

**DÉVELOPPER UNE POLITIQUE TERRITORIALE EN SANTÉ**  
RETOUR D'EXPÉRIENCE DE SIX INTERCOMMUNALITÉS





# INTRODUCTION

Les situations diffèrent selon les réalités et situations socio-économique, géographique, démographique, de chaque territoire, mais **la quasi-totalité des territoires est aujourd'hui confrontée aux tensions de la démographie médicale** (dont une stagnation prévisionnelle des effectifs de médecins jusqu'en 2030<sup>1</sup>), dans un contexte où les besoins en santé vont en s'accroissant, notamment par l'augmentation de la population, de son vieillissement et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques.

Centres de vaccination mis en place en un temps record, mise à disposition de locaux et matériel, relais de proximité de la sensibilisation aux habitants, équipes mobiles : les initiatives territoriales dans le domaine de la santé ont été mises en lumière durant les deux dernières années de crise sanitaire.

Autre enseignement de la crise : **le rappel de la « globalité » de la santé, au sens de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946<sup>2</sup>**, qui dépasse la seule vision curative, sanitaire, de la santé. La transversalité et la pluralité des déterminants de santé, l'interdépendance entre bien-être physique et mental, ont des effets sur l'habitat, les modes de déplacement, les conditions de travail, la qualité de l'air, de l'alimentation et de l'eau... Ces éléments appellent à **une éducation continue à un bon état de santé**, par la voie de la prévention et de la promotion en santé ; prodiguées de manière coordonnée et pluriprofessionnelle entre les acteurs. **Les déterminants de santé constituent aussi autant de facteurs sur lesquels l'intercommunalité est devenue compétente et organise les politiques publiques correspondantes** à l'échelle du bassin de vie.

**La contribution intercommunale à l'organisation territoriale de l'offre de soins s'inscrivait déjà au sein d'un cadre d'intervention réglementé : centres de santé, aides aux médecins et étudiants médecins, installation de professionnels en exercice coordonné, etc.** Si la crise n'a pas remis en question la prérogative régaliennne de l'organisation sanitaire, devant garantir l'égalité d'accès aux soins sur le territoire, **elle a en revanche intensifié les grandes difficultés auxquelles est confronté notre système de santé.** Déséquilibre entre ville et hôpital, logique gestionnaire (tarification à l'activité, fermeture de lits d'hôpitaux et d'unités de proximité), absence d'une politique publique de prévention et promotion de la santé... ont par exemple pour conséquences l'engorgement régulier des services d'urgence, un maillage territorial de l'offre de soins parsemé, le cloisonnement de l'exercice de chaque professionnel de santé.

**L'intercommunalité dispose ainsi d'une capacité et d'un cadre d'action pouvant contribuer à la mise en place de solutions d'urgence, de court et moyen terme. Le prisme de la santé globale et sa correspondance avec l'ensemble des politiques publiques déployées par l'intercommunalité révèle également sa contribution en termes d'actions de santé publique et de prévention, envisagées sur du long-terme mais dont les jalons doivent être posés dès à présent, dans le cadre actuel du renouveau de notre système de santé.**

• Pourquoi et comment se saisir du cadre existant, **quelles sont les premières étapes et plus-value d'une démarche en santé initiée à l'échelle du bassin de vie ?**

• Comment les intercommunalités s'approprient-elles le **Contrat local de santé (CLS)**, outil de contractualisation avec l'Agence régionale de santé (ARS) ? **Quels en sont les freins et leviers observés à leur échelle ?**

• **Quelles dynamiques partenariales tisser pour déployer collectivement une palette de réponses adaptées** (au public cible, aux échelles temporelles, aux compétences de chaque acteur) ?

Le présent Focus s'inscrit dans les travaux de la commission Cohésion sociale » de *Intercommunalités de France* et souhaite proposer quelques premiers éléments de réponse, sans prétendre à l'exhaustivité, **en partant de l'expérience de six intercommunalités<sup>3</sup>** :

- Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault (Occitanie) ;
- Seine-Eure Agglo (Normandie) ;
- Haute-Corrèze Communauté (Nouvelle Aquitaine) ;
- Grand Besançon Métropole (Bourgogne-Franche-Comté) ;
- Châteauroux Métropole (Centre Val-de-Loire) ;
- Terres de Montaigu (Pays-de-la-Loire).

**Ces six intercommunalités permettent de couvrir différentes configurations territoriales, différentes approches et engagement en santé, ainsi qu'un niveau varié d'avancement dans la démarche de Contrat local de santé (CLS).**

**A partir de la lecture de leur CLS respectif, Intercommunalités de France a eu l'opportunité d'effectuer des visites terrain et des entretiens semi-directifs avec un grand nombre d'acteurs locaux que l'association remercie pour leur disponibilité : élus, agents, professionnels de santé, coordinatrices de CLS... Cette riche matière première a permis de dégager des points communs entre ces territoires, des éléments phares dans les étapes de construction d'une politique publique de santé et d'accès aux soins.**

**Trois messages clés caractérisent leur engagement en la matière et le développement d'une stratégie à l'échelle de l'intercommunalité :**

- Le bassin de vie est une échelle propice aux dynamiques de coordination ;
- Le contrat local de santé est un outil au service d'une stratégie territoriale en santé ;
- Les stratégies déployées par les territoires contribuent aux solutions en matière de démographie médicale.

**Cette synthèse est complétée par six monographies, restituant brièvement les histoires en santé et un ou plusieurs aspects particulièrement inspirants des démarches mises en place par les intercommunalités interrogées.**

<sup>1</sup> « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projection démographique », Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021.

<sup>2</sup> Dans le préambule à sa Constitution en 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 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 ».

<sup>3</sup> La liste des personnes rencontrées à l'occasion de ce travail figure en annexe.



# Sommaire

## P. 02 INTRODUCTION

## P. 05 1 - LES TROIS GRANDS ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES ENQUÊTES DE TERRAIN

P. 06 | S'appuyer sur les bassins de vie pour développer des dynamiques de coordination

P. 09 | Le contrat local de santé, un outil au service d'une stratégie territoriale en santé

P. 11 | Les stratégies déployées par les territoire en matière de démographie médicale

## P. 14 2 - LES PORTRAITS EN SANTE DES SIX INTERCOMMUNALITES

P. 15 | Terres de Montaignu : un seul et même périmètre pour les domaines de la santé et du social

P. 17 | Seine-Eure Agglo : acculturer à la santé globale pour renforcer l'autonomie de chacun

P. 18 | Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault : aller vers des partenariats efficaces à l'échelle du bassin de vie

P. 19 | Grand Besançon Métropole : tisser les liens entre santé et environnement

P. 21 | Châteauroux Métropole : développer l'attractivité médicale

P. 22 | Haute-Corrèze Communauté : agir en complémentarité des professionnels de santé et autres collectivités territoriales

## P. 24 3 - ANNEXES

P. 25 | Pour une responsabilité territoriale des acteurs de la santé : Extrait de la feuille de route des Intercommunalités de France pour la législature 2022-2027

P. 26 | Chiffres clés

P. 27 | Liste des personnes rencontrées

P. s29 | Ressources bibliographiques



1- LES TROIS GRANDS  
ENSEIGNEMENTS  
TIRÉS DES ENQUÊTES  
DE TERRAIN

# S'APPUYER SUR LES BASSINS DE VIE POUR DÉVELOPPER DES DYNAMIQUES DE COORDINATION

Au croisement de différentes politiques publiques impactant les déterminants de santé et cadre de vie, l'intercommunalité apparaît comme une contributrice essentielle à la santé globale des habitants, ainsi qu'à l'infusion de ce concept dans différents domaines de l'action publique. Cette position peut en outre être renforcée par la coopération avec les professionnels de santé rassemblés par exemple en Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), et par le déploiement d'un Contrat local de santé (CLS) à l'échelle du bassin de vie.

## Faciliter l'interconnaissance entre les acteurs de la santé et l'intercommunalité

Régulièrement sollicités par les habitants sur les tensions de l'offre de soins depuis une dizaine d'années et face à l'ampleur des enjeux (d'attractivité médicale, de vieillissement de la population, d'augmentation du nombre de personnes sans médecin traitant, de changement climatique), **les intercommunalités ont développé une approche partenariale et globale:**

- Création d'une commission santé (Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault);
- Mise en place d'un réseau territorial de promotion en santé (Seine-Eure Agglo);
- Installation, plus récente, d'un Conseil local de santé publique<sup>4</sup> (ville de Besançon dont les rapports rayonnent à l'échelle de l'intercommunalité) et du Conseil d'organisation de la santé (Châteauroux Métropole).

Ces démarches ont progressivement permis d'initier, à l'échelle du bassin de vie, des concertations et diagnostics partagés sur la santé, entre les élus, les professionnels de santé, les représentants d'usagers et les associations.

Les différentes entretiens menés permettent d'affirmer que l'échelle de l'intercommunalité:

- **Renforce le positionnement des acteurs** (« *Un maire tout seul n'est pas assez fort pour faire face à la profession (médicale)* », Antoine Chéreau, président de Terres de Montaigu);
- **Prévient des effets de concurrence**<sup>5</sup>;
- **Contribue à un meilleur équilibre de l'offre sur l'ensemble des communes** : « *L'échelle intercommunale en santé permet d'avoir à la fois une répartition des ressources et une complémentarité* » (Stéphane Champeyrol, Chef de service santé, Conseil départemental de la Corrèze). Cette capacité de maintien d'équilibre a notamment justifié la volonté d'étendre les CLS existants à l'échelle intercommunale, pour déployer les actions sur l'ensemble des communes.

<sup>4</sup> Ainsi le Conseil Local de Santé Publique (CLASP) de la Ville de Besançon a été saisi de la question de la coordination des actions de prévention et promotion de la santé sur les addictions aux substances illicites, thématique majeur de la feuille de route élus. « C'est la dimension territoriale «GBM» qui a été prise en compte. Dans ce contexte, il faut noter les efforts faits dans le cadre du Contrat de Ville (responsabilité de GBM) pour faire travailler ensemble les associations de prise en charge des addictions pour monter l'Unité Mobile, concrétisée en 2020 avec un financement partagé avec l'ARS (action inscrite au CLS). » Prof D.A. Vuitton, - Professeure émérite des universités en Immunologie Clinique-santé et Environnement-Maladies émergentes et ré-émergentes-Linguistique et médecine-Vaccinologie-Sécurité sanitaire des aliments et compléments alimentaires; coprésidente du CLASP.

<sup>5</sup> « Quant aux rémunérations des professionnels de santé par les élus, cela incite à la surenchère et à des effets de concurrence » (CPTS Haute-Corrèze Ventadour).

## Conforter le binôme intercommunalité – CPTS: la rencontre nécessaire entre deux instances de coordinations

Les CPTS sont conçues pour faciliter leur organisation, fluidifier les parcours, renforcer le maillage territorial de l'offre de soin : « *avec des échanges indépendants des objectifs syndicaux, la CPTS est là pour l'intérêt général du territoire* » (Laurence Philippe, présidente de la CPTS Châteauroux & Co).

**Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent adopter le périmètre du bassin de vie** pour la mise en œuvre de leur projet de santé, qui rassemble différents professionnels de santé. Par exemple, la CPTS CaPaciTés Besançon et Métropole en cours de création aura pour périmètre celui du CLS de l'intercommunalité; et la CPTS Châteauroux & Co couvre également le territoire de Châteauroux Métropole, en plus d'être signataire du CLS.

Ce n'est pas le cas sur l'ensemble des six intercommunalités, même si cela n'empêche pas dialogue et actions communes, comme dans le cas de Haute-Corrèze communauté.

---

«*Nous souhaitons plus de collaboration entre les professionnels de santé, à travers la CPTS et l'intercommunalité. C'est indispensable aux uns et aux autres. L'échelon intercommunal est nécessaire pour discuter avec tout un territoire plutôt que commune par commune*».

---

**Daniel Buchon**, médecin généraliste, président de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour

## Développer au sein de l'intercommunalité une acculturation à la santé globale

Les réseaux en santé initiés par l'intercommunalité ou dans le cadre de son CLS soulignent l'importance de l'interconnaissance entre les acteurs. Concernant la **sensibilisation « entre pairs » aux enjeux de santé globale**, le cas de Seine-Eure Agglo est intéressant. En effet, si « la sensibilisation aux autres élus et agents sur la centralité du bien-être dans le projet de territoire ne s'est pas faite de manière mécanique » (Laurence Bourgoise, directrice des cohésions territoriales), le travail par modules thématiques en e-learning durant les confinements a porté ses fruits, puisque la commission santé de l'intercommunalité a connu du succès lors du retour des travaux en présentiel. Ces modules, préparés en interne, portaient sur la santé globale/ qualité de vie; alimentation/ aménagement; promotion de la santé/ « encapacitation », sport sur ordonnance, compétences psycho-sociales, offre et accès aux soins.

## Infuser la santé globale au sein des politiques publiques intercommunales

Par ses différentes politiques publiques impactant les déterminants de santé, l'intercommunalité peut constituer le **lieu propice à l'animation d'une vision globale en santé**.

---

*« Même si on n'a pas la compétence, l'important est la manière globale d'agir, en lien avec les autres politiques publiques »*

---

**Claude Durand**, Vice-président santé, affaires sociales et grand âge, Terres de Montaigu

Tout d'abord, cette vision globale se traduit par **une « infusion » du sujet santé au sein des différents projets portés par le territoire**, à commencer par le projet de territoire : « La fusion des intercommunalités de notre territoire a également apporté des moyens et un investissement pour la santé plus importants. On retrouve d'ailleurs la santé dans le projet de territoire depuis la création de Haute-Corrèze Communauté. Il est essentiel de créer des ponts, seul dans son coin on n'arrive à rien » (Pascal Montigny, Vice-président santé, Haute-Corrèze Communauté).

Ensuite, **la santé peut se retrouver dans différentes politiques publiques menées par l'intercommunalité** : « c'est vrai que le fil rouge dans nos politiques, c'est la santé, ça sous-tend le Plan climat air énergie territorial, le Programme alimentaire territorial. L'objectif c'est bien d'améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la population dans l'ensemble des domaines » (Françoise Presse, conseillère communautaire Grand Besançon métropole), pour créer

les conditions à une approche décloisonnée.

Comme évoqué précédemment sur l'acculturation en interne à la santé globale, l'inscription de la santé dans différents projets intercommunaux résulte d'un **travail progressif**. Laurence Bourgoise (Directrice des cohésions territoriales, Seine-Eure Agglo) caractérise ainsi cette approche : « Il s'agit d'alimenter les politiques publiques par le prisme de la santé et du bien-être, lui-même adossé à une méthodologie de faire réseau, puis d'incruster la santé dans les politiques publiques ». De même, la mutualisation des services sur la santé est un facteur favorisant la transversalité et la gestion décloisonnée, par exemple :

- La direction hygiène santé de la ville de Besançon, à laquelle est rattachée la chargée de mission Contrat local de santé, est intégrée au sein du pôle Action sociale et citoyenneté, tout comme le CCAS de Besançon ;
- A Châteauroux Métropole, le service communal hygiène et santé publique, auquel est rattaché le déploiement du CLS, est intégré au sein de la direction cohésion sociale, elle-même membre du pôle mutualisé Services à la population.

Ces connexions peuvent également se retrouver dans le pilotage politique, avec un binôme entre la ville et l'intercommunalité, ou entre deux délégations « voisines » :

- Grand Besançon Métropole : Christian Magnin-Feysot, vice-président en charge du déploiement du CLS sur le territoire, CHU, accessibilité, relations avec l'AUDAB, et Gilles Spicher, adjoint à la ville en charge de la santé, de l'hygiène et de la commission sécurité ;
- Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault : Véronique Neil, vice-présidente à l'environnement, vice-présidente de la commission cadre de vie, et David Cablat, vice-président à l'action sociale ( enfance, jeunesse, parentalité, sport, santé, mobilité) et vice-président de la commission services de la vie quotidienne ;
- Seine-Eure Agglo : Anne Terlez, vice-présidente de la commission Transitions durables/ Politique de la ville/ Habitat<sup>6</sup> et Nathalie Breemeersch, vice-présidente de la commission santé. « C'est important d'être plusieurs sur un même sujet » (Nathalie Breemeersch) ;
- Châteauroux Métropole : Pascale Bavouzet, vice-présidente déléguée à la santé et Philippe Simonet, délégué aux finances et à la santé sur la ville.

<sup>6</sup> Et vice-présidente du Conseil départemental de l'Eure en charge de la santé, de la lutte contre la pauvreté, des personnes âgées et du handicap, vice-présidente d'Intercommunalités de France et présidente de la commission cohésion sociale.

## Affirmer le bassin de vie comme unique périmètre de diagnostic

Parce qu'elle est progressivement devenue l'échelle du quotidien des habitants (emploi, transports, services de proximité, activités culturelles et de loisirs), l'intercommunalité, au regard des 6 entretiens, semble être le lieu pertinent au **développement d'une expertise** recoupant les données sociales et économiques du territoire, à tous les âges de la vie, **dans la perspective d'aller vers une stratégie intercommunale en santé**, qui réponde aux besoins identifiés, tout en composant avec les domaines de compétence de chaque acteur.

En ce sens, l'**Analyse des besoins sociaux**<sup>7</sup>(ABS) **intercommunale** est une ressource pour connaître son périmètre, les acteurs et les publics, et établir des projections à cette échelle ; avec, comme dans le cas de Terres de Montaignu, « une maille communale identifiée à l'intérieur. On a une ABSI avec des communes qui ont à l'intérieur leurs données communales » (Jean De Labarthe, DGA en charge du pôle cohésion sociale). Disposer d'un diagnostic à l'échelle de l'intercommunalité la conforte dans son rôle de spécialiste de son territoire et peut également enrichir les autres acteurs, comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dans une logique d'addition des forces et ressources : « On a eu la chance d'avoir accès à l'ABS, et au diagnostic du CLS, ça a été très intéressant pour nous » (Florence Delcey, présidente de la CPTS CaPaciTés Besançon et Métropole).

**L'échelle du bassin de vie semble adaptée à une politique de santé territorialisée ; elle ne fait pas à la place des communes, ni à la place des professionnels de santé, mais assume un rôle d'assembler.**

**L'intercommunalité agit déjà par ailleurs via l'ensemble des politiques dont elle a la responsabilité :**

- Pour la santé environnementale : urbanisme et aménagement du territoire, transition écologique, mobilités, qualité de l'air ;
- Pour la santé mentale et la prévention/ éducation à la santé tout au long de la vie : action sociale d'intérêt communautaire, éducation, enfance, jeunesse, parentalité, grand âge.

Cette échelle garantit à la fois **la mobilisation des acteurs en hyper-proximité** (via les communes notamment) et une **vision assez large** pour analyser l'ensemble des enjeux, des blocages et des solutions possibles sur un territoire. C'est progressivement à cette échelle que les contrats locaux de santé sont signés. Le CLS constitue un outil permettant de cadrer ces dynamiques territoriales en santé ou de les initier. Si sa démarche partenariale est souple, elle suppose néanmoins une nécessaire connaissance de l'écosystème des acteurs, d'où l'importance des étapes préalables de diagnostic.



<sup>7</sup>L'Union nationale des CCAS et CIAS (UNCCAS), précise que l'analyse des besoins sociaux (ABS) est une obligation légale des CCAS/CIAS et constitue « un outil d'aide à la décision visant à les aider à établir la feuille de route de leur intervention et à assurer leur mission de coordinateur des politiques sociales. La compréhension des besoins existants ou à venir des populations de leur territoire constitue le cœur de cette démarche ambitieuse, qui se décompose en plusieurs étapes » (<https://www.unccas.org/-analyse-des-besoins-sociaux-abs-13->).



# LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ, UN OUTIL AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE TERRITORIALE EN SANTÉ

Un outil souple, qui facilite le portage politique de la santé à l'échelle intercommunale

Le contrat local de santé vise la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales en santé, par la coordination des acteurs, la mutualisation des moyens et la mise en cohérence du Projet régional de santé (porté par l'ARS) avec les politiques menées à des échelles plus fines. Ce contrat assoie l'intercommunalité, dans son rôle de coordination, de dynamiques de mutualisation et complète son expertise en matière de santé. Il renforce l'interconnaissance des acteurs et identifie les domaines de compétences de chacun pour agir en complémentarité : « *il faut que l'intercommunalité devienne spécialiste de son territoire sur le volet santé et social. Pour ça, il faut créer notre crédibilité auprès des acteurs, que ça se coule bien avec nos besoins. Le premier acte de notre réussite de politique en santé, c'est d'avoir obtenu, avec l'appui de la direction générale de l'ARS à l'époque, que le périmètre du CLS soit le périmètre de Terres de Montaigne* » (Antoine Chéreau, président). Le cas de Terres de Montaigne illustre **l'importance d'une cohérence entre les périmètres et démarches en santé, mais aussi celle du portage politique du sujet santé** (dans le sens de santé globale) par l'intercommunalité.

Les intercommunalités interrogées témoignent d'une implication antérieure au CLS intercommunal, qui en est à sa deuxième génération pour certaines, et d'un positionnement, d'une vision davantage stratégique que réglementaire : « *Si la santé n'est pas une compétence de l'intercommunalité, le CLS a permis de créer les conditions pour. La santé est devenue le cœur névralgique du territoire* » (Jean-François Soto, président de la communauté de communes de la Vallée de l'Hérault).

Le CLS constitue aussi le cadre pour **déployer, faire connaître la culture de la prévention et l'importance des enjeux sanitaires sur l'ensemble des communes.**

Par exemple, à Châteauroux Métropole, l'extension du CLS à son échelle a permis de porter à la connaissance des élus et habitants les services et actions menés en termes de prévention, mais également de faire venir ces acteurs sur les communes, via des stands, les jours d'événements locaux et de les ancrer territorialement. « *Le CLS a permis de déployer la visibilité des actions de prévention à l'échelle de l'agglomération* » (Corinne Bordin, coordinatrice du CLS). Si le contrat référence des actions existantes ou à mettre en œuvre par la réponse à des appels à projet, il permet aussi le soutien d'action qui ne pourrait exister sans lui car ne répondant pas aux critères des aides de droit commun.

C'est le cas de la boutique Jeanne Antide à Besançon (accueil santé-social de personnes en grande précarité), qui a obtenu un financement de l'ARS pour ses actions en santé. L'inscription au CLS a permis de proposer des permanences de médecins généralistes pour les personnes accueillies et de vétérinaires pour leurs animaux. Les personnes démunies ne se feraient pas soigner si ces permanences n'existaient pas. « *Le CLS permet aussi ça, de porter des dispositifs qui ne rentrent pas dans le Code de la santé publique ni le code de l'action sociale mais qui rendent un service et répondent à un besoin local* » (Annie Malki, adjointe à la directrice de la délégation départementale du Doubs de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, référente du CLS de Grand Besançon Métropole).

## LES GRANDS PRINCIPES D'UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Il est signé entre l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales, binôme auquel peuvent être associés les services déconcentrés de l'Etat, les acteurs de la santé et les associations.

### Les axes d'intervention les plus fréquents :

- L'offre de soins : son développement et le renforcement de l'accessibilité économique, géographique, culturelle des soins ;
- L'accompagnement médico-social ;
- La prévention et promotion de la santé ;
- La santé mentale ;
- La santé environnementale.

### Les financements :

- Le contrat est financé dans le cadre du budget dédié de l'ARS (notamment pour le diagnostic préalable et une partie du poste de coordination du CLS), pouvant être complété par les collectivités signataires et les autres partenaires ;
- Les actions référencées dans le CLS sont financées dans le cadre des aides de droits communs, d'appels à projets spécifiques et crédits spécifiques relevant d'autres politiques publiques.

## Une ingénierie à renforcer, notamment pour l'animation du contrat

En dehors de l'ARS et de l'intercommunalité, la signature du CLS n'engage pas nécessairement à un soutien financier. **Le soutien à l'ingénierie du contrat par l'agence et la collectivité** porte essentiellement sur la réalisation du diagnostic préalable (données de l'Observatoire régional de santé, de l'ABS, questionnaires, focus group, etc.) et sur le poste de coordination du CLS, dont le financement est généralement partagé entre l'ARS et l'intercommunalité.

Pour la réalisation des missions d'animation et de coordination du CLS, l'intercommunalité peut ensuite s'engager sur un temps de secrétariat, pour le suivi administratif du dispositif (Châteauroux Métropole). Toutefois, les acteurs rencontrés font part d'une insuffisance des moyens dédiés à l'ingénierie du CLS.

## L'ouverture à d'autres démarches contractuelles

Les intercommunalités ont travaillé le CLS selon leur histoire en santé et au service de leur projet de territoire. **Cette approche, nécessairement transversale, se retrouve dans les partenariats mis en place**, par exemple avec l'Education nationale pour les actions d'éducation à la santé dès le plus jeune âge : « *La santé c'est une culture, une formation, une éducation, de l'information. Et si on ne le fait pas dès l'enfance, ça risque d'être trop tard. Tout le monde doit participer à cette éducation. Donc on fait système autour de l'Education nationale et de nos écoles* » (Anne Vignot, présidente de Grand Besançon Métropole).

L'intercommunalité semble être en capacité de coordonner son contrat local de santé **avec d'autres démarches de contractualisation à la même échelle**, et cette dynamique incarne bien le rôle d'assemblé et chef d'orchestre de l'intercommunalité. « *Le CLS est un des premiers outils de contractualisation en mode partenarial. Sa méthodologie a même inspiré d'autres contrats (contrat de ville, PLUI-H), avec cette logique de partir de l'espace de vie. Aujourd'hui, la démarche de la CTG, du Projet local éducatif et social se font sur ce même mode* » (Anne Terlez, vice-présidente de la commission Transitions durables/ Politique de la ville/ Habitat de Seine-Eure Agglo). La prise en compte de l'impact des déterminants de santé fait ainsi **dialoguer le CLS, le Plan climat-air-énergie territorial (PCAET) et le Projet alimentaire territorial (PAT)** de Grand Besançon Métropole, notamment pour des actions et objectifs croisés de sensibilisation et prévention à la qualité de l'air, de l'alimentation et au contrôle de l'ambroisie sur le bassin de vie.

Ces courroies de transmission entre les démarches permettent un meilleur déploiement de l'impact des actions : sensibilisation des publics scolaires, intégration d'indicateurs santé environnement dans les cahiers des charges, création d'un pollinarium sentinelle sur la zone universitaire à Besançon... Cette démarche de « vases communicants » peut même conduire l'intercommunalité à envisager un cadre renouvelé du CLS. Terres de Montaigne a ainsi décidé de **« fusionner » son contrat local de santé et la convention territoriale globale (CTG) dans un seul et même contrat signé avec l'ARS et la CAF**. Actions en santé à destination des jeunes, soutien et accompagnement à la parentalité... un certain nombre d'objectifs étaient communs aux deux contrats, il semblait plus pertinent et efficace de les réunir dans un seul document stratégique.

Le contrat local de santé offre un cadre précieux pour formaliser le rôle de l'intercommunalité en santé. Il représente un support, un outil souple, qui ne constitue pas une réponse en lui-même mais propose de rassembler les actions pouvant y contribuer. L'animation des liens entre les parties prenantes au CLS et le suivi des projets constituent des enjeux importants. Aussi, il serait intéressant de travailler, en lien avec les ARS, à la création d'équipes techniques dédiées au sein des services intercommunaux, c'est-à-dire de renforcer le poste de coordination du CLS.

**Face aux enjeux de démographie médicale ce contrat demeure une instance de coordination permettant de penser des partenariats avec d'autres collectivités, acteurs institutionnels, mutualistes, professionnels et établissements de santé pour mailler et répartir les solutions sur le bassin de vie**, contribuer à son attractivité médicale, mais également à l'attractivité de l'intercommunalité de manière générale, en intégrant la santé comme élément vecteur de développement économique.

# LES STRATÉGIES DEPLOYÉES PAR LES TERRITOIRES EN MATIÈRE DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Agir sur le cadre de vie plutôt que par des incitations financières isolées

Les causes des tensions actuelles sur la démographie médicale sont multifactorielles et aucune solution n'a pour l'instant été trouvée. Sans attendre, les intercommunalités interrogées s'impliquent, pour garantir intérêt général et cohésion sociale sur leur territoire. Les incitations financières et conditions privilégiées d'installation n'ayant pas fait leurs preuves, elles ont donc investi une vision stratégique en santé à l'échelle du bassin de vie, une vision globale intégrée au projet de territoire ; pour finalement **mettre en avant ce cadre de vie et attirer par un récit collectif autour du bien-être, du bien vivre.** « Il y a un lien entre l'attractivité territoriale, la qualité de vie et le rôle de l'intercommunalité. Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) proposent une qualité de travail mais il y a aussi tout le reste : enfants, conjoints, logement. L'intercommunalité permet d'avoir un guichet unique, elle connaît bien son territoire, pour accueillir quelqu'un selon ce qu'il cherche » (Daniel Buchon, médecin généraliste, président de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour).

Face aux difficultés de recrutement auxquelles est confronté le CHU de Besançon, Grand Besançon Métropole va apporter son soutien à une campagne de recrutement conjointe avec le Centre hospitalier, sous la bannière de la marque de territoire « Besançon booster de bonheur », à destination des grandes métropoles.

---

*« La question de la régulation des ressources de soin est un vrai sujet. Le système est très injuste, nous avons près de 30 % d'habitants sans médecin traitant ici. Mais il faut sûrement passer par l'attractivité plus que par la coercition. Mais l'attractivité peut aussi se faire aux dépens du voisin. Il faut réfléchir à un niveau supra par rapport à nos objectifs locaux »*

---

Laurence Philippe, médecin généraliste et co-présidente de la CPTS Châteauroux & co

Activer les complémentarités avec les professionnels de santé et les autres collectivités territoriales

Cette attractivité par le cadre et la qualité de vie, l'intercommunalité la travaille également dans une **démarche partenariale**, en articulant les moyens et dispositifs existants. Concernant plus particulièrement l'attractivité médicale et celle de nouveaux professionnels de santé et étudiants stagiaires, le **binôme entre la CPTS et l'intercommunalité** est intéressant. Il permet d'avoir deux « interfaces » de conciliation et de coordination se répartissant les rôles sur l'attractivité médicale, dans une logique d'équité territoriale et de respect des domaines de compétences. Comme l'indique Guy Lassalvy (président de la commission santé du Sydel du Pays Cœur d'Hérault) « concernant l'organisation des médecins généralistes, cela passe par la CPTS, avec qui nous avons un accord pour une ligne de travail cohérente ». Gilles Spicher (adjoint à la ville de Besançon en charge de la santé, de l'hygiène et de la commission sécurité) confirme cette analyse : « Je crois qu'on est quand même assez complémentaire avec la CPTS. Elle va s'occuper de l'organisation des filières de soin, de l'offre et permanence des soins et nous sur le CLS, on est plus sur le versant information, promotion, prévention sur les questions de santé ».

**Les partenariats établis avec d'autres collectivités territoriales, la région ou le département**, permettent également d'amplifier les conditions d'attractivité médicale de l'intercommunalité. Qu'il s'agisse de l'accueil d'étudiants stagiaires ou de l'installation de nouveaux professionnels, l'intercommunalité agit en termes d'aménagement, de foncier, de transports, de relai d'information ; tandis que la région ou le département prennent en charge les relations avec les facultés de médecine, l'organisation de week-end découverte, le salariat des professionnels exerçant en maisons ou centres de santé gérés par des collectivités.

A Châteauroux Métropole, l'agence d'attractivité du département *L'Indre en Berry* porte des actions de présentation du territoire aux forums professionnels, dans les facultés de médecine et l'accompagnement dans la recherche d'emploi pour le conjoint. De son côté, la ville de Châteauroux organise des soirées d'intégration des nouveaux arrivants et étudiants en santé, la mise à disposition d'appartements équipés en centre-ville, l'accès gratuits aux transports en commun...

A Haute-Corrèze Communauté, le département de la Corrèze est à l'initiative d'événements (« Tomber la blouse en Corrèze ») ou de l'accompagnement des collectivités dans l'installation de maisons et centres de santé. Sur certaines maisons et centres de santé gérés par l'intercommunalité ou les communes, des professionnels de santé sont salariés par le département.

### Agir dès les études en santé

Concernant l'attractivité des jeunes professionnels de santé, les leviers majeurs identifiés par les acteurs se situent sur la période de leurs études, par un lien, une interconnaissance entre les étudiants et les bassins de vie en amont des dernières années de leur dernier cycle. Tous les territoires sont loin de compter des facultés de médecine ou Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI), ce qui amoindrit également les possibilités d'une installation des professionnels de santé à l'issue de leurs études.

**D'où l'intérêt de transmettre dès le cadre de leurs premières années d'études des éléments sur l'exercice coordonné et les dynamiques territoriales,** l'exercice médical et la qualité de vie hors des métropoles et des littoraux.

La future CPTS CaPaciTÉS Besançon et Métropole a identifié cet enjeu de l'interconnaissance dès les études et propose d'accompagner les étudiants en fin de cursus pour les encourager à s'installer sur Grand Besançon Métropole. « On va développer des équipes de soins primaires sur les quartiers, qui sont en fait des équipes préfiguratrices de MSP. A l'heure actuelle, on n'en a que cinq, pour les mettre en place il faut un certain temps, d'où la mise en place de ces équipes avec les étudiants et avant la fin de leur cursus » (François Baudier, médecin de santé publique, chargé de mission pour la CPTS, président de la fédération des IREPS).

La CPTS souhaite également développer des séminaires pluriprofessionnels en fin de cursus, par exemple entre des internes de médecine générale, des infirmières en fin de cursus, des pharmaciens, mais aussi des assistantes sociales.

Un autre levier concernant la formation des futurs professionnels de santé réside dans **le développement des campus connectés**. C'est le cas de Châteauroux Métropole, dont l'Ecocampus de Châteauroux intègre un campus connecté depuis 2020. Le campus connecté propose depuis 2022 une formation en santé et l'IFSI déjà présent sur le territoire va s'installer sur le site de l'Ecocampus, et doubler sa capacité d'accueil d'étudiants.

A Besançon, tous les partenaires publics se sont mobilisés pour aménager et transformer le campus en profondeur, soit un investissement de près de 80 M€ d'ici 2025; le Grand Besançon Métropole porte la maîtrise d'ouvrage de la plupart. Par exemple, est programmée l'extension de l'Institut supérieur d'ingénieurs de Franche-Comté (ISIFC), la seule école d'ingénieurs centrée sur le dispositif médical et l'industrie des dispositifs médicaux en France. Grand Besançon Métropole a également soutenu financièrement l'ouverture de la formation en odontologie qui a débuté en septembre 2022.

Certaines initiatives visent également à renforcer **l'accessibilité des études de médecine dès le lycée**. Exemple avec l'association marseillaise le Sel de la vie<sup>8</sup> qui a ouvert en 2020 une écurie sociale et solidaire de médecine, Médenpharkiné. Cette prépa gratuite accompagne les étudiants issus des quartiers prioritaires aux concours en médecine, dentaire, pharmacie, kinésithérapie; grâce à un système de parrainage et de mentorat. L'association est soutenue par la métropole Aix-Marseille Provence et élargit progressivement ses partenariats (Apprentis d'Auteuil, Medibox, prépa en ligne), avec des résultats positifs de la démarche, puisque la dernière promotion d'étudiants accompagnés comptait 75 % de réussite aux épreuves. **En renforçant l'accessibilité aux études supérieures en santé, cette dynamique contribue à la diversification des profils des futurs professionnels de santé, et sur le long terme, renforce également la diversité géographique de leurs installations.**

C'est aussi le cas de l'initiative prise en 2021 par la communauté de communes Causses et Vallée de la Dordogne (Lot), avec la création d'une option santé dès le lycée, pour encourager les jeunes à s'installer ensuite sur le territoire. Concrètement, les enseignants travaillent l'option avec d'anciens élèves de médecine et médecins (dont visites et stages sur le travail) et un tutorat a été mis en place avec les étudiants de la Faculté de médecine de Limoges. Sur les cinq élèves de Terminale de la promotion 2021-2022, trois ont été admis en Parcours accès santé spécifique (PASS) à Limoges et un en école d'infirmiers<sup>9</sup>. Mais ces initiatives aux premiers bilans positifs ne remplacent pas un investissement national sur ces enjeux d'accessibilité aux études supérieures.

<sup>8</sup> Le Sel de la vie est à l'initiative d'acteurs et associations ayant participé à la plateforme solidaire L'après M, pendant la crise sanitaire (distribution de colis alimentaire, soutien à la continuité scolaire) et vise à lutter contre les inégalités des chances.

<sup>9</sup> Voir aussi le mensuel de janvier 2023 d'Intercommunalités de France, avec un retour d'expérience sur l'option santé dès le lycée: <https://www.intercommunalites.fr/app/uploads/2023/01/INTERCO-Magazine278-WEB.pdf>

## Intégrer la santé dans la stratégie de développement économique local

**La notion d'attractivité territoriale renvoie aussi au développement économique et au lien entre santé et développement économique.** A Grand Besançon Métropole un écosystème entre plusieurs activités en santé s'est progressivement dessiné autour de l'Etablissement français du sang (EFS), qui a toujours développé un travail de recherches avec le CHU et l'université de Franche-Comté.

L'intercommunalité a contribué à réunir acteurs et partenaires sur un même site et accompagne cet écosystème. En proximité du CHU, de l'EFS, de l'université, Temis santé (Technopole microtechnique et scientifique) est un parc d'innovation à destination des secteurs du biomédical, de la bioproduction et des thérapies innovantes. Totem de la technopole TEMIS santé, Bio innovation offre un guichet unique pour « faciliter les preuves de concepts, favoriser la maturation de projets de recherche-développement et accélérer l'innovation dans les dispositifs médicaux, les technologies et thérapies associées au sang »<sup>10</sup>.

Le rôle de l'intercommunalité a été de constituer un lieu qui permette ce partage d'équipements, de temps de travail et de projets. « L'intercommunalité n'a pas de compétence économie, mais d'aménagement du territoire et d'accompagnement sur l'investissement des bâtiments. C'est pareil sur la santé : on n'a pas la compétence mais on s'en est emparés, parce que nous disposons d'un écosystème unique en France, grâce aux interactions entre CHU, EFS, TEMIS Santé, Bio innovation, Pôle des microtechniques, Université. C'est une chance et une opportunité sociale et économique. Ce pôle favorise l'innovation et la recherche, il génère de l'activité et de l'attractivité. Nous sommes ici facilitateurs, c'est le rôle du politique » (Anne Vignot, présidente de Grand Besançon Métropole).

Face aux tensions sur la démographie médicale et face à la nécessité de mettre en œuvre une attractivité médicale, les intercommunalités construisent des réponses collectives, à partir de l'existant et visant des effets qualitatifs de moyen et long termes dans l'accès aux soins et les services de proximité.



Équinoxe – Scène Nationale de Châteauroux

<sup>10</sup> <https://www.temis.org/bio-innovation.html>

2 - LES PORTRAITS  
EN SANTÉ DES SIX  
INTERCOMMUNALITÉS



# TERRES DE MONTAIGU: un seul et même périmètre pour les domaines de la santé et du social

## CHIFFRES CLÉS

Issue d'une fusion de 2017, sa ville centre est Montaigu-Vendée, commune nouvelle

10 communes, 49 000 habitants, 379 km<sup>2</sup>, soit 129 hab/ km<sup>2</sup>

CLS pour la période 2017-2020, signé par Terres de Montaigu, la Communauté de communes de Rocheservière et l'ARS Pays de la Loire

Terres de Montaigu a une histoire intercommunale ancienne, avec une organisation en district datant de 1969 et dès cette époque une répartition des infrastructures et équipements sur l'ensemble des communes, la ville centre étant trop petite pour tout concentrer tout en disposant déjà d'un centre hospitalier. « Dès qu'il y a eu une logique de restructuration des hôpitaux, l'idée de garder un hôpital dans une ville de 5 000 habitants avec la totalité des services, paraissait impossible aux nouvelles ARH [les anciennes ARS] » (Antoine Chéreau, président). C'est ainsi qu'Antoine Chéreau s'est initialement saisi des questions de santé, face au besoin des habitants de conserver des services de proximité, et à celui de proposer aux professionnels de santé des établissements et conditions de qualité.

Pour y répondre, maintenir un site de proximité mais aussi bénéficier des ressources et de l'attractivité d'un centre hospitalier départemental (CHD), il a été proposé de rattacher la tutelle de l'hôpital de Montaigu-Vendée au CHD de Vendée situé à La Roche-sur-Yon. Cette dynamique de « mise en commun » a aussi permis de mieux articuler médecine de ville et hôpital.

« On a accepté la logique de la centralité. Plus on renforçait la centralité techniquement, plus on pouvait apporter des services de proximité, et plus on avait des services en proximité, et plus on augmentait le volume de patients. On a eu une montée en gamme de la qualité de soins. On apporte une qualité de vie de proximité » (idem). Aussi, la prise de conscience à l'échelle de l'intercommunalité des liens entre attractivité médicale et décloisonnement des activités a été précoce et a contribué au développement d'une vision territoriale en santé.

---

« Quoiqu'il arrive, il fallait une ABS à l'échelle de l'EPCI et il fallait se tenir à cette échelle, sinon le territoire était prisonnier de l'ensemble des acteurs métiers. Il ne faut pas demander à l'intercommunalité de faire, mais de devenir le spécialiste de son territoire, ensuite elle peut aller chercher les acteurs. Elle est assemblée. Il faut maîtriser son périmètre ».

---

Antoine Chéreau

A partir de 2010, Terres de Montaigu met en œuvre la mutualisation des moyens des EHPAD, selon la même démarche; en rassemblant les services et établissements pour personnes âgées au sein d'un CIAS, avec une répartition sur l'ensemble des communes. En 2015, Antoine Chéreau est l'un des deux rapporteurs de la mission « Intercommunalité et développement social »<sup>11</sup> confiée à Intercommunalités de France par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et Marylise Lebranchu, ministre de la décentralisation et de la fonction publique. L'une des conclusions du rapport porte sur la pertinence d'une ABS à l'échelle intercommunale. Aussi, Terres de Montaigu s'est engagée de la même manière au sein du **CLS signé à l'échelle du bassin de vie: un engagement axé davantage sur la stratégie globale, l'intercommunalité ne fait pas ou ne prend pas en charge à la place des acteurs.** « Au lieu de chercher à être vendeurs par des conditions financières, on essaie d'être attractifs par la stratégie, en expliquant quel est le rôle de l'hôpital, celui de la CPTS » (idem).

L'analyse des besoins sociaux à l'échelle intercommunale représente aussi une ressource pour l'ensemble des communes, « on fait bénéficier l'intégralité du territoire d'une expérience, d'une compétence observatoire » (Jean De Labarthe, DGA Cohésion sociale). Elle permet d'établir des projections en termes d'offre et de demande, concernant tout le bassin de vie.

Ce document a été précieux dans l'élaboration du CLS et de la CTG. Dans le cadre du CLS, l'intercommunalité a permis de mettre du lien, de trouver les partenaires adéquats au projet : « l'intercommunalité vient voir la commune, on fait le lien avec les politiques d'urbanisme et de transports. Puis elles vont voir les professionnels de santé. Au-delà des chiffres, on mesure l'intention de la commune, des professionnels de santé et on essaie de trouver une voie pour prévoir au mieux » (idem).

La connaissance des acteurs, des données du bassin de vie permet de dessiner son périmètre d'intervention et d'agir davantage en « assemblée ». Par exemple, Terres de Montaigu n'intervient pas directement dans le domaine de la prévention mais travaille à ce que le « public cible » ait les bonnes informations (guides, agenda des ateliers). « C'est là où on a quelque chose à apporter, on a la connaissance des publics, tous les réseaux de diffusion, mairies, établissements scolaires. On sait apporter

<sup>11</sup> L'intégralité du rapport est disponible [ici](#)

la bonne information à la bonne personne (...) Un peu comme de la programmation culturelle (...). A chaque fois on réfléchit à un circuit de distribution efficace » (idem) mais sans faire à la place des acteurs.

A la fin des deux contrats CLS et CTG, l'intercommunalité constate également leurs enjeux croisés, notamment dans les mesures d'accompagnement aux familles, à la parentalité, aux jeunes et à la petite enfance. C'est pourquoi Terres de Montaigne souhaite compléter l'ABS avec de la concertation qualitative, établir un diagnostic de l'offre et de la demande pour un plan unique santé et solidarités, entre l'intercommunalité, l'ARS et la CAF.

« Ça nous a paru logique. Sur la base de ce diagnostic, on retient nos orientations, on contractualise avec nos financeurs. **Ce qui rend nos contrats performants c'est qu'ils ont été tous deux signés à l'échelle de l'intercommunalité, on n'a pas plusieurs décideurs, on en a qu'un seul, l'intercommunalité, qui est déjà un décideur d'équilibre** » (idem).



# SEINE-EURE AGGLO: acculturer à la santé globale pour renforcer l'autonomie de chacun

## CHIFFRES CLÉS

60 communes, 103 000 habitants, 544 km<sup>2</sup>, soit 190 hab/ km<sup>2</sup>

CLS pour la période 2019-2023, signé par Seine-Eure Agglo, le département et la CAF de l'Eure.

La géographie de Seine-Eure Agglo encourage à penser la transversalité de ses politiques publiques car l'intercommunalité est plutôt organisée autour d'un tripôle urbain plutôt qu'une ville-centre: « Il faut également prendre en compte le contexte environnant, entre la Seine, l'Eure, l'autoroute, la forêt... cela joue sur le psychisme des habitants, pour eux ce sont autant de barrières. Donc nous développons une démarche intégrée pour la stratégie territoriale » (Laurence Bourgoise, Directrice des cohésions territoriales).

La mobilisation de l'intercommunalité sur la santé débute en 2009, avec la mise en place d'un Réseau territorial de promotion en santé (RTPS), pour assurer le lien avec les territoires plus isolés du bassin de vie et déployer un dispositif de coordination à cette échelle. L'animation et la coordination du RTPS sont alors rattachées à la politique de la ville, en lien avec le premier CLS de Seine-Eure Agglo, signé en 2012. Plusieurs professionnels de santé du bassin de vie constituent également en 2009 la COSSE, Coopération santé Seine-Eure, société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA, cadre juridique préalable à la création d'une maison de santé), qui rassemble, sur plusieurs sites, différentes professions (médecins généralistes, diététiciens, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens...). Ces dispositifs et démarches posent les jalons d'une interconnaissance et coopérations entre professionnels de santé et du médico-social et collectivités locales.

En 2019, un service politiques publiques de santé est mis en place, avec la création de la « nouvelle » communauté d'agglomération Seine-Eure (fusion avec la communauté de communes Eure-Madrie-Seine). Cet historique en santé a été précieux au début de la crise sanitaire. L'intercommunalité, le COSSE et le RTPS ont été très sollicités, « il y a une centralisation forte à l'échelle de l'intercommunalité » (Laurence Bourgoise). Cet ancrage territorial et ces coopérations antérieures ont par exemple permis la mise en place d'une plateforme logistique de matériel. « Le fait d'avoir une coordination au niveau des professionnels de santé et une coordination au niveau de l'intercommunalité est un levier fort (...) Financer et soutenir les réseaux territoriaux en santé est une volonté politique, encore beaucoup trop d'élus les perçoivent comme de la « réunionite » » (Charline Capel, Responsable du service politiques publiques de santé).

Face à la montée en puissance du sujet, une vice-présidence est désormais dédiée à la santé, depuis 2020. C'est également dans ce contexte de crise sanitaire et de l'élection de nouveaux élus que le service politiques publiques de santé a mis en place une formation en e-learning, avec

des modules d'apprentissage sur la santé globale. « La Covid a eu un impact sur le travailler ensemble, ça a révélé plein de choses dans les petites communes » (idem).

L'acculturation des acteurs, l'éducation à la santé et à la prévention à tous les âges de la vie pour rendre les publics acteurs de leur santé traversent aussi les projets référencés dans le CLS, afin d'améliorer le bien-être à l'échelle du bassin de vie. Par exemple, l'action « Bien-être à l'école » portée par le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) inter-degré et inter-établissements (Val-de-Reuil, Le Vaudreuil, Pont-de-L'Arche), vise à identifier les facteurs de bien-être/mal-être des élèves (primaire, collège, lycée), renforcer la lisibilité des dispositifs d'écoute existants et accompagner le développement des compétences psychosociales de l'élève, au sein d'une dynamique rapprochant intercommunalité et Education nationale.

---

« Ici, la population est plus jeune que la moyenne nationale, mais subit aussi un vieillissement plus accru. Donc nous avons travaillé avec les acteurs pour sécuriser nos séniors et les accompagner dans leur vieillissement »

---

Anne Terlez, vice-présidente de la commission Cohésion sociale d'Intercommunalités de France

La démarche de labellisation « Ville amie des aînés » est inscrite dans le CLS. Expérimentée par Louviers (la ville a reçu cette année le label) et pensée de manière systémique et progressive, la démarche portée par le Réseau francophone des villes amies des aînés apporte un cadre à la nécessaire transversalité des politiques publiques pour l'adaptation de la société à la longévité et perte d'autonomie: « Si les politiques publiques demeurent encore trop sectorielles, il y a des avancées, comme la démarche Villes amies des aînés, qui oblige à la transversalité, tant entre les élus que les services. Le travail d'interconnaissance est très important » (Alain Lejeune, Directeur du CCAS de Louviers et du pôle action sociale et solidarités). Conseil des aînés, pôle séniors au sein du CCAS, adaptation du mobilier urbain, lutte contre l'isolement, près de 40 actions ont progressivement été mises en place. L'objectif est désormais de déployer la méthode à l'échelle de l'intercommunalité, avec également « la piste intéressante de renforcer les partenariats existants avec le département sur ce sujet » (Anne Terlez).

# COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DE LA VALLÉE DE L'HÉRAULT : aller vers des partenariats efficaces à l'échelle du bassin de vie

## CHIFFRES CLÉS

28 communes, 39 000 habitants, 481 km<sup>2</sup>, soit 82 hab/ km<sup>2</sup>.

CLS pour la période 2019-2023, signé par le Sydel du Pays Cœur d'Hérault (syndicat mixte couvrant trois communautés de communes, 77 communes, 80 000 habitants) et l'ARS d'Occitanie.

En 2008 les habitants sollicitent les élus suite à la suppression des astreintes de médecins généralistes. La création d'une commission santé rassemblant les usagers, associations, professionnels de santé et acteurs institutionnels à l'échelle du Sydel, a permis de mettre en place, avec l'ARS, une maison médicale de garde à Clermont-l'Hérault. Puis, à l'initiative de 4 médecins généralistes de la maison médicale de garde, une unité mobile d'urgence a été créée, grâce à un conventionnement avec le SAMU et le SDIS. Cette expérimentation a été soutenue par l'ARS, et l'unité mobile s'est transformée en unité SMUR, implantée à Clermont-l'Hérault et prise en charge par le CHU de Montpellier. « Désormais, 7 médecins urgentistes s'occupent des astreintes, le système est stabilisé et permet de couvrir le Cœur d'Hérault et son arrière-pays » (Guy Lassalvy, ancien médecin-cardiologue et maire de Gignac pendant trois mandats, président de la commission santé du Sydel).

L'existence de la commission santé a été facilitatrice pour la mise en place du CLS. Elle permet non seulement « une prise de conscience des élus des problématiques en santé. Bien qu'ils n'aient pas la compétence, il est important que les élus s'en préoccupent » (idem), mais aussi le cadre dans lequel a été établi le diagnostic accompagnant le contrat, en utilisant les données de l'ARS, de la CPAM et des questionnaires à la population. Le CLS permet d'équilibrer les actions en tenant compte des disparités entre les bassins de vie parties prenantes et de travailler sur la santé au sens large : prévention à destination des jeunes en lien avec les établissements scolaires, accès aux droits, santé environnement en réunissant agriculteurs et riverains, santé mentale avec le CLSM animé par les médecins psychiatres du CHU de Montpellier.

A l'échelle de la Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault (CCVH), l'exemple du pôle santé « est une bonne illustration de la démarche de la CCVH : rechercher des partenariats qui vont fonctionner » (Caroline Maury, DGA). Inscrit au CLS, ce projet vise l'accès de tous à des soins de qualité et de proximité, grâce à un partenariat entre l'intercommunalité, Aésio santé et FDI Groupe (via sa filiale FDI Foncière), au sein d'un pôle santé de 2 500 m<sup>2</sup>. « Est apparu alors une autre voie, celle de mettre à disposition du foncier, travailler avec un bailleur social, avec un regroupement de professionnels volontaire et développer un partenariat avec un acteur mutualiste de l'économie sociale et solidaire. Là où on reconnaît l'intelligence collective du territoire, c'est que sur un tel projet, on peut maintenir l'attractivité dans les communes.

Aujourd'hui, on s'installe sur le territoire, il y a un cadre de vie, une offre de services de proximité » (Jean-François Soto, président de la CCVH).

Le pôle santé propose des soins de médecins généralistes, infirmières, spécialistes, dentistes, opticiens ; exerçant déjà sur le territoire ou salariés d'Aésio santé, à la clinique mutualiste Beau Soleil de Montpellier. Le site disposera prochainement d'un centre de soins non programmé, d'un dispositif d'imagerie médicale et d'un agrément de scanner.

---

« Moi je suis plutôt fier que les élus prennent la responsabilité d'investir. Car quand quelqu'un est dans une situation de pathologie, c'est important qu'elle puisse être prise en charge à côté de chez elle. La santé ne se discute pas, c'est fédérateur »

---

Jean-François Soto

Le pôle santé ne représente aucun coût de fonctionnement pour la CCVH et cette démarche partenariale, associée à la localisation de l'établissement, contribuent à renforcer les dynamiques d'attractivité : envers les professionnels de santé, « il attire les jeunes professionnels de santé et correspond à leurs attentes » (Véronique Neil, vice-présidente à l'environnement, vice-présidente de la commission cadre de vie) mais aussi des autres activités et commerces autour, le pôle est implanté au sein d'une ZAC, et d'autres commerces profitent également de son attractivité (Caroline Maury).

# GRAND BESANÇON MÉTROPOLE: tisser les liens entre santé et environnement

## CHIFFRES CLÉS

68 communes, 196 000 habitants, 529 km<sup>2</sup>, soit 370 hab/ km<sup>2</sup>

CLS pour la période 2020-2024, signé par Grand Besançon Métropole, la ville de Besançon, CCAS de Besançon, préfecture du Doubs, Conseil régional, Conseil départemental du Doubs, CPAM du Doubs, MSA de Franche-Comté, l'Éducation Nationale et l'ARS de Bourgogne Franche-Comté.

Grand Besançon Métropole (GBM) développe une politique santé, notamment à travers le Contrat local de santé (CLS) qu'elle porte avec neuf autres partenaires du territoire depuis 2020. À travers ses compétences telles que l'aménagement de l'espace, la politique de la ville, la protection et mise en valeur de l'environnement, le transport et la mobilité, l'échelon intercommunal constitue à la fois un périmètre et un levier naturel pour agir sur la santé des grands bisontins.

Les premiers CLS ont été signés à l'échelle de la ville, qui dispose d'un service hygiène-santé (prévention et promotion de la santé, vaccination, santé environnement). Ce 3<sup>e</sup> contrat en cours a été étendu à l'échelle de la communauté urbaine, pour mieux coordonner les acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire et mailler le territoire, équilibrer la répartition de l'offre en soins et en prévention: « on a besoin de travailler à l'échelle la plus pertinente, celle du bassin de proximité, et de faire en sorte que nos politiques soient les plus cohérentes et coordonnées possibles » (Anne Vignot, présidente du Grand Besançon métropole et maire de Besançon). Du point de vue organisationnel, la chargée de mission CLS, rattachée à la direction hygiène santé de la Ville, exerce ses missions en étroite collaboration avec les services de GBM et du CCAS.

La culture du « vivre en extérieur » est mise en avant dans les projets de Grand Besançon Métropole : « il y a une culture du collectif et du « vivre à l'extérieur ». Par exemple, un des projets du territoire, Grandes Heures Nature, permet de développer, à partir de la culture locale, la singularité de notre territoire » (Anne Vignot). Grand Besançon Métropole porte une volonté politique locale forte en matière de promotion de l'activité physique et sportive auprès des habitants. Un atout pour la ville de Besançon labellisée « Terre de Jeux » et choisie comme l'une des bases arrière des Jeux Olympiques de Paris 2024. Cette culture et l'attention particulière accordée aux publics vulnérables se concrétisent par de nombreux projets alliant sport et santé sur le territoire. Pour l'Institut fédératif régional du cancer de Besançon, le sport est un traitement à privilégier, l'activité physique adaptée donne de très bons résultats et améliore la qualité de vie des patients.

Parmi les déterminants de santé, l'alimentation est un autre exemple permettant d'illustrer comment la santé globale peut être vectrice de dynamiques porteuses associant les enjeux, acteurs et élus référents sur l'environnement, la santé, l'action sociale. Dans le cadre de son Projet alimentaire territorial (PAT), l'intercommunalité a porté un projet de maraîchage en bio, copiloté par Les jardins de Co-

cagne, qui accompagne également les projets test d'installation. L'opération « Du local pour tous », inscrite au CLS, vise à introduire une partie de ces produits bio et locaux au sein de l'aide alimentaire. Elle rassemble l'intercommunalité (pour la fourniture des produits), le CCAS (pour la distribution) et la direction hygiène-santé (pour le volet prévention et nutrition). « Je pense que c'est en essayant de trouver comme ça des points d'accrochage qu'on arrivera à avancer sur cette problématique » (Gilles Spicher). Le PAT porté par l'intercommunalité est aussi décliné en PAT communaux, sur trois communes de Grand Besançon Métropole, « pour travailler un projet à l'échelle de la commune (de forêt gourmande, régie en restauration collective, verger), en lien avec le PAT intercommunal. Cela permet de toucher davantage les habitants, à l'échelle de la commune » (Françoise Presse, conseillère communautaire déléguée, en charge du PLUI, agriculture et alimentation).

Autre enjeu identifié dans le CLS: la prévention des risques liés aux perturbateurs endocriniens, en lien avec les acteurs de la petite enfance et de l'accompagnement à la parentalité. Ainsi, l'ensemble du personnel des établissements d'accueil du jeune enfant de Grand Besançon Métropole bénéficie d'une formation sur les perturbateurs endocriniens, construite en lien avec la Ville de Besançon signataire de la charte « Villes et territoires sans perturbateur endocrinien ». Une visite conseils sur site est également proposée.

De nombreuses autres actions sont également déployées dans le cadre du Plan Régional Santé environnement :

- Création d'un « Pollinarium Sentinelle », outil de prévention thérapeutique pour les patients allergiques, afin de privilégier un traitement préventif léger et économique, plutôt qu'un traitement curatif lourd, coûteux et difficile à vivre;
- Désignation de référents ambroisie dans les communes de Grand Besançon Métropole;
- Sensibilisation à la qualité de l'air intérieur dans les écoles;
- Projet d'écoles et places publiques résilientes;
- Évaluation d'impact pour identifier les effets d'un projet de renouvellement urbain sur la santé des habitants.

Grand Besançon Métropole s'est également engagée à mobiliser les acteurs volontaires du territoire sur les enjeux climatiques en pilotant un club climat. Chaque entreprise, association, institution publique, ou commune membre du club est invitée à partager ses actions en faveur du climat qui contribuent aux objectifs du Plan Climat (PCAET), déclinés en 7 ambitions. L'une de ces ambitions étant la Biodiversité et la Santé, le sujet est traité à travers un groupe de travail multi-acteurs, des conférences organisées par les membres, des sessions de plantations des haies ouvertes à tous, des publications, etc.

---

*« Notre défi sur ce CLS, c'est de montrer que l'accès à la santé et à la prévention est l'affaire de tous : élus du territoire, opérateurs de prévention et promotion de la santé, professionnels de santé, acteurs médico-sociaux »*

---

**Gilles Spicher**, adjoint à la maire en charge de la santé.

# CHÂTEAUROUX MÉTROPOLE: développer l'attractivité médicale

## CHIFFRES CLÉS

14 communes, 73 000 habitants, 538 km<sup>2</sup>, soit 136 hab/ km<sup>2</sup>

CLS pour la période 2021-2026, signé par Châteauroux Métropole, le préfet de l'Indre, Education nationale, CPAM, Centre Hospitalier de Châteauroux - Le Blanc, Centre départemental gériatrique de l'Indre, CPTS Châteauroux & co, Conseil territorial de santé de l'Indre et l'ARS de Centre Val de Loire.

Dès 2011, la ville de Châteauroux s'est engagée dans un Contrat local de santé (CLS), à l'issue duquel la démarche a été étendue à l'échelle de l'agglomération. Les enjeux de santé sont portés par deux élus, Philippe Simonet, délégué aux finances et à la santé à la ville et Pascale Bavouzet, vice-présidente déléguée à la santé à l'agglomération. Ils travaillent en coopération, mais en investissant des champs différents : la ville se concentre sur la démographie médicale, tandis que le CLS intercommunal permet d'identifier et d'articuler les actions de prévention sur le bassin de vie.

« Une des problématiques en santé à Châteauroux c'est la désertification médicale. La ville a bien évolué, l'attractivité se développe, il y a une qualité de vie. Mais on a des habitants qui envisagent de déménager pour leur retraite, par peur de ne pas être pris en charge sur place » (Philippe Simonet). Ce constat a motivé une démarche partenariale en 2020, pour faciliter l'installation de professionnels de santé, en initiant en premier lieu un Conseil d'organisation de la santé (COS), composé d'une quinzaine d'acteurs « incontournables » en santé (direction de la clinique et du centre hospitalier, présidente de la CPTS, sénatrice, représentant des usagers), pour constituer une structure de rapprochement.

« On essaie aussi de rapprocher hospitalisation publique et privée car en situation de carence il faut un partage entre les deux, une mutualisation »

Philippe Simonet

C'est dans cette dynamique que l'Office de soins alternatifs transitoires (OSAT) a été créé, via un Groupement d'intérêt public (GIP) entre la ville, la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Châteauroux & Co et la région. L'OSAT cible particulièrement les publics vulnérables et sans médecin traitant. Chaque partenaire intervient à hauteur de ses compétences : la ville met un local à disposition, la CPTS anime l'exploitation et la région prend en charge la rémunération des médecins salariés. Il en va de même avec le département, à travers le travail mené avec l'agence d'attractivité L'Indre en Berry qui porte une véritable stratégie d'attractivité médicale: présentation du territoire aux forums professionnels, dans les facultés de médecine, accompagnement dans la recherche d'emploi pour le conjoint. Ainsi, sur le public

des étudiants stagiaires, la ville intervient en complémentarité de l'agence d'attractivité avec l'organisation de soirées d'intégration, la mise à disposition d'appartements équipés en centre-ville, l'accès gratuits aux transports en commun...

Et face à la crise de la démographie médicale, la prévention est primordiale pour limiter les visites. L'extension du CLS à l'échelle de l'agglomération a permis de porter à la connaissance des élus et habitants, les services et actions menés en termes de prévention, mais également de faire venir ces acteurs sur les communes, via des stands, les jours d'événements locaux et de les ancrer territorialement.

« Le CLS a permis de déployer la visibilité des actions de prévention à l'échelle de l'agglomération » (Corinne Bordin, coordinatrice du CLS). Le contrat a été construit en réseau et permet d'infuser progressivement une culture de la prévention. Par exemple, concernant l'enjeu récemment ajouté des perturbateurs endocriniens, la question est désormais posée dans les réunions de construction de bâtiments publics, « ce sont des actions qui ont une vraie incidence sur la vie des gens (...) le CLS n'y est pas pour rien. C'est important de connaître la raison de ces gestes » (Christelle Roux, responsable du service hygiène-santé publique).

Un souhait pour l'avenir serait la création d'un service hygiène-santé publique intercommunal : « l'idéal serait d'avoir un service permettant d'aller dans les petites communes, et qui ferait de l'information et formation » (Pascale Bavouzet).

# HAUTE-CORRÈZE COMMUNAUTÉ: agir en complémentarité des professionnels de santé et autres collectivités territoriales

Les conséquences du départ à la retraite et du non-renou-

Pour renforcer les liens entre le territoire et les étudiants

## CHIFFRES CLÉS

70 communes, 33 000 habitants, 1816 km<sup>2</sup>, soit 18 hab/ km<sup>2</sup>.

CLS pour la période 2018-2022, signé par Haute-Corrèze communauté, la préfecture de la Corrèze, le Centre hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE) et l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.

vement d'une part importante des professionnels de santé du territoire représentent un enjeu majeur depuis 2008, d'autant que « les problèmes se concentrent davantage en milieu rural, pour rechercher médecins et spécialistes, notamment du fait des distances géographiques, ce qui soulève aussi l'enjeu des mobilités » (Pascal Montigny, vice-président en charge de la santé et de la solidarité). Plusieurs professionnels de santé, en concertation avec les élus, initient la démarche du réseau Mille soins et le pôle de santé Haute Corrèze Ventadour, pour mailler le territoire par différents sites (maisons de santé) et relier les différents professionnels de santé par un système informatique partagé, plutôt que de les regrouper sur un lieu unique. La dynamique autour du réseau Mille soins et du pôle de santé Haute Corrèze Ventadour s'est poursuivie pour accompagner la gestion des maisons de santé, être l'interlocuteur des collectivités et partenaire du CLS, dont le premier est signé en 2012. Haute-Corrèze Communauté gère d'ailleurs 4 MSP, quand d'autres maisons sont gérées par certaines de ses communes membres.

Plus récemment, les professionnels libéraux des pôles de santé et du réseau Mille soins ont créé la CPTS Haute-Corrèze Ventadour (dont l'intercommunalité est partie prenante), pour rassembler établissements hospitaliers, médico-sociaux, centres et maisons de santé, autour d'un projet de santé et d'un exercice pluriprofessionnel, au bénéfice du patient.

---

*« Tous les « responsables » en santé (libéraux, salariés, hôpital) ont travaillé ensemble, pour agir sur la démographie médicale ; avec l'idée que de nouveaux professionnels de santé viendraient davantage par une mobilisation de leurs pairs que par une mobilisation exclusivement publique »*

---

**Daniel Buchon**, médecin généraliste, président de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, créateur du pôle santé Mille soins, professeur émérite de la faculté de médecine de Limoges

futurs professionnels de santé, les professionnels de santé du réseau Mille soins et de la CPTS travaillent avec la Faculté de médecine de Limoges. Ces formes d'exercice coordonné, reposant sur un projet de santé collectif et partagé, ajoutées au soutien des collectivités (studios dans les MSP gérées par l'intercommunalité, bourse mise en place par la ville d'Ussel) permettent « d'agir positivement sur la démographie médicale, sur l'attractivité des jeunes médecins, sur le stress des patients et des professionnels de santé, d'avoir une meilleure visibilité de l'offre et une augmentation du temps de soins » (idem).

Bien que ces démarches dépassent le périmètre du bassin de vie, elles permettent de renforcer la démographie médicale et l'organisation des soins à l'échelle de l'intercommunalité, qui agit en complémentarité et assume un rôle d'assembler avec les communes et les habitants : « Il y a également eu un travail de sensibilisation auprès des autres communes, par exemple le président a fait le tour des 71 conseils municipaux, on relaie les informations dans les revues des communes, dans les salles d'attente... » (Pascal Montigny).

Haute-Corrèze Communauté travaille également étroitement avec le département de la Corrèze sur le maillage territorial de l'offre de soins. Le Plan ambitions santé porté par le Département identifie plusieurs axes pour apporter des réponses de proximité aux besoins en termes de démographie médicale :

- L'augmentation du temps médical, en facilitant les pré-consultations avec une Infirmière en pratique avancée (IPA) et assistantes médicales, et également le projet d'expérimenter la télémédecine sur le territoire : « Nous avons travaillé, avec les élus et avec Medadom pour l'installation d'une borne à Goules et une à Chamberet, au sein des maisons France services. Les agentes ont été formées pour assurer les mesures d'hygiène entre chaque patient. On essaie de constituer un guichet unique pour faciliter les projets » (Stéphane Champeyrol, Chef de service santé, Conseil départemental de la Corrèze). Le département gère également plusieurs centres de santé (et prend en charge la rémunération des professionnels qui y exercent) et peut apporter un soutien financier aux collectivités, pour l'installation de maisons de santé.

- Promouvoir les actions des médecins et attirer les étudiants, avec la mise en place de bourses, à partir du 2<sup>e</sup> cycle, de 800 €/mois le temps des études, en échange d'un exercice de 5 ans en Corrèze. Le Département propose aussi un soutien financier pour le défraiement des étudiants stagiaires, de 300 €/mois le temps du stage. « Nous travaillons avec les communes, savoir si, là où il y a des maîtres de stage, elles peuvent contribuer à des solutions de logement, de loisirs (tickets de cinéma par exemple). Nous sommes attentifs à ce que tout ne soit pas concentré sur Limoges » (idem). Aussi, le Conseil départemental organise des week-end « Meules bleues », pour parcourir le territoire de Haute-Corrèze Communauté avec les étudiants ; ou bien l'opération « Tomber la blouse en Corrèze » qui propose des randonnées, visites des maisons de santé et centres de santé départementaux.
- Proposer aux médecins généralistes libéraux des solutions, concernant leurs demandes de temps partiel de secrétariat, de mutualisation pour assurer la gestion administrative, « nous promouvons la diversité des types d'exercice » (Stéphane Champeyrol).
- Coordonner les acteurs et communiquer pour faire connaître le territoire, en participant aux Congrès des internes, diffuser les informations sur les aides possibles et accompagnement dans la recherche de travail du conjoint...



# ANNEXES



# Annexe 1

## Pour une responsabilité territoriale des acteurs de la santé : Extrait de la feuille de route des Intercommunalités de France pour la législature 2022-2027

Les élus d'Intercommunalités de France souhaitent réaffirmer ces constats : qu'ils soient urbains ou ruraux, tous les territoires, à quelques exceptions près, manquent de professionnels de santé et continueront à en manquer ces prochaines années. Face à cette situation, la responsabilité de l'État est prééminente. Les professions médicales aussi doivent continuer d'opérer leur mue pour adapter leurs organisations à cette nouvelle donne.

La crise sanitaire a replacé les territoires au centre des enjeux : que ce soit pour organiser la distribution de matériel sanitaire, déployer des centres de vaccination ou aller vers les publics éloignés du soin, les communes et leurs groupements ont répondu présent et ont noué des relations plus étroites avec les ARS et les acteurs de la santé. Les intercommunalités sont nombreuses à avoir inscrit la santé au cœur des priorités de leur projet de territoire. Intercommunalités de France propose de capitaliser sur ces acquis pour conforter des écosystèmes locaux en capacité de répondre aux enjeux de la santé dans chaque bassin de vie.

### RENFORCER ET GÉNÉRALISER LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ :

- Assurer d'ici à la fin de la législature 2022-2027 **la couverture intégrale du territoire national en contrats locaux de santé** signés à l'échelle intercommunale et dotés d'un poste de coordinateur financé;
- **Associer systématiquement les CPTS et les établissements hospitaliers** du territoire à l'élaboration et à la mise en œuvre du contrat local de santé;
- Inscrire dans chaque contrat local de santé un volet dédié à la santé mentale prévoyant la **création d'un conseil local de santé mentale**, ainsi qu'un volet dédié à la **santé environnementale et à la prévention**;
- **Expérimenter un « CLS renforcé »** organisant la mutualisation de l'ingénierie de l'intercommunalité, de la ou des CPTS et éventuellement d'établissements de santé du territoire en vue d'atteindre des objectifs partagés.

### Conforter l'attractivité médicale des territoires et offrir de meilleures conditions d'exercice pour les professionnels :

- Poursuivre dans chaque bassin de vie **l'appui au développement de l'exercice de groupe**, des coordinations médicales et dans ce cadre, les délégations d'acte et la télémedecine;
- **Déconcentrer les études de médecine en créant des « internats de territoire »**, en développant la formation à distance et en réservant une fraction de l'offre de stage de 3<sup>e</sup> cycle aux maisons et centres de santé et aux hôpitaux de proximité;
- **Donner plus de place à la prévention et à la santé environnementale** dans le cursus des études de médecine.

### AMÉLIORER LA COHÉRENCE ET L'EFFICACITÉ DES PÉRIMÈTRES DE LA POLITIQUE SANITAIRE :

- Articuler la **territorialisation** de notre système de santé (TVS, GHT, CTS...) avec les périmètres des collectivités locales;
- Poursuivre la **réforme des zonages** pour mieux anticiper les risques de désertification médicale.

### AFFIRMER UN PRINCIPE D'ÉQUITÉ TERRITORIALE FACE AUX DÉFICITS DE L'OFFRE DE SOINS :

- **Encadrer les installations supplémentaires de professionnels de santé dans les territoires** dont la densité de professionnels, rapportée à la demande de soins, dépasse un certain seuil;
- Dans ces territoires, **n'autoriser les nouvelles installations que sous certaines conditions** (transmission de cabinet médical, exercice mixte ville-hôpital, installation en secteur 1 et participation à une structure d'exercice coordonné, installation en QPV...).

## Annexe 2

### Chiffres clés

Les données suivantes proviennent de la base de données [Banatic](#), (qui ne permet malheureusement pas une actualisation régulière ou un croisement assez fin des informations):

**413 intercommunalités** (métropoles, EPT, communautés d'agglomération, communautés urbaines, communautés de communes) ont inscrit dans leurs statuts leur cadre d'intervention en termes « d'activités sanitaires » et de « Maisons de santé pluridisciplinaires ». 63 communautés d'agglomération ont inscrit ces deux items dans leurs statuts et c'est finalement le cas pour 342 communautés de communes.

**Sur les 440 Contrats locaux de santé en cours, 250 ont été signés à l'échelle intercommunale**

données transmises par le ministère de la Santé, 2021

**Au sein des Contrats de relance et de transition écologique (CRTE)**

données transmises par l'ANCT

- Les contrats locaux de santé représentent le contrat le plus fréquemment mentionné (dans 309 CRTE);
- La santé est la cinquième thématique la plus fréquemment inscrites au sein des contrats (dans 540 CRTE sur 823 analysés).

## Annexe 3

### Liste des personnes rencontrées

#### Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault

- **Jean-François Soto**, président
- **Véronique Neil**, vice-présidente à l'environnement, vice-présidente de la commission cadre de vie
- **Caroline Maury**, directrice générale adjointe
- **Guy Lassalvy**, président de la commission santé du Sydel du Pays Cœur d'Hérault, syndicat mixte de développement local (courant 3 communautés de communes, 77 communes, 80 000 habitants)

#### Seine-Eure Agglo

- **Anne Terlez**, vice-présidente de la commission Transitions durables/ Politique de la ville/ Habitat, vice-présidente du Conseil départemental de l'Eure en charge de la santé, de la lutte contre la pauvreté, des personnes âgées et du handicap, vice-présidente d'Intercommunalités de France et présidente de la commission cohésion sociale
- **Nathalie Breemeersch**, vice-présidente de la commission santé de Seine-Eure Agglo
- **Laurence Bourgoise**, directrice des cohésion territoriales
- **Charline Capel**, responsable du service Politiques publiques de santé
- **Alain Lejeune**, directeur du CCAS de Louviers et du pôle action sociale et solidarités
- **Philippe Bujak**, coordinateur du Conseil local en santé mentale
- **Marina Poujouly**, déléguée territoriale de l'Eure, Animation des projets de territoire Eure, ARS de Normandie
- **Christelle Gougeon**, responsable du pôle prévention et promotion de la santé, direction de la santé publique, ARS de Normandie
- **Stéphanie Laudrel**, chargée de mission territoire, ARS de Normandie

#### Haute-Corrèze Communauté

- **Pascal Montigny**, vice-président en charge de la santé et de la solidarité
- **Célia Escurat**, directrice générale des services de Haute-Corrèze Communauté
- **Mathilde Roux**, directrice générale adjointe, Direction proximité et citoyenneté de Haute-Corrèze Communauté
- **Anne Rivet**, cheffe de projet pôle santé et solidarités, coordinatrice du CLS, Direction proximité et citoyenneté de Haute-Corrèze Communauté
- **Stéphane Champeyrol**, chef de service santé, Conseil départemental de la Corrèze
- **Daniel Buchon**, médecin généraliste, président de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, créateur du pôle santé Mille soins, professeur émérite de la faculté de médecine de Limoges
- **Cyril Moesch**, médecin généraliste et médecin au Centre hospitalier d'Ussel, directeur du pôle santé Haute-Corrèze Ventadour, trésorier de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, médecin pompier et régulateur du SAMU
- **Nathalie Faucher**, coordinatrice du réseau Mille soins et de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour
- **Axelle Domi**, étudiante à la faculté de médecine de Limoges, interne
- **Sophie Gabriel**, responsable du service administratif du Centre hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE)
- **Adrien Seixas**, cadre d'unité de soins fermée au CHPE, pompier volontaire, conseiller municipal délégué à la coordination de la santé à la commune d'Ussel

#### Grand Besançon Métropole

- **Anne Vignot**, présidente
- **Lorine Gagliolo**, vice-présidente chargée de l'environnement, de l'énergie et du développement durable, conseillère municipale déléguée à l'écoquartier de Planoise
- **Christian Magnin-Feysot**, vice-président en charge du déploiement du CLS sur le territoire, CHU, accessibilité, relations avec l'AUDAB
- **Françoise Presse**, conseillère communautaire déléguée, en charge du PLUI, agriculture et alimentation
- **Gilles Spicher**, conseiller communautaire, adjoint à la ville en charge de la santé, de l'hygiène et de la commission sécurité
- **Annie Malki**, adjointe à la directrice de la délégation départementale du Doubs de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, référente (animation, pilotage, coordination, en binôme avec Stéphanie Thomas) du CLS de Grand-Besançon métropole
- **Rémy Schwartzler**, médecin-directeur Hygiène-santé de la ville de Besançon (direction intégrée au pôle action sociale et citoyenneté mutualisé entre la ville et l'intercommunalité)

- **Stéphanie Thomas**, chargée de mission CLS, direction Hygiène-santé de la ville
- **Alban Soucarros**, directeur général adjoint du pôle action sociale et citoyenneté – mutualisé entre la ville et l'intercommunalité, directeur général du CCAS de Besançon
- **Sylvie Wanlin**, adjointe à la ville en charge de la solidarité, vice-présidente du CCAS de Besançon
- **Florence Delcey**, infirmière libérale clinicienne, présidente de la CPTS CaPaCiTÉS Besançon et métropole
- **François Baudier**, médecin de santé publique, chargé de mission pour la CPTS, président de la fédération des IREPS
- **Dominique Angèle Vuitton**, professeure émérite d'immunologie clinique à l'université de Franche-Comté, membre titulaire de l'Académie de médecine, présidente du Conseil local d'appui en santé publique

### Châteauroux Métropole

- **Pascale Bavouzet**, vice-présidente déléguée à la santé
- **Philippe Simonet**, adjoint à la ville délégué aux finances et à la santé
- **Christelle Roux**, responsable du service Hygiène santé publique de la ville, auquel est rattaché le CLS
- **Corinne Bordin**, coordinatrice du CLS
- **Tiphaine Delétang-Renaudet**, coordinatrice du service santé publique de la ville
- **Christine Lavogiez**, responsable de département, Adjointe au directeur départemental, Département parcours prévention, sanitaire et médico-social, ARS Centre-Val de Loire

### Communauté Terres de Montaigu

- **Antoine Chéreau**, président
- **Claude Durand**, vice-président santé, affaires sociales et grand âge
- **Jean de Labarthe**, Directeur général adjoint pôle cohésion sociale (mutualisé), directeur du CIAS

## Annexe 4

# Ressources bibliographiques

### ARTICLES ET DOCUMENTS UNIVERSITAIRES

COUTY Edouard, « Hôpital public : le grand virage », « Les tribunes de la santé », Presses de Sciences Po, n° 28, 2010, p. 39-48.

PIERRU Frédéric, « Les recompositions paradoxales de l'Etat sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », « Education et sociétés », De Boeck Supérieur, n°30, 2012, p.107-129.

SAFON Marie-Odile, « Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire », Centre de documentation de l'Irdes, 2021, 68 pages.

### RESSOURCES « SANTÉ » D'INTERCOMMUNALITÉS DE FRANCE

« Intercommunalité et développement social. Rapport et résultats d'enquête, mai 2015 », accessible sur le [site Internet](#) d'Intercommunalités de France.

« Pour une gouvernance sanitaire de proximité. Contribution d'Intercommunalités de France et de France Urbaine au Ségur de la santé », accessible sur le [site Internet](#) d'Intercommunalités de France.

« Quel rôle pour l'intercommunalité en santé. Résultats partiels de l'enquête nationale d'Intercommunalités de France conduite durant l'été 2021 », accessible sur le [site Internet](#) d'Intercommunalités de France.



## CONTACTS

### RÉDACTION

**Marie Morvan**, conseillère cohésion sociale, Intercommunalités de France

### COORDINATION

**Floriane Boulay**, directrice générale, Intercommunalités de France

**Romain Briot**, responsable du pôle cohésion sociale et cohésion territoriale, Intercommunalités de France

### RÉALISATION GRAPHIQUE ET CRÉDITS PHOTOS

**Mathilde Lemée**, chef de projets événementiels et coordinatrice éditoriale des études, Intercommunalités de France

Crédits photos :

- Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault
- Châteauroux métropole
- Marie Morvan

# INTERCOMMUNALITÉS — DE FRANCE —



INTERCOMMUNALITÉS DE FRANCE

22, rue Joubert - 75009 Paris

T. 01 55 04 89 00

[www.intercommunalites.fr](http://www.intercommunalites.fr)

[contact@intercommunalites.fr](mailto:contact@intercommunalites.fr)