

# Métropolisation et santé : quand la métropole ouvre de nouveaux champs d'action ?

## AUTEURS

Pierre ALLORANT,  
Sylvain DOURNEL,  
Fouad EDDAZI,  
Franck GUÉRIT

## RÉSUMÉ

L'intervention d'une métropole peut-elle changer la donne à une offre de soins lacunaire pour les habitants ? Telle est l'interrogation qui guide l'analyse de l'action nouvelle d'Orléans Métropole en matière de santé. Le contexte explique la métropolisation de cet enjeu : le nombre de médecins est insuffisant pour couvrir les besoins de la population. Face à cette carence, les maires interviennent par la création de maisons de santé pluridisciplinaire. Mais, face à l'ampleur de la crise, une réponse strictement communale est insuffisante. L'intervention métropolitaine semble légitimée pour coordonner, arbitrer et réguler. Toutefois, les compétences de la métropole ne sont que partiellement exploitées. En premier lieu, Orléans Métropole a une capacité d'action limitée faute de fondements juridiques explicites pour asseoir sa légitimité et bénéficier d'outils performants. En second lieu, la métropole est à la fois concurrencée à l'échelle extra-métropolitaine par la région et les territoires adjacents, souhaitant échapper à toute satellisation, et à l'échelle intramétropolitaine par les communes membres, souhaitant préserver leur autonomie.

## MOTS CLÉS

métropolisation, santé, territoire, lutte d'institutions, gouvernance, intercommunalité

## ABSTRACT

Can a metropolis influence and improve the care supply for its inhabitants? This question guides the analysis of Orléans Métropole's new health action. The context explains the metropolisation of this issue: the number of medical doctors is not sufficient to cover the population needs. Faced with this deficiency, the mayors intervene, for example by creating multidisciplinary health centres. But the scale of the crisis makes these strictly municipal responses insufficient. Metropolitan intervention then seems legitimate to coordinate, arbitrate, and regulate. However, this metropolisation is partial. First, the metropolis of Orléans has a limited capacity for action due to the lack of explicit legal foundations to establish its legitimacy and benefit from effective tools. Secondly, the metropolis competes with other administrative levels, such as the region and extra-metropolitan territories reluctant to be satellised, and even the member municipalities willing to preserve their autonomy.

## KEYWORDS

Metropolisation, Health, Territory, Institutional struggle, Governance, Inter-municipal cooperation

L'intervention métropolitaine en matière de santé peut paraître incongrue (Jomier & Surel, 2017). En effet, cette compétence relève historiquement de l'État, qui assure notamment la formation des professionnels de santé et le financement des hôpitaux publics. Toutefois, l'administration locale n'a jamais été totalement absente de ce champ d'action. Le rôle traditionnel du maire à propos de la salubrité publique a conduit à l'émergence d'un hygiénisme municipal qui s'est aggloméré à la santé publique, préfigurant l'approche englobante de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur cette dernière notion.

Outre cet héritage historique, le contexte territorial a contraint l'échelon métropolitain à s'intéresser aux enjeux de santé. À cet égard, la situation singulière du Centre-Val de Loire, dernière région de France pour la densité de médecins par habitant, est grave. L'agglomération orléanaise n'est pas épargnée : Orléans est la seule des 13 capitales régionales et des 22 métropoles administratives à être touchée par la désertification médicale.

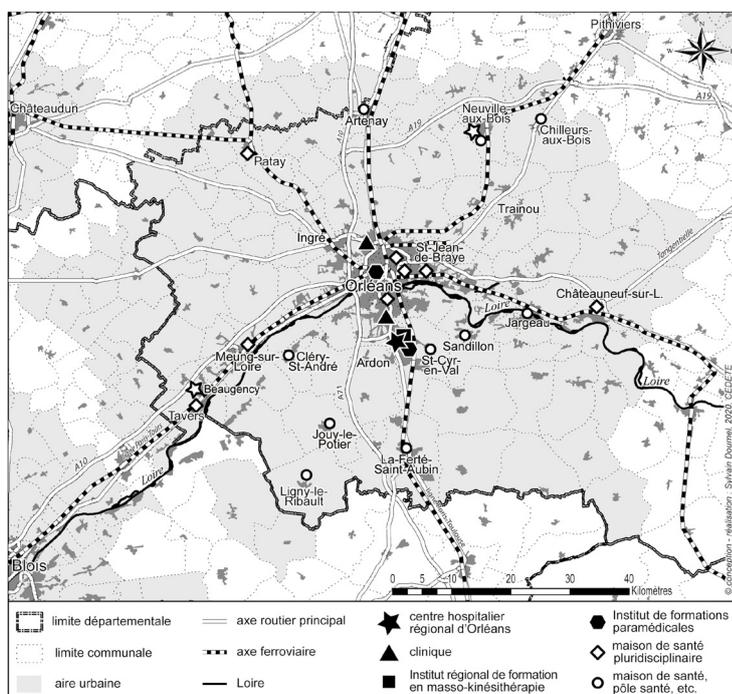
Les carences de l'offre de soins ont logiquement suscité des préoccupations et revendications de la part des électeurs. Les maires, en première ligne, ont tenté de répondre aux demandes de leurs administrés. L'ampleur des besoins et le caractère systémique de la crise ont néanmoins interrogé la pertinence du seul échelon communal pour y faire face.

Dans ce contexte, le passage en « métropole », le 1<sup>er</sup> mai 2017, de l'ancienne communauté d'agglomération (22 communes, 286 000 habitants) constitue un moment décisif de l'adaptation du bloc communal aux enjeux de santé : mettre en œuvre de nouveaux dispositifs de l'action publique locale pour pallier les déficiences des politiques nationale et régionale, tout en recomposant les liens entre communes et intercommunalité. Si une nouvelle capacité d'action publique locale est manifestement en émergence, les entraves à son développement ne sont toutefois pas négligeables (Honta & Basson, 2017).

## 1. SANTÉ ET MÉTROPOLISATION : LES ENJEUX POSÉS

L'importance prioritaire de l'enjeu de la santé, aussi bien pour son offre de soins et la qualité de vie des habitants d'une aire urbaine de plus de 400 000 habitants que pour l'attractivité d'une jeune métropole de plus de 280 000, est palpable à chaque échelle (fig. 1). Ainsi, le conseil économique, social et environnemental Centre-Val de Loire (CESER) a été saisi par une pétition citoyenne sur la situation critique des hôpitaux dans le ressort régional. Ses préconisations ont convaincu le président de région de réunir une assemblée plénière commune régionale fin novembre 2019 avec l'annonce de la mesure emblématique du recrutement de 150 médecins salariés par la collectivité régionale. En parallèle, le conseil de développement d'Orléans Métropole a créé un groupe de travail « Santé », centré sur les professionnels libéraux, et a présenté ses préconisations en février 2020, appelant à une meilleure articulation des interventions publiques.

Figure 1. Pouvoir de polarisation de l'agglomération orléanaise sur ses territoires environnants



Ce contexte de mobilisation, sur fond de réforme des études de santé, d'application de la loi Santé et de plan d'urgence pour les hôpitaux, s'appuie sur un diagnostic partagé : celui d'une région confrontée à une pénurie de médecins. Localement on note l'absence d'un second centre hospitalo-universitaire (CHU) régional, absence à relever en comparaison de l'encadrement des régions voisines (CHU de Nantes et d'Angers en Pays-de-la-Loire, de Besançon et Dijon en Bourgogne-Franche-Comté). Ces éléments de diagnostic soulignent une situation de discrimination dont souffrent les habitants au regard de l'égalité d'accès aux soins et du principe du droit à la protection de la santé de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution.

L'insuffisance de l'offre locale de santé pose la question de l'attractivité de l'agglomération orléanaise dans l'installation de professionnels de santé, en effectifs suffisants pour assurer l'accès aux soins d'une population d'un bassin démographique et d'emploi dynamique. Son passage en métropole provoque-t-il un changement de représentations à son bénéfice ? Appartenir au « club des métropoles » est-il un levier efficace d'une politique de communication, de séduction et d'accueil de professionnels en majorité formés ailleurs ? Les atouts de la métropole, parmi lesquels son niveau de vie médian élevé (le plus haut des « villes à 1 h de Paris », le second des métropoles françaises), ses nombreux équipements et services, ses disponibilités foncières et immobilières, ses plus-values patrimoniales et paysagères, peuvent-ils être mieux mis en valeur grâce à ce nouveau statut (Guérit *et al.*, 2020) ? La coordination dans l'accueil et le maintien de médecins, français ou étrangers, dans la conservation de cliniques et dans la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou de centres de santé salariant les médecins, en régie directe (commune d'Ingré) ou à travers une association (commune d'Orléans), peut-elle surmonter les rivalités et étendre la solidarité aux territoires voisins ?

Face à une situation détériorée, à la difficulté à disposer d'un médecin référent puis à accéder à des spécialistes, on peut également s'interroger sur les enjeux sociaux de cette situation sanitaire. Quelles pratiques mettent en œuvre les habitants de l'Orléanais ? L'accès à une offre supérieure de soins permettra-t-il de

replacer la métropole dans son réseau spatial fondamental, à l'interface entre sa relation privilégiée à Paris et au Val-de-Loire? En outre, la pénurie provoque des stratégies d'évitement inégalitaires, liées aux réseaux interpersonnels des patients. Cet accès dérogatoire aux spécialistes et services parisiens contraste avec le renvoi des « non-initiés » vers des urgences débordées par l'afflux des populations les moins mobiles, situation aggravée par le positionnement de l'hôpital régional au sein d'un quartier de politique de la ville et d'un campus touché par l'insuffisance de la médecine universitaire.

## 2. ORLÉANS MÉTROPOLE : NOUVELLE CAPACITÉ D'ACTION LOCALE, NOUVELLE LÉGITIMITÉ?

En 2017, la création d'Orléans Métropole apparaît comme un bouleversement, inattendu et rapide, d'une intercommunalité orléanaise longtemps peu intégrée<sup>1</sup>, reflet classique d'une géographie politique locale organisée dans des schémas d'oppositions entre centre et périphérie (Dournel & Guérit, 2018), communes petites et grandes, et clivages partisans (fig. 2). De cette géographie, il ressort la primauté de l'échelle communale, le mode consensuel de la gouvernance intercommunale, expression du « gouvernement des maires », et la difficulté à élargir l'assise géographique d'Orléans Métropole à de nouvelles communes, intégrées fonctionnellement dans l'agglomération mais refusant d'être membres de la structure intercommunale (Ardon, Gidy). À ce tableau, rajoutons les difficultés relationnelles avec les représentants élus des territoires voisins, inquiets d'une hégémonie orléanaise. D'où une fragmentation politique de l'espace fonctionnel de l'aire urbaine (dans les années 1990, trois structures de « pays » s'érigent autour de la communauté d'agglomération) et l'absence d'une « vision partagée » du territoire (avec celui d'Orléans, quatre schémas de cohérence territoriale (SCoT) sont élaborés, dispersion en partie atténuée par une démarche inter-SCoT). *In fine*, il n'existait pas de gouvernance territoriale à l'échelle de l'Orléanais sous la forme d'une mise en réseau des acteurs et de la constitution d'un acteur collectif.

Non débattue lors des élections municipales de 2014, la création d'Orléans Métropole (fig. 2) a été rendue possible, au terme d'un *lobbying* parlementaire intense, à l'instar de Dijon, et au prix d'un soutien aux prétentions de la rivale tourangelle, par l'assouplissement des critères d'éligibilité de la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe). Sur le plan de la gouvernance interne, ce passage a nécessité la réaffirmation du « gouvernement des maires » par la signature d'un « pacte de gouvernance et de confiance métropolitain » liant les 22 communes. Par ailleurs, cet avènement perturbe le *statu quo* entre la capitale régionale et ses territoires voisins : par la grâce de son nouveau statut, Orléans semble, d'une part, renouer le dialogue avec sa proche périphérie et, d'autre part, pouvoir jouer un rôle interterritorial qui semblait ne plus lui être reconnu.

Dans le champ de la santé et de l'offre de soins, le passage en métropole illustrerait ce nouveau rôle donné à l'agglomération orléanaise, redéfinissant les relations entre l'intercommunalité et ses communes membres et rendant possible de nouvelles coopérations avec ses territoires voisins, organisés en vastes communautés de communes et de pôles d'équilibre territorial et rural (PETR) (fig. 3). Une telle impulsion métropolitaine pourrait ainsi engendrer la mise en chantier de contrat local de santé (CLS), instrument d'action publique organisé, en un système d'acteurs de la santé à l'échelle du territoire de l'Orléanais? Pour autant, la métropole s'est dotée d'une compétence santé certes modeste, intitulée « coordination des projets d'installation et de maintien », qui suggère que son rôle est circonscrit à une fonction d'accompagnement des politiques communales. L'intercommunalité refléterait alors un « fédéralisme concurrentiel » local où la métropole, dans un principe de subsidiarité, supplée les insuffisances du niveau communal dans l'organisation de son offre de santé. Dans ce système de gouvernance, la métropole relèverait plus d'une fonction de coordination et d'animation des différents espaces et acteurs de l'action publique (communes, territoires voisins, professionnels de la santé) que de la création d'un territoire politique de la santé : « faire politique plutôt que faire territoire » (Vanier, 2010).

## 3. LES ENTRAVES À L'ÉMERGENCE MÉTROPOLITAINE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Cette timide fonction de coordination et d'animation reflète la faiblesse de la légitimité métropolitaine pour agir. Cela tient, d'une part, à l'absence de fondement juridique qui reconnaîtrait à la métropole une compétence à propos de l'offre de soins (Tabuteau, 2009). Le Code général des collectivités territoriales (CGCT) est sans ambiguïté : l'article L. 5217-2, décrivant les attributions des métropoles, n'évoque jamais une compétence relative à la santé ou à l'offre de soins, qu'elle soit de plein droit ou déléguée par le département, la région ou, surtout, l'État. On insiste sur l'État car, en droit français, celui-ci a la compétence de

<sup>1</sup> Un syndicat intercommunal à vocation multiple entre 1966 et 1999 ; une communauté de communes entre 1999 et 2002 ; une communauté d'agglomération à partir de 2002. Entre janvier et mai 2017, l'agglomération d'Orléans connaît un éphémère statut de communauté urbaine, lié à sa transition vers celui de métropole. Par ailleurs, si le périmètre initial de l'intercommunalité orléanaise se limitait à 6 communes, il concerne aujourd'hui 22 communes, limite indépassée depuis 2001.

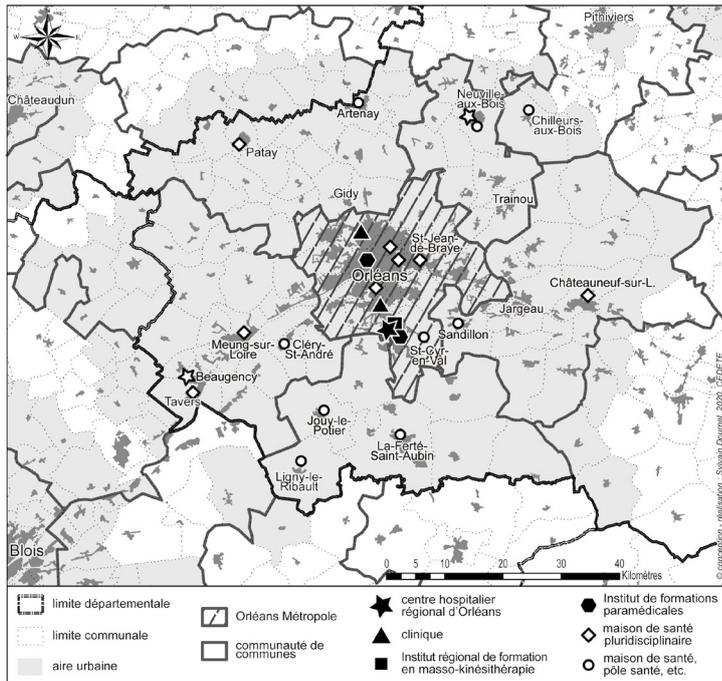
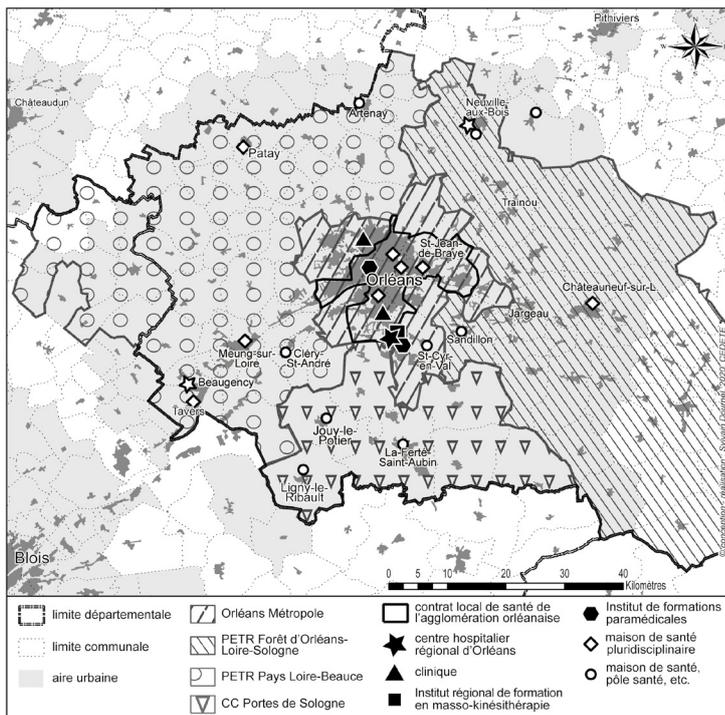


Figure 2. L'intercommunalité et équipements de santé dans l'Orléanais en 2017

Figure 3. Les territoires de projet dans l'Orléanais en 2017, points d'appui des SCoT et CLS



l'attente, la régulation métropolitaine perd un instrument précieux.

En second lieu, l'action de la métropole d'Orléans est freinée par des concurrences territoriales. Tout d'abord, une concurrence régionale puisque la région Centre-Val de Loire a réagi énergiquement face à la démographie médicale. Elle dispose en effet d'une base juridique pour asseoir son intervention : elle peut notamment définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé ; elle élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes (L. 1424-1, CSP). À cet égard, elle a lancé un « Plan urgence santé », qui se concrétise par exemple par des financements apportés aux projets de MSP ou par l'annonce spectaculaire du recrutement de 150 médecins salariés. Toutes ces actions lui permettent de nouer des liens directs avec les communes et les professionnels de santé, destinataire du soutien régional, excluant d'autant la métropole. Ensuite, la concurrence des territoires voisins d'Orléans Métropole perdure. Leur population se déplace vers la métropole pour se soigner, comme le montre le diagnostic local de santé établi par l'Observatoire régional de santé (ARS Centre-Val de Loire, 2015). Dans ces conditions, on aurait pu imaginer un rôle clé de la métropole, pour tenter de réguler l'offre de soins à l'échelle de l'aire urbaine. Toutefois, la situation a évolué différemment, avec

principe s'agissant de la santé. À cet égard, l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique (CSP) dispose que « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État. » Il en ressort que la métropole peut difficilement revendiquer un *leadership* sur la problématique de l'offre de soins. L'agence régionale de santé (ARS), par son plan régional de santé (L. 1431-1, CSP), son schéma régional de santé (L. 1434-2, CSP) ou encore ses différents zonages, comme les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4, CSP), a une influence décisive sur les contours de la politique d'offre de soins. La métropole ne se voit pas reconnaître de tels outils pour l'action. D'autre part, la faible légitimité métropolitaine s'explique par la portée de son rôle actuel de coordination, qui vise fondamentalement à rationaliser les initiatives communales, pas à s'y substituer. En outre, cette entreprise de mise en cohérence a des limites non négligeables. Ainsi, un instrument clé d'articulation des actions communales est le CLS. Ce dispositif est conclu par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, et porte sur les politiques de soins. L'agglomération orléanaise en est dotée ; néanmoins, il est piloté par une commune membre d'Orléans Métropole, Fleury-les-Aubrais, et ne réunit pas les 22 communes qui composent la métropole. Un projet de CLS métropolitain est évoqué mais non encore mis en place. Dans

l'union de tous les territoires voisins d'Orléans Métropole au sein d'un CLS particulier, le CLS des «Territoires ruraux de l'Orléanais». Ce dispositif de régulation, qui ceinture totalement Orléans Métropole, réunit 104 communes structurées en communautés et PÉTR (fig. 3). La métropole en est exclue alors qu'il influe sur l'accès aux soins de ses propres habitants. Enfin, une certaine concurrence communale doit être pointée, à travers la volonté des communes de conserver une autonomie concernant les actions en matière d'offre de soins. La situation médicale préoccupante a érigé la santé en doléance prioritaire des habitants, obligeant les maires à se saisir du dossier. Ils multiplient les MSP et les annonces tendant à salarier des médecins et il est frappant de relever qu'ils inscrivent leurs actions dans le strict cadre communal, n'évoquant jamais la métropole, comme on le voit dans les communes suburbaines de Saint-Jean-de-la-Ruelle et de Saint-Jean-de-Braye. Dans les faits, les maires vont directement chercher les accords, soutiens et financements de l'ARS et de la région, par-delà la métropole. Celle-ci est ainsi concurrencée, y compris par ses communes membres qui souhaitent conserver l'initiative sur l'enjeu de l'offre de soins, au risque de compétitions intramétropolitaines.

## RÉFÉRENCES

- ARS Centre-Val de Loire, 2015, *Diagnostic local de santé de l'agglomération Orléans Val de Loire*, Orléans.
- Dournel S., Guérit F., 2018, « Le renouveau du conflit ville-campagne par les représentations sociales du développement durable. L'exemple de l'aire urbaine d'Orléans », *Proceedings du 4<sup>e</sup> colloque international du CIST « Représenter les territoires »* (Rouen, 22-24 mars 2018), Paris, CIST, p. 168-173 [en ligne: [hal.archives-ouvertes.fr/hal-01854369](http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01854369), consulté le 22/02/20].
- Jomier B., Surel L., 2017, « La santé dans les grandes métropoles », *Les Tribunes de la santé*, n° 56, p. 29-34.
- Guérit F., Allorant P., Dournel S., 2020, « Orléans, faire la « métropole intense » ? », in C. Demazière, X. Desjardins et O. Sykes (dir.), *La gouvernance des métropoles et des régions urbaines. Des réformes institutionnelles aux coopérations territoriales*, Paris, PUCA, coll. « Recherche ».
- Honta M., Basson J.-C., 2017, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, p. 63-82.
- Tabuteau D. (coord.), 2009, numéro thématique « Territoire et santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2(2), p. 7-116.
- Vanier M., 2010, *Le pouvoir des territoires. Essai sur l'interterritorialité*, Paris, Anthropos Économica [2<sup>e</sup> éd.].

## LES AUTEURS

### Pierre Allorant

Université d'Orléans – POLEN  
pierre.allorant@univ-orleans.fr

### Sylvain Dournel

Université d'Orléans – CEDETE  
sylvain.dournel@univ-orleans.fr

### Fouad Eddazi

Université d'Orléans – CRJ Pothier  
fouad.eddazi@univ-orleans.fr

### Franck Guérit

Université d'Orléans – CEDETE  
franck.guerit@univ-orleans.fr