réseau français des villes santé [et] de permettre une coopération entre ses adhérents et notamment des échanges d'expériences, de données, des rencontres ainsi que des actions communes.* »¹⁸⁰

Le réseau permet ainsi une collaboration étroite entre les différentes collectivités territoriales, au travers de plusieurs missions.

À titre d'exemple, ce dernier met à disposition des élus locaux différents ouvrages tels que celui sur *L'offre et accès aux soins primaires, quels rôles des villes et intercommunalités*¹⁸¹, leur permettant d'aborder divers points pratiques tels que l'établissement d'un contexte local facilitant, l'action sur l'offre de soin, ou encore la manière d'allier soins primaires et prévention.

L'association œuvre également sur la veille juridique en transmettant aux élus 7 newsletters annuelles, ou encore au travers des « *échanges Ville à Ville* » lesquels permettent aux collectivités d'échanger entre elles sur les pratiques mises en œuvre, notamment lorsque l'une d'entre elles a déjà réalisé un projet qui intéresserait une autre collectivité : les échanges Ville à Ville reposent donc sur le principe du benchmarking.

Le RFVS permet également aux élus de solliciter les autorités nationales, comme ce fut le cas le 15 janvier 2021, date à laquelle les Villes-santé ont envoyé un communiqué alertant les autorités nationales concernant la mise en œuvre de la stratégie de vaccination du COVID19¹⁸², sensibilisant l'État sur le manque de disponibilité de doses de vaccin.

Le réseau a également œuvré à la rédaction d'une déclaration¹⁸³ à l'attention des candidats aux élections présidentielles et législatives, corédigée entre membres du bureau et du conseil

¹⁸⁰ **Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS.** Statuts et règlement intérieur de l'association. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.villes-sante.com/le-rfvs/mission-statuts/>

¹⁸¹ **NADESAN Yannick et SICHEL Olivier.** « *Offre et accès aux soins primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?* » ISBN : 978-2-9567012-2-4. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2021-RfVS-Ouvrage_Soins_Primaires-VF_web.pdf

¹⁸² **Réseau Français des Villes Santé.** Communiqué du 15 janvier 2019 Alerte sur la stratégie de vaccination du COVID 19. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iWeI>

¹⁸³ **Réseau Français des Villes Santé.** « *Déclaration politique du Réseau. Interpellation des candidats aux élections présidentielles et législatives 2022.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2021-11-09_Projet-Declaration-politique-ColloqueRfVS-VF.pdf

d'administration, afin d'émettre diverses propositions pour une meilleure prise en compte de la santé dans les actions locales. Figuraient alors les propositions liées à la nécessité de « *reconnaitre à un niveau institutionnel les Villes et intercommunalités qui agissent en chevilles ouvrières de proximité d'un système de santé global* » ou encore la nécessité d' « *agir urgemment du local au global pour répondre aux enjeux environnementaux, limiter l'impact du changement climatique et s'y adapter.* »

Au nom de ces associations, on retrouve également la Société Française de Santé Publique (SFSP), créée en 1877 sous l'appellation de « *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* ».

Dans une tribune « *Santé publique, SFSP et collectivités territoriales* » de l'ADSP¹⁸⁴ de mars 2013, il est précisé que l'association « *a toujours compté parmi ses membres des collectivités territoriales, des professionnels ou des élus de collectivités territoriales, adhérents à titre individuel ou par le biais de leurs associations, ainsi que dans son conseil d'administration.* », dénombant en 2013, 8 membres issus des collectivités territoriales sur les 55 personnes morales adhérentes à cette époque.

L'association revêt cette fois-ci un intérêt quasi politique, puisqu'elle se donne pour objectifs de « *formuler des propositions à l'intention des décideurs et via les médias, d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux des politiques de santé, les forces et les faiblesses de leur mise en œuvre.* » C'est donc un réseau de différents techniciens tels que des élus de terrain, ou encore des professionnels de santé, s'associant dans un but précis, faire entendre la voix de ses différents adhérents.

Au titre d'association permettant l'accompagnement des collectivités dans leurs démarches, la Fabrique des centres de santé joue également un rôle non négligeable.

La Fabrique des Centres de Santé et une association créée en 2017 par la FNCS (Fédération nationale des centres de santé), cette dernière définit sa mission comme celle « *d'accompagner les porteurs de projet tout au long de l'élaboration de leur projet de santé, en tenant compte de leurs compétences et dans la perspective de répondre aux besoins du territoire.* »¹⁸⁵

Cette dernière est composée de différents gestionnaires de centres de santé, lesquels peuvent aussi bien être gérés par des organismes à but non lucratif associatifs, que par des collectivités locales.

¹⁸⁴ ADSP. Actualité et dossier en santé publique n°83. « *Prevention et santé publique* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=133>

¹⁸⁵ La fabrique des centres de santé. « *Vous accompagner* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lafabriquedescentresdesante.org/vous-accompagner>

L'objet est ici précis contrairement au RFVS, il est circonscrit à la création de centres de santé, pour autant, ses missions vont plus loin, quand l'intérêt du RFVS réside dans le partage d'informations, ici l'intérêt de la FCS repose sur un accompagnement personnalisé du porteur de projet du début jusqu'à la fin.

L'association permet ainsi un accompagnement des collectivités souhaitant mettre en œuvre un tel centre sur leur territoire en les conseillant aussi bien dans les étapes de réalisation du projet jusqu'à l'ouverture, que dans l'accompagnement relatif à la rédaction des différents règlements de fonctionnement, de demandes de subventions...

Ces réseaux associatifs permettent donc de relégitimer l'action des collectivités en matière de santé publique, et s'imposent comme une échappatoire à la porte fermée au niveau du pouvoir central à laquelle ces dernières font face.

Ils constituent l'un des viviers de ressources permettant alors aux collectivités d'innover au profit de la santé.

Paragraphe II – L'innovation locale au profit de la santé : outils de démocratisation de l'accès aux soins

Nombreuses sont les innovations que les élus locaux ont mises en place en la matière, à titre d'exemple, en s'appuyant sur le numérique pour démocratiser l'accès aux soins (Paragraphe A) ou encore au travers du développement de mutuelles communales afin de permettre à tous un remboursement des soins, et donc in extenso un accès plus égalitaire à la santé (Paragraphe B).

Paragraphe A – Le numérique : la digitalisation de l'accès à la santé comme vecteur de démocratisation

Dans un rapport intitulé « *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard* »,¹⁸⁶ le député Bruno Rojouan dénonçait une situation alarmante selon laquelle « *Plus de 30 pour cent des Français résident dans un « désert médical », 11 pour cent de nos concitoyens de plus de 17 ans sont sans médecin traitant, 45 pour cent des médecins généralistes sont en situation de burnout, [l'existence] de délais d'attente de près de 200 jours avant un rendez-vous chez un ophtalmologiste dans certains territoires : les inégalités territoriales*

¹⁸⁶ Ib idem. Page 40. Note 83.

en matière d'accès aux soins et le sentiment d'abandon ressenti par certains de nos concitoyens sont profonds. »

Les collectivités possèdent, tel qu'il l'a été abordé précédemment la possibilité de recruter et salarier un médecin notamment en créant à leur propre initiative un centre de santé.

Pour autant, la pénurie de praticiens médicaux, trouvant son origine dans un abaissement constant du numérus clausus et une ouverture de ce dernier trop tardive, ainsi qu'une inflation des départs à la retraite laisse certaines collectivités sans solutions.

Dans un article de Géraldine Langlois¹⁸⁷ à l'occasion de la rédaction duquel, cette dernière a interrogé Camille Batilliot, Directrice générale des Services de la commune d'Attaques l'agent témoigne que l'utilisation des mesures incitatives pour attirer les professionnels de santé sur son territoire, proposant ainsi « *un local municipal gratuit et une aide à l'installation de 30.000€ par la communauté d'agglomération* » s'est avérée être un échec.

Pour lutter contre ces désertifications de plus en plus croissantes, les élus locaux et intercommunaux s'appuient alors sur la numérisation des soins.

Ainsi, dans la commune des Attaques, la collectivité a construit un bâtiment modulaire comprenant notamment une pièce dédiée pour une borne de télémedecine, équipée de sept instruments connectés tels que tensiomètre, dermatoscope, oxymètre ou encore otoscope. Équipée d'un écran, la borne permet au médecin d'exercer les consultations à distance, les patients maniant ainsi eux-mêmes les outils.

Cette digitalisation des soins, permet d'accroître le nombre de consultations possibles et d'en réduire l'attente, ainsi selon la Directrice Générale des Services, depuis l'ouverture du dispositif en trois mois seulement, plus de deux-cents patients auraient été examinés, avec au sein de cette patientèle, 80% des habitants de la commune sur le territoire de laquelle a été inauguré le dispositif.

Pour autant, dans leur rapport d'information¹⁸⁸, les sénateurs Philippe Mouiller et Patricia Schillinger mettent en garde les députés et élus locaux. En effet, la numérisation des consultations nécessite d'abord une connexion Internet haut débit, notamment dans les zones sous-denses,

¹⁸⁷ LANGLOIS Géraldine, « *Ces collectivités qui misent sur la télémedecine* ». Publié le 04 novembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/772700/ces-collectivites-qui-misent-sur-la-telemdecine/>

¹⁸⁸ Ib. Idem. Page 05. Note 13.

ensuite la télémédecine ne doit constituer que « *le dernier recours, lorsqu'aucune solution alternative ne paraît envisageable.* »¹⁸⁹

Par ailleurs, au titre des enjeux et des questions que soulève la télémédecine, le sujet de la protection des données joue une place croissante. À l'image de la fuite de données de santé de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ayant conduit à une brèche dans la confidentialité des informations relatives à 1,4 million de personnes testées contre la COVID-19 comme le rappelle la CNIL¹⁹⁰.

Autre point noir, le coût pour la collectivité de mettre en œuvre de tels dispositifs. Dans l'article précité de Géraldine Langlois, la mise en œuvre du dispositif dans la commune d'Attaches a représenté un coup de 100 000 euros.

Quand bien même le projet a pu être subventionné par la Communauté d'Agglomération et le Département, ces subventions représentaient 40% du coût, laissant ainsi reposer sur la collectivité un coup final de 60 000 euros, une somme non négligeable lorsqu'on sait que, même si ce n'est pas une généralité, la plupart des zones souffrant d'un manque de professionnel de santé, sont situées sur un territoire rural. En effet, l'étude menée par la DRESS en 2021¹⁹¹ rappelait que les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux.

À côté du secteur numérique, les collectivités ont su jouer le rôle d'intermédiaire pour favoriser l'accès de tous à une complémentaire santé abordable. Certes critiquée, la mutuelle communale témoigne d'une conscience des élus concernant les inégalités d'accès aux soins sur leur territoire, et d'une volonté d'agir à leur échelle.

¹⁸⁹ Op. cit. note 181.

¹⁹⁰ CNIL, « *Fuite de données de santé de l'AP-HP : que pouvez-vous faire si vous êtes concernés ?* ». Publié le 21 septembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnil.fr/fr/fuite-de-donnees-de-sante-ap-hp-que-pouvez-vous-faire-si-vous-etes-concerne>

¹⁹¹ LEGENDRE Blandine DREES, Études & Résultats. « *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux.* » [Numéro 1206. En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>

Paragraphe B – Mutuelles communales : lorsque les collectivités démocratisent le remboursement de soins

Selon une étude de l'INSEE¹⁹² établie en 2019, 14,6% de la population française vivrait sous le seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté alors fixé par convention représente 60% du niveau de vie médian de la population, soit un revenu de 1102 euros mensuels.

Parallèlement, une étude de la DREES¹⁹³ établissait en 2019 que 5% de la population française n'était pas couverte par une complémentaire santé, représentant ainsi 3.369.500 administrés.

En s'appuyant sur une enquête santé européenne¹⁹⁴, cette dernière précisait entre autres que, malgré l'existence de la CMU-C, devenue désormais la complémentaire santé solidaire (CSS), « plus de 12% des personnes parmi les 20% les plus modestes (premier quintile de revenu) ne bénéficient d'aucune couverture. »

Il existe donc un lien de corrélation entre pauvreté et contractualisation avec un organisme de complémentaire santé, entraînant in extenso un renoncement aux soins comme le rappelle l'IRDES¹⁹⁵.

Pour autant, ce constat de renoncement aux soins médicaux est loin de ne toucher que la partie de la population ne disposant pas d'une complémentaire santé, selon un article de Anne Bayle-Iniguez¹⁹⁶. En effet, d'après l'article précité, les chiffres seraient autrement plus alarmants : 30% des Français auraient déjà renoncé aux soins, quand bien même une partie d'entre eux seraient couverts par une complémentaire santé, du fait du montant du reste à charge jugé trop élevé, de l'impossibilité d'avancer les honoraires ou encore d'une couverture mutuelle insuffisante.

Ainsi, face à ce constat, les communes, depuis plusieurs années désormais, ont investi un nouveau pan de la santé en proposant à leurs administrés de bénéficier d'une mutuelle communale. Elles

¹⁹² INSEE, L'essentiel sur la pauvreté. Paru le 10 novembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045#:~:text=En%202019%2C%209%2C%20millions,ainsi%20de%2014%2C6%20%25>.

¹⁹³ DREES, Panoramas de la DREES Santé. « La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. » Edition 2019. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cs2019.pdf>

¹⁹⁴ CELANT Nicolas, GUILLAUME Stéphanie, ROCHEREAU Thierry. L'enquête santé européen – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>

¹⁹⁵ IRDES, Questions d'économie de la santé. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. » n°170 – Novembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

¹⁹⁶ BAYLE-INIGUEZ Anne, « Un français sur trois renonce à des soins pour des raisons financières ». Publié le 09 octobre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/un-francais-sur-trois-renonce-des-soins-pour-des-raisons-financieres>

étaient en 2018, d'après la Mutualité Française¹⁹⁷, pas moins de 2800 à s'être engagées dans la mise en place d'une telle mutuelle.

La mutuelle communale est ainsi définie comme « *un dispositif consistant à regrouper les habitants d'une même commune afin de leur faire bénéficier d'une complémentaire santé de qualité à des prix compétitifs. Il s'agit d'un dispositif de solidarité non obligatoire et une aide pour avoir une mutuelle.* »¹⁹⁸

Le système fonctionne le plus souvent sur la conclusion d'une convention de partenariat entre la commune ou son Centre Communal d'Action Sociale, avec l'association de loi de 1905 ACTIOM à laquelle 1700 communes adhèreraient.

À l'image de l'appel à partenariat de la commune de Courseulles Sur-Mer¹⁹⁹, la commune joue alors un rôle de médiateur ou d'acteur intermédiaire. En effet, elle n'est ni assureur, ni souscripteur ou financeur dudit contrat. Elle joue en réalité le rôle d'intermédiaire entre les usagers cocontractants et le candidat retenu. La commune de Courseulles Sur-Mer a choisi de ne pas passer par une association mais le mécanisme est identique dans les deux cas, lors du passage par une convention de partenariat avec une association, cette dernière s'occupe de préalablement négocier les tarifs avec les éventuels candidats, pour les usagers de la commune adhérente à ladite association.

Préalablement à la mise en œuvre d'un tel contrat, la commune réalise une enquête, à l'image de celle réalisée par la ville de Fontenay-sous-Bois telle qu'exposée par son maire dans un article²⁰⁰. Le but est alors d'identifier les besoins de la population ainsi que de recenser les différents profils de personnes intéressées ; cette enquête prenant le plus souvent la forme d'un questionnaire directement adressé aux administrés.

La mise en place de telle mutuelle est assez récente puisque son origine remontrait à 2013 dans une commune du Vaucluse, où la mairesse, Véronique Debue avait initié le projet de manière novatrice. L'intérêt d'un tel mécanisme, est donc de permettre à une partie de la population de se

¹⁹⁷ Mutualité Française. Décryptage : « *Les mutuelles communales* ». Juillet 2019. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iYAB>

¹⁹⁸ **PIERRY Dorothée**, « *Mutuelle municipale : comment ça marche ? Qui peut adhérer à la mutuelle du village ? Quels sont les avantages.* » Publié le 22 janvier 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-sociale.fr/mutuelles-communales/>

¹⁹⁹ **Appel à partenariat** pour la mise en place d'une mutuelle communale à Courseulles-Sur-Mer. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.courseulles-sur-mer.com/wp-content/uploads/2020/09/Appel-%C3%A0-partenariat-Mise-en-place-dune-mutuelle-communale-%C3%A0-Courseulles-sur-Mer.pdf>

²⁰⁰ **DELUMEAU Marie, Les échos**. « *Fontenay-sous-Bois veut lancer sa mutuelle communale* ». Publié le 24 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lesechos.fr/pme-regions/ile-de-france/fontenay-sous-bois-veut-lancer-sa-mutuelle-communale-1381054>

doter d'une complémentaire santé, visant le plus souvent les personnes ne rentrant pas dans le cadre de la complémentaire santé solidaire.

Pourtant, ce mécanisme serait, d'après certains, une mauvaise réponse à un problème, en ce sens que ces mutuelles bénéficieraient en réalité davantage aux personnes âgées à forte consommation médicale, ne permettant ainsi pas de faire jouer la solidarité générationnelle, et contraignant les assureurs à revoir leurs tarifs à la hausse comme le rappelle Alain Gianazza²⁰¹, président général de la MNT.

Pour autant, il faut l'admettre, cette participation des collectivités, témoigne de leur volonté d'atténuer, si ce n'est, de mettre fin aux inégalités de santé, auxquelles l'État n'a su à ce jour, mettre un terme.

En ce sens, les collectivités n'ont pas non plus carte blanche, les actions qu'elles mettent en œuvre ne peuvent aller à contre-courant de la politique nationale de l'État. Il ne doit pas y avoir de concurrence entre politiques publiques nationales et locales.

Pourtant, il arrive que l'imprécision du cadre en la matière puisse faire naître des points de friction, que ce soit entre collectivités elles-mêmes ou entre ces dernières et l'État.

SECTION II – Concurrence entre collectivités et acteur Étatique : faire face à de nouveaux défis

Au titre de ces défis, le pouvoir de police du maire concurrencé par l'inflation de polices spéciales, s'avère en réalité être un pouvoir fragmenté (Paragraphe I), la complexité des élus à avoir connaissance des différentes polices spéciales faisant alors naître de nombreux contentieux en la matière.

D'autre part, le levier financier, ce dernier, bien qu'il soit une source de projets, s'impose également comme un vecteur d'inégalités territoriales. (Paragraphe II)

²⁰¹ **GINIBRIERE Gaelle**. La gazette des communes. « *Mutuelle communales : une fausse panacée ?* ». Publié le 26 septembre 2017. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/525651/mutuelles-communales-une-fausse-panacee/>

Paragraphe I – Le pouvoir de police du maire, un pouvoir réglementaire fragmenté

Partant d'une compétence du maire à priori étendue (Paragraphe A), le pouvoir de police générale que ce dernier détient est en réalité résiduel tant les polices spéciales se multiplient en la matière (Paragraphe B).

Paragraphe A – Une compétence du maire a priori étendue

En vertu de l'article L2212-1 du code général des collectivités territoriales, « *le maire est chargé, sous le contrôle administratif du représentant de l'État dans le département, de la police municipale, de la police rurale et de l'exécution des actes de l'État qui y sont relatifs.* »

Les pouvoirs de police administrative résident dans la faculté donnée à l'autorité administrative d'édicter des mesures réglementaires ou individuelles afin de prévenir tout trouble possible à l'ordre public.

En ce sens, le maire est loin d'être la seule autorité administrative décentralisée à disposer de telles prérogatives.

En effet, le président du conseil départemental en sa qualité de gestionnaire du domaine départemental dispose de pouvoirs de police afférents à cette gestion, il s'agit du pouvoir de police en matière de circulation tel que le dispose l'article L3221-4 du CGCT.

Pour autant ces pouvoirs de police du président du conseil départemental sont circonscrits au domaine de la circulation, faisant du maire la seule autorité décentralisée à posséder un pouvoir de police élargi.

Ces pouvoirs de police du maire se divisent en deux catégories, entre d'une part le pouvoir de police générale, et d'autre part le pouvoir de polices spéciales.

Concernant les pouvoirs de police administrative générale, ils sont fondés sur la fameuse trilogie de composantes de l'ordre public que sont la tranquillité publique, la sécurité publique ainsi que la salubrité publique.

Leur composition est listée de manière exhaustive à l'article L2212-2 du CGCT, il est intéressant de relever qu'ils sont tous plus ou moins liés à la santé.

En ce sens, il convient de rappeler que l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »²⁰²

Figure donc au sein de cette police municipale « l'interdiction de ne rien exposer aux fenêtres ou autres parties des édifices qui puisse nuire par sa chute ou celle de ne rien jeter qui puisse endommager les passants... », ²⁰³ il s'agit bien ici de protéger l'intégrité corporelle et physique des administrés.

Le maire dispose également du soin de réprimer « les bruits, les troubles de voisinage, les rassemblements nocturnes qui troublent le repos des habitants », il s'agit à nouveau de santé au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Sans se lancer dans une liste exhaustive tendant à démontrer que les pouvoirs de police du maire ont à priori majoritairement attrait à la santé, il convient de relever un alinéa intrinsèquement lié à ce domaine, qu'est l'alinéa 5 de l'article L2212-2 du CGCT, au sens duquel le maire en sa qualité d'autorité investie du pouvoir de police municipale doit « prévenir par des précautions convenables, et faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pouvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure. »

C'est sur ce fondement que les maires ont pu, durant la crise du Covid-19 prendre des arrêtés municipaux afin d'interdire la pratique d'activités physiques sur l'espace public (TA Lyon, 24 avril 2020, LDH c/ Commune de Saint-Étienne) ou encore dans l'objectif d'interdire les déplacements durant la période nocturne (TA Nice, 22 avril 2020, LDH c/ Commune de Nice²⁰⁴)

L'application de tels pouvoirs est cependant conditionnée au respect des jurisprudences du Conseil d'État Benjamin²⁰⁵ et Association pour la promotion de l'image & autres²⁰⁶, selon lesquelles, les

²⁰² **Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé**, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

²⁰³ **Article L2212-2 alinéa 1 du code général des collectivités territoriales.**

²⁰⁴ **TA Nice**, 22 avril 2020, LDH c/ Commune de Nice. Ordonnance en référé. N°2001782. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.dalloz-actualite.fr/sites/dalloz-actualite.fr/files/resources/2020/04/2001782.pdf>

²⁰⁵ **Conseil d'État**, du 19 mai 1933, 17413 17520, publié au recueil Lebon

²⁰⁶ **Conseil d'État**, Assemblée, 26 décembre 2011, Association pour la promotion de l'image & autres

mesures de police se doivent d'être adaptées, nécessaires et proportionnées, ces trois conditions cumulatives étant contrôlées par le juge administratif.

Tel qu'il l'a été exposé précédemment, le maire est également doté de pouvoirs de polices spéciales, ces derniers visent des matières spécifiques, et parfois même certaines catégories d'administrés.

En ce domaine de police spéciale, également le maire peut agir sur la santé c'est le cas à titre d'illustration concernant la police des baignades et activités nautiques, en vertu de laquelle au sens de l'article L2213-23 du CGCT « *Le maire réglemente l'utilisation des aménagements réalisés pour la pratique de ces activités. Il **pourvoit d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours.*** »

En lien avec la partie relative aux compétences, (Cf. *Paragraphe A – Communes, intercommunalités et régions : des compétences résiduelles en matière d'obligations légales*), les pouvoirs de police générale semblent donc élargir de manière non négligeable les capacités d'action de l' élu communal, marquant une véritable hétérogénéité dans les prérogatives confiées aux différentes collectivités.

Pour autant, cet aspect reste à relativiser, les pouvoirs de police du maire étant bien souvent concurrencés par les polices spéciales au point de devenir inopérants.

Paragraphe B – Une compétence en pratique concurrencée par les polices spéciales réduisant l'action communale

Ce principe selon lequel la police spéciale exclut, tout recours à la compétence de police générale de l' élu local, tire ses origines d'une décision du Conseil d'État « *Établissements SATAN* » du 30 juillet 1935²⁰⁷.

Bien que des exceptions aient été dégagées par la jurisprudence comme l'existence de circonstances locales particulières au regard d'une mesure de police nationale²⁰⁸ ou encore celle de l'urgence résultant d'un péril imminent²⁰⁹, le principe codifié à l'article L1411-1 du code de santé publique selon lequel « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'État* » rend en application, très rare le recours aux exceptions précitées.

²⁰⁷ Conseil d'État, 30 juillet 1935, établissements SATAN, Rec ; 847

²⁰⁸ Conseil d'État, Sect. 18 décembre 1959, « Société Les Films Lutétia », Rec. P 693

²⁰⁹ Conseil d'État, 15 janvier 1986, Société Pec-Engineering

Dans une table ronde relative aux « *Initiatives des territoires en matière de santé*²¹⁰ », le professeur Olivier Renaudie rappelait que « *La crise [du covid-19] a révélé la manière dont a été envisagée l'articulation délicate entre l'exercice par le maire de son pouvoir de police administrative générale, à priori très vaste, et l'existence de très nombreuses polices administratives spéciales venant limiter son exercice. Un auteur en a dénombré plus de 300, créées par le législateur dans des domaines particuliers dans lesquels il a estimé qu'il était nécessaire de ne pas s'en remettre à la généralité des pouvoirs de police, mais de spécifier des pouvoirs particuliers.* »

Les exemples sont nombreux en la matière tellement le champ d'application des différentes polices spéciales est large.

Il en va ainsi concernant la police spéciale de la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés.

À cet effet, le maire de la commune de Valence avait pris un arrêté municipal le 28 août 2008 interdisant pour une durée de trois ans la culture de plantes génétiquement modifiées en plein champ dans certaines zones du plan d'occupation des sols de la commune en se fondant sur le principe de précaution, introduit par la loi Barnier du 2 février 1995²¹¹ selon lequel « *l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable.* »²¹² Pour autant, le Conseil d'État a considéré le 24 septembre 2012²¹³ que « *Considérant [...] que le législateur a organisé une police spéciale de la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés, confiée à l'État [...] et que s'il appartient au maire [...] de prendre les mesures de police générale nécessaire au bon ordre, à la sûreté, à la sécurité et à la salubrité publique, il ne saurait en aucun cas s'immiscer dans l'exercice de cette police spéciale par l'édition d'une réglementation locale.* »

Il en va de même concernant un litige opposant plusieurs sociétés de téléphonie à la Commune de Saint-Denis, dont le maire avait pris à nouveau sur le fondement du principe de précaution, un arrêté en date du 14 septembre 2006 interdisant l'installation d'antennes de téléphonie mobile dans

²¹⁰ **Comptes rendus** de la délégation aux collectivités territoriales du jeudi 11 mars 2021. Table ronde relative aux « initiatives des territoires en matière de santé ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20210308/dct_bulletin_2021-03-11.html#toc2

²¹¹ **Loi n° 95-101 du 2 février 1995** relative au renforcement de la protection de l'environnement

²¹² Article L110-1 du code de l'environnement.

²¹³ **Conseil d'État**, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 342990, Publié au recueil Lebon

un rayon de 100 mètres autour des crèches, des établissements scolaires ou recevant un public mineur et des résidences de personnes âgées.

Le juge rappelle ainsi au sein de son troisième considérant que *« le législateur a organisé une police spéciale des communications électroniques confiée à l'État [...] que dans ces conditions, si le législateur a prévu par ailleurs que le maire serait informé à sa demande de l'État des installations radioélectriques exploitées sur le territoire de la commune et si [...] le code général des collectivités territoriales habilite le maire à prendre les mesures de police générale nécessaires au bon ordre, à la sûreté, à la sécurité et à la salubrité publique, celui-ci ne saurait, sans porter atteinte au pouvoir de police spéciale conférés aux autorités de l'État, adopter sur le territoire de la commune une réglementation portant sur l'implantation des antennes relais de téléphonie mobile. »*²¹⁴

Loin d'être exhaustifs, ces exemples permettent de rendre compte de la primauté de la police spéciale sur la police générale de l'élu municipal, notamment en matière de santé publique.

Autre point de friction entre collectivités, les finances, bien qu'étant une source de projets, elles s'avèrent également être un vecteur d'inégalité entre collectivités aux moyens développés, et collectivités aux moyens modérés.

Paragraphe II – Les finances, source de projets ou d'inégalités territoriales

Au nombre des projets, les collectivités ont su agir sur les régimes d'aides afin de contrer les difficultés dont souffrait le secteur de l'entrepreneuriat sous l'effet de la crise du COVID, faisant alors naître un conflit de compétence (Paragraphe A).

D'un autre côté, le levier des incitations financières dont disposent les collectivités pour contrer la carence étatique en matière de déserts médicaux, s'avère être un vecteur d'inégalités, poussant les collectivités à la concurrence. (Paragraphe B)

²¹⁴ Conseil d'État, Assemblée, 26/10/2011, 326492, Publié au recueil Lebon

Paragraphe A – Vers des conflits de compétences entre collectivités : l'exemple des régimes d'aides

La crise du COVID-19 a eu pour conséquence de mettre en difficulté le secteur de l'entrepreneuriat, pourtant, dans une étude du Trésor Public concernant les défaillances d'entreprises durant la crise du Covid, la Direction générale du Trésor relevait un nombre de défaillances d'entreprises (redressements et liquidations judiciaires) à « *un plus bas historique en 2020 avec 31 000 défaillances, contre 50 000 en 2019. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 : au total, entre mars 2020 et octobre 2021, 40 000 faillites ont été évitées, soit une baisse de 45% par rapport à la même période avant crise.* »²¹⁵

Cette baisse du nombre de défaillances d'entreprises est entièrement due aux soutiens publics qui ont été apportés à ces dernières durant la crise, et notamment par les collectivités territoriales.

Le lien peut être fait avec la santé, en ce sens que « *en cas de redressement ou de liquidation judiciaire, l'employeur, l'administrateur ou le liquidateur, selon le cas, informe l'autorité administrative avant de procéder à des licenciements pour motif économique.* »²¹⁶

La plupart du temps, le personnel de l'entreprise défaillante finit donc licencié, quand bien même des garanties sont attachées à un tel type de licenciement, il n'est pas sans conséquences sur la santé de l'employeur comme celle des salariés.

Dans une étude de cas réalisée par trois chercheurs du Centre de recherche sur le travail et le développement²¹⁷, ces derniers rappelaient que « *Les ruptures professionnelles sont nombreuses dans le monde du travail d'aujourd'hui et peuvent induire mal être psychologique, sentiment de précarité et perte de confiance en soi.* »

Certains cabinets de conseils préconisent même, comme le cabinet Présence Conseil²¹⁸ la mise en place d'une cellule d'accompagnement pour licenciement économique afin d'offrir un soutien psychologique.

²¹⁵ **MAADINI Matéo, HADJIBEYLI Benjamin.** Direction générale du Trésor. Infos. « *Les défaillances d'entreprises durant la crise du Covid.* » Publié le 18 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2022/01/18/les-defaillances-d-entreprises-durant-la-crise-covid#:~:text=Cette%20tendance%20s%27est%20poursuivie,la%20m%C3%AAme%20p%C3%A9riode%20avant%20crise.>

²¹⁶ Article L1233-58 du code du travail.

²¹⁷ **ROBINET Marie-Line, COHEN-SCALI Valérine, POUYAUD Jacques.** « *La résilience dans les situations de licenciement économique : une étude de cas mobilisant les dialogues de Conseil en Life Design* ». Soumis le 20 juillet 2022. Laboratoire en psychologie, Université de Bordeaux. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-03260965>

²¹⁸ **Présence conseil.** « *Mise en place d'une cellule d'écoute pour licenciement économique et PSE : tout ce qu'il faut savoir* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.presence-conseil.fr/info/mise-en-place-cellule-decoute-pour-licenciement-economique-et-pse/>

En intervenant au travers du versement d'aides directes aux entreprises pour éviter leur défaillance et in extenso un licenciement du personnel, les collectivités participent donc bien de manière indirecte à la préservation de la santé des salariés au sens de la définition de l'OMS, qui rappelons le, considère 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.* »²¹⁹

Sur ce point, l'article L1511-2 du CGCT rappelle que « *Sous réserve des articles L.1511-3, L.1511-7 et L.1511-8, du titre V du livre II de la deuxième partie et du titre III du livre II de la troisième partie, le conseil régional est seul compétent pour définir les régimes d'aides et pour décider de l'octroi des aides aux entreprises dans la région. Dans le cadre d'une convention passée avec la région, la métropole de Lyon, les communes et leurs groupements peuvent participer au financement des aides et des régimes d'aides mis en place par la région.* »

Par aides, il s'agit exhaustivement de « *prestations de service, de subventions, de bonifications d'intérêts, de prêts et d'avances remboursables, à taux nul ou à des conditions plus favorables que les conditions du marché.* »²²⁰

Par ailleurs, au sens de l'article susvisé « *lorsque la protection des intérêts économiques et sociaux de la population l'exige, le conseil régional peut accorder des aides à des entreprises en difficulté.* »

Sur ce point, certains conflits de compétences sont nés entre collectivités territoriales.

En effet, la Région Grand Est a mis en œuvre un « fonds résistance » abondé par différentes collectivités dont le but est « *de répondre très rapidement aux besoins des entreprises et associations qui ne peuvent être satisfaits par les dispositifs en place, en finançant la trésorerie requise pour assurer la continuité de leur activité, tout en permettant la relance pour les plus impactés.* »²²¹

Cela se traduit de manière effective par un accompagnement sous forme d'avance remboursable pour renforcer la trésorerie d'associations, entrepreneurs, micro-entrepreneurs et petites entreprises dont l'activité est impactée sous l'effet de la crise sanitaire.

Pour autant, il semblerait que suite à un refus d'intégrer au sein dudit fonds²²², un dispositif de

²¹⁹ Ib. Idem. Page 3. Note 7.

²²⁰ Article L1511-2 du code général des collectivités territoriales.

²²¹ Annexe 5 fonds de résistance, **délibération** n°20CP-1083 du 19 juin 2020, Direction de la Compétitivité et de la Connaissance : <https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2020/04/annexe-5-reglement-resistance-modifie-juin-2020-copie.pdf>

²²² **Journal l'Ardennais**. « Ardennes, un fonds départemental d'aide aux entreprises suspendu par la justice ». Publié le 16 juin 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lardennais.fr/id157102/article/2020-06-16/ardennes-un-fonds-departemental-daide-aux-entreprises-suspendu-par-la-justice>

soutien imaginé par le Département des Ardennes, ce dernier ait pris la décision d'adopter à l'unanimité en Commission Permanente un dispositif d'aide aux TPE (très petites entreprises.)

Ainsi, le procès-verbal de la réunion du 20 avril 2020 du conseil départemental Ardennais prévoit « *une contribution complémentaire au fonds Résistance pour soutenir la relance de l'activité* »²²³

Sans détailler le mécanisme d'aide mis en œuvre par le Département des Ardennes, celui-ci fut retoqué par le Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne suite à un déféré suspension du préfet des Ardennes dans une ordonnance n°2000896.²²⁴

Ainsi, le juge administratif rappelle que « *les régions sont, en dehors des exceptions qu'elles déterminent, seules compétentes pour définir et attribuer des aides économiques aux entreprises* » au sens des articles précités puisque « *le conseil régional est seul compétent pour définir les régimes d'aides et pour décider de l'octroi des aides aux entreprises dans la région* », suspendant ainsi la délibération n°2020.05.82 du 14 mai 2020 adoptée par la commission permanente du département des Ardennes.

Sur ce sujet, le Ministère de la Cohésion des territoires adressant une instruction aux préfets le 5 mai 2020 ²²⁵(annexe 3) rappelle de manière ferme que « *les départements et le bloc communal ne peuvent pas mettre en œuvre leurs propres dispositifs de soutien aux entreprises, y compris lorsque celles-ci œuvrent dans le domaine du sport, du tourisme ou de la culture.* »²²⁶

Cet exemple illustre donc les cas possibles de conflits de compétences entre collectivités territoriales dans le domaine de la santé.

En dehors des conflits de compétences, le levier des financements incitatifs est devenu un véritable outil de concurrence territoriale, les collectivités s'arrachant les professionnels de santé afin de garantir un minimum d'offre de soins à leurs administrés.

²²³ **Procès-verbal** de la réunion du 20 avril 2020 de la commission permanente du conseil départemental des Ardennes. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://cd08.fr/sites/default/files/mai_2020_0.pdf

²²⁴ **Tribunal Administratif de Châlons en Champagne. Ordonnance** en référé du 15 juin 2020. N°2000896. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://chalons-en-champagne.tribunal-administratif.fr/content/download/172203/1711309/version/2/file/Ordonnance%20n%C2%B0%202000896%20du%2015%20juin%202020.pdf>

²²⁵ **Instruction Ministérielle du 5 mai 2020** sur l'intervention des collectivités territoriales en faveur des entreprises. Ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Ministre chargé des collectivités territoriales. (annexe 3)

²²⁶ Instruction à destination des préfets sur l'intervention des collectivités locales en faveur des entreprises, fait par le Ministère de la Cohésion des territoires, le Ministère des collectivités territoriales le 5 mai 2020.

Paragraphe B – La lutte des collectivités contre les déserts médicaux par le biais financier : mise en exergue d'inégalités territoriales

Déjà mentionné dans le paragraphe B, « Les déserts médicaux, faute d'une inclairvoyance de l'État », le rapport d'information²²⁷ du Sénateur Bruno Rojouan faisait un constat alarmant selon lequel, 30,2 % des Français vivent dans une zone d'intervention prioritaire et 42 % des Français vivent dans une zone d'action complémentaire, ainsi les deux tiers de la population française vivraient dans une zone où le nombre de médecins généralistes est insuffisant, voire très insuffisant.

C'est sur ce constat, que les collectivités territoriales, dotées par le législateur de certaines compétences facultatives tentent de pallier les lacunes des actions étatiques, lequel acteur n'est pas parvenu à solutionner le problème à l'heure actuelle.

Ainsi, les collectivités locales, comprenant donc les collectivités territoriales ainsi que leurs groupements disposent au titre de l'article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales, de la faculté « *d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé* » dans les zones caractérisées par une offre de soin insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins dont il est fait mention au 1° de l'article L1434-4 du code de santé publique : ces zones ont déjà été abordées précédemment, il avait par ailleurs été relevé que les collectivités territoriales n'étaient pas associées à leur détermination, puisqu'elles sont au sens de la loi, arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec les représentations des professionnels de santé concernés.

Sur ce point, il paraît par ailleurs critiquable de solliciter les collectivités dans le versement d'aides aux professionnels de santé afin de pallier les zones de déserts médicaux lesquels relèvent de la responsabilité de l'État, alors même que le législateur a refusé d'associer les collectivités à la détermination des dites zones.

L'article susvisé prévoit également la possibilité pour les collectivités locales d'accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale à condition qu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires en offre de soins.

Sur ce point, plusieurs Départements se sont saisis de cette possibilité tels que le Département du Cher, lequel met à disposition des logements meublés à titre gracieux dès lors que l'étudiant

²²⁷ Ib idem. Page 40. Note 83.

effectue un stage de 6 mois chez un médecin généraliste libéral ou un masseur-kinésithérapeute installé dans le Département.

Pour maintenir ces professionnels de santé sur leur territoire, il est même reconnu aux collectivités la possibilité de conditionner le versement d'une indemnité d'étude et de projet professionnel à un engagement des titulaires de médecine à exercer au minima cinq années sur ces territoires déficitaires arrêtés par le directeur de l'ARS. Il s'agit en réalité d'une faculté accorder aux collectivités de pouvoir financer leurs propres bourses d'études parallèles ou complémentaires.

À titre d'exemple, le Département de la Vienne s'est saisi d'une telle possibilité et propose une aide départementale pour les étudiants en médecine dès lors qu'ils sont entre la 4^{ème} et la 9^{ème} année d'études. Cette dernière s'échelonne alors à 600 euros mensuels pour les étudiants entre 4^{ème} et la 7^{ème} année, et 400 euros par mois pour les étudiants entre les 8^{ème} et 9^{ème} années.

Des régimes d'aides similaires sont également prévus par ledit Département concernant les études en chirurgie dentaire, en orthophonie ou encore en masso-kinésithérapie.²²⁸

D'autres leviers sont également disponibles auprès des collectivités, comme le rappelle la Direction générale des Finances publiques dans une présentation²²⁹, les professions libérales exerçant une activité médicale peuvent dès lors que les professionnels concernés exercent leur activité dans une commune de moins de 2 000 habitants ou une commune située en zone de revitalisation rurale, bénéficier d'une exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE), laquelle est un impôt ordinairement perçu par la commune, cette dernière peut donc y renoncer afin d'attirer du personnel médical sur son territoire.

Certains élus relèvent le point critiquable qu'est celui de conférer de telles possibilités aux communes et intercommunalités, et fait valoir « *qu'agir à l'échelon communal ou intercommunal pouvait conduire à un risque de compétitions interterritoriales, tandis que le département peut se poser en garant d'une certaine équité territoriale.* »²³⁰

Madame Schillinger Patricia, rapporteuse du travail parlementaire qu'elle codirigeait avec le sénateur Philippe Mouiller rappelait quant à elle « *le risque de concurrences, voire de surenchères*

²²⁸ **Département de la Vienne.** « *L'aide aux études médicales et paramédicale.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lavienne86.fr/au-quotidien/sante/laide-aux-etudes-medicales-et-paramedicales>

²²⁹ **Les-aides.fr**, guide en ligne national sur les aides aux entreprises. « *Exonération de CFE pour les professions libérales de santé.* » Mis à jour le 28 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://les-aides.fr/aide/JwKf3w/ddfip/exoneration-de-cotisation-fonciere-des-entreprises-cfe-pour-les-professions-liberales-de-sante-en-zrr-ou-dans-les-petites-communes.html>

²³⁰ Ib idem. Page 40. Note 83.

entre territoires dans un contexte marqué par un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande de soins dans certains territoires. »²³¹

Pourtant, ce risque n'a rien d'imprévu, puisque la Cour des comptes l'évoquait déjà dans un rapport²³² en date du 08 septembre 2011, soit plus de 10 ans en arrière, laquelle alertait déjà sur le fait que « *La loi de 2005* ²³³[...] a prévu que les collectivités territoriales peuvent attribuer, dans les zones déficitaires, des aides à l'installation ou au maintien des médecins ainsi que des aides aux étudiants de médecine. Ces mesures ne font pas toutes l'objet d'un recensement des aides effectivement accordées ni d'une évaluation avec **pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre les territoires, en l'absence de coordination nationale, pour attirer les jeunes internes ou des médecins.** »

Plusieurs points sont à soulever pour conclure, d'abord, ces dispositifs ne reposent jamais sur une obligation, mais sur une simple faculté des collectivités territoriales de les mettre en œuvre, ils sont donc par essence, susceptibles d'entraîner une application hétérogène donc différenciée sur le territoire national.

Par ailleurs, ils mobilisent le levier financier, favorisant donc les collectivités en zones déficitaires aux plus grosses recettes, puisqu'il semble difficilement concevable qu'une collectivité ayant des difficultés à adopter un budget en équilibre, puisse lever de tels leviers financiers.

Finalement, l'homogénéité de l'offre de soin repose sur la responsabilité de l'État, lequel ne semble pas se saisir de la problématique, en laissant les collectivités faire face au « *nauffrage* » par le biais de leviers facultatifs qu'elles possèdent, lesquels ne font en réalité qu'exacerber les inégalités territoriales tel qu'il l'a été démontré.

²³¹ Ib. Idem. Page 4. Note 13.

²³² **Rapport de la Cour des Comptes.** « *La sécurité sociale* ». Septembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2011.pdf

²³³ **Loi n° 2005-157 du 23 février 2005** relative au développement des territoires ruraux

Conclusion

La région est indéniablement un échelon pertinent pour décliner les politiques publiques nationales de santé, et devrait ainsi constituer un point d'accroche entre administration déconcentrée et administration décentralisée.

Yvette Rose Rayssiguier et Gilles Huteau le précisent²³⁴, « *La régionalisation est susceptible de reposer sur deux processus distincts. Le premier est la déconcentration [...]. Le second est la décentralisation, qui est aussi dénommée régionalisation politique : l'État reconnaît un pouvoir de décision à d'autres personnes publiques, habilitées à intervenir dans certains domaines et disposant à cette fin d'une autonomie.* »

Pour autant, la réalité est bien plus contrastée, au sein des Agences Régionales de Santé, ces établissements publics de l'État souffrent d'un manque cruel de démocratie, qui viendrait pourtant à asseoir leur légitimité dans une période où l'organisation de notre système de santé fait face à de vives critiques.

En ce sens, les collectivités ne semblent pas posséder de réel pouvoir de décision au sein des organes chargés de décliner les politiques nationales jusqu'au niveau local, paralysées par des compétences trop restrictives en la matière, ou par une concertation semblant en réalité n'en avoir que le nom.

Dans sa déclinaison de la stratégie nationale de santé la plus poussée, au niveau du contrat local de santé avec les communes, ces dernières ne possèdent en réalité pas de réel pouvoir de décision autonome, les actions mises en œuvre nécessitant l'aval des Agences Régionales de Santé, laquelle participe à leur co-financement.

Pourtant, l'État a su, soit de par son initiative au projet de loi, ou de son recours aux ordonnances, laisser croire en trompe-l'œil à une volonté d'associer les collectivités, comme en témoigne l'article L1511-8 du Code Général des Collectivités Territoriales, permettant à ces dernières d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé,

²³⁴ **AYSSIGUIER Yvette Rose, HUTEAU Gilles**, « Chapitre 3. La régionalisation de la politique de santé », dans : , Politiques sociales et de santé. Comprendre pour agir, Sous la direction de RAYSSIGUIER Yvette Rose, HUTEAU Gilles. Rennes, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, p. 443-450. DOI : 10.3917/ehesp.rayss.2021.01.0445. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/--9782810907083-page-443.htm>

né du projet de loi du 23 février 2005 relatif au développement des territoires ruraux et modifié par ordonnance du 17 janvier 2018²³⁵.

Derrière ce trompe-l'œil, l'État, fait peser sur les collectivités les conséquences de l'inefficience du développement de notre système de santé dont il a la charge, les collectivités territoriales apparaissent alors comme un « *portefeuille* » chargées d'attirer les professionnels de santé, ou bien encore de créer des centres de santé, à coup d'incitations financières et de dépenses, pour pallier aux carences d'un État désorganisé, auquel il en incombe en réalité la responsabilité, en témoigne l'article L1411-1 du code de santé publique : « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.* »

La complexité à traiter de ce sujet, tient au fait que nulle part, ni même au sein de la Constitution, il n'ait été envisager d'aborder la santé comme une compétence.

En réalité, au vu des normes juridiques, il est aisé de comprendre, qu'elle relève d'une compétence quasi régaliennne de l'État. Ce choix, s'expliquant ainsi, par une volonté du pouvoir central d'assurer un accès à cette dernière de manière équitable à chacun des administrés sur le territoire national.

Pour autant, cette crainte n'a aucun sens, les territoires sont de par nature, inégaux. L'accès aux soins est par exemple, sans vouloir généraliser, souvent plus complexe dans l'hyper rural, suite à différents facteurs tels que la faible attractivité des zones pour les médecins, les départs à la retraite de médecins en activité...

Les mise en œuvre d'actions distinctes existe déjà, que ce soit au travers du développement de centres de santé pour lesquels la création relève d'une compétence facultative de la collectivité, et donc d'une volonté politique ; ou encore par le biais des contrats locaux de santé, pour lesquels les mesures mises en œuvre dépendant des besoins du territoire de la collectivité ayant contractualisé avec l'Agence Régionale de Santé.

Pour autant, ces actions distinctes d'une collectivité à un autre ne sont pas non plus à elles seules la solution, auquel cas elle risquerait de créer de nouvelles inégalités entre territoires.

²³⁵ **Ordonnance n° 2018-21 du 17 janvier 2018** de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

À titre d'exemple, l'Espagne est organisée d'après l'article 137 de la Constitution Espagnole²³⁶ « *de communes, de provinces et des Communautés autonomes qui se constitueront. Toutes ces entités jouissent d'autonomie pour la gestion de leurs intérêts respectifs.* » Les Communautés autonomes représentant l'équivalent d'un échelon de taille régionale.

La Constitution espagnole prévoyant au sein de son article 138 que « *I. Les communautés autonomes pourront assumer des compétences dans les matières suivantes : [...] 21° La santé et l'hygiène...* », un vaste mouvement de transfert de compétences sanitaires a été engagé dès 1981 avec la Catalogne. Désormais, la totalité desdites communautés dispose de compétence transférée en matière de santé.

L'État ne jouant ainsi qu'un rôle résiduel dans les domaines de « *santé extérieure. Les bases et la coordination générale de la santé. La législation sur les produits pharmaceutiques.* »

Sans aller dans une action différenciée si poussée, il incombe à l'État de trouver le juste équilibre qu'est celui de parvenir à assurer une base structurante, en réelle concertation avec les élus locaux, tout en permettant, à ces derniers, de disposer de manière complémentaire à cette base structurante, lorsque le minimum de service est garanti, d'une autonomie et d'un libre arbitre dans le développement d'initiatives locales.

Les politiques publiques nationales de santé ne doivent donc plus être déclinées sur un principe de descendance normative unilatérale, mais également sur principe d'ascendance, ainsi que de manière horizontale et non plus uniquement verticale en ce que, les élus locaux disposent d'atouts non négligeables que sont leur proximité du terrain, ainsi que la légitimité que leur accorde le corps social.

Pour autant, le volet de la santé ne comprend pas au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a été abordée à plusieurs reprises, uniquement les soins, mais également tout domaine interagissant avec le bien être qu'il soit physique, ou encore psychologique.

D'un point de vue plus englobant, cette définition affirme la transversalité et l'intersectionnalité de la « *santé* » à la frontière de diverses politiques que sont : l'environnement, le sport, l'urbanisme et l'aménagement du territoire, le social, dans lesquelles fort est à parier que le rôle qu'ont les collectivités ne cessera de croître. Il semble alors primordial que l'État fasse confiance aux collectivités, lesquelles seront faire preuve d'intelligence collective pour relever les défis futurs.

²³⁶ **La Constitution Espagnole.** Approuvée par les Cortès réunies en séances plénières du Congrès des Députés et du Sénat célébrées le 31 octobre 1978. Ratifiée par le peuple espagnol par le référendum du 6 décembre 1978. Sanctionnée par S.M. le Roi devant les Cortès le 27 décembre 1978.

BIBLIOGRAPHIE

1- OUVRAGES

- **AYSSIGUIER Yvette Rose, HUTEAU Gilles**, « Chapitre 3. La régionalisation de la politique de santé », dans : , Politiques sociales et de santé. Comprendre pour agir, Sous la direction de RAYSSIGUIER Yvette Rose, HUTEAU Gilles. Rennes, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, p. 443-450. DOI : 10.3917/ehesp.rayss.2021.01.0445. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/--9782810907083-page-443.htm>
- **CASTEX Dominique et CARTRON Isabelle**. Épidémies et crises de mortalité du passé. Nouvelle édition [en ligne]. Pessac : Ausonius Éditions, 2007 (généré le 06 août 2022). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/ausonius/657>. ISBN : 9782356132710.
- **CHEVALIER Jacques**. *L'État de droit au défi de l'État sécuritaire*. Le droit malgré tout. Hommage à François Ost, Presses de l'Université Saint-Louis, pp.293-312, 2018, 978-2-8028-0231-0. (hal-02937034)
- **DOUILLET Anne-Cécile, LEFEBVRE Rémi**. *Chapitre 1. Les autorités locales et l'État : le pouvoir du local en question*, dans Sociologie politique du pouvoir local. Paris. Armand Colin. Collection U, p.15-56, 2017 [en ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/sociologie-politique-du-pouvoir-local--9782200603793-page-15.htm>
- **HANS Kelsen**. Théorie pure du droit. Edition LGDJ. Publié en avril 1999. EAN 9782275017761
- **HIPPOCRATE**. BREDÁ Lidia. *Traité « Airs, eaux, lieux » (-420 avant J-C)*, Rivages Poche, Janvier 1996. ISBN-10 : 2869309481
- **JEGOUZO Yves**. Les compétences «aménagement du territoire et urbanisme» : quelle décentralisation ? ». *Revue française d'administration publique*, 2015-4 n°156. P. 1049-1054. DOI : 10.3917/rfap.156.109. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2015-4-page-1049.htm>
- **NADESAN Yannick et SICHEL Olivier**. « *Offre et accès aux soins primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?* » ISBN : 978-2-9567012-2-4. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2021-RfVS-Ouvrage_Soins_Principales-VF_web.pdf
- **NYECK Cirille**. *Politique publique*. Dictionnaire d'administration publique. Presses de l'Université de Grenoble, pp. 384 à 385. 2014. [en ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/dictionnaire-d-administration-publique--9782706121371-page-384.htm>
- **ROBINET Marie-Line, COHEN-SCALI Valérine, POUYAUD Jacques**. « *La résilience dans les situations de licenciement économique : une étude de cas mobilisant les dialogues de Conseil en Life Design* ». Soumis le 20 juillet 2022. Laboratoire en psychologie, Université de Bordeaux. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-03260965>

- **SOURNIA Jean-Charles**, *Histoire de la médecine*. Éditions La Découverte. 1997. EAN 9782707127839.

2- ARTICLES MÉDIATIQUES

- **BAYLE-INIGUEZ Anne**, « *Un français sur trois renonce à des soins pour des raisons financières* ». Publié le 09 octobre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/un-francais-sur-trois-renonce-des-soins-pour-des-raisons-financieres>
- **BLUTEAU Pauline**, L'étudiant. *Études de santé : suppression du numerus clausus dès 2021*. Mis à jour le 26 mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse: <https://cutt.ly/bLA8eRj>
- **BOURDET Pauline**, Ouest France. *Tous les hôpitaux sont sous tension : les urgences face à un manque d'effectif pathologique*. Publié 12 avril 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iRli>
- **CARBONNEL Sophie**. Sud-ouest. *La Rochelle : pour chasser les rats, la Ville fait appel à une brigade de furets*. Publié le 14 avril 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : [sud-ouest.15.04.21.brigade.furets.anti-rats.sante.pdf\(territoire-environnement-sante.fr\)](sud-ouest.15.04.21.brigade.furets.anti-rats.sante.pdf(territoire-environnement-sante.fr))
- **DELUMEAU Marie, Les échos**. « *Fontenay-sous-Bois veut lancer sa mutuelle communale* ». Publié le 24 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lesechos.fr/pme-regions/ile-de-france/fontenay-sous-bois-veut-lancer-sa-mutuelle-communale-1381054>
- **EYMAR Laurence**. Techni.Cités. *Canicule et urbanisme : arretons de densifier nos villes*. Publié le 16 juillet 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/688721/canicule-et-urbanisme-arretons-de-densifier-nos-villes/>
- **FRAISSE Lucie. ActuToulouse**. « *Les cantines de Toulouse vont tester les barquettes végétales pour remplacer les plats en plastique*. » Publié le 3 septembre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://actu.fr/occitanie/toulouse_31555/les-cantines-toulouse-vont-tester-barquettes-vegetales-remplacer-plats-plastique_18339242.html
- **FREMINVILLE Solange**. La gazette des communes. *Menaces sur la PMI avec la baisse des effectifs de médecins*. Publié le 18 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/796201/menaces-sur-la-pmi-avec-la-baisse-des-effectifs-de-medecins/>
- **GINIBRIERE Gaelle**. La gazette des communes. « *Mutuelle communales : une fausse panacée ?* ». Publié le 26 septembre 2017. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/525651/mutuelles-communales-une-fausse-panacee/>

- **HUMBERT Élise**, Auteur Associé, *Le courrier des maires et des élus locaux. Le contrat local de santé, un partenariat à l'assaut des inégalités d'accès aux soins*. Publié le 27 avril 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.courrierdesmaires.fr/article/le-contrat-local-de-sante-un-partenariat-a-l-assaut-des-inegalites-d-acces-aux-soins.49087>
- **JACQUOT Guillaume**, Public Sénat. Politique de santé : remontés contre les ARS, les élus locaux veulent avoir voix au chapitre. Publié le 11 mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/politique-de-sante-remontes-contre-les-ars-les-elus-locaux-veulent-avoir-voix>
- **LANGLOIS Géraldine**. La gazette des communes. « Les besoins de santé mentale ont été rendus plus visibles, énormément d'élus ont mis en place un CLSM ». Publié le 19 janvier 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/785444/alors-que-les-besoins-de-sante-mentale-ont-ete-plus-visibles-enormement-delus-ont-mis-en-place-un-clsm/>
- **LANGLOIS Géraldine**, « Ces collectivités qui misent sur la télémédecine ». Publié le 04 novembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/772700/ces-collectivites-qui-misent-sur-la-telemedecine/>
- **La Gazette des communes**, La vaccination itinérante en zone rurale. Publié le 28 février 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/790618/la-vaccination-itinerante-en-zone-rurale/>
- **LE RUDULIER Stéphane et BORCHIO-FONTIMP Alexandra**, l'Opinion, « Le recours abusif aux ordonnances affaiblit le Parlement ». Publié le 22 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lopinion.fr/politique/le-recours-abusif-aux-ordonnances-affaiblit-le-parlement-la-tribune-de-stephane-le-rudulier-et-alexandra-borchio-fontimp>
- **Métropole Rouen Normandie**. Actualités. *Deux tonnes de déchets pris dans les filets*. Publié le 15 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.metropole-rouen-normandie.fr/actualite/2022/deux-tonnes-de-dechets-pris-dans-les-filets-29450>
- **MOURGUES Elsa**, Radio France. *À l'origine de la santé publique : les épidémies*, France culture, publié le 14 avril 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/a-l-origine-de-la-sante-publique-les-epidemies-6830774>
- **PAULIC. Solenn**. La gazette des communes. « Le Fonds social européen +, un outil au champ d'action élargi ». Publié le 29 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/771879/le-fonds-social-europeen-un-outil-au-champ-daction-elargi>
- **RAMBERT HELOISE**, Science & Vie, *Préhistoire : il y a 370 000 ans, Homo erectus se soignait déjà avec des plantes*, publié le 20 mars 2022. [en ligne]. Disponible à

l'adresse <https://www.science-et-vie.com/article-magazine/prehistoire-il-y-a-370-000-ans-homo-erectus-se-soignait-deja-avec-des-plantes>

- **STROMBONI Camille**, Le monde, *La pénurie de généralistes, symptôme de la progression des « déserts médicaux » en ville comme à la campagne*, publié le 14 mars 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iRlh>
- **TRUCHOT Jean Luc**. Journal du Centre : « *Tannay-Brinon-Corbigny Nouvelle maison de santé : première étape du projet de la communauté de commune* », publié le 12 juillet 2017. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.lejdc.fr/tannay-58190/actualites/nouvelle-maison-de-sante-premiere-etape-du-projet-de-la-communaute-de-communes_12482273/
- **VERBAERE Isabelle**. La Gazette des communes. *Crise des urgences : les sapeurs-pompiers paient les pots cassés*, publié le 1^{er} juin 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.la-gazettedescommunes.com/809754/crise-des-urgences-les-sapeurs-pompiers-paient-les-pots-casses/>
- **VERBAERE Isabelle**. La gazette des communes. « *L'artificialisation des sols est une menace sanitaire* » Publié le 14 janvier 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/715646/lartificialisation-des-sols-est-une-menace-sanitaire/>
- **VERBAERE Isabelle**. La gazette des communes. *La lutte contre l'obésité des enfants porte ses fruits*. Publié le 6 septembre 2017. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/521036/la-lutte-contre-lobesite-des-enfants-porte-ses-ruits/>
- **VIGNE-LEPAGE Véronique**. La gazette des communes. *Contre la sédentarité, les villes activent le design*. Publié le 24 juin 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lagazettedescommunes.com/814463/contre-la-sedentarite-les-villes-activent-le-design/>

3- REVUES ET ÉTUDES :

- **AMROUS Nadia, DREES**. Études et résultats n°1227. *Protection maternelle et infantile : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019*. Paru le 18 mars 2022 et mis à jour le 04 mai 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/protection-maternelle-et-infantile-pmi-un>
- **APUR**. *ZFE-Mobilité dans la Métropole du Grand Paris*. Publié en mars 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/zfe-mobilite-metropole-grand-paris>
- **BARTHE Laurence et LIMA Stéphanie**. « *L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites*. » Le délaissement du territoire, quelles adaptations des services publics dans les territoires ruraux *Revue Sciences de la société*. N°86 publié en décembre 2012.

- **CELANT Nicolas, GUILLAUME Stéphanie, ROCHEREAU Thierry.** L'enquête santé européen – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>
- **Centre national de ressources et d'appui aux CLSM CCOMS Lille.** Étude. État des lieux national des CLSM. Publié en 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse. <http://ressources-clsm.org/wp-content/uploads/2018/09/État-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France-Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf>
- **DREES, Études & Résultats.** *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres.* Numéro 1200 de juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
- **GALGANI François.** Institut océanographique. *Les déchets marins.* Publié en janvier 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.oceano.org/wp-content/uploads/2020/02/75_De%CC%81chets-marin_Galgani.pdf
- **GAUTIER Maxime, STATISA,** statistiques sur l'évolution du numéris clausus en études de médecine en France. Publié le 23 septembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://fr.statista.com/statistiques/1255374/numeris-clausus-medecine-france/>
- **Good Clinical Practice. Registre américain des essais clinique.** Université d'Helsinki. *Nicotinamide Riboside et émis mitochondrial. La vitamine B3 en tant que nouvelle thérapie mitochondriale pour l'obésité.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://ichgcp.net/fr/clinical-trials-registry/NCT03951285>
- **LEGENDRE Blandine DREES, Études & Résultats.** « *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux.* » [Numéro 1206. En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>
- **NOCON Marc.** Étude. « *Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality : a systematic review and meta-analysis.* » Publié en juin 2008. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525377/>
- **SENAT,** *Les ordonnances prises sur le fondement de l'article 38 de la Constitution.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/role/ordonnances/etude_ordonnances2021.html
- **TOUZARD Hubert,** *Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique.* De Boeck Supérieur. « *Négociations* ». Publié en 2006. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-67.htm>
- **SONDAGE** réalisé par le rédacteur du mémoire sur un échantillonnage aléatoire de 82 personnes sans conditions d'âge, de sexe, d'ethnie, ni de catégorie socio-professionnelle. (1 seule participation possible par sondé, garantissant la sincérité des votes.) Annexe 1.

4- TEXTES JURIDIQUES :

CONSTITUTION :

- **Préambule de la Constitution** du 27 octobre 1946.
- **Constitution** du 4 octobre 1958.
- **Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé**, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. (page 3 note 7)
- **Organisation Mondiale de la Santé**. Conférence d'Helsinki. 1994. Définition de la santé environnementale.
- **La Constitution Espagnole**. Approuvée par les Cortès réunies en séances plénières du Congrès des Députés et du Sénat célébrées le 31 octobre 1978. Ratifiée par le peuple espagnol par le référendum du 6 décembre 1978. Sanctionnée par S.M. le Roi devant les Cortès le 27 décembre 1978.

RÈGLEMENTS EUROPÉENS :

- **Règlement (CE) n° 1920/2005 du Conseil du 21 juin 2005** relatif au financement de la politique agricole commune, modifié par le Règlement (CE) n° 320/2006 du Conseil du 20 février 2006
- **Règlement (UE) 2021/1057 du Parlement européen et du Conseil du 24 juin 2021** instituant le Fonds social européen plus (FSE+) et abrogeant le règlement (UE) no 1296/2013

PROPOSITIONS/ PROJETS DE LOIS ET AMENDEMENTS :

- **Assemblée Nationale, proposition de loi** pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé. Présentée par le député M. CHICHE Guillaume. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://cutt.ly/uLA5azl>
- **Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture) (n°588 rect., 719, 720,721) N°COM-791 du 24 juin 2021. Amendement** présenté par M. MILLION, rapporteur pour avis. Article 31. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/commissions/2020-2021/588/Amdt_COM-791.html
- **Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture Sénat). Amendement n°1553**. Déposé le 5 juillet 2021. Article 31. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/2020-2021/724/Amdt_1553.html
- **Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification. (1^{ère} lecture au Sénat) (n°724,723,719,720,721) Amendement n°43 rect. bis**. Déposé le 7 juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/amendements/2020-2021/724/Amdt_43.html

- Projet de loi Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification (1^{ère} lecture Assemblée Nationale) **Amendement n°3304**. Déposé le jeudi 2 décembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4721/AN/3304>

LOIS :

- **Loi organique n° 2014-125 du 14 février 2014** interdisant le cumul de fonctions exécutives locales avec le mandat de député ou de sénateur.
- **Loi du 16 Vendémiaire an V** qui conserve les hospices civils dans la jouissance de leurs biens, et règle la manière dont ils seront administrés. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://legilux.public.lu/eli/État/leg/loi/1796/10/07/n1/jo>
- **Loi du 7 aout 1851** sur les hôpitaux et hospices. JORF du 20 aout 1944.
- **Loi du 1^{er} juillet 1901** relative au contrat d'association
- **Loi du 15 février 1902** relative à la protection de la santé publique.
- **Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971** aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation sur l'enseignement supérieur
- **Loi n° 90-449 du 31 mai 1990** visant à la mise en œuvre du droit au logement
- **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière.
- **Loi n° 95-101 du 2 février 1995** relative au renforcement de la protection de l'environnement
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003** habilitant le Gouvernement à simplifier le droit.
- **Loi n°2004-809 du 13 aout 2004** relative aux libertés et responsabilités locales.(Ib idem p.13) note 32.
- **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- **Loi n° 2005-157 du 23 février 2005** relative au développement des territoires ruraux
- **Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008** généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion
- **Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015** relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.
- **Loi n° 2015-991 du 7 août 2015** portant nouvelle organisation territoriale de la République

- **Loi n° 2015-992 du 17 août 2015** relative à la transition énergétique pour la croissance verte
- **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé.
- **Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020** d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.
- **Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021** portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets
- **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

ARTICLES :

- Article L1111-2 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L1111-4 du code général des collectivités territoriale.
 - Article L1424-1 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L1424-24-1 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L1424-27 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L1511-2 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L1511-8 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L2112-1 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L2212-2 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L3221-4 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L4221-1 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L4251-1 du code général des collectivités territoriales.
 - Article L5711-1 du code générale des collectivités territoriales.
-
- Article L1233-58 du code du travail.
-
- Article L1411-1 du code de santé publique.
 - Article L1411-1 du code de santé publique. *Modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 1).*
 - Article L1413-5 du code de santé publique.
 - Article L1423-1 du code de santé publique *version en vigueur du 22 juin 2000 au 17 aout 2004.*
 - Article L1423-2 du code de la santé publique.
 - Article L1424-1 du code de santé publique.
 - Article L1432-1 du code de santé publique.
 - Article L1432-3 du code de santé publique.
 - Article L1432-4 du code de santé publique.
 - Article L1432-26 du code de santé publique.
 - Article L1432-28 du code de santé publique.
 - Article L1432-33 du code de santé publique.
 - Article L1432-36 du code de santé publique.

- Article L1434-2 du code de santé publique.
- Article L1434-4 du code de santé publique.
- Article L1434-9 du code de santé publique.
- Article L1434-10 du code de santé publique.
- Article L1511-8 du code de santé publique.
- Article L2112-2 du code de santé publique.
- Article L3111-11 du code de la santé publique.
- Article L3111-11 du code de santé publique.
- Article L3221-2 du code de santé publique.
- Article L4383-3 du code de santé publique.

- Article L6143-1 du code de la santé publique.
- Article L6143-1 du code de santé publique.
- Article L6143-2 du code de santé publique.
- Article L6143-7 du code de la santé publique.

- Article L6223-1-7 du code de santé publique.
- Article L6323-1-1 du code de santé publique.
- Article L6323-1-5 du code de santé publique.

- Article D1432-4 du code de santé publique.
- Article D1432-6 du code de santé publique.
- Article D1432-9 du code de santé publique.
- Article D1432-14 du code de santé publique.
- Article D1432-15 du code de santé publique.
- Article D1432-22 du code de santé publique.
- Article D1432-40 du code de santé publique.
- Article D1432-42 du code de santé publique.

- Article R1112-9 du code de santé publique.
- Article R1432-56 du code de santé publique.
- Article R1434-30 du code de santé publique.
- Article R1434-32 du code de santé publique.
- Article R1434-33 du code de santé publique.
- Article R2112-7 du code de santé publique.
- Article R2112-9 du code de santé publique.
- Article R2112-10 du code de santé publique.
- Article R6122-25 du code de santé publique.
- Article R6311-1 du code de santé publique.
- Articles R6311-18 à R6311-18-2 du code de santé publique

- Article L110-1 du code de l'environnement.
- Article L2213-4-1 du code de l'environnement.

- Article L146-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Article L146-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

ORDONNANCES ET DÉCRETS :

- **Ordonnance du 18 décembre 1839** portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.
- **Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945** sur la protection maternelle et infantile.
- **Ordonnance n° 2018-21 du 17 janvier 2018** de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- **Décret n° 2014-924 du 18 août 2014** portant échelonnement indiciaire applicable aux médecins territoriaux
- **Décret du 16 août 1901** pris pour l'exécution de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association
- **Décret n° 2022-621 du 22 avril 2022** relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers

ARRÊTÉS :

- **Arrêté ARS n°2021/0505 du 8 février 2021** Relatif à la composition du Conseil Territorial de Santé Champardennais Grand Est sur le Territoire de Démocratie Sanitaire n°1. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14408/download?inline>
- **Arrêté du 5 mai 2021** fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022
- **Arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017** relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434 du CSP, Annexe méthodologie de détermination des zones caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

CIRCULAIRES :

- **Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004** relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_101_050304.pdf
- **Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A n°2005-220 du 6 mai 2005** relative à la mise en œuvre du transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-06/a0060030.htm>

INSTRUCTIONS :

- **Instruction Ministérielle du 5 mai 2020** sur l'intervention des collectivités territoriales en faveur des entreprises. Ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Ministre chargé des collectivités territoriales. (annexe 3)
- **Instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016** relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville. (Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Secrétariat d'État auprès du ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, chargé de la Ville.)

CONTRATS ET DOCUMENTS ÉMANANTS DE COLLECTIVITÉS :

- **Contrat local de Châlons-en-Champagne 2020-2022.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/51423/download?inline>
- **Contrat local de santé du Pays de Vierzon 2016-2019.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-01/2016-02-26%20Vierzon%20CLS%202016-2019.pdf>
- **Contrat local de santé Reims 2018-2020 reconduit.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/25495/download?inline>
- **Contrat local de Santé Vitry-le-François 2013-2016.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/9096/download?inline>
- **Annexe 5 fonds de résistance**, délibération n°20CP-1083 du 19 juin 2020, Direction de la Compétitivité et de la Connaissance : <https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2020/04/annexe-5-reglement-resistance-modifie-juin-2020-copie.pdf>
- **Procès-verbal** de la réunion du 20 avril 2020 de la commission permanente du conseil départemental des Ardennes. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://cd08.fr/sites/default/files/mai_2020_0.pdf
- **Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Statuts et règlement intérieur de l'association.** [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.villes-sante.com/le-rfvs/mission-statuts/>

5- JURISPRUDENCE :

- **Conseil Constitutionnel. Décision n°71-44 DC du 16 juillet 1971.** Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Non-conformité partielle.
- **Conseil Constitutionnel. Décision 90-283 DC du 08 janvier 1991.** Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Non-conformité partielle.
- **Conseil Constitutionnel. Décision 93-325 DC du 13 août 1993.** Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. Non-conformité partielle.
- **Conseil d'État, du 19 mai 1933,** 17413 17520, publié au recueil Lebon (*Jurisprudence Benjamin*)
- **Conseil d'État, 30 juillet 1935,** établissements SATAN, Rec ; 847
- **Conseil d'État, Sect. 18 décembre 1959,** « Société Les Films Lutétia », Rec. P 693
- **Conseil d'État, 15 janvier 1986,** Société Pec-Engineering
- **Conseil d'État, Assemblée, 26 octobre 2011,** 326492, Publié au recueil Lebon
- **Conseil d'État, Assemblée, 26 décembre 2011,** Association pour la promotion de l'image & autres
- **Conseil d'État, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies, 24/09/2012,** 342990, Publié au recueil Lebon
- **Tribunal Administratif de Nice,** 22 avril 2020, LDH c/ Commune de Nice. Ordonnance en référé. N°2001782. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.dalloz-actualite.fr/sites/dalloz-actualite.fr/files/resources/2020/04/2001782.pdf>
- **Tribunal Administratif de Lyon,** 24 avril 2020, LDH c/ Commune de Saint-Étienne
- **Tribunal Administratif de Chalons en Champagne. Ordonnance** en référé du 15 juin 2020. N°2000896. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://chalons-en-champagne.tribunal-administratif.fr/content/download/172203/1711309/version/2/file/Ordonnance%20n%C2%B0%202000896%20du%2015%20juin%202020.pdf>

6- RAPPORTS SÉNATORIAUX ET QUESTIONS SÉNATORIALES :

- **BARBARY Serge, question écrite** n°26778 du 17 février 2022. Disparités et difficultés d'articulation entre les contrats locaux de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220226788.html>
- **COLLOMBAT Pierre-Yves et TROENDLE Catherine.** Rapport d'information n°24 (2016-2017). *Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance*. Fait au nom de la commission des lois. Déposé le 12 octobre 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-024-notice.html>
- **Comptes rendus de la délégation aux collectivités territoriales** du jeudi 11 mars 2021. Table ronde relative aux « initiatives des territoires en matière de santé ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20210308/dct_bulletin_2021-03-11.html#toc2
- **Comptes rendus de la commission des affaires sociales du Sénat** du mardi 29 juin 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20210628/soc.html>
- **HUGUET Roland. Question écrite.** Publiée dans le JO Sénat du 28/01/1999. Statut des services communaux d'hygiène et de santé. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ990113714.html>
- **LEFEVRE Antoine. Question écrite** n°21278. Compétences pour les transports et la restauration scolaire. Publiée dans le JO Sénat du 14 avril 2016. Page 1534. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2016/qSEQ160421278.html#:~:text=S'agis-sant%20de%20la%20restauration,du%20code%20de%20l'%C3%A9ducation>
- **LEMENN Jacky et MILLION Alain.** *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*. Rapport d'information n° 400 (2013-2014), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 26 février 2014. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-400.html> (op cit P.4 note 12)
- **MAUREY Hervé et LONGEOT Jean-François.** Rapport d'information n°282 (2019-2020). *Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses !* Fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Déposé le 29 janvier 2020. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>
- **MOUILLER Philippe et SCHILLINGER Patricia.** *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*. Rapport d'information n° 63 (2021-2022), fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales, déposé le 14 octobre 2021. [en ligne.] Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-063/r21-063.html>

- **Rapport de la Cour des Comptes.** « *La sécurité sociale* ». Septembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2011.pdf
- **ROJOUAN Bruno.** Rapport d'information n°589, Sénat session ordinaire 2021-2022. Fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». Déposé le 29 mars 2022. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

7- PAGES DE SITES INTERNET :

- **ADSP.** Actualité et dossier en santé publique n°83. « *Prevention et santé publique* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=133>
- **Agence européenne pour l'environnement.** Actualité. Un air plus pur aurait pu sauver au moins 178 000 vies dans l'UE en 2019. Publié le 10 décembre 2021. Mis à jour le 01 mars 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : [Un air plus pur aurait pu sauver au moins 178 000 vies dans l'UE en 2019 — Agence européenne pour l'environnement \(europa.eu\)](https://www.european-council.europa.eu/media/e0000000-1234-4a00-8000-000000000000/asset/document/20220301_178000_vies_en_2019_en.pdf)
- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, l'environnement et du travail.** Actualités. *Microplastiques et nanomatériaux*. Publié le 19 mai 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.anses.fr/fr/content/microplastiques-et-nanomat%C3%A9riaux#:~:text=On%20estime%20aujourd%27hui%20que,les%20baleines%2C%20peuvent%20les%20ing%C3%A9rer.>
- **Agence d'Urbanisme de la Région Nantaise.** AURAN. Qu'est-ce qu'un îlot de chaleur ? (EN ligne). Disponible à l'adresse : <https://auran.org/content/quest-ce-quun-ilot-de-chaueur>
- **Appel à partenariat** pour la mise en place d'une mutuelle communale à Courseulles-Sur-Mer. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.courseulles-sur-mer.com/wp-content/uploads/2020/09/Appel-%C3%A0-partenariat-Mise-en-place-dune-mutuelle-communale-%C3%A0-Courseulles-sur-Mer.pdf>
- **ARS Auvergne Rhône-Alpes.** Communiqué de presse « *Accès aux soins : publication du nouveau zonage de médecine générale.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/acces-aux-soins-publication-du-nouveau-zonage-de-medecine-generale>
- **ARS de Nouvelle-Aquitaine.** La commission de coordination des politiques publiques (CCPP). [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/la-commission-de-coordination-des-politiques-publiques-ccpp>
- **ARS du Pays de la Loire.** *La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)*, publié le 16 mai 2022. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://urlz.fr/iW9a>

- **Assemblée nationale.** Fiche de synthèse n°33 : L'initiative gouvernementale. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-legislatives/l-initiative-gouvernementale>
- **Assemblée des Départements de France.** Fiche info n°7 : les enjeux du financement des Services Départementaux d'Incendie et de Secours. Publié en mai 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.departements.fr/wp-content/uploads/2018/05/fiche-info-sdis-mai-2018-3.pdf>
- **Carte de découpage** régional en territoires de démocratie sanitaires : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/7194/download?inline>
- **Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale.** Fiche action. Conduites addictives et renforcement des compétences parentales. Publiée le 6 juillet 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://ressources-clsm.org/fiche-action-conduites-addictives-sur-resnes/>
- **Centre national des ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale.** Création d'une broche à destination des bailleurs par le CLSM Val d'Oise Est. Publié le 18 décembre 2018. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://ressources-clsm.org/creation-dune-brochure-a-destination-des-bailleurs-clsm-val-doise-est/>
- **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.** Définition de la sécurité [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/s%C3%A9curit%C3%A9>
- **Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble Sud.** « La génétique peut-elle influencer sur l'obésité ? » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/genetique-peut-elle-influer-sur-lobesite>
- **CNIL,** « Fuite de données de santé de l'AP-HP : que pouvez-vous faire si vous êtes concernés ? ». Publié le 21 septembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnil.fr/fr/fuite-de-donnees-de-sante-ap-hp-que-pouvez-vous-faire-si-vous-etes-concerne>
- **CNRS.** Aura-t-on pluys de canicules avec le changement climatique ? Publié le 17 juin 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.insu.cnrs.fr/fr/plus-de-canicules-avec-le-changement-climatique>
- **Commission européenne.** Fonds européens de développement régional. [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/european-regional-development-fund-erdf_fr#-propos-du-fonds
- **Département de Maine et Loire,** *Faire du covoiturage avec Ouestgo.fr.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.maine-et-loire.fr/aides-et-services/routes-departementales/covoiturage>
- **Département de la Vienne.** « L'aide aux études médicales et paramédicale. » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lavienn86.fr/au-quotidien/sante/laide-aux-etudes-medicales-et-paramedicales>

- **Des communes s'engagent.** « *Des exemples d'actions en faveur de l'activité physique.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.des-communes-sengagent.fr/s-inspirer/activite-physique-pour-adultes-en-situation-d-obesite>
- **Dictionnaire de l'Institut National du Cancer.** Définition patrimoine génétique. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/patrimoine-genetique>
- **DREES, Panoramas de la DREES Santé.** « *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties.* » Edition 2019. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cs2019.pdf>
- **Fédération hospitalière de France.** *La grande histoire de l'hôpital : épisode 3.* Publié le 18 décembre 2018. [En ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.techniques-hospitalieres.fr/blog/la-grande-histoire-de-l-hopital-episode-3-n2398>
- **Futura Planète. Biotope :** qu'est-ce que c'est ? [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.futura-sciences.com/planete/definitions/environnement-biotope-106/>
- **F. GRIGNOUX.** *L'influx. L'hôpital en métamorphose,* publié le 10 juin 2009, Webzine de la Ville de Lyon et de la Bibliothèque municipale de Lyon. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.linflux.com/>
- **Guide du design actif.** Action cœur de ville. Publié en décembre 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://medias-terredejeux.paris2024.org/2022-01/Guide%20du%20Design%20Actif%20-%20V20220112.pdf>
- **INSEE,** Définition du numéris clausus. Publié le 13 octobre 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://cutt.ly/nLA3otv>
- **INSEE,** L'essentiel sur la pauvreté. Paru le 10 novembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045#:~:text=En%202019%2C%209%2C2%20millions,ainsi%20de%2014%2C6%20%25>
- **Institut écologie et environnement du CNRS.** Définition du bien-être social. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://inee.org/fr/eie-glossary/bien-etre-social#:~:text=Le%20bien%2D%C3%AAtre%20social%20est,proposant%20des%20opportunit%C3%A9s%20de%20d%C3%A9veloppement>.
- **Institut national de la recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS).** Dossier. Perturbateurs endocriniens. Publié le 1^{er} juillet 2021. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/perturbateurs-endocriniens/definition-mecanismes-action.html>
- **IRDES, Questions d'économie de la santé.** « *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique.* » n°170 – Novembre 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

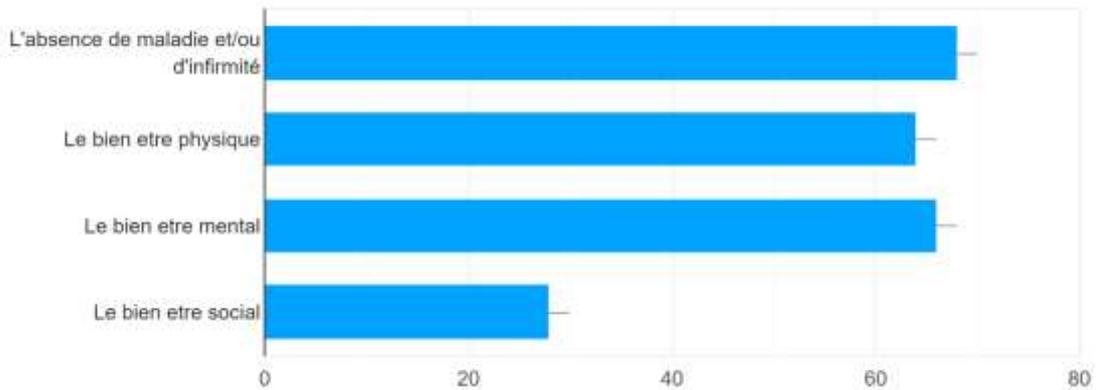
- **Réseau Français des Villes Santé.** « *Déclaration politique du Réseau. Interpellation des candidats aux élections présidentielles et législatives 2022.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2021-11-09_Projet-Declaration-politique-ColloqueRfVS-VF.pdf
- **SDIS de la Marne,** « *Organisation administrative* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.sdis51.fr/organisation-administrative>
- **Union européenne.** Projets. « *La santé au cœur des territoires.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/la-sante-au-coeur-des-territoires>
- **Union Européenne.** « *La santé pour tous.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/la-sante-pour-tous>
- **Union Européenne.** « *Fonds européen agricole pour le développement rural* ». [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/fonds-europeens/fonds-europeen-agricole-pour-le-developpement-rural-FEADER>
- **Union Européenne.** « *Soutien au développement de la pratique du vélo à Clermont-Ferrand.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/soutien-au-developpement-de-la-pratique-du-velo-clermont-ferrand>
- **Union Européenne.** « *Construction du nouvel institut de formation aux métiers de la santé d'Albi sur le site de l'Université Champollion.* » [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/construction-du-nouvel-institut-de-formation-aux-metiers-de-la-sante-dalbi-sur-le-site-de>
- **Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé.** Qu'est-ce qu'un centre de santé ? FAQ. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://lescentresdesante.com/centre-de-sante-questions-frequentes/>

ANNEXES :

- 1- **Sondage** (les résultats sous forme de tableau représentant l'intégralité des réponses sont adossés à la dernière page, à la fin de la table des matières.)

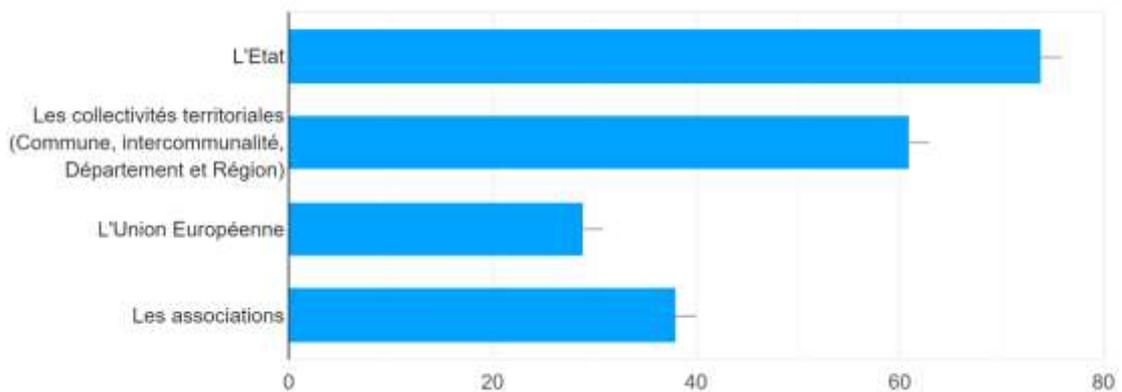
Qu'est-ce que pour vous, être en bonne santé ? (Plusieurs réponses sont possibles)

82 réponses



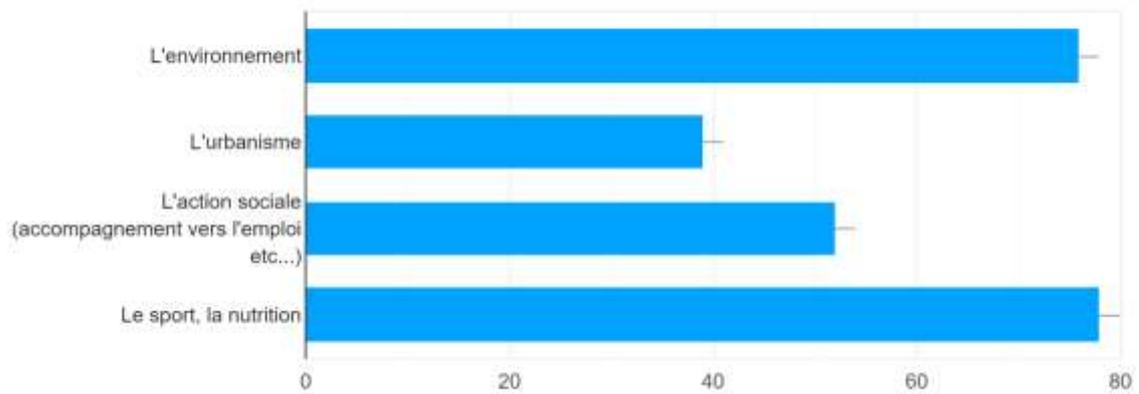
D'après vous, quels acteurs peuvent agir sur votre santé (de manière plus ou moins directe) ?

82 réponses



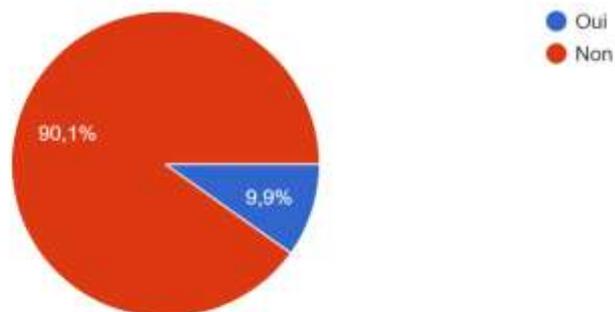
Pensez vous que la santé puisse être liée de manière plus ou moins directe à: (cochez les cases):

82 réponses



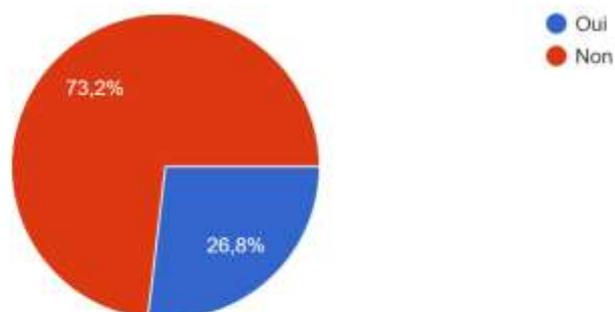
Pensez vous que toutes les collectivités territoriales puissent agir de manière égale/équivalente dans le domaine de la santé ?

81 réponses



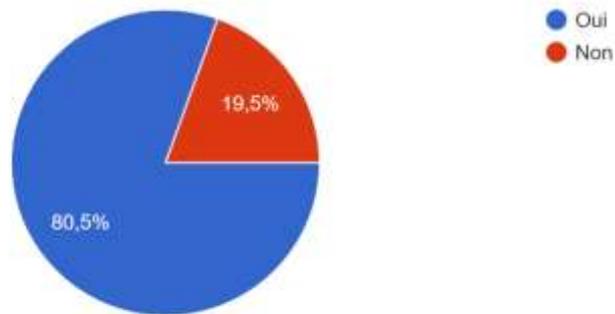
Pensez vous que l'Etat a pleinement joué son rôle, et ce, de manière efficiente en matière de santé publique ?

82 réponses



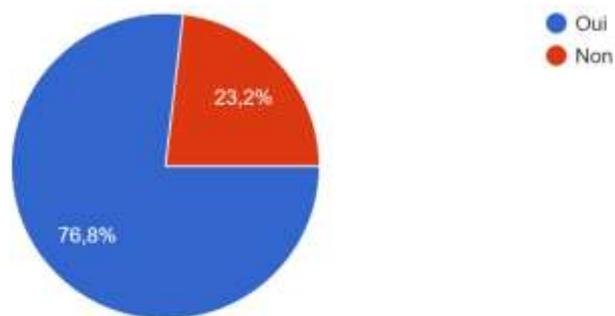
Les déserts médicaux (une offre de soin déficitaire entraînant par exemple des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé) font-ils partie de vos préoccupations ?

82 réponses



Avez vous déjà renoncé à prendre rendez-vous pour des soins (chez un spécialiste : dentiste, dermatologue, ophtalmologue, gynécologue...) du fait d'une faible réactivité dans les disponibilités du praticien ?

82 réponses



2- **Carte de découpage** régional en territoires de démocratie sanitaires. Disponible en ligne :

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/7194/download?inline>





Paris, le ~~5~~ MAI 2020

La Ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales et,

Le Ministre chargé des collectivités territoriales

A

Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département

Objet : Intervention des collectivités locales en faveur des entreprises

De nombreux départements ont manifesté leur volonté de soutenir les entreprises présentes sur leur territoire et particulièrement fragilisées par les conséquences économiques et sociales de l'épidémie de Covid-19.

A cet effet, nous souhaitons vous rappeler que l'ordonnance n°2020-317 du 25 mars 2020 a créé un fonds de solidarité à destination des entreprises. Celle-ci prévoit la faculté pour les régions de contribuer à un fonds d'aide initié et financé principalement par l'Etat. Elle permet au bloc communal de financer directement, par convention avec l'Etat, des aides aux entreprises en dehors de sa compétence habituelle, l'immobilier d'entreprise. Enfin, elle autorise, à titre exceptionnel, les départements qui le souhaitent à financer les aides aux entreprises par le biais de leurs contributions.

Ce fonds apporte une réponse puissante, rapide, évolutive et coordonnée sur l'ensemble de notre territoire tout en répondant à un objectif de proximité visant les petites entreprises. Ses modalités d'attribution sont simplifiées, et, s'agissant du « deuxième étage » du fonds, décentralisées. Initialement doté de 750 M€ par l'Etat, le fonds vient d'être porté à 6,25 Mds€, auxquels s'ajoute un engagement de 500 M€ de la

part des régions. Nous veillerons à ce qu'il permette de répondre à l'ensemble des besoins. A ce jour, il a déjà permis d'aider plus de 780.000 entreprises pour un montant supérieur à 1 milliard d'euros.

A titre dérogatoire et exclusivement pour ce fonds national, les contributions des collectivités seront inscrites en dépenses d'investissement et non en dépenses de fonctionnement. Naturellement, les collectivités qui apporteront leurs contributions seront informées des entreprises situées sur leur territoire qui bénéficient de cette aide et pourront valoriser leur action.

En dehors de ce fonds, la répartition des compétences en matière d'aides aux entreprises demeure inchangée.

En application de l'article L. 1511-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT), les régions disposent d'une compétence exclusive pour la définition des régimes d'aides aux entreprises et pour décider de l'octroi de ces aides. Par conséquent, les départements et le bloc communal ne peuvent pas mettre en œuvre leurs propres dispositifs de soutien aux entreprises, y compris lorsque celles-ci œuvrent dans le domaine du sport, du tourisme ou de la culture. Plus spécifiquement, les départements ne peuvent pas non plus abonder les régimes d'aides définis par la région, cette possibilité étant réservée au seul bloc communal. Si le bloc communal peut se voir déléguer tout ou partie de l'octroi des aides régionales, la compétence de la région en matière d'aides aux entreprises n'est pas délégable en tant que telle.

Le respect de ces règles assure que l'Etat et les collectivités se mobilisent de façon coordonnée pour soutenir les entreprises comme les populations les plus fragilisées par la crise sanitaire. Elles permettent par ailleurs aux chefs d'entreprise de disposer d'un guichet de référence sur leurs demandes d'aides, sans avoir à se tourner vers de multiples interlocuteurs disposant de mécanismes voisins, voire concurrents.

Nous souhaitons appeler votre attention sur les attentes particulières en ce qui concerne les départements.

Au moment où les départements vont être confrontés à de probables tensions sur leurs recettes de fonctionnement (notamment du fait de la baisse des droits de mutation à titre onéreux), ils doivent pouvoir concentrer leurs moyens financiers pour exercer les compétences en matière d'action sociale, médico-sociale et de dépendance dont ils sont responsables. Ces postes de dépenses seront fortement mobilisés dans la crise et dans l'après-crise : il faut garantir aux départements les moyens d'être au rendez-vous des attentes des Français sur ces questions.

Ainsi, si la définition et l'octroi des aides à l'immobilier d'entreprises relèvent de la seule compétence du bloc communal en application de l'article L. 1511-3 du CGCT, l'octroi de ces aides peut être délégué, en tout ou partie et par convention, au département. Cela permet au département de financer ces aides dans le cadre fixé par le bloc communal.

Les départements conservent en outre la faculté d'octroyer, de manière autonome, des aides spécifiques telles que les aides aux professionnels de santé et à

l'exploitation de salles de cinéma. Ces aides visent la pratique libérale de la médecine et permettent aux départements de subventionner les maisons médicales qui participent à la permanence des soins. Ils disposent également de moyens d'action pour aider les entreprises agricole, forestières ou halieutiques, dans les conditions prévues par l'article L. 3232-1-2 du CGCT, c'est-à-dire par convention avec la région et seulement pour certaines opérations.

Les départements peuvent aussi intervenir dans le domaine de l'économie sociale et solidaire en se fondant sur une de ses compétences fixées par la loi, dès lors que son intervention a pour finalité le soutien direct à des populations vulnérables ou à une action relevant de ses compétences.

En dehors du droit des aides aux entreprises dont le contour est clairement défini, un département peut apporter des soutiens à des personnes physiques, dans son champ de compétence, notamment pour prévenir ou prendre en charge des situations de fragilité. Il peut par exemple apporter des secours d'urgence aux personnes en situation de fragilité économique ou sociale dans le cadre de sa compétence d'action sociale. Ces aides ne peuvent être dédiées à un public spécifique que sur un fondement lié à la situation sociale et financière objective et ne doivent donc pas être un moyen de contourner l'interdiction d'aide directe à une entreprise. Il peut subventionner les associations qui n'exercent pas une activité économique dès lors que l'activité de celles-ci correspond à son domaine de compétence.

Il vous revient de rappeler ces modalités d'intervention et ces possibilités aux collectivités territoriales souhaitant s'investir dans le soutien à l'activité économique notamment si des interventions y contrevenant étaient envisagées. Si, malgré ce dialogue préalable nécessaire, des décisions ne respectant pas le cadre légal sont adoptées, nous vous demandons d'exercer le contrôle administratif nécessaire.



Jacqueline GOURAULT



Sébastien LECORNU

Table des matières

<i>Introduction</i>	P1
PARTIE 1 – La santé publique : une compétence monopolistique de l’État, des collectivités évincées	P6
CHAPITRE 1 – De la déconcentration des politiques de santé sans réelle volonté d’impulsion décentralisatrice	P6
Section I – La construction progressive d’un État capable d’imposer sa volonté	P6
Paragraphe I – Fondements de la construction d’une omniprésence Étatique dans le domaine sanitaire	P7
A- Époques du Moyen-Âge à la Révolution : marqueurs transitionnels d’un État désintéressé à un État interventionniste en matière de santé publique.....	P7
B- Une politique de santé centralisée, juridiquement justifiée par un motif d’égalité d’accès aux soins des citoyens	P10
Paragraphe II – Vers un État législateur au détriment d’une coopération avec les autorités décentralisées	P11
A- Le projet de loi, un avantage traditionnel de l’État garanti par la Constitution.....	P12
B- Une prééminence Étatique favorisée par une multiplication du recours aux ordonnances.....	P16
Section II – Une régionalisation des politiques de santé, en manque de démocratie décentralisée	P18
Paragraphe I - Une organisation de la direction bicéphale des Agences Régionales de Santé au détriment des collectivités	P18
A- Un manque de représentativité des collectivités au sein du conseil d’administration des Agences Régionales de Santé.....	P18
B- Une présidence du conseil d’administration controversée et des attributions jugées trop restrictives.....	P21
Paragraphe II – Autres organes de l’Agence Régionale de Santé : un rôle circonscrit des collectivités dans l’élaboration du Projet Régional de Santé	P24
A- Une conférence régionale de la santé et de l’autonomie en manque de concertation.....	P24

B- La commission de coordination des politiques publiques de santé : outil de légitimation des collectivités borné par le législateur	P27
CHAPITRE 2 – D’un État volontairement replié sur lui-même aux conséquences territoriales.....	P29
Section I – L’insuffisance des moyens accordés aux collectivités territoriales.....	P29
Paragraphe I - Une territorialisation des politiques illégitime : distorsion entre attentes et réalité.....	P29
A- Paradigme d’une définition de territoires de démocratie sanitaire et les zones du schéma régional de santé sans association décentralisée.....	P30
B- Les conseils territoriaux de santé : une efficacité contrariée par une organisation contre-intuitive.....	P32
Paragraphe II – La contractualisation et le conventionnement : des leviers d’action réels souffrant d’une inclusivité limitée.....	P33
A- Les contrats locaux de santé : une démarche descendante-ascendante comprise par l’aspect financier.....	P34
B- Le mécanisme de délégation de compétences État-Collectivités par conventionnement : une opportunité limitée.....	P37
Section II – De l’inefficience des actions menées par l’État central et déconcentré.....	P39
Paragraphe I – Après « Paris et le désert français », les zones urbaines et les déserts médicaux.....	P39
A- Des collectivités non associées à la détermination des déserts médicaux.....	P39
B- Les déserts médicaux, faute d’une inclairvoyance du pouvoir central.....	P41
Paragraphe II – Illustration des conséquences de l’effondrement d’un système de santé sur les collectivités.....	P43
A- Des Services Départementaux d’Incendie et de Secours surchargés : conséquence sur les finances décentralisées d’un système de santé en péril.....	P43
B- L’amenuisement des personnels médicaux, risque d’un dépérissement des missions de Protection Maternelle et Infantile.....	P46

PARTIE 2 – Des collectivités dotées de leviers d’actions : palliatif à un État désintéressé de la décentralisation sanitaire	P49
CHAPITRE 1 – Antagonisme entre compétences directes et compétences indirectes à la santé	P49
Section I – Des compétences légales obligatoires à géométrie variable en matière de « santé locale »	P49
Paragraphe I – Des compétences issues d’obligations légales particulièrement restrictives	P50
A- Communes, intercommunalités et régions : des compétences résiduelles en matière d’obligations légales.....	P50
B- L’échelon départemental : des compétences relativement plus étoffées en matière de santé.....	P52
Paragraphe II – La mise en œuvre de compétences facultatives en matière de santé, témoin d’une volonté participative	P54
A- Les centres de santé : outils de lutte contre les déserts médicaux : quand les collectivités pallient la carence de l’État	P55
B- La mise en œuvre de conseils locaux de santé mentale : une conception plus large de la santé.....	P56
Section II – Des leviers d’actions dites ricochets sur les déterminants de santé : un large panel à disposition des collectivités	P60
Paragraphe I – L’action indifférenciée sur le milieu de vie, l’écosystème	P60
A- L’urbanisme et l’aménagement du territoire : conséquences de l’espace sur la santé.....	P60
B- L’action environnementale des collectivités : moyen de préservation de la santé des citoyens.....	P63
Paragraphe II – L’action différenciée : tenir compte des disparités individuelles	P68
A- L’action sociale : un levier sous-estimé sur les déterminants environnementaux socioéconomiques.....	P68
B- Le sport et la nutrition : contrer les déterminants biologiques et génétiques grâce aux déterminants comportementaux.....	P71

CHAPITRE 2 – Enjeux de pouvoir et défis de demain : la coopération au profit du territoire.....	P74
Section I – Coopération et intelligence collective au profit du territoire.....	P74
Paragraphe I- « L’association » comme moyen de relégitimer l’action des collectivités territoriales.....	P74
A- L’Union Européenne, « <i>association volontaire d’États</i> », incubatrice d’actions par le biais de fonds européens.....	P74
B- La forme associative : création de véritables réseaux de collectivités.....	P78
Paragraphe II – L’innovation locale au profit de la santé : outils de démocratisation de l’accès aux soins.....	P81
A- Le numérique ou la digitalisation de l’accès à la santé comme vecteur de démocratisation.....	P81
B- Mutuelles communales : lorsque les collectivités démocratisent le remboursement de soins.....	P84
Section II – Concurrence entre collectivités et acteur Étatique : faire face à de nouveaux défis.....	P86
Paragraphe I – Le pouvoir de police du maire : un pouvoir règlementaire fragmenté.....	P87
A- Une compétence à priori étendue.....	P87
B- Une compétence en pratique concurrencée par les polices spéciales réduisant l’action communale.....	P89
Paragraphe II – Les finances : source de projets et d’inégalités territoriales.....	P91
A- Vers des conflits de compétences entre collectivités : l’exemple des régimes d’aides.....	P92
B- La lutte des collectivités contre les déserts médicaux par le biais financier : mise en exergue d’inégalités territoriales	P95
Conclusion	P98
Bibliographie	P101
Annexes.....	P119