



Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : **2012-2013**

Animation territoriale de santé et contrat local
de santé : quelles articulations ?
L'exemple de trois territoires de Bretagne.

Laura FIZELIER
11 Septembre 2013

Remerciements

Je souhaite avant tout remercier ma Directrice de Mémoire Madame Françoise Jabot pour le temps qu'elle a consacré à m'apporter les conseils et outils méthodologiques indispensables à la conduite de cette recherche.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnées dans ce parcours de formation et m'ont permis de mener, avec autant d'intérêt, ce travail de recherche : mes collègues de promotion, les enseignants et Monsieur François Petitjean pour m'avoir accueillie au sein de l'École des Hautes Études en Santé Publique et pour m'avoir intéressée aux problématiques de la territorialisation.

Je remercie également l'ensemble des acteurs de terrain pour avoir acceptés de me recevoir et qui par leurs réponses aux entretiens ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mes collègues de bureau que j'ai côtoyées pendant mon stage pour leur sympathie.

Sommaire

Liste des sigles utilisés.....	6
INTRODUCTION : le contexte de la territorialisation en France.....	7
1. Évolution des politiques de santé vers la territorialisation.....	7
2. Une expérience plus remarquable : l’animation territoriale de santé.....	9
3. La loi HPST consolide les processus de T° à travers la mise en place d'outils spécifiques : le PRS, le PTS et le CLS.....	11
4. La situation en Bretagne.....	18
4.1 La territorialisation.....	18
4.2 L'échelon du Pays.....	18
4.3 L'animation territoriale de santé.....	20
4.4 Le contrat local de santé.....	24
METHODOLOGIE.....	26
1. Objectifs – cadre d'analyse.....	26
2. Méthodes de recueil.....	27
2.1. Sources documentaires.....	27
2.2 Entretiens.....	28
2.3 Observations.....	29
RESULTATS.....	30
1. Pays du Centre Ouest Bretagne.....	30
1.1 Le contexte du Pays.....	30
1.1.1 Situation géographique et structure du Pays.....	30
1.1.2 Données socio-démographiques.....	32
1.1.3 Diagnostic local de santé.....	33
1.1.4 Dynamique de santé.....	35
1.2 Les dispositifs.....	37
1.2.1 L'ATS.....	37
1.2.2 Le CLS.....	41
1.3 L'articulation ATS – CLS.....	43
1.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice.....	43
1.3.2 Importance des actions de l'animatrice inscrites dans le contrat.....	44
1.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice.....	45

2. Pays de Vitré – Porte de Bretagne.....	48
2.1 Le contexte du Pays.....	48
2.1.1 Situation géographique et structure du Pays.....	48
2.1.2 Données sociodémographiques.....	50
2.1.3 Diagnostic local de santé.....	51
2.1.4 Dynamique de santé.....	53
2.2 Les dispositifs.....	56
2.2.1 L'ATS.....	56
2.2.2 Le CLS.....	57
2.3 L'articulation ATS – CLS.....	59
2.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice.....	60
2.3.2 Importance des actions de l'animatrice inscrites dans le contrat.....	60
2.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice.....	61
3. Pays d'Auray – Communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer.....	64
3.1 Le contexte du Pays.....	64
3.1.1 Situation géographique et structure du Pays.....	64
3.1.2 Données sociodémographiques.....	66
3.1.3 Diagnostic local de santé.....	67
3.1.4 Dynamique de santé.....	70
3.2 Les dispositifs.....	72
3.2.1 L'ATS.....	72
3.2.2 Le CLS.....	75
3.3 L'articulation ATS – CLS.....	78
3.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice.....	78
3.3.2 Importance des actions de l'animatrice inscrites dans le contrat.....	79
3.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice.....	80

DISCUSSION – ANALYSE.....	82
1. Limites de l'étude.....	82
2. Analyse de la continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice.....	83
3. Analyse de la place et la précision des actions de l'animatrice dans le papier contractuel.....	84
4. Analyse de l'influence du CLS sur les missions et actions de l'animatrice.....	85
5. Facteurs influençant l'articulation entre les deux instruments.....	86
Bibliographie.....	90
Liste des annexes.....	93

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de la Santé
ASV : Atelier Santé Ville
ATS : Animation Territoriale de Santé
CG : Conseil Général
CLS : Contrats Locaux de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CT : Conférences de Territoire
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital Patient Santé et Hôpital
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PRS : Projet Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
PTS : Programme Territorial de Santé
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION : le contexte de la territorialisation en France

1. Évolution des politiques de santé vers la territorialisation

Aujourd'hui en France, l'action publique se caractérise par une mise en œuvre de plus en plus locale de ses politiques, reflétant un souci d'être au plus proche des populations, et ainsi permettre une meilleure offre de services, optimiser les ressources disponibles et lutter contre les inégalités (Développer une approche territorialisée de la santé, Anne Laurent-Beq et Éric Le Grand).

Le champ de la santé publique évolue, lui aussi, vers une territorialisation de ses politiques de santé, pour une plus grande efficacité, équité et une meilleure efficience des prestations proposées. Cette territorialisation en santé consiste en une approche des politiques de santé publique valorisant les spécificités et les ressources propres à chaque territoire. Elle implique une prise en charge locale des questions de santé et ainsi, une plus grande implication des acteurs de santé et des élus locaux.

En France, les processus de territorialisation de l'action en santé publique ont été introduits au cours des trente dernières années. L'action se développe progressivement sous forme de contrats et s'appuie sur des procédures de concertation, de portage conjoint, coordonné de dossiers, par le biais de financements conjoints entre l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales. Le contexte français est alors soumis à de nombreux changements et de nombreuses influences : la reconnaissance progressive de l'échelon régional comme niveau pertinent pour l'utilisation des politiques de santé, l'évolution du rôle des autorités publiques et parapubliques investies dans la santé, l'affirmation continue et toujours plus présente de l'importance de l'échelon territorial comme espace de décision et d'implantation. D'importantes réformes, plus ou moins convergentes, s'inscrivent ainsi dans ce contexte : la loi de décentralisation, la loi de santé publique, la loi organique relative aux lois de finances, la réforme de l'État et de l'Assurance Maladie, ou encore la loi Hôpital Patient Santé Territoire¹.

Au travers de l'instauration et la mise en place de ces lois et réformes, l'approche territoriale de santé est actée.

1 Jabot Françoise et Loncle Patricia, « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », Santé Publique, 2007/hs Vol. 19, p. 21-35.

Dans le but de réduire au mieux les inégalités de santé et d'accès aux soins constatés en France, il est essentiel de repérer et observer de façon précise les territoires où l'état de santé des populations est médiocre.

Les avancées en matière de cartographie amènent à d'importants constats, comme par exemple plus un territoire considéré est vaste, plus les contrastes entre les niveaux de santé sont masqués. D'où l'importance de la réalisation d'un diagnostic local, précis, pour cibler les territoires prioritaires pour des actions de santé publique et améliorer l'état de santé des populations. Il est également important de souligner qu'en plus de la cohérence de l'échelon local d'un territoire pour mieux agir, les élus locaux (communes, départements, régions) sont davantage impliqués et donc davantage qualifiés pour mener et faire-valoir des actions de santé publique.

Ainsi, le territoire constitue désormais un lieu de définition et de solution des problèmes de santé publique. Il est un espace structuré, politique et défini par des critères objectifs liés à un ensemble de facteurs (habitat, économie, circulation...), mais aussi un lieu de sociabilité et de socialisation.

La question de l'échelle pertinente du territoire pour une action de santé est au cœur des réflexions. Comme pour toutes les politiques publiques, le domaine de la santé s'appuie sur des indicateurs spécifiques. L'épidémiologie joue alors un rôle essentiel dans la définition des territoires. Il est important de souligner la relation marquée entre la concentration des problèmes de santé et les problèmes sociaux, ce qui amène à penser une approche davantage transversale de la territorialisation pour une meilleure coordination des actions (habitat, culture, accès aux soins...).

Enfin, l'implication des différents acteurs de santé dans la démarche de territorialisation est importante. De nombreux acteurs sont inscrits dans différents dispositifs déjà existants, et agissent dans de nombreux domaines. L'approche territoriale n'arrive pas en terrain vide de démarches et d'actions en santé publique. Il est alors nécessaire de poursuivre le décloisonnement de chaque champ pour un partage des connaissances et une articulation entre les différentes politiques publiques, et de toujours développer les compétences des acteurs de santé.

2. Une expérience plus remarquable : l'animation territoriale de santé

Avec l'arrivée des processus territorialisation en France, de nombreuses réflexions et expériences en matière de santé publique avaient conclu à la nécessité de développer une politique de proximité en matière de prévention et de promotion de la santé : l'animation territoriale de santé. La multiplicité des intervenants du domaine sanitaire et social, des politiques publiques et des secteurs d'activité économique concernés, justifiait en effet la création d'une fonction spécifique d'animation et de coordination de proximité.

C'est dans ce contexte que la décision d'expérimenter les dispositifs locaux d'Animation Territoriale de Santé, basés sur les Pays, les communes ou les communautés de communes, dans le but de toujours réduire les inégalités de santé et promouvoir la santé à l'échelle des territoires. La première expérimentation d'ATS en France a été mise en place au début des années 2000, bien avant l'institution de la loi Hôpital patient Santé territoire, et en 2002 en Région Bretagne par le Comité Régional de Santé Publique (CRSP). L'objectif était de mettre en place des points d'appui locaux en relation avec les élus du territoire dans la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique adaptée au contexte local dans les champs de la prévention et la promotion de la santé².

Plus largement, le but est d'assurer une meilleure coordination entre institutions, professionnels sanitaires, médico-sociaux en s'appuyant sur des dispositifs déjà existants en matière d'organisation et régulation du système de santé, au service d'un projet territorial de promotion santé.

Ce dispositif, avec le poste d'animatrice territoriale de santé qui lui est attribué, a au départ suscité de nombreuses questions sur les différentes fonctions que pouvaient ou devaient occuper ces animatrices, mais aussi sur l'étendue de ces missions. Un premier bilan montrait un certain flou persistant du métier d'animateur territorial de santé. Ils n'existaient par ailleurs pas les mêmes besoins selon les pays, ni le même budget selon les financeurs, et donc forcément les mêmes besoins et attentes en terme de rôle des animatrices. Cette complexité a conduit les animatrices à exercer dans les premières années de façon isolée et malheureusement sans avoir de métier auquel se référer. Un cahier des charges avait alors été élaboré afin de mieux identifier et définir leurs missions. Progressivement les actions et missions des animatrices territoriales de santé ont été identifiées et leur rôle a pu se clarifier.

2 Jabot Françoise et Loncle Patricia, « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé Publique*, 2007/hs Vol. 19, p. 21-35.

Les objectifs généraux et les missions de l'animatrice sont multiples et variées.

Elle participe tout d'abord à l'élaboration du diagnostic local de santé. Lorsqu'un territoire s'engage dans le dispositif d'ATS, il est forcé de réaliser son diagnostic local de santé, afin de mieux identifier les besoins de sa population et y répondre en définissant ensuite son projet territorial de santé. Cette première fonction revient à l'animatrice territoriale de santé : la réalisation et la rédaction du diagnostic et le développement et l'entretien en permanence des réseaux d'acteurs sur le territoire pour le projet territorial de santé. Ainsi, l'animatrice aura une bonne connaissance des territoires en matière de santé et permettra une meilleure mise en œuvre de ses actions.

Elle favorise la sensibilisation et la mobilisation des acteurs pour impulser des dynamiques territoriales. Elle met tout en œuvre pour mobiliser les ressources et compétences existantes afin de mettre en place et organiser le plus possibles de dynamiques locales, en impliquant l'ensemble des acteurs locaux, qu'il s'agisse d'acteurs de santé au sens large (prévention, sanitaire, médico-social) ou d'acteurs non spécialistes mais pouvant agir sur les déterminants de santé. L'animatrice anime également la réflexion territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé et contribue à l'intégration d'un volet santé dans l'ensemble des politiques publiques pour une meilleure prise en compte des impacts sur la santé en visant le bien-être.

Elle accompagne et coordonne les acteurs et les actions entreprises. En effet, l'ATS permet une mise en relation des actions entreprises par les différents acteurs et institutions, pour une plus grande cohérence et transversalité.

L'animatrice joue également un rôle dans la veille, l'alerte, le suivi et la prospective sur la santé. Elle participe à l'observation de la santé sur le territoire, identifie et priorise les problématiques de santé, en tenant compte des déterminants de santé, et s'emploie à la recherche des facteurs d'inégalité de santé. Elle repère également les ressources potentielles existantes sur le territoire ainsi que les promoteurs susceptibles d'intervenir dans des projets dans ce champ.

Elle favorise l'information et la communication sur son territoire d'action. Chaque territoire a aujourd'hui développé ses propres outils d'information et de communication, comme par exemple la presse locale ou les informations via les réseaux informatiques, et le rôle de l'ATS est de faire vivre ces outils au sein du territoire, à destination de la population et des acteurs.

Enfin, l'animatrice incite le plus possible les élus et la population à participer aux différentes démarches de prévention et promotion de la santé mises en place sur le territoire. Elle organise ainsi des rencontres publiques, pour favoriser la connaissance des acteurs et élus entre eux et permettre des échanges. Même si elle ne concerne encore pas tous les élus, leur implication sur la PPS se développe de plus en plus. La participation des usagers quant à elle existe, et on ressent de plus en plus une réelle volonté de leur part d'être impliqués. La participation des usagers est une volonté et est bien réelle

Ces différentes missions recouvrent tous les champs d'intervention possibles, propres à chaque territoire.

3. La loi HPST consolide les processus de T° à travers la mise en place d'outils spécifiques : le PRS, le PTS et le CLS.

La territorialisation telle qu'elle s'est développée ces dernières années apparaît aujourd'hui sous différentes formes d'organisation et de régulation, avec la mise en place de multiples outils et dispositifs différents.

Elle peut se traduire sous différentes formes, à travers des outils d'animation (animation territoriale de santé, l'atelier santé-ville, la conférence territoriale de santé, la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé, ou encore l'Agenda 21), de coordination (maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé libéraux, les réseaux ville OMS ou les réseaux), de contractualisation (les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les contrats de Pays ou les projets territoriaux de cohésion sociale), de coopération (Groupements d'Intérêt Public et Groupements d'Intérêt Economique, aux Groupements de Coopération Sanitaire, aux Coopérations Hospitalières de Territoire...), de planification (plans municipaux de santé) ou de financement (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens ou d'appels à projet DATAR).

Partant d'un constat que la santé est à améliorer et dans l'objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins et de santé, la loi Hôpital Patient Santé Territoire a été instituée en 2009. Loi HPST porte sur quatre thèmes : la modernisation des établissements de santé, un accès de tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et enfin une organisation territoriale du système de soin. Ce dernier volet se traduit par la création des Agences Régionales de Santé, qui constituent le pilier de cette réforme du système de santé. Elles ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

Réparties dans chacune des régions, elles représentent en effet un service public de santé régional, unifié et simplifié. Elles rassemblent au niveau régional les ressources de l'Etat et de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé. Elles regroupent en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM). En unifiant ces forces dispersées, les ARS permettent de mener des politiques de santé plus efficaces et de simplifier le système de santé.

A travers la mise en place de ces Agences dans chaque région, la territorialisation est actée. Des outils sont alors développés pour appuyer des dynamiques locales mises en place progressivement. Dans le but de définir et mettre en œuvre la politique de santé dans sa région, elle élabore son Projet Régional de Santé (PRS), qui s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé.³

Le PRS se compose de quatre volets. Le Plan stratégique régional de santé (PSRS) constitue le premier volet. Il définit pour 5 ans les priorités et les objectifs de l'ARS en matière de santé. Le second volet porte sur les trois schémas régionaux qui déclinent ces priorités dans les domaines relevant de la prévention, du sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et du médico-social à travers le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) et enfin le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS).

Les programmes d'actions déclinent ensuite certaines modalités d'application des 3 schémas. La loi HPST prévoit des programmes d'actions spécifiques, comme le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme de développement de la télémédecine (PRT) et le programme régional de gestion du risque (PRGDR). D'autres programmes d'actions peuvent être mis en place selon la région. Enfin, les programmes territoriaux de santé (PTS) viennent décliner le PRS à l'échelle des territoires de santé de l'ARS. Ils ont vocation à répondre aux priorités de santé identifiées sur ces territoires et sont élaborés par les conférences de territoires et les délégations territoriales de l'ARS.

La mise en œuvre du PRS peut également se faire au travers d'un Contrat Local de Santé (CLS), un outil permettant d'associer les collectivités territoriales pour la mise en œuvre d'actions prévus dans le PRS et le PTS.

³ ARS Basse normandie

Le Contrat Local de Santé

Avant de devenir un dispositif innovant de la Loi du 21 juillet 2009, loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), le contrat local de santé est évoqué pour la première fois en juin 2008 dans le cadre du Plan Espoir Banlieue : on parle alors du contrat local de santé publique (CLSP), qui est davantage perçu comme un prolongement contractuel des ateliers santé-ville (ASV) ou un complément du volet santé des anciens Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), dans le but de développer, dans les collectivités locales, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. Les partenaires participant à ce contrat sont multiples : l'État, les collectivités locales, les acteurs locaux privés et libéraux de la santé et les acteurs non institutionnels (associations de prévention). Ils élaborent ensemble un plan d'actions, de missions et un calendrier pour améliorer l'état de santé des populations en provenance des quartiers prioritaires. Le CLSP est élaboré à partir d'un diagnostic de la situation local et s'intègre dans le plan régional de santé publique (PRSP), avec les orientations définies par le ministère de la Santé incluses dans les objectifs.

A cette période, l'organisation du système de santé connaît de nombreux changements, rendant difficile l'application immédiate et générale du CLSP sur l'ensemble des territoires concernés. De ce fait, le dispositif a été expérimenté au début sur des sites pilotes proposés par les préfets parmi les communes et agglomérations en CUCS dotées d'un atelier santé ville (ASV) et comportant au moins un des 215 quartiers du PEB définis préalablement

Quelques mois plus tard, le dispositif est repris, sous le terme de contrat local de santé (CLS), dans le circulaire interministériel DGS/DIV/DP1 n° 2009 - 68 du 20 janvier 2009, relative « à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé »⁴. Cette circulaire pose les bases de ce nouvel outil, qui sera ensuite affirmé dans l'article L 1434 -2 de la Loi HPST. Le CLS constitue alors un instrument de contractualisation entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale (commune, communauté de communes ou Pays) (CT). Il est un outil de consolidation du partenariat local sur les questions

4

Circulaire de la ministre en charge de la santé et de la secrétaire d'état chargée de la politique de la ville

de santé globale et de soutien des dynamiques locales sur des territoires de proximité urbains ou ruraux, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi HPST, caractérisée par un pilotage unifié de différentes composantes que sont : la promotion et prévention de la santé (dont les problématiques de santé-environnement, de santé scolaire et de santé au travail), les soins ambulatoires et hospitaliers, l'accompagnement médico-social, et la veille et sécurité sanitaire.

Plus généralement, il s'inscrit dans la déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS), qui vise, par les actions coordonnées de ses signataires, à améliorer les contextes environnementaux et sociaux qui déterminent l'état de santé de la population et l'accès des personnes aux services de santé. Ainsi il poursuit des intérêts de déclinaison, de coordination, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de valorisation.

Ce rapprochement entre l'ARS et la politique de la CT est également inscrit dans l'article L1435-1 du CSP qui précise que « *L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'actions prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé* ». Selon les textes législatifs, cet outil offre la possibilité aux ARS de contractualiser avec des collectivités territoriales, des groupements ou des Pays pour une approche locale. Ce contrat, faisant l'objet d'un avis auprès de la conférence de territoire, peut porter sur l'ensemble des domaines de compétences de l'ARS.

Les textes n'étant pas précis et le CLS un outil facultatif, les régions ont la possibilité de moduler leurs CLS et de les adapter selon leur situation locale et leurs priorités. Ainsi, la signature peut s'élargir à d'autres acteurs de santé (établissements de santé par exemple) selon leur niveau d'implication et les moyens qu'ils souhaitent engager.

On peut noter que cette contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales peut se concevoir selon deux modèles : une démarche descendante (impulsion par l'ARS) ou une démarche ascendante (stratégie des collectivités territoriales vers l'ARS).

Le contrat local de santé répond à des objectifs multiples.

Il permet une déclinaison locale de la politique de santé régionale (illustrée par le programme régional de santé), dans le cadre d'une politique cohérente et transversale.

Quand il est mis en place, il permet de concrétiser à un niveau infra-territorial les objectifs et engagements figurant dans le PRS et ses Programmes Territoriaux de Santé (PTS).

Il permet également de « de coordonner l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées»⁵. L'intérêt est ainsi de veiller à une cohérence entre les politiques de l'ARS et les initiatives locales déjà déployées sur le territoire (comme les ASV, les dispositifs issus de l'animation territoriale, les volets santé des projets territoriaux de cohésion sociale ou encore des agendas 21). Il constitue donc un lieu de rencontre entre la politique de santé réalisée par l'ARS et la politique initiée par les collectivités territoriales. De plus, ce type d'outil favorise une approche globale et transversale de la santé, les thématiques englobant souvent à la fois le secteur sanitaire, médico-social et celui de la prévention. « Le CLS est la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans un cadre renouvelé, celui d'un pilotage unifié et décloisonné du système de santé, dans ses différentes composantes : la promotion et la prévention en santé, les soins ambulatoires et hospitaliers, les accompagnements médico-sociaux et la veille sanitaire»⁶. Cette coordination est importante pour assurer une politique cohérente sur le territoire et éviter les doublons entre acteurs.

Le CLS est un outil pour mieux prendre en compte et réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins, ainsi que les inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, les textes prévoient que l'application du CLS privilégie les zones prioritaires au sens des projets territoriaux de cohésion sociale (PTCS) et des zones d'éducation prioritaire (ZEP) ou de zones rurales « isolées». En intervenant sur des zones fragilisées, où les indicateurs de santé de la population sont les moins bons, le CLS participe à la réduction des inégalités territoriales de santé. Il a pour objectif de favoriser l'accès de l'ensemble de la population à des services de soins, sociaux et médico-sociaux et préventifs de qualité. Dans ce sens, il intègre les objectifs d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis prévus dans le PRAPS.

5

20 Janvier 2009, circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 relative « à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé»

6

http://www.ars.poitoucharentes.sante.fr/fileadmin/POITOUCHARENTES/Votre_ARS/Le_Directeur_General/2011211_cls_chatellerault_discours_feb.pdf

Le CLS constitue un outil au service de la valorisation d'un territoire, dans la mesure où il permet de mettre en avant toutes les actions mises en œuvre sur le territoire. Il est un outil financier qui favorise la rencontre des acteurs, ce qui peut être perçu positivement en termes d'affichage politique mais aussi pour l'image du territoire. Par exemple, les maisons pluridisciplinaires de santé permettant la venue de médecins est l'opportunité de redonner une dynamique au territoire. Il est à noter que l'ARS soutient financièrement la mise en œuvre du CLS, mais elle assure également un appui en matière d'expertise et de technicité. L'agence est d'une grande aide pour regrouper différents acteurs autour d'un même projet de santé, et ce grâce au CLS.

Le CLS est associé à l'idée d'un engagement fiable et durable, inscrivant l'action en santé dans le temps. En effet, le cadre juridique du CLS impose une forte implication des différentes parties prenantes, qui s'engagent sur la mise en œuvre d'actions, ainsi que sur la mise à disposition de moyens financiers et humains, et enfin sur le suivi et l'évaluation des résultats. Il n'existe cependant aucune relation de tutelle entre les structures. Il ne s'agit pas pour l'ARS de faire appliquer sa propre politique au niveau local par une collectivité locale, ni pour la collectivité locale de se faire financer par l'ARS sans tenir compte de sa vision. Le cadre juridique du CLS garantit au contraire un équilibre entre les parties prenantes, en leur apportant un intérêt respectif. Enfin, le CLS est fortement incitateur à la participation du plus d'acteurs de santé différents possible : professionnels de santé, institutions, représentants d'usagers.... Il favorise ainsi la collaboration et la transversalité.

Enfin, le CLS permet aux collectivités locales de montrer leur implication en santé. Leur rôle est reconnu dans la mise en œuvre de politiques de santé publique, avec une vision positive pour les populations qui se sentent écoutées et soutenues pour ce qui concerne leur état de santé. En plus d'une stratégie politique, le CLS présente un autre intérêt pour les collectivités, celui d'avoir un financement pérenne, indépendamment des politiques locales. Il offre effectivement des financements aux collectivités et aux acteurs pour une durée minimale de trois ans, leur évitant de re-solliciter une aide financière tous les ans. Ainsi les bénéficiaires des financements bénéficient d'une sécurité, et une gérance des postes organisés plus sûre et plus simple.

4. La situation en Bretagne

4.1 La territorialisation

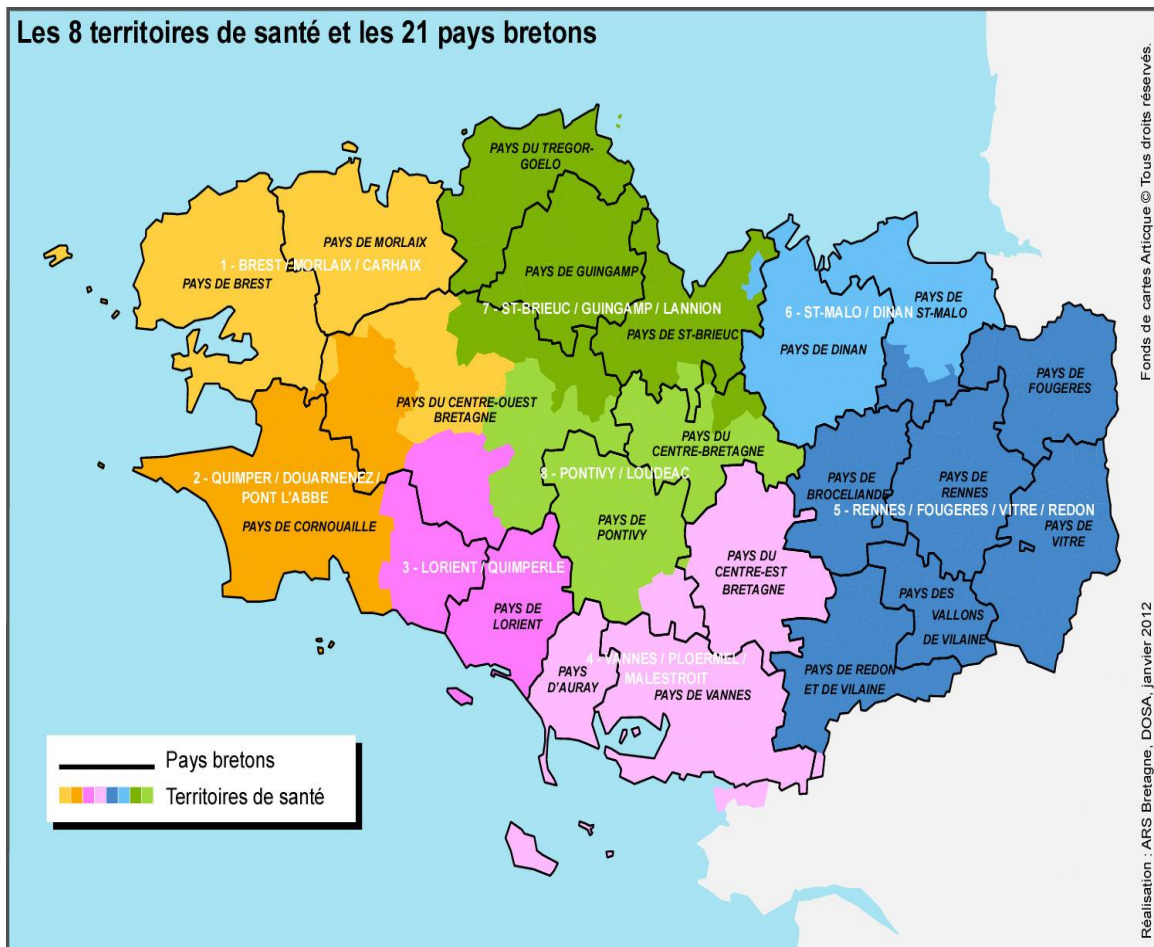
La région Bretagne a été comme les autres régions touchée par ces processus de territorialisation, ces mises en place de politiques et de dispositifs à des échelons plus locaux. Elle a même été une des premières régions à avoir mis en place des processus de territorialisation notamment l'ATS et le CLS.

4.2 L'échelon du Pays

La particularité de cette région porte sur l'existence très présente d'un échelon particulier : le Pays, encore différent des échelons de la commune, de la communauté de communes, du département, de la région ou encore du territoire de santé de l'ARS.

Chaque pays repose sur une cohésion géographique, économique, sociale ou culturelle. A l'échelle de ces territoires, les collectivités et les acteurs socio-économiques travaillent ensemble au développement du pays. Défini par la loi Voynet de 1999, il est un espace de coopération entre des collectivités prêtes à travailler ensemble à leur développement, en y associant les acteurs économiques, sociaux et culturels. Il ne dessaisit aucune collectivité de ses compétences : il remplit les missions qui lui sont confiées par ces collectivités dans un souci de cohérence. Cette coopération permet de mener une action commune dans des domaines d'intervention privilégiés : le développement économique, la solidarité, les services publics, l'environnement et la qualité de vie.

Il existe 21 pays en Bretagne.



L'échelon du Pays, plus que les autres, est considéré en Bretagne comme un territoire de projet pertinent sur la région, par son ancrage historique, culturel, son étendue géographique et sa cohérence avec les espaces d'attractivité des hôpitaux de proximité. Le choix de la dimension Pays en Bretagne est une ainsi opportunité de mutualisation de moyens pour des communes ou communautés de communes rurales insuffisamment dotées pour agir seules. Le caractère opérationnel des pays repose à la fois sur une logique de proximité, les Pays constituant des territoires de projets, et une logique de légitimité historique et culturelle propre à la Bretagne, rendant le découpage actuel des différents pays pertinent.

Et c'est donc à cet échelon que certains dispositifs de territorialisation, notamment l'ATS et le CLS, se sont mis en place progressivement sur la région.

4.3 L'ATS

Les ATS en Bretagne se sont mis en place à l'échelle des pays, à l'exception de l'ATS de la Ville de Rennes, à l'échelle de la ville.

Sur la période 2002-2011 en région Bretagne, l'ATS a été mise en place sur 9 territoires : 8 Pays (Auray, Centre Ouest Bretagne, Vitré, Ploërmel, Saint-Malo, Redon, Trégor-Goëlo et Guingamp) et la ville de Rennes. Une dixième ATS est en cours de mise en place dans le pays de Dinan.

Les ATS constituent un atout dans une approche globale des besoins de santé de la population au niveau d'un territoire à l'échelle du Pays. Cependant, il existe des spécificités comme l'ATS de Rennes, dont le dispositif s'inscrit à l'échelle de la ville. Par conséquent, elle a pour mission globale la promotion de la santé pour tous dans une dimension égalitaire et démocratique.

La ville de Rennes dispose de sa propre ATS qui souhaite favoriser une approche de santé spécifique sur 5 quartiers : Le Blosne, Maurepas, Villejean, Cleunay et Champs, Monceaux, Brequigny et Les Clôteaux.

La coordination est organisée et assurée sur la région à trois niveaux : un niveau politique régional, un niveau technique régional et un niveau local.

Une instance régionale de suivi, composée des élus ainsi que des responsables issus de l'ARS et du Conseil Régional, des élus et directeurs des structures porteuses du dispositif, et coprésidée par un représentant de l'ARS et un représentant du Conseil Régional. Elle assure le suivi de la mise en œuvre du dispositif, vérifie la cohérence avec les objectifs du cahier des charges, valorise les bonnes pratiques et contribue à la reconnaissance et la promotion du dispositif au sein du territoire.

Un comité d'appui technique et de conseil régional, composé des animatrices territoriales de santé (en Bretagne, toutes sont des femmes) et des représentants de l'ARS et du Conseil Régional. Il s'agit surtout d'un lieu d'information, d'échanges et de formation, se réunissant au moins deux fois par an. Le comité peut proposer à l'instance régionale de suivi de mettre en place des séances animées selon le souhait de l'animatrice territoriale de santé.

Un comité de pilotage territorial, composé du coordonnateur du projet et des représentants de l'ARS, des collectivités locales concernées, des usagers et des acteurs de santé libéraux. Il assure la réalisation d'un état des lieux de santé sur le territoire, ainsi que l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des actions décidées.

Enfin, une animatrice territoriale, dont le rôle est d'assurer la coordination et l'animation de la démarche sur le territoire.

Trois outils sont à disposition de l'animatrice à ce jour, pour définir et cadrer ses activités au sein du territoire. Le diagnostic de territoire constitue le premier outil, partant d'un état des lieux de la situation sanitaire sur le territoire, pour en faire ressortir ses problématiques et définir ses ressources : recueil de données qualitatives auprès des acteurs du territoire et de la population, actualisation de ces données, en complément du diagnostic quantitatif conduit par l'Observatoire régional de santé. Le diagnostic n'étant qu'un constat au moment où il est réalisé, il est important qu'il soit réactualisé régulièrement. Le second outil, la convention trisannuelle transformée récemment en contrat de trois ans suite à une évaluation du dispositif, définit les priorités ressorties suite au diagnostic de territoire, et qui cadre le métier d'animatrice. Enfin, le programme d'activités listées et planifiées dans le temps, constitue le dernier outil, et décline sur une année les modalités de mise en œuvre du contrat. Il précise les principes d'intervention de l'animation territoriale de santé en tenant compte des priorités identifiées du territoire. Il précise également les fonctions assurées et les modalités d'action (animation de groupe, conseil et accompagnement des porteurs de projets...).

Le poste de l'animatrice est financé par la structure porteuse (Collectivité : Pays, Communauté de communes ou Ville) ainsi que par l'Agence Régionale de Santé et la Région. Quelques exceptions existent, comme par exemple pour le pays de Redon, où une entité privée, la mutuelle des pays de Vilaine, participe au financement au même taux que l'ARS, le CR et le pays. L'engagement pris par les structures signataires porte sur l'ingénierie, assurée par l'animatrice engagée au plus sur un équivalent temps plein. Les montants de subvention correspondent à un équivalent temps plein, en sachant que la subvention sera calculée au prorata du temps affecté à ce dispositif. Pour ses différentes missions, l'animateur fait ses propres recherches de financement, le plus souvent en passant par des appels à projet de l'ARS ou du CR. L'Agence s'engage à apporter une subvention égale à un tiers du coût de mise en place du dispositif sur le territoire, dans la limite d'un plafond de 16 000 euros, sous réserve des crédits disponibles. Le Conseil régional s'engage à accorder une subvention égale

à un tiers du coût de mise en place du dispositif sur le territoire, dans la limite d'un plafond de 16 000 euros, sous réserve des crédits disponibles.

Quant à lui, le dispositif ATS ne finance pas un programme d'actions et n'a pas vocation à le faire. Cependant, l'animateur est censé être en mesure d'orienter les opérateurs vers les financements existants grâce à un bon niveau d'information sur les appels à projets et dispositifs départementaux, régionaux ou nationaux...

Comme il a été évoqué précédemment, le dispositif d'ATS a fait l'objet d'une évaluation entre 2011 et 2012 en région Bretagne, souhaitée et définie par l'ensemble des parties prenantes (ARS, Conseil régional, structures porteuses), notamment pour prendre en compte les évolutions importantes de la gouvernance régionale et territoriale de santé, ainsi que les attentes exprimées par les acteurs des territoires. Les résultats de cette évaluation ont été présentés en novembre 2012 à Rennes et ont surtout souligné la plus-value apportée par le dispositif en termes d'investissement durable et d'impulsion dans le champ de la promotion de la santé, favorisant le travail en transversalité, l'innovation et l'émergence de projets à l'échelle des territoires. Ils ont également pointé certaines difficultés liées à un isolement et à un manque de visibilité des animateurs territoriaux de santé, ainsi que la difficulté à concilier les attentes régionales et locales.

Quatre principales préconisations sont ressorties : renforcer l'équilibre entre les volontés régionales et les volontés locales en formalisant un contrat avec chaque territoire porteur d'ATS, composé d'un socle régional commun et d'objectifs spécifiques en fonction des besoins du territoire; assurer l'articulation entre l'animation territoriale de santé et les autres dispositifs territoriaux de santé, tels que les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville ou les conférences de territoire; préciser le pilotage et l'animation du dispositif ATS au niveau régional ; clarifier les modalités de financement de l'animation territoriale de santé en les centrant sur les moyens d'ingénierie.

Prenant en compte les résultats de ce travail collaboratif, le présent contrat énonce les principes du dispositif renouvelé dans un cadre tripartite sur la période 2013 - 2015.

4.4 Le Contrat local de santé

La Bretagne s'est rapidement saisie des questions de santé sur son territoire, en initiant une démarche expérimentale de territorialisation de la santé publique. En effet, la région se caractérise par des indicateurs sociaux économiques favorables mais des indicateurs de santé inférieurs à la moyenne nationale (espérance de vie, taux de suicide). Ainsi, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARSB) « *plébiscite fortement les contrats locaux de santé* » (Agence Régionale de Santé de Bretagne).

L'échelon fort du pays étant très marqué en région Bretagne, c'est à cette échelle que la majorité des CLS se sont constitués et se déclinent en Région Bretagne, à l'exception du CLS de la ville de Rennes et du CLS de la Communauté de Communes de Belle-Ile-en Mer (CCBI), à une échelle plus locale encore qu'un pays.

Aujourd'hui, six contrats locaux de santé sont signés en région Bretagne entre :

- le Pays et l'ARSB : le CLS du Pays de Vitré – portes de Bretagne (2011-2013), le premier CLS signé en Bretagne, le CLS du Pays Centre Ouest Bretagne (2012-2014), le CLS du Pays de Morlaix (2012-2014) et le CLS de Pontivy (2013 – 2014).
- une communauté de communes et l'ARSB : le CLS de la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer (2013-2015).
- une commune et l'ARSB : le CLS de la Ville de Rennes (2013-2015), orienté pour intervenir davantage sur ses quartiers les plus difficiles.

Le Conseil Général est associé à la signature pour deux d'entre eux : le CLS de la CCBI et le CLS du pays COB.

D'autres Pays sont quant à eux en cours de réflexion sur la mise en œuvre d'un CLS, comme le Pays de Dinan, le Pays de Redon, le Pays de Fougères, les Pays de Guingamp ou encore le Pays de Brest.

Dans le cadre de mon stage de master 2, j'ai eu l'opportunité de participer en tant qu'auditrice libre au mastère Santé Publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique, spécialisé sur le projet territorial de santé, où j'ai pu approfondir la question de la territorialisation en Région Bretagne, et notamment sur certains territoires de la Région. En effet, mes collègues et moi avons travaillé sur trois territoires différents dans le cadre d'un voyage d'étude : le Pays de Redon, le Pays Centre Ouest Bretagne et la ville de Rennes. Nous y avons mené des échanges avec différents acteurs des territoires, et ainsi approfondi nos connaissances sur certains dispositifs de territorialisation mis en place sur les trois territoires.

Au fil de la formation et des nombreux échanges avec les acteurs, mon intérêt s'est porté plus particulièrement sur les deux dispositifs que sont l'ATS et le CLS, constitués dans un contexte de grands bouleversements, et tout deux bien représentatifs de la territorialisation de plus en plus présente en France et en Bretagne.

Il est important de souligner l'existence de plusieurs types d'animation territoriale de santé.

Le premier type porte sur l'animation dans le but de mettre en place des points d'appui locaux pour soutenir les élus du territoire dans la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique adaptée au contexte local dans les champs de la prévention et la promotion de la santé. **C'est de cette forme d'animation que ce mémoire traitera.**

L'animation menée au sein de chacune des Agences Régionales de Santé

L'animation menée par le ou la chargée de missions au sein des conférences territoriales de santé.

L'ATS et le CLS étant tout deux des dispositifs facultatifs, ils ne coexistent pas nécessairement sur un même territoire et au même moment. On peut donc se demander, dans les territoires où ils existent tous les deux, comment sont-ils articulés entre eux ? Comment l'ATS est-elle intégrée dans le CLS ? L'animatrice est-elle partie prenante de l'organisation et la mise en place du CLS ou est-elle simplement un outil au service de la prévention et la promotion de la santé pour le CLS ?

En Région Bretagne, trois territoires présentent à la fois un contrat local de santé et une animation territoriale de santé : les Pays du Centre Ouest Bretagne (COB) et de Vitré – porte de Bretagne, ainsi que la Communauté de communes de Belle-Ile en Mer (CCBI), sachant que l'ATS concerne le Pays auquel la CCBI appartient, le Pays d'Auray, mais le CLS concerne seulement la CCBI.

L'objectif de mon travail est donc de répondre à la problématique en analysant ces deux dispositifs et leur articulation entre eux sur ces trois territoires.

Après cette introduction axée sur le contexte de mise en place de ces deux instruments de la territorialisation, ce travail est structuré en trois parties.

La première partie portera sur la méthodologie utilisée.

Dans une seconde partie, nous présenterons les résultats concernant les caractéristiques générales des trois territoires où l'ATS et le CLS coexistent : la situation géographique, les données sociodémographiques, l'état de santé, le diagnostic territorial ainsi que les particularités des deux dispositifs s'y trouvant, et enfin l'articulation entre eux.

Dans une troisième et dernière partie, une analyse des résultats et une discussion seront proposées.

METHODOLOGIE

Ce mémoire porte sur l'articulation entre le contrat local de santé et l'animation territoriale de santé.

Bien que l'ATS soit plus ancienne et qu'elle concerne seulement le champ de prévention et la promotion de la santé, elle est censée être intégrée au CLS, dispositif plus récent et englobant la santé. En effet, ses missions et actions sont multiples : la veille, l'alerte, le suivi et la prospective sur la santé, l'observation de la santé sur le territoire, la sensibilisation et la mobilisation des acteurs pour impulser des dynamiques territoriales, l'accompagnement et la coordination des acteurs et des actions, l'information et la communication, l'implication et la participation des populations et des élus. A travers ces différentes qualifications et sa connaissance des dynamiques locales et des enjeux politiques, l'animatrice territoriale de santé représente un maillon essentiel de la santé publique sur le territoire. Notre hypothèse serait donc qu'elle soit impliquée dans l'élaboration du CLS, par l'importance de son avis, qu'elle soit intégrée à la mise en œuvre de ce CLS, et qu'elle participe aux actions qui y sont intégrées.

1. Objectifs

L'objectif est donc de répondre à cette problématique, à travers la recherche d'informations permettant d'identifier le lien entre les deux dispositifs dans les trois territoires concernés, et d'apprécier dans quelles mesures ils sont complémentaires et en cohérence, et en adéquation avec les objectifs du PRS et les besoins du territoire.

Pour cela, l'articulation entre les deux instruments sera définie à partir de trois critères.

Le premier critère porte sur la continuité entre le CLS et le travail fourni par l'ATS, en amont de la signature du contrat. Seront alors étudiées l'utilisation du diagnostic local de santé réalisé par l'animatrice territoriale de santé pour l'élaboration du diagnostic de santé préalable au CLS, l'intégration de l'animatrice dans les groupes de travail, la reprise des priorités de l'ATS dans le CLS, la reconnaissance de l'expertise et la compétence de l'animatrice et enfin l'influence de l'animatrice au travers de la place de la prévention et la promotion de la santé au sein du CLS.

Le second critère cible l'importance des actions de l'animatrice et donc de la prévention et promotion de la santé inscrites dans le papier contractuel.

Le troisième et dernier critère porte sur l'influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice territoriale de santé. Seront étudiées la modification ou l'évolution des actions déjà menées par l'animatrice, la valorisation et la légitimité de son travail depuis la mise en place du CLS et enfin l'existence ou non d'un financement dédié spécifiquement à la prévention et la promotion de la santé.

Dans un premier temps les données recueillies seront présentées par territoire :

Le contexte : situation géographique, structure du pays, données sociodémographiques, état de santé de la population, diagnostic territorial.

Les deux dispositifs : l'ATS et le CLS.

L'articulation entre les deux dispositifs, où les résultats seront analysés au regard du cadre d'analyse présenté.

Dans un second temps, et cette partie constituera la discussion, les critères définissant l'articulation entre les deux instruments seront analysés de façon transversale, afin d'identifier les caractéristiques de l'articulation entre le CLS et l'ATS en région Bretagne et de ce fait soulever des enjeux naissants.

2. Méthodes de recueil

Pour répondre à cette problématique, la méthodologie retenue associe sources documentaires (recherche et revue de la littérature), conduite d'entretiens, enseignements et observations.

2.1 Sources documentaires

Le premier travail a consisté à sélectionner la littérature présente sur le sujet : l'historique et l'évolution des politiques de santé publique vers la territorialisation, l'apparition progressive de nouveaux dispositifs de territorialisation s'inscrivant dans ce contexte, et notamment les dispositifs du contrat local de santé et d'animation territoriale de santé en charge de la prévention et la promotion de la, le contexte de leur mise en place en France, en Bretagne et particulièrement dans les Pays de Centre Ouest Bretagne et de Vitré, et enfin les éventuels liens ou articulations existants entre eux.

Cette utilisation de la littérature s'est faite par le biais d'articles et ouvrages disponibles sur le sujet mais également de documents issus de la banque de données en santé publique ou sur l'intranet de l'Agence Régionale de Santé.

Le second travail a été le recueil et l'analyse de données concernant chacun des trois territoires : le diagnostic local de santé, le contrat local de santé, les différents travaux élaborés par l'animatrice territoriale de santé ainsi que le cahier des charges...

2.2 Entretiens

En parallèle de ces appuis bibliographiques, des enseignements reçus et pour appuyer des arguments, plusieurs entretiens ont été conduits avec des acteurs locaux et régionaux.

Acteurs institutionnels

- la directrice de la délégation territoriale du département Ille-et-Vilaine
- le directeur de la santé publique au sein de l'ARS Bretagne.
- la référente de la Délégation territoriale du Morbihan concernant le territoire de santé n°3 pour le pays du COB (le référent du CLS du Pays du COB n'étant pas disponible)
- la référente du CLS au sein de la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine pour le Pays de Vitré – porte de Bretagne
- la référente de la Délégation territoriale du Morbihan concernant le territoire de santé n°3, en charge spécifiquement du CLS de la Communauté de commune de Belle-Ile-en Mer (CCBI)

Acteurs locaux

Concernant le Pays COB :

- l'animatrice territoriale de santé du Pays
- le président de la commission santé du Pays
- la technicienne santé du Pays

Concernant le Pays de Vitré – porte de Bretagne :

- l'animatrice territoriale du Pays
- la directrice du pays et coordinatrice du CLS

Concernant le Pays d'Auray :

- l'animatrice territoriale sur le Pays

2.3 Observations

Observations de terrain : le voyage d'étude

Le mastère PTS s'est organisé autour de six séquences, à la fréquence d'une semaine par mois pendant six mois, portant sur :

Les territoires et les politiques publiques : définitions et enjeux théoriques et professionnels ; la qualité de vie et la santé dans le territoire ; l'accès et le recours aux soins dans le territoire ; l'élaboration d'un projet territorial de santé idéal ; un voyage d'étude sur le Pays de Redon (territoire de santé n°5), afin de confronter le référentiel élaboré aux réalités de terrain, à travers plusieurs entretiens avec des acteurs institutionnels et de terrain.

Restitution mastère PTS

Étant répartis en trois groupes, deux autres territoires ont été étudiés : ma ville de Rennes et le Pays du COB. La restitution orale de ces différents travaux a permis d'aborder encore davantage la thématique de la territorialisation, des textes aux réalités de terrain via le point de vue des acteurs.

Réunions

Enfin, dans le cadre du stage de master 2, j'ai pu assister à deux réunions : la conférence territoriale de santé du territoire de santé n° 5 en mars 2013 et une réunion de validation du CLS de la ville de Rennes en avril 2013. Les observations et propos recueillis lors de ces réunions ont permis de mieux comprendre le fonctionnement des politiques de santé.

RESULTATS

Pour mieux comprendre les priorités et les différents engagements des territoires en matière de santé, et plus particulièrement dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé via son animation territoriale de santé, il est essentiel de présenter d'abord le contexte dans lequel les démarches s'inscrivent, notamment une présentation générale de chaque territoire et une analyse du diagnostic local. Ensuite, les deux dispositifs et leur articulation entre eux seront présentés pour chacun des territoires concernés.

1. Pays du Centre Ouest Bretagne

1.1 Le contexte du Pays

1.1.1 Situation géographique et structure du Pays

Situé sur trois départements (Finistère, Côtes d'Armor et Morbihan) et sur 5 territoires de santé (TS1, TS 2, TS 3, TS7 et TS8), le pays du Centre-Ouest Bretagne est le plus grand des 21 pays de la Bretagne, s'étendant sur plus de 3 200 km². La densité de sa population est faible, avec 32 habitants / km², traduisant le caractère rural du pays. Il compte aujourd'hui une dizaine de communautés de communes et une centaine de communes. Les 5 communes les plus peuplées représentent un peu plus de 20% de l'ensemble des habitants du territoire. Située au centre du pays, la commune de Carhaix-Plouguer constitue le principal pôle de services avec sa large gamme d'équipements. Certaines communes périphériques sont cependant plus attirées par des pôles de services situés dans les pays voisins : notamment Pontivy au Sud-Est, Morlaix et Guingamp au Nord, Brest et Châteaulin à l'Ouest et Quimper au Sud.



Créée en 2002, le Pays du COB est aujourd'hui une structure au service du développement local et travaille dans les domaines de l'agriculture et l'environnement, l'économie, la culture, les services à la population, la santé (prévention, offre de soins et médico-social). La structure gère et coordonne également certains programmes financiers, comme le Contrat de Pays-Région ou le Contrat de territoire-Conseil Général.

Son organisation se structure autour de :

Une instance décisionnelle, le Groupement d'Intérêt Public (GIP), représentée par les élus, et dotée d'une assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau.

Une instance consultative, le conseil de développement, composé de la société civile. En tant qu'instance de démocratie participative, l'instance assure un rôle de veille et de prospective. Elle se compose de 8 commissions thématiques, dont la commission santé.

Une équipe d'animation de 12 membres.

1.1.2 Données sociodémographiques

Le Pays du CO possède une population présentant des caractéristiques spécifiques, entraînant des conséquences importantes sur les besoins en matière de services de soins ou d'accompagnement.

La population du pays du COB présente un profil encore plus âgé que la population régionale, elle-même sensiblement plus âgée que la population française. Les proportions des personnes âgées (60 ans et plus et 75 ans et plus) sont en effet nettement supérieures à celles de la région et les moins de 20 ans y sont moins bien représentés.

Le Pays du COB se caractérise également par un nombre d'habitants constant ces dernières années (entre 1999 et 2006). Cette stabilité démographique est expliquée par un solde migratoire positif, avec davantage d'arrivées que de départs, et d'un solde naturel négatif, avec davantage de décès que de naissances. En effet, on note une diminution du nombre de naissances de 8% en 2006 par rapport au nombre de naissances constaté en 2001. A l'horizon 2030, les projections de population du pays basées sur les tendances observées indiquent un vieillissement progressif de la population du pays : les jeunes de moins de 20 ans pourraient être alors moins nombreux que les personnes de 65 ans et plus, et on estime à 11% la proportion de personnes de 80 ans et plus présentes au sein du pays.

La part agricole dans le Pays du COB est plus importante qu'au niveau régional, alors que déjà la Bretagne possède une part importante d'emplois dans le secteur agricole comparé à la France. La part du secteur agricole représente en effet 15,9% des emplois du pays, contre 6,1% en Bretagne et 3,5% en France. Les observations suivent les mêmes tendances pour le secteur industriel, avec une part à 18,7% dans le Pays, contre 16,0% en Bretagne et 15,4% en France. A l'inverse, le secteur tertiaire est moins représenté qu'en Bretagne et en France.

Ainsi, la proportion d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants est particulièrement élevée, et au contraire, celle des cadres et des professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires et des employés est plus faible, expliquant en partie un revenu moyen déclaré en Pays COB inférieur aux moyennes régionales et nationales.

Les revenus des habitants du Pays sont inférieurs à la moyenne régionale. Le Pays compte en 2006 une proportion de bénéficiaires d'au moins un des trois principaux minima sociaux (Revenu de Solidarité Active et Allocation pour Adultes Handicapés) supérieure au niveau moyen breton, tout cela entraînant des indicateurs de pauvreté conséquents.

La proportion de personnes en situation de chômage de longue durée est plus élevée que dans la région (33,4% contre 31,0% pour la Bretagne), mais le taux de chômage global lui, est inférieur à celui de la région.

1.1.3 Diagnostic local de santé

A la fois sur trois départements, cinq territoires de santé de l'ARS, et cinq secteurs psychiatriques, le Pays du COB connaît un découpage en matière de santé complexe, et de ce fait une organisation difficile pour prendre en compte les besoins sur son territoire, même si le Pays est un échelon pertinent pour de meilleures coopérations entre acteurs et CT et facilite la concertation pour mener un projet de santé.

- Indicateurs de santé⁷

Dans un contexte de surmortalité en région Bretagne, le Pays du COB enregistre une des mortalités les plus élevées de la région, à la fois pour sa population masculine, avec une mortalité supérieure de 22% à la moyenne française, et pour sa population féminine, avec une mortalité supérieure de 16% à la moyenne française. Sur le Pays du COB comme en Bretagne, les hommes décèdent principalement de cancers et de maladies de l'appareil circulatoire.

En matière de taux mortalité prématurée masculine, celui du Pays COB est le plus élevé des 21 pays bretons, supérieur de 30% par rapport à la moyenne nationale. Concernant les femmes, le taux de mortalité prématurée est le second plus élevé des pays breton, supérieur de 19% par rapport à la moyenne nationale.

La population masculine et féminine du Pays se caractérise également par une mortalité évitable nettement supérieure à la moyenne nationale (respectivement supérieure de 45 et 58 %). Pour les deux sexes, les principales causes de décès évitable sont le suicide, l'alcool, les accidents de la circulation, les maladies de l'appareil circulatoire et enfin les cancers des voies aérodigestives supérieures. La région Bretagne souffre déjà d'une surmortalité concernant ces causes, et le Pays du COB encore davantage.

Ces indicateurs de santé sont à mettre en relation avec d'autres déterminants, comme la pauvreté, l'emploi, l'isolement, le handicap ou l'accès aux soins.

- Offre de soins⁸

L'offre de soins sur le Pays est aujourd'hui fragile.

La densité médicale est y faible et préoccupante, avec une accentuation inquiétante dans les prochaines années. En effet, les médecins généralistes vieillissent et ne se renouvellent pas. On observe cette tendance problématique au niveau national mais les territoires ruraux comme le Pays du COB sont davantage touchés, par manque d'attractivité, manque d'adaptation des outils ou méthodes de travail professionnels aux aspirations des nouvelles générations de médecins, comme par exemple les pôles de santé libéraux ou les maisons de

7

Observatoire Régional de la Santé - 2010

8

Animation territoriale de santé – Pays Centre Ouest Bretagne

santé pluridisciplinaires, traduisant une volonté de travailler de façon collective et transversale. Cette problématique touche encore plus les médecins spécialistes libéraux, avec une offre quasiment inexistante sur le Pays.

L'offre hospitalière est elle aussi précaire et fragile, malgré la fusion du l'unique structure Médecine Chirurgie Obstétrique du Pays avec le Centre Hospitalier Universitaire de Brest.

Le suicide et l'alcoolisme représentant les deux principales causes de mortalité évitable, il paraît essentiel de développer l'offre ambulatoire et hospitalière en addictologie et en psychiatrie. En effet, mis à part les établissements de soins, il existe peu de lieux d'écoute sur le Pays. Oxyjeunes, le point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) du Pays, répond à un véritable besoin de la part des jeunes et de leurs familles et représente ainsi un véritable enjeu de santé publique. Même si la structure fonctionne très bien, elle doit encore se développer pour mieux prendre en charge les populations.

1.1.4 Politique santé – projet territorial de santé - dynamique santé

Depuis plusieurs années, le Pays du Centre Ouest Bretagne, avec la collaboration de son Conseil de Développement, œuvre pour une prise en compte globale de la santé sur son territoire. Devant des indicateurs de santé préoccupants et une démographie médicale toujours plus fragile, le Pays s'est engagé en 2004 dans la prévention et la promotion de la santé en se saisissant du dispositif d'Animation territoriale de santé. En 2005, le Pays choisit de prioriser l'accès aux soins, une thématique importante ressentie suite à une étude réalisée sur l'offre et les besoins de services, en l'intégrant à la mission services à la population.

Avec la loi HPST en 2009, la création des ARS et le nouveau découpage territorial en découlant, le Pays tend à poursuivre toujours plus ses efforts en matière de politiques de santé. Ainsi en 2011, il s'engage sur l'ensemble des champs de la santé (offres ambulatoire et hospitalière, prévention et promotion de la santé), à travers la création d'une commission santé issue de son conseil de développement. Il décide également de cadrer ses priorités et engagements à travers l'élaboration (diagnostic, priorisations, plans d'actions) d'un Projet de Santé et de Territoire (PST), constituant le document référence du territoire en matière de santé. Le PST, sous-tendu par une méthodologie rigoureuse, des instances d'élaboration, de concertation et de validation. Les acteurs de santé se sont regroupés dans différents groupes de travail thématiques (PPS, offre de soins, médico-social), et ont ainsi élaboré un diagnostic local et dégagé des priorités et actions.

Les trois champs de la santé priorités ont été :

L'offre de soins hospitalière et ambulatoire, à travers le maintien de l'offre de soins et une réponse adaptée aux besoins de la population.

La prévention et promotion de la santé, avec pour objectifs de « Contribuer à réduire les risques de maladies ou d'accidents » et « Favoriser les comportements individuels et collectifs en bonne santé » (Projet de santé et de territoire, pays Centre Ouest Bretagne).

L'offre médico-sociale, avec pour objectif d' « Améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ».

Ce document a constitué la base de négociation entre le Pays, l'ARS Bretagne et le Conseil Général des Côtes d'Armor. Le Pays a souhaité que ce projet soit partagé avec l'ensemble des acteurs locaux de santé. La Commission Santé du Conseil de Développement a donc été fortement impliqué dans l'élaboration de ce document, qui a notamment servi de base de négociation à la contractualisation en 2012 avec l'ARS d'un Contrat Local de Santé.

1.2 Les dispositifs

1.2.1 Animation Territoriale de Santé du Pays du COB ⁹



Sur le Pays du COB le dispositif d'Animation Territoriale de Santé a été mis en place en 2004, secondairement à différentes pistes de réflexion engagées par le Pays et l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB), concernant le développement territorial dans le champ sanitaire. Le point de départ de la réflexion a été le séminaire « Santé et territoires », tenu en février 2003 à Rostrenen, qui portait sur le rôle des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux dans la participation à des actions de prévention et de promotion de la santé. Une faiblesse des indicateurs et une fragilité de l'offre de soins sur le Pays a alors pu être démontrée. Les élus ont alors décidé de s'engager pour une amélioration de la prise en charge de la population.

Un comité technique s'est alors constitué, composé de l'Etat, du Conseil de développement, l'AHB et du Pays du COB, pour discuter ensemble des modalités d'un projet territorial de santé. Un dispositif d'animation territoriale de santé existait alors depuis deux ans sur le Pays, mais plutôt de façon expérimentale. Le Pays s'en est alors saisi en 2004 pour l'officialiser et le soutenir quotidiennement. Et afin de mieux considérer les ressources existantes, les faiblesses et les atouts sur le Pays, plusieurs acteurs de santé ont élaboré un diagnostic territorial partagé, pour déduire les priorités et actions à développer dans les champs de la

9

Animation territoriale de santé, Centre Ouest Bretagne

prévention et de la promotion de la santé via l'animation territoriale. Ce diagnostic a été remis à jour et utilisé pour l'élaboration en 2011 du projet de santé et territoire.

Sur le Pays, les activités propres de l'animatrice, incarnant l'ATS, sont la réactualisation du diagnostic en lien avec le Projet Territorial de Santé et le CLS ; la participation à des recherches et analyse des enquêtes parues en matière de santé sur le territoire ; la participation à différentes instances locales et régionales ayant trait à la PPS pour repérer les ressources existantes et les besoins non couverts pour réactualiser les priorités de santé (ex : santé au travail, problématique des transports...) ; le portage de l'étude « Sursuicidité et conduites addictives en Pays du COB : quelles explications ? » ; l'accompagnement et coordination des acteurs locaux ; l'information et la communication ; la co-animation de la Commission Santé du Conseil de Développement avec la chargée de mission Services à la Population ; la co-élaboration et co-suivi des programmes d'actions du Projet de santé et de territoire ainsi que du Contrat Local de Santé (définition du cadre, de la méthodologie, du calendrier... élaboration du diagnostic, des priorités et des plans d'action, animation des instances de concertation, de validation et de suivi (comité de pilotage et comité de suivi, groupe projet, groupes de travail thématiques)) et enfin le suivi des travaux des Conférences et groupes de travail des 5 territoires de santé concernés de l'ARS.

Les thématiques prioritaires de l'animatrice sont :

- La prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire. En 2005, mise en œuvre et suivi du PAEJ (Point d'accueil et d'écoute jeunes) du Pays COB « Oxyjeunes ». Depuis 2008, avec la Mutualité Française Bretagne, l'animatrice co-anime des collectifs à travers l'organisation de soirées grand public sous forme de conférences ou de ciné-débat, des formations, un projet vidéo à l'attention des élèves des établissements scolaires du secteur. Sensibilisation aux usages d'internet et des réseaux sociaux... Depuis 2010, elle assure le portage et l'animation d'un groupe de travail sur le COB 22 et met en place des actions par exemple sur la problématique de l'animation et l'alimentation; elle coordonne des actions : conférences, ciné-débat, permanence d'écoute pour personnes endeuillées, plaquette des ressources locales... Elle participe, organise et/ou suit la formation au repérage et à l'intervention de crise suicidaire, met en place une permanence mensuelle d'écoute pour personnes endeuillées sur Rostrenen (association JALMALV 22), assure le suivi et/ou la participation aux actions portées par les partenaires : Formation « Accueil et Ecoute des adultes en souffrance » pour les bénévoles d'associations (IREPS 56). Formation pour les Groupe d'Entraide Mutuelle (IREPS 22). Enfin elle participe aux groupes de travail des

territoires de santé 1-2 et 8 sur la Santé mentale.

- La prévention des conduites addictives. Elle favorise la coordination des acteurs et des actions sur la thématique, assure le suivi des actions mises en place par les opérateurs spécialisés sur le territoire et le suivi du Centre de Soins d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sur Carhaix, elle prépare la mise en place d'un Réseau Addictions sur le territoire et participe aux groupes de travail des territoires de santé 1-2 et 8 sur les addictions.

- Le développement des compétences psychosociales. Elle suit des actions de la Mutuelle Santé d'Armorique (théâtre sur la santé des agriculteurs et programme sur l'aide aux aidants familiaux), du Conseil Général des Côtes d'Armor (théâtre-forum), du PAEJ Oxyjeunes (interventions dans les établissements scolaires), du Collectif Prévention de la Ville de Carhaix (médiatrice de prévention), du Service Prévention de l'Association Hospitalière de Bretagne...

Ces trois thématiques ont été retenues pour entrer dans les priorités objectivées pour le CLS.

Mais d'autres thématiques entrent dans le cadre des missions de l'animatrice : maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ; sécurité routière ; nutrition et prévention des maladies cardio-vasculaires ; prévention des cancers.

Pour toutes ces thématiques, l'animatrice a en charge d'animer et/ou de participer aux réseaux, collectifs ou groupes de travail existants. Elle a également pour rôle l'impulsion, l'accompagnement et la coordination des acteurs et des diverses actions de sensibilisation, de prévention ou de formation sur le territoire. Aussi, elle fait remonter les besoins territoriaux et les dynamiques existantes aux instances départementales ou régionales, suit les actions portées par ses partenaires sur ces thématiques et a pour mission l'élaboration d'un programme territorial d'actions de prévention santé à partir des priorités locales repérées (Axe Prévention/Promotion de la santé du Programme Territorial de Santé). Elle favorise également le développement d'outils pour un meilleur partage d'expériences et la mutualisation des pratiques. Enfin, l'animatrice accompagne également tous les porteurs de projets souhaitant s'informer et développer des actions de prévention et de promotion de la santé sur d'autres thématiques (violence, risques cardio-vasculaires, sécurité routière, santé-environnement, santé au travail...).

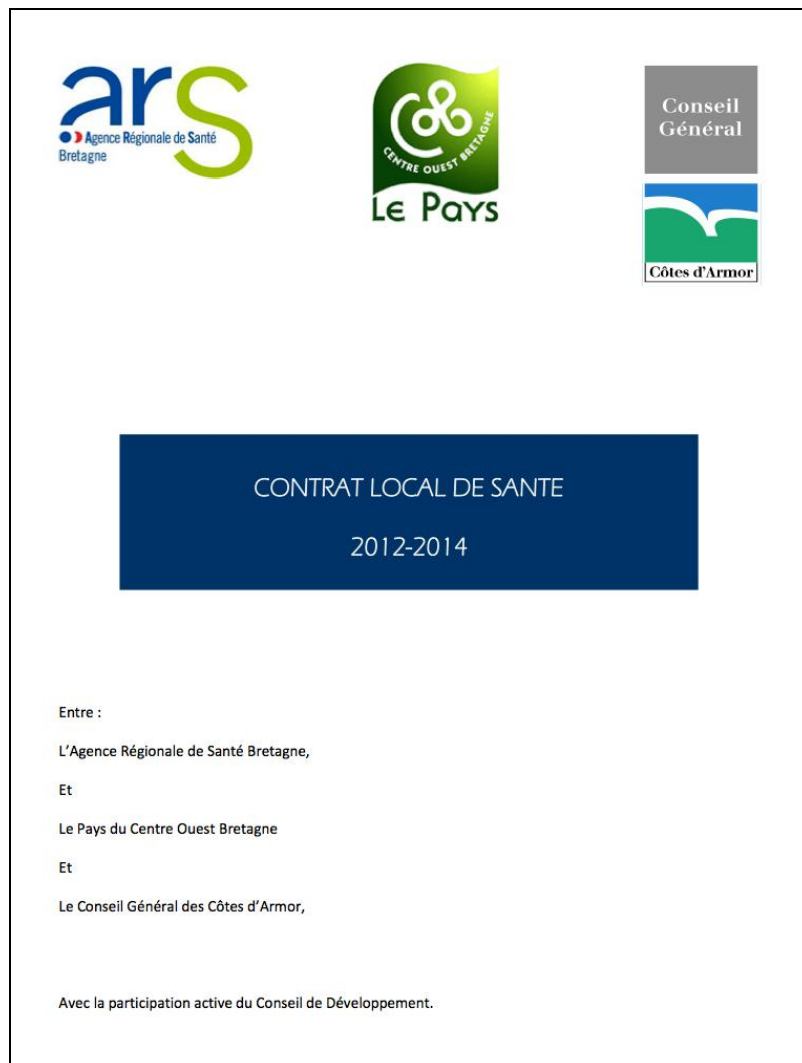
En dehors de ces trois priorités, l'ATS accompagne bien évidemment tous porteurs souhaitant développer des projets de prévention et de promotion de la santé sur d'autres thématiques (Ex : violence, santé au travail, risques cardio-vasculaires, sécurité routière, santé-environnement...) et pour tout public. Elle peut ainsi leur apporter : une aide et des conseils méthodologiques, un soutien logistique, ses connaissances sur le réseau local et les dynamiques existantes, des informations sur l'état de santé de la population et sur les actualités en matière de santé en général...

Le poste d'animatrice territoriale de santé est financé par la structure porteuse, ici le Pays, l'ARS et la Région, à hauteur de 15 000 à 17 000 euros chacun. Pour le financement de ses différentes actions ou missions, l'animatrice répond à des appels à projets, le plus souvent via l'ARS et la Région. L'ensemble de toutes ces actions menées par l'ATS via l'animatrice s'appuient sur les ressources et les dynamiques du territoire, l'objectif principal n'étant pas de créer de nouvelles choses, mais plutôt de valoriser et développer.

Au-delà des financements propres, l'ARS s'engage à suivre le dispositif d'ATS au travers de des instances régionales et départementales. Le Conseil Général des Côtes d'Armor s'engage à suivre les missions de l'ATS du Pays du COB par sa participation aux Comités locaux de pilotage du dispositif. Le Pays du COB s'engage à porter ce dispositif durant la période du contrat.

L'animatrice territoriale de santé du Pays s'appuie très régulièrement sur le président du Pays du COB, l'Elu délégué Santé du Pays, le Président de la Commission Santé du Conseil de développement du Pays du COB et la Direction du Pays du COB.

1.2.2 Le CLS du pays du COB



La question d'un Contrat Local de Santé du Pays du COB s'est posée suite à un recours déposé par les élus du COB, suite à leur désaccord concernant le périmètre du découpage territorial de santé imposé par l'ARS, à savoir son partage entre trois départements, cinq territoires de santé et trois secteurs psychiatriques. Le Pays du COB était alors le seul Pays à souffrir de ce découpage. L'ARS a alors refusé de modifier ce découpage difficile mais, sensible aux arguments des élus du Pays du COB et sans renoncer à la configuration arrêtée des territoires de santé, a proposé en contrepartie aux élus du Pays de travailler à l'élaboration d'un Contrat Local de Santé. La démarche a donc été ascendante, dans la mesure où il y a eu une sollicitation de la part du Pays pour la mise en œuvre du CLS.

Le Pays a accepté cette proposition, mais avec pour objectif sous-jacent de réaliser au préalable son propre diagnostic pour négocier avec l'ARS sur le choix des priorités et actions à inscrire dans le CLS. C'est ainsi que le Projet de Santé et de Territoire a été élaboré entre mai et octobre 2011, et a servi de base pour l'élaboration du CLS du Pays. Suite à ce PST, d'octobre 2011 à juin 2012, la démarche et les travaux inhérents au CLS ont été présentés à la Région et aux Conseils Généraux des trois départements concernés.

Durant la même période, des négociations ont eu lieu avec l'ARS sur la base des actions inscrites au contrat. Ainsi, dans un contexte de volonté de réduction des inégalités de santé et en application de la loi HPST, le Pays du COB s'est engagé en juin 2012 dans le CLS, signé entre l'ARS, le CG des Côtes d'Armor et lui-même.

Trois thèmes ont été priorisés : la Prévention et la Promotion de la Santé, l'offre de soins libérale et hospitalière, et le volet médico-social. Ces thèmes se sont structurés autour de cinq axes stratégiques, déclinés ensuite en objectifs et actions :

L'axe 1 a pour objectif de renforcer la connaissance et la compréhension des problématiques sanitaires et sociales afin de définir au mieux des stratégies d'actions.

L'axe 2 porte sur le développement d'une politique de prévention et de promotion de la santé.

L'axe 3 permet le renforcement de l'offre de soins libérale et hospitalière et fluidifier l'accès aux soins.

L'axe 4 cible une amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et structurer les filières.

L'axe 5 vise la coordination et la mise en œuvre du CLS.

Le Contrat Local de Santé est conclu pour une durée de trois ans, avec possibilité de faire des avenants. Afin de toujours privilégier une approche globale et concertée des problématiques de Santé sur le Pays, un comité de suivi a été mis en place, afin de suivre la réalisation des actions et des projets, d'identifier les éventuels blocages ou de discuter de possible avenants.

Il est à noter l'originalité de la participation d'un CG à la signature d'un CLS, en plus de l'ARS et du Pays, démontrant une connotation positive du CLS ces dernières années, avec une plus grande participation et implication d'acteurs et d'élus, comme par exemple les conseils généraux. Le CLS du Pays COB lui permet d'être reconnu et d'être un acteur privilégié des politiques de santé menées sur le territoire, s'inspirant d'une approche ascendante et non descendante.

Aujourd'hui, même si le CLS n'a été mis en place que depuis un an et ne sait pas s'il sera reconduit, les acteurs et élus semblent satisfaits de cette démarche.

1.3 L'articulation CLS – ATS

1.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice territoriale de santé

L'échelon du Pays ayant été privilégié pour les deux dispositifs, le CLS et l'ATS, l'intégration et l'implication de l'animatrice territoriale de santé au sein du CLS ont été facilitées.

Dès le début déjà, dans le but des négociations entre le Pays du COB et l'ARS pour la mise en œuvre du CLS, un premier projet de santé et de territoire (PST) avait dû être effectué par le Pays, sur la PPS d'abord, élargi à l'offre de soins ensuite, et un travail de diagnostic avait dû être réalisé par le Pays, et donc en grande partie par l'animatrice territoriale de santé. L'intégration de l'ATS aux toutes premières démarches autour du CLS avait alors été actée, son travail ainsi valorisé, et montrant que les missions et actions réalisées par l'animatrice s'intègrent bien dans des projets plus larges, comme le Programme Régional de Santé et le Programme Territorial de Santé. Une fois élaboré et validé en 2011, le PST a servi de base pour les négociations. Les tâches et missions de l'animatrice étant multiples et couvrant de nombreux champs de la PPS, un choix avait dû être effectué sur les actions et missions à prioriser, pour être inscrites dans le PST et ensuite pouvoir être intégrées plus facilement dans le CLS. Deux thématiques sur trois avaient été alors sélectionnées, toujours en accord avec le PRS, le PTS et le CLS, celles de la prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire et la prévention des conduites addictives. Le développement des compétences psychosociales avait alors été écarté. Un travail de rédaction et de mise en forme avait été réalisé pour élaborer ce PST, pour une meilleure intégration au CLS, tout cela démontrant une démarche toujours plus ascendante caractérisant bien le Pays du COB.

Au départ, les propositions faites par le Pays concernant le choix de leurs priorités n'avaient pas toutes été acceptées par l'ARS, comme par exemple la proposition de l'attribution par l'ARS d'une enveloppe (5 000 à 10 000 euros) décernée à l'ATS pour la mise en œuvre d'actions, engendrant un sentiment de déception du Pays, et l'impression de ne pas être en accord pour cette future contractualisation. L'ARS finançait le poste d'animatrice territoriale de santé, mais refusait d'apporter de nouveaux financements pour de nouvelles actions et conseillait de passer par des appels à projets. De nouvelles négociations avaient alors eu lieu,

toujours sur la base du PST.

Une fois l'accord établi entre le Pays et l'ARS sur la mise en place du CLS, l'animatrice a été intégrée et immergée, participant aux groupes de travail concernant son champ d'intervention, la PPS, les réunions de concertation, de discussion, de coordination et de validation.

Une de forces du Pays du COB est la présence d'une animatrice territoriale de santé en charge du volet PPS et d'une chargée de mission Services à la Population, chargée des volets concernant l'offre de soins et l'offre médico-sociale. Ce travail en binôme a permis et permet toujours actuellement à l'animatrice territoriale de santé de pouvoir assister plus facilement à la plupart de toutes ces réunions.

1.3.2 Importance des actions inscrites dans le contrat

Dans le contrat, le rôle et l'implication de l'ATS et donc de l'animatrice sont mentionnés à plusieurs reprises. Dès le début du contrat, le Pays montre son engagement dans le champ de la prévention et la promotion de la santé en se saisissant du dispositif d'ATS existant déjà, proposé par l'Etat.

On retrouve ensuite l'implication de l'animatrice dans différents axes stratégiques :

Axe 1, concernant le renforcement des connaissances et de la compréhension des problématiques sanitaires et sociales afin de définir au mieux des stratégies, notamment les problématiques de santé. L'animatrice est censée intervenir dans l'évaluation des problématiques concernant le suicide et les conduites addictives. Elle est également la personne référente pour reconnaître les jeunes et les adultes en situation de handicap et repérer leurs besoins.

Axe 2, axé sur le développement d'une politique de prévention et de promotion de la santé. Concernant la souffrance psychique et le risque suicidaire, le Pays s'engage à suivre, soutenir et travailler en partenariat avec le Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ) Oxyjeunes, dans le cadre des missions de l'ATS. L'animatrice est également la référente pour l'expérimentation des dispositifs d'accueil et d'écoute pour le public adulte, ainsi que pour la formation à la prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire. Concernant les réseaux de prévention et de promotion de la santé, notamment toujours sur le champ de la souffrance psychique et du risque suicidaire, le Pays s'engage à s'impliquer, dans le cadre du dispositif d'ATS, dans l'ensemble des différents réseaux existants (animation, accompagnement, soutien logistique...). Il s'engage également, toujours en s'emparant du

dispositif d'ATS et en faisant de l'animatrice la personne référente, à mettre en place, au minimum une fois par an, une formation et/ou un accompagnement pour les promoteurs de la formation, dans le cadre de la prévention des conduites addictives, à travers la mise en place de consultations de proximité en addictologie. Enfin, le Pays s'implique dans l'accompagnement des porteurs de projets via le dispositif d'ATS, notamment dans le volet de la prévention des conduites addictives, en organisant des actions de prévention et de promotion de la santé autour des problématiques addictives

Axe 5, axé sur la coordination et la mise en œuvre du CLS, en suscitant l'émergence et le développement de projets coordonnés dans le domaine de la santé, à travers la poursuite du dispositif d'ATS.

On s'aperçoit donc que le rôle et les missions réservées à l'animatrice sont clairement définies et inscrites dans le document, traduisant le rôle essentiel de l'animatrice et donc de la PPS.

1.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice territoriale de santé

Depuis la signature et l'application du CLS en Pays du COB, même s'il n'y a que peu de recul, on peut dire que les différentes missions et actions effectuées par l'animatrice territoriale de santé n'ont pas changé depuis leur intégration dans le CLS. En effet, les thématiques du CLS étant très larges et déclinées sous forme de grandes lignes directrices, les missions de l'animatrice avant l'existence du contrat rentraient déjà dans le cadre du CLS. De nouveaux financements pour la PPS n'ayant pu être obtenus de la part de l'ARS, de nouvelles actions n'ont pas pu être mises en place.

Quand une réunion se passe ou un groupe de travail se réunit dans le cadre du CLS et notamment en ce qui concerne la PPS, l'animatrice participe pour être entendue et donner son avis.

Elle participe également aux différentes conférences de territoires, où la question du CLS est souvent abordée, le Pays du COB étant à cheval sur cinq territoires de santé.

La présence de deux personnes en charge de l'animation sur le Pays du COB, l'animatrice territoriale de santé pour le volet PPS et la chargée de mission Services à la Population pour le volet offre de soins et offre médico-sociale, permet un décroisement et une transversalité sur les différents champs sanitaires et un travail en équipe pour une meilleure prise en compte des besoins de la population, et ainsi une meilleure prise en charge. La communication y est

plus facile entre la PPS, l'offre de soins et l'offre médico-sociale. Ainsi, elles co-animent la Commission Santé du Conseil de Développement, et co-élaborent et co-suivent les programmes d'actions du Projet de santé et de territoire ainsi que le CLS : définition du cadre, de la méthodologie, du calendrier..., élaboration du diagnostic, des priorités et des plans d'action, animation des instances de concertation, de validation et de suivi (comité de pilotage et comité de suivi, groupe projet, groupes de travail thématiques).

L'instauration d'un CLS sur le Pays lui donne une légitimité sur les problématiques qui y sont intégrées. Le Pays est en droit de revendiquer un droit de regard auprès de l'ARS lorsqu'une action du CLS est concernée. Même si l'ARS n'est pas toujours répondante, il n'hésite pas à la solliciter, se le permettant dans la mesure où il lui sera toujours d'une grande aide pour les actions à mettre en place et où cela permet quand même de soulever certains points majeurs. Il en est de même pour l'ATS qui, du fait de son implication depuis l'élaboration jusqu'à la mise en œuvre du CLS, est en droit de donner son avis, intervenir, soulever certaines problématiques et faire des propositions dès que cela rentre dans le cadre du CLS.

Le CLS constituant un contrat et ainsi une preuve officielle de l'implication des différentes structures signataires sur des actions de santé à mettre en œuvre, l'ATS possède une garantie que le Pays pourra développer et agir sur des questions de santé. Le CLS apporte un « côté rassurant et une sécurité dans le temps » aux actions envisagées par le Pays.

Les différentes missions et actions auxquelles se prêtait l'animatrice n'ont pas changé ou évolué depuis l'existence du CLS sur le territoire. La raison principale est le manque de financement, par refus de nouveaux financements de la part de l'ARS, qui aurait permis de mettre en place de nouvelles actions, faciliter la coordination entre les acteurs, et développer les actions déjà existantes grâce à une plus grande souplesse. Il reste difficile de concevoir d'agrandir un réseau de professionnels et favoriser les échanges entre acteurs sans nouveaux besoins et sans nouveaux financements. De plus, il est encore difficile d'intégrer le CLS et donc l'ATS auprès de certains élus, et encore plus si aucun financement n'y est alloué.

Mais on note toutefois une valorisation de ces mêmes actions. En effet son intégration dans le CLS permet à l'animatrice d'être davantage repérée et connue par les élus et les acteurs de santé sur le territoire, même si encore aujourd'hui elle souffre toujours d'un manque d'implication de la part de certains acteurs, comme certains médecins généralistes par exemple, et notamment sur les problématiques d'addiction et de souffrance psychique,

pourtant très préoccupantes en Bretagne et en Pays COB. La contractualisation lui apporte une certaine reconnaissance qui lui manquait un peu avant l'existence du CLS, et conforte l'importance des missions qu'elle mène au sein du territoire. Ainsi, on peut penser que les élus, en identifiant mieux le rôle de l'ATS dans le CLS, se préoccupent davantage des problématiques relatives à la prévention et la promotion de la santé.

Au travers du CLS, les élus s'impliquent davantage sur les questions de santé et s'emparent des politiques, démontrant encore un processus de territorialisation, même si l'ARS reste encore décisionnelle. « Nous vivons cette territorialisation au quotidien » indique le président de la commission santé Conseil de Développement du Pays COB, avec de plus en plus de démarches ascendantes. « La nouvelle politique de territorialisation est incarnée par des personnes », indique-t-il encore, soulevant l'importance de la volonté des individus, qui doivent faire vivre les politiques mises en place. Il souligne le lien fort entre une politique de santé et la personne en charge qui l'incarne. Le CLS constitue un dispositif d'aboutissement des nouvelles politiques de territorialisation, donnant davantage d'importance aux territoires comme les Pays, qui définissent leurs priorités et négocient des financements. « Il est un outil de lisibilité et de visibilité pour le futur ». En s'engageant de plus en plus dans des contrats avec les territoires, l'ARS reconnaît l'importance et l'efficacité des politiques plus locales. C'est dans cet esprit que l'ATS avait été créée, pour une déclinaison locale des politiques de prévention et de promotion de la santé. Les territoires doivent davantage s'emparer des sujets préoccupant e matière de santé, et faire valoir leurs compétences. Quant à elle, l'ARS doit laisser davantage de place aux élus et acteurs de terrain pour une territorialisation encore plus forte. A ce jour, les politiques s'opèrent à la rencontre entre des démarches descendantes et des réalités de terrain perçues et ressenties.

Le CLS du Pays du COB ayant été signé jusqu'en 2014, il est trop tôt pour avoir une réponse sur sa reconduite, que ce soit du côté de l'ARS ou du Pays. Cependant, lors du dernier comité de suivi des actions engagées, l'ARS a proposé pour la rentrée prochaine une réunion pour un état de lieux, et engager la discussion relative à un éventuel travail qui débiterait en début d'année 2015, et ce indépendamment d'un futur CLS. Pour le Pays, cela montre l'intérêt que porte l'Agence aux problématiques de santé du Pays et aux travaux réalisés depuis la mise en place du CLS. Si un nouveau CLS est signé en 2015, ou ultérieurement, le Pays est convaincu que de nouveaux signataires s'investiront, notamment les Conseils Régionaux et le Conseils Généraux, la santé devenant un élément incontournable et au cœur de toutes les politiques, et le CLS devenant un dispositif essentiel.

2. Pays Vitré – Porte de Bretagne

2.1 Le contexte du Pays

2.1.1 Situation géographique et structure du Pays ¹⁰

Avec une superficie de plus de 1 200 km², soit 18,3 % du département d'Ille-et-Vilaine, le Pays de Vitré – porte de Bretagne se situe sur l'axe routier et ferroviaire entre Paris et Rennes, ce qui favorise ses expansions démographique et économique. Il est un pays à la frontière avec les Pays de Loire. Il est aussi l'un des pays de Bretagne où la densité est très faible, en accord avec son caractère rural.

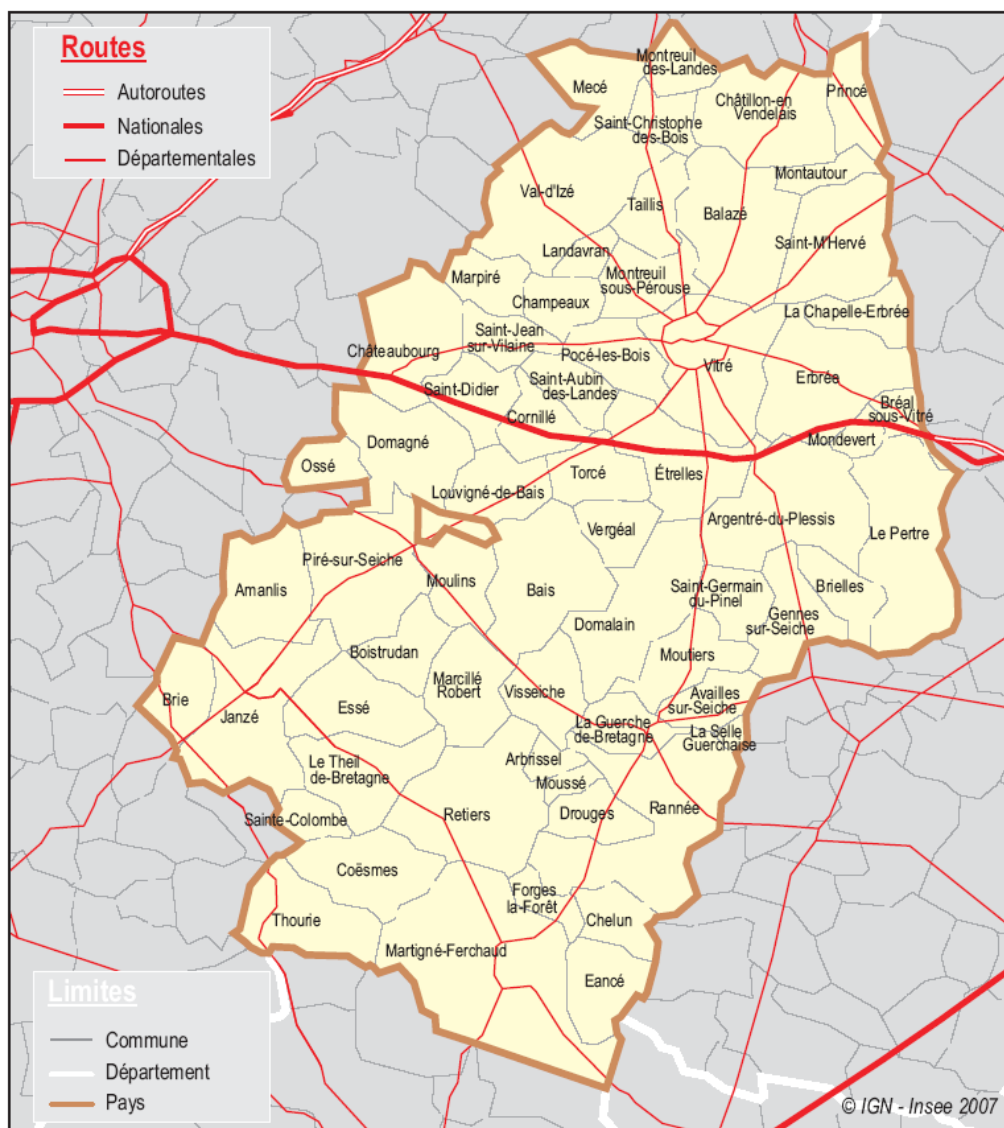
Il se compose de 64 communes, et regroupe une communauté d'agglomération, Vitré communauté, et deux communautés de communes, Pays de la Roche-aux-Fées et Pays de Guerchais, par une convention d'association.

Sa population (plus de 87 000 habitants au dernier recensement) se répartit pour un tiers entre quatre agglomérations principales (Vitré, Janzé, Chateaubourg et La Guerche-de-Bretagne) et pour deux tiers dans les autres communes (densité d'habitants : 68 habitants au km²). La commune de Vitré est la quatrième ville du département d'Ille-et-Vilaine, après les villes de Rennes, Saint-Malo et Fougères.



10

La santé dans le Pays de Vitré – porte de Bretagne – Observatoire régional de la santé - 2010



Le Pays s’organise autour de plusieurs entités.

Le comité de pilotage.

Le conseil de développement, une association visant à promouvoir le développement du territoire. Il se compose d’acteurs socio-économiques locaux impliqués dans la dynamique du territoire. Il compte à ce jour plus de 100 membres, et il s’organise autour de quatre collèges : économie, emploi – enseignement, formation, sport, culture, patrimoine – qualité de vie – élus et personnes qualifiées.

Le conseil d’administration, composé de 24 membres : six membres par collège et le président du conseil de développement. C’est l’instance dirigeante du Conseil de Développement.

Le bureau, composé de neuf membres : deux membres par collège et le président du conseil de développement.

2.1.2 Données sociodémographiques ¹¹

Contrairement à la population âgée du Pays de COB, celle du Pays de Vitré présente un profil plus jeune que la population régionale. La proportion des personnes âgées (60 ans et plus et 75 ans et plus) est inférieure à celle de la région et celle des moins de 20 ans lui est supérieure.

Le Pays se caractérise également par une croissance démographique, combinant un solde migratoire et un solde naturel positifs. En effet, entre 2004 et 2009, sa population a augmenté de 16%, et le nombre de naissances a progressé de 7,1% en 2006 par rapport à celui constaté en 2001.

En matière socio-professionnelle, le Pays se caractérise par un secteur agricole bien représenté : 8,3% des emplois, contre 6,1 % en Bretagne et 3,5% en France. Le secteur industriel est surreprésenté et, à l'inverse, la part du secteur tertiaire est nettement inférieure à la moyenne régionale et française, même s'il est le premier fournisseur d'emplois dans le pays. En raison de l'importance de l'industrie dans le pays, le taux d'ouvriers est supérieur aux moyennes bretonne et française. A l'inverse, les taux de cadres et professions intellectuelles supérieures, de professions intermédiaires et d'employés sont plus faibles dans le pays qu'en Bretagne et en France.

Avec un revenu déclaré moyen annuel inférieur à 25 000 Euros en 2005, la Bretagne se situe en-dessous du revenu moyen national, n'épargnant pas le Pays de Vitré. Ce niveau plus faible s'explique en partie par la structure des catégories socio-professionnelles. On note une exception pour la ville de Vitré.

La proportion de bénéficiaires des trois principaux minima sociaux est inférieure au niveau moyen de la Bretagne.

Sur le Pays, les taux de chômage touchant les jeunes de moins de 25 ans et les femmes en situation de chômage sont supérieures à celles observées pour l'ensemble de la région. En revanche la proportion de chômeurs de longue durée est à un niveau nettement inférieur (25,4% contre 31,0% pour la Bretagne).

11

La santé dans le Pays de Vitré – porte de Bretagne – Observatoire régional de la santé - 2010

2.1.3 Diagnostic local de santé

Le Pays de Vitré-Porte de Bretagne connaît un découpage en matière de santé simple, contrairement au Pays de COB, dans la mesure où il est situé sur un seul territoire de santé, celui de Rennes-Fougères-Vitré-Redon (n°5) et sur un seul département, l'Ille-et-Vilaine. Son diagnostic local est donc plus facilement identifiable.

- Indicateurs de santé

La population du Pays de Vitré est jeune, et son état de santé est plutôt favorable, avec une mortalité inférieure aux moyennes régionale et nationale. Les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers. Le Pays se caractérise également par la plus faible mortalité prématurée de la région, déjà elle-même inférieure à la moyenne nationale. Le taux de personnes en « arrêt longue durée » est lui aussi inférieur à la moyenne régionale. Ainsi, le recours aux soins en Pays de Vitré est inférieur à la moyenne régionale. Cependant le Pays reste touché une surmortalité par mort violente, par suicides et accidents de la circulation, constituant la première cause de mortalité prématurée.

Le Pays souffre également d'inégalités de santé importantes au sein de sa population, notamment entre cantons.

- Offre de soins – offre médico-sociale

L'offre sanitaire hospitalière sur le Pays est riche et complète, assurée par le Centre Hospitalier (CH) de Vitré, de Janzé et de La Guerche. La prise en charge des urgences est assurée par le CH de Vitré (SAU et SMUR), et la permanence des soins, assurée par les maisons médicales de garde, reste fragile sur le territoire. Cependant, le taux de fuite en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) reste important, avec 72% des séjours hospitaliers réalisés hors du territoire.

La psychiatrie est assurée par le Centre Hospitalier de Guillaume Régnier (CHGR), mais avec des délais d'attente importants, pouvant aller jusqu'à neuf mois en pédopsychiatrie, et une offre à destination des adolescents insuffisamment développée.

L'offre de soins libérale est quant à elle moins riche et inadaptée au territoire. La densité en médecins généralistes (7.1 pour 10 000 habitants, contre 9.9 en Bretagne) et surtout en médecins spécialistes (2.7 contre 7.3 en Bretagne) y est inférieure à la moyenne régionale, et il existe une inégalité de répartition sur le territoire, avec sur certains cantons parfois plus du double de MG que sur d'autres. Les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes n'échappent pas à ce désert sanitaire. La question de renouvellement des générations se pose donc sur le pays, presque 20 % des MG étant susceptibles de prendre leur retraite dans les cinq années à venir, et la moyenne d'âge de la plupart des médecins spécialistes restant élevée.

En matière d'accès aux soins, le Pays de Vitré doit poursuivre des efforts. Le recours aux dispositifs d'accès aux soins restent inférieurs à la moyenne régionale : en 2008, seulement 1.6 % de la population du Pays bénéficie de la CMU complémentaire, contre 4 % en Bretagne et 6.6 % en France.

Concernant le champ médico-social, même si la filière gériatrique est assez récente et en cours de constitution sur le Pays, l'offre d'hébergement permanent pour personnes âgées reste supérieure à la moyenne du département, avec une offre d'aide et d'accompagnement diversifiée (deux hôpitaux locaux, trois unités Alzheimer, deux services de soins infirmiers à domicile et 17 aides à domicile en milieu rural). Cependant, la liste d'attente pour entrer en EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes) est assez longue. L'offre d'hébergement pour personnes handicapées est quant à elle inférieure à la moyenne départementale.

En matière de santé publique, la politique est riche et dynamique, avec l'existence sur le territoire d'une animation territoriale de santé sur le champ de la prévention et la promotion de la santé, l'implication de la ville de Vitré dans le programme national EPODE (Ensemble prévenons l'obésité des enfants), et la mise en place d'actions dans le cadre du PNNS (programme national nutrition santé).

2.1.4 Politique santé – projet territorial de santé - dynamique santé

L'impulsion de la dynamique santé sur le Pays de Vitré est instituée dans les années 2000 par le président de l'époque de la communauté de communes, un personnage politique très influent et très reconnu par ces nombreuses actions et idées novatrices, et très intéressé et sensible à toutes les problématiques autour de la santé. Grâce à lui, le Pays s'est engagé assez tôt dans des démarches de santé.

C'est dans ce contexte que dès 2004, l'animation territoriale de santé pour la prévention et la promotion de la santé s'est mise en place. En 2005, et suite aux résultats d'une étude menée par l'Observatoire Régional de la Santé Bretagne sur l'état de santé de la population des 21 pays de la région, un premier temps de réflexion est marqué, pour analyser ce qui pouvait expliquer un positionnement très favorable du Pays de Vitré. Un an plus tard, la venue du ministre de la santé sur le Pays, lors d'une réunion organisée dans le cadre d'une discussion sur un projet territorial de santé, marque un nouveau temps fort dans les démarches du pays.

Depuis, la dynamique de santé sur le territoire s'amplifie. Sous l'impulsion de plusieurs médecins libéraux, deux maisons médicales de garde sont créées. La ville de Vitré s'implique dans le programme EPODE, la mobilisation et l'implication des acteurs témoignant de l'intérêt croissant de la population pour toutes les problématiques de santé. Une maison de santé pluridisciplinaire s'est mise en place sur la CC du Pays de Guerchais. Avec l'appui de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (future Union Régionale des Professionnels de Santé) et sous la coordination de l'animatrice territoriale de santé, différentes initiatives de sensibilisation, d'information, de communication et de formation en matière de prévention et de promotion de la santé se sont développées, notamment sur les thématiques très présentes en Bretagne, les conduites addictives, le suicide et les violences conjugales. Deux coordonnateurs se sont mis en place et ont développé des actions dans le champ médico-social sur les territoires de Vitré Communauté et des CC « Pays de la Roche aux Fées et Pays de Guerchais », et avec la mobilisation d'acteurs de terrain et le soutien de l'association Hospitalisation à Domicile (HAD) 35, un service d'HAD s'est créé.

En 2008 et en association avec le Pays, l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) réalise un diagnostic local de santé sur le territoire, dans le but de mettre en place le projet territorial de santé et ainsi conforter et renforcer le sens de la dynamique de santé déjà riche. Ainsi, entre 2008 et 2009, le pays élabore son PTS en partenariat avec les professionnels de santé et les institutions, et il est signé fin 2009.

Les Objectifs généraux du Projet territorial de santé du Pays de Vitré sont la réduction de la mortalité prématurée, la réduction des inégalités de santé, le développement de la prévention et la promotion de la qualité de vie.

Il s'organise autour de deux axes (pas de médico-social), déclinés en 12 programmes d'actions :

- Offre de soins et accès aux soins : Offre de soins de premier recours ; Offre de soins spécialisés & offre hospitalière ; Permanence des soins Hospitalisation à domicile ; Santé mentale ; Offre médico-sociale ; Egalité d'accès aux soins.
- Politique de promotion et prévention de la santé : Promotion de la santé au travail ; Prévention du suicide ; Prévention des conduites addictives ; Promotion d'une alimentation équilibrée et des activités physiques et sportives ; Promotion de la santé environnementale.

Dans ce contexte de dynamique bien marquée et toujours plus présente, le Pays décide dès 2010 d'amorcer des démarches pour contractualiser avec l'ARS dans le cadre d'un CLS. C'est ainsi qu'en 2011 est signé le premier CLS de la région Bretagne.

Même si celui-ci est censé prendre fin dans quelques mois, le Pays ne s'y arrête pas et prévoit toujours plus de projets de santé d'ici 2015. En effet, il souhaite une prise de conscience toujours plus forte sur son territoire, à travers la diffusion progressive d'une culture en santé environnementale et le marquage de ma responsabilité de chacun sur son état de santé.

Le Pays souhaite s'engager dans une offre en promotion de la santé plus diversifiée, avec plus de démarches d'information, de sensibilisation et de formation, ainsi que dans la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives. Il souhaite agir sur la promotion du bien-être et de la qualité de vie, sur les facteurs de risques prioritaires en Bretagne (addiction, suicide, nutrition...) et repérer et prendre en charge des populations à risque.

Le Pays réfléchit également à une meilleure organisation de ses soins de premier niveau. L'idée de les baser sur des territoires de proximité de 10 000 à 20 000 habitants, ainsi que d'apporter de la pluridisciplinarité pour une prise en charge davantage coordonnées et continue, fait son chemin. Il souhaite fonder ces soins sur des projets intégrant de la prévention, un accompagnement des maladies chroniques et une meilleure qualité des prescriptions. L'un des objectifs de cette organisation est une meilleure articulation avec les soins des spécialités, et une meilleure intégration aux réseaux de santé.

La permanence des soins se veut plus optimisée et plus responsable, fréquentée par une population mieux informée, organisée plus lisiblement et surtout de façon décloisonnée, plus accessible avec plus de transports, et enfin fondée sur de nouveaux modes de rémunération forfaitaire.

La prise en charge hospitalière se veut proposant des soins à domicile pour les patients atteints de pathologies graves pour éviter ou raccourcir l'hospitalisation, développant plus de partenariats avec les médecins spécialistes libéraux pour renforcer l'expertise et optimiser l'utilisation du plateau technique, et enfin développant un système d'information compétent, pratique et sécurisé pour des échanges entre professionnels de santé.

En matière de psychiatrie, le Pays souhaite s'engager dans une politique plus globale, touchant à la fois la prévention, le soin, le suivi et la réinsertion. Il veut privilégier le partenariat de proximité (élus, professionnels, représentants des populations...) et proposer une offre riche et diversifiée.

Enfin, l'offre médico-sociale souhaitée par le Pays aspire à une rupture de l'isolement et au contraire à une plus grande facilité d'échanges interprofessionnels.

2.2 Les dispositifs

2.2.1 L'ATS du pays de Vitré – porte de Bretagne

Sur le Pays de Vitré-porte de Bretagne, l'ATS a été mise en place en 2004, dans un contexte d'une dynamique de santé riche et en plein essor sur le territoire. L'une des premières occupations de l'animatrice a alors été d'élaborer le diagnostic local de santé, pour pouvoir s'appuyer sur les besoins et ressources en ressortant et mettre en place des actions justifiées et cohérentes. Ce premier diagnostic servira en 2008 au diagnostic réalisé par l'ENSP pour l'élaboration du projet territorial de santé.

A l'issue de ce premier diagnostic, partagé avec les élus, les professionnels, les bénévoles et la population pour une démarche participative, un certain nombre d'axes ou d'actions prioritaires sont apparues, susceptibles d'être déclinés plus spécifiquement auprès des adolescents et jeunes adultes ou encore auprès des personnes en difficulté sociale.

Parmi ceux-ci, on peut souligner la prévention du suicide (formations à destination des acteurs locaux, informations en direction de la population...), la prévention de la consommation d'alcool (séminaire de réflexion, actions de prévention, groupe de parole pour enfants...), la prévention des violences intrafamiliales (sensibilisation et information du public, des professionnels, des élus et des acteurs locaux, aide à l'orientation,...) et la promotion de l'alimentation équilibrée (participation de Vitré au programme ville - EPODE, promotion d'informations-actions dans le cadre de la lutte contre l'obésité,...).

Ce sont les mêmes thématiques que l'on retrouve sur beaucoup de pays bretons. Certaines se retrouveront dans le CLS, comme les conduites addictives, la nutrition et le suicide, mais pas les violences conjugales.

Par ailleurs, un pôle documentaire a été constitué pour mettre à disposition des outils, de l'information ainsi que des conseils méthodologiques pour la mise en place de démarches - projet. Une information régulière de l'actualité santé est aussi mise en place via la diffusion d'une lettre d'information santé mail.

Enfin, le pays de Vitré - Porte de Bretagne s'engage dans l'amélioration de l'offre de soins libérale, notamment en soutenant la présence de maisons de santé

Comme toutes les ATS de Bretagne, à l'exception de celle du Pays de Redon, le poste d'animatrice est financée par le Pays de Vitré - Porte de Bretagne, l'ARS et le Conseil Régional de Bretagne. Pour ses actions, l'animatrice passe par des appels à projets de l'ARS ou du CR.

2.2.2 Le CLS du pays de Vitré – porte de Bretagne



Le Pays de Vitré a commencé à ressentir le besoin de mettre en place un CLS sur son territoire dès 2009-2010, grâce à la dynamique présente à cette période et instaurée par le président de la communauté d'agglomération Vitré Communauté. Le Pays a ainsi présenté très tôt une volonté d'afficher son engagement en matière de santé avec l'ARS, dans une démarche conjointe. La démarche a été ascendante, dans la mesure où ce sont les membres du Pays qui sont allés au-devant du Directeur Général de l'ARS (DGARS) pour une contractualisation, quelques semaines seulement après la mise en place des Agences. La position du DGARS a été alors délicate, puisque le CLS se voulait être une déclinaison du PRS, et qu'en 2010, le PRS de Bretagne n'avait pas encore été élaboré (validation en 2012).

Des dialogues ont alors été entamés entre les élus et l'ARS, la question principale étant de savoir si l'ARS pourrait proposer un soutien financier au Pays et quelles actions du projet territorial de santé pourraient être intégrées au CLS.

Suite à des négociations, un accord financier a été trouvé concernant le soutien que l'ARS apporterait aux professionnels de santé et pour une restructuration nécessaire des hôpitaux, la mise en place de groupements de coopération sanitaire ou de coopération hospitalière de territoire, mais il a été décidé qu'aucune aide financière ne serait allouée au médico-social, ni à l'animation territoriale de santé pour la PPS (sauf en matière de santé au travail).

C'est ainsi qu'en 2011, le CLS est signé, faisant du Pays de Vitré le premier territoire à contractualiser dans ce cadre avec l'ARS. A la différence du CLS du Pays de COB, le Conseil Général n'est pas intervenu dans ce CLS.

Comme le CLS du Pays COB, le CLS du Pays de Vitré porte sur les trois champs de la santé (PPS, offre de soins et médico-social) et il s'organise autour de trois axes stratégiques :

Axe 1 : conforter l'offre de soins de premier recours, spécialisés et de permanence des soins sur le territoire.

Axe 2 : développer une politique de PPS : on retrouve les mêmes priorités en matière de PPS que celles du projet territorial de santé, mais par rapport aux actions de l'animatrice territoriale de santé, on trouve en plus la santé au travail et la santé environnementale, mais pas les violences conjugales.

Axe 3 : promouvoir la fluidité des parcours de soins favorisant la coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il était prévu une revue annuelle du CLS pour suivre l'évolution des actions engagées et la réalisation des engagements, mais depuis sa mise en place, aucune réunion n'a eu lieu, aucun outil d'évaluation n'étant bien développé à ce jour, et même si le Pays est demandeur. Ceci traduit certainement le côté « expérimental » de ce premier CLS, déjà un dispositif très récent, et qui a été pour l'ARS Bretagne une première tentative, l'occasion de trouver des repères pour les CLS suivants. La référente du CLS au sein de la délégation territoriale souligne en effet qu'il n'existe pas de méthodologie nationale pour la mise en œuvre d'un CLS, et que chaque ARS tente aujourd'hui de contractualiser avec les ressources disponibles, très dépendantes d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre.

Aujourd'hui en cohérence avec le PRS élaboré et validé en 2012, la durée de vie du CLS du Pays de Vitré est de trois ans, et est censée prendre fin dans quelques mois seulement. Aujourd'hui, l'ARS ne s'est pas prononcée quant à la reconduction d'un autre CLS. En effet, avec le manque de moyens financiers et humains que connaissent les Agences ces derniers temps, la référente du CLS sur la délégation territoriale rappelle que l'ARS Bretagne préfère sans doute privilégier la contractualisation avec des territoires prioritaires, plus en difficulté que celui du Pays de Vitré, où l'état de santé est favorable et les besoins de santé moins importants. Elle précise également que depuis les premiers CLS, l'ARS adopte une démarche assez différente avec les nouveaux CLS.

Mais on peut se poser la question d'un éventuel découragement ou une motivation moindre des Pays demandeurs à ce jour d'une contractualisation, si le premier CLS n'est pas reconduit.

2.3 L'articulation CLS/ATS

Comme pour le Pays COB, l'échelon du CLS du Pays de Vitré est le même que celui du terrain d'action de l'ATS. Ceci facilite fortement l'intégration et l'implication de l'animatrice territoriale de santé dans la contractualisation avec l'ARS.

2.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice territoriale de santé

Lors des différents échanges avec l'ARS au tout début des négociations concernant la mise en œuvre du CLS et le choix des priorités à intégrer, l'animatrice n'a pas été impliquée. En effet, l'équipe d'ingénierie du Pays étant moins importante que par exemple pour le Pays de COB, c'est la présidente du Pays qui a représenté les trois champs de la santé : l'offre de soins, l'offre médico-sociale et la prévention et la promotion de la santé, avec la préoccupation toujours bien présente aujourd'hui de la moindre place de la PPS quand elle est englobée avec les offres de soins et médico-sociale. Certaines priorités du programme de l'ATS ont ainsi été inscrites dans le contrat, comme la prévention des conduites addictives, la prévention du suicide et la promotion de l'alimentation équilibrée, au détriment de la prévention des violences conjugales. L'animatrice n'a jamais vraiment eu affaire à l'ARS ou au référent CLS de la délégation territoriale, laissant cette fonction à la présidente du Pays. Son implication dans les négociations entre le Pays et l'ARS a donc été indirecte.

Concernant l'élaboration du CLS et comme pour le Pays du COB, l'animatrice s'est sentie bien intégrée, participant aux réunions de travail, aux groupes de travail et aux réunions de validation. Son avis a été entendu.

2.3.2 Importance des actions inscrites dans le contrat

Comme dans le contrat du Pays de COB, le rôle et l'implication de l'ATS et donc de l'animatrice sont mentionnés à plusieurs reprises. Ses missions ne sont pas clairement énoncées, mais à travers la participation du Pays dans certaines actions de PPS, on devine l'implication de l'animatrice. C'est principalement dans l'axe stratégique 2 que la PPS et donc les missions de l'animatrice territoriale de santé sont abordées, à travers différents objectifs¹². L'objectif 1 porte sur l'émergence et le développement de projets coordonnés dans le champ des priorités identifiées et retenues sur le territoire. L'animatrice poursuit ses missions de PPS, à savoir la mise à jour régulière du diagnostic local de santé, la coordination de projets dans le cadre des priorités retenues, le conseil et l'accompagnement des projets de santé, et enfin l'information et la communication auprès des professionnels de santé et des usagers.

12

Contrat local de santé du Pays de Vitré – porte de Bretagne

L'objectif 2 cible la promotion de la santé au travail des personnes en situation de précarité professionnelle. En tant que partenaire associée, l'animatrice participe au renforcement et à la valorisation de la dynamique territoriale engagée autour du projet, de la capacité des personnes en situation de précarité professionnelle à agir sur leur état de santé et leur sécurité au travail, à l'amélioration de leur accès aux droits et aux soins, à mobiliser les services de la CARSAT (caisse d'assurance de retraite et de santé au travail), à mettre en place une action expérimentale en matière de troubles musculo-squelettiques et à développer la prise en compte des notions de santé au travail.

L'objectif 3 priorise la prévention du suicide. En partenariat avec d'autres structures, l'animatrice s'implique dans les actions envers les acteurs locaux, soit la formation à la prévention et à l'interaction de crise suicidaire ainsi qu'un cycle de trois temps d'information et d'échanges sur la problématique suicidaire, très présente dans le Pays. Elle aide également à l'actualisation et la diffusion (et l'évaluation dans un second temps) de dépliants et d'information sur les ressources locales à l'attention du grand public.

On peut donc s'apercevoir que son rôle et ses missions sont moins bien décrites que celles concernant l'animatrice du Pays COB, où elles sont clairement décrites pour chaque axe et chaque objectif. Dans le cas du Pays de Vitré, il faut bien prêter attention au CLS pour y deviner l'implication de l'animatrice.

2.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice territoriale de santé

Avant la mise en place du CLS, le Pays et donc l'animatrice voyaient et espéraient, au travers de cette contractualisation, un moyen essentiel pour une meilleure reconnaissance, une meilleure identification du rôle et des missions de l'animatrice par les acteurs locaux, et ainsi une plus grande implication de leur part en matière de PPS. Même si le CLS a permis, selon l'animatrice, une valorisation et une légitimité de son travail, les résultats ont été moindres, et les acteurs ne s'impliquent pas autant qu'elle l'aurait souhaité. Comme raison principale, l'animatrice et la présidente du Pays évoquent l'offre de soins, qui prend trop de place dans le contrat, occultant la PPS pour les acteurs de terrain. Même si elles reconnaissent qu'ils sont quand même plus impliqués qu'avant, elles évoquent au passage par exemple la volonté des pharmaciens libéraux d'être impliqués dans l'éventuel futur CLS dans le cadre d'actions de PPS, la PPS est toujours difficile à intégrer dans les pensées des acteurs et surtout les

médecins généralistes.

Dans la mesure où l'ARS n'apporte pas d'aide financière pour son champ, les différentes missions et actions auxquelles se prêtait l'animatrice n'ont pas changé. Si le CLS n'est pas reconduit à la fin de l'année, l'animatrice ne s'inquiète donc pas quant à ses futures missions, qui resteraient inchangées. L'animatrice évoque également un manque de moyen humain, comparant le Pays de Vitré à celui du Pays COB, où deux chargées de missions travaillent de façon plus transversale : l'animatrice pour le volet PPS et la chargée de mission du Services à la population pour les volets offre de soin et offre médico-sociale. Dans le cas du Pays de Vitré, c'est la présidente qui représente les trois volets pour l'ARS, et l'animatrice travaille seule pour le volet PPS. De cette façon, peu de liens sont faits avec l'offre de soin, entraînant une transversalité est peu existante, et une approche moins sectorisée et moins territoriale.

Concernant cette problématique des financements, la référente du CLS au sein de la DT 35 précise qu'ils sont probablement plus élevés si les actions sont inscrites dans le CLS, car elles sont clairement affichées. Par contre le CLS apporte une médiatisation plus importante de ces actions, en facilitant certainement la reconnaissance et le travail de l'animatrice. Elle précise que rien n'indique de combien dispose l'ARS pour un CLS. Elle explique les financements alloués dépendent du fond d'investissement régional et de la liberté dont dispose le directeur général de l'ARS, et tout cela dans un contexte de fonds publics de plus en plus limités aujourd'hui.

Ces manques de moyens humains et financiers contribuent eux aussi à un manque d'échange et de concertation avec les acteurs impliqués dans le CLS.

Au-delà de ça, l'animatrice précise que plus une animatrice sera impliquée dans une action, plus cette dernière aura de chance d'obtenir un financement de la part de l'ARS, montrant quand même une volonté de l'Agence d'impliquer l'animatrice.

La référente du CLS au sein de la délégation territoriale de l'ARS reconnaît la richesse d'avoir déjà sur un territoire une démarche riche en matière de PPS, à travers l'animatrice territoriale de santé. Pour elle, le CLS apporte une structure de l'offre sanitaire au plus près d'un territoire et recouvre les trois champs de la santé : l'offre de soins, l'offre médico-sociale, et la prévention et la promotion de la santé. Au travers d'un CLS, l'objectif est d'avoir un regard le plus transversal possible pour une offre de soin globale et cohérente. Il ne peut ainsi se limiter à la PPS.

Elle souligne l'importance de cette contractualisation, dans la mesure où le CLS constitue une démarche engagée sur un territoire, suscitant des échanges, des dialogues entre les professionnels de santé, l'ARS, d'autres institutions, et constituant ainsi un terreau très fertile pour d'autres projets. Selon elle, il ne peut rien y avoir de négatif dans une telle démarche, même s'il s'agissait au départ d'une démarche politique et médiatique. D'autres démarches sont mises en œuvre via l'ARS pour d'autres projets, comme le PTS, une déclinaison du PRS sur le TS, montrant une démarche participative, ainsi qu'un bénéfice des efforts menés par l'ARS et les institutions au fil du temps.

Comme l'animatrice et la présidente du Pays, elle reconnaît que le CLS permet avant tout une valorisation des actions ou missions déjà existantes. Elle précise ensuite qu'il est difficile d'être certain que les actions menées par l'animatrice auraient été menées sans leur intégration au sein du CLS, mais qu'on peut le présager.

Elle évoque ensuite une des difficultés de l'articulation entre un dispositif déjà existant, l'ATS, et un autre se mettant en place beaucoup plus récemment, le CLS. Le risque serait de ne pas réussir à les faire converger et qu'ils se développent chacun de leur côté. Elle précise que la difficulté est de trouver le bon niveau, que chaque dispositif trouve sa place, tout en identifiant et reconnaissant le rôle de l'autre, et ainsi trouver une synergie.

Quand la question de l'implication des acteurs de santé dans le champ de la PPS, la référente les défend. Elle précise que l'exercice libéral est un choix et démontre une certaine perception de la médecine. Elle souligne que la pratique de la médecine a beaucoup changé, et qu'aujourd'hui, beaucoup plus de jeunes médecins sont impliqués dans les démarches de PPS. Ils sont davantage conscients que la santé doit être abordée et traitée dans sa globalité. L'installation des cabinets de groupe, des maisons de santé pluridisciplinaires en est par exemple une preuve.

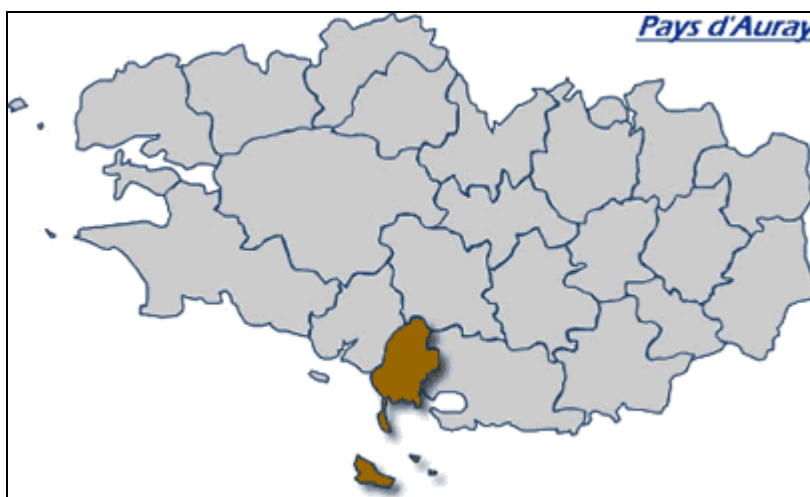
3. Pays d'Auray – Communauté de communes de Belle-Ile-en-mer

3.1 Le contexte du le Pays

3.1.1 Situation géographique et structure du Pays ¹³

Le Pays d'Auray est le plus petit pays de la Bretagne. Comme le Pays de Vitré – porte de Bretagne, son découpage en matière de santé est simple, puisqu'il se situe sur un seul département, le Morbihan, et sur un seul territoire de santé, le n°4 : Vannes – Ploërmel – Malestroit. Il se compose de 28 communes, réparties en cinq communautés de communes : Auray Communauté, Belle-Ile-en-Mer, Côte des Mégalithes, Ria d'Étel et les Trois Rivières. Quatre communes sont isolées, n'appartenant à aucun Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI).

Le territoire s'étend sur une faible superficie de 606 km² et se caractérise par une diversité forte puisqu'il présente un espace littoral, des entités insulaires et un espace rural. Plus de la moitié de la population vit sur cet espace rural. La commune d'Auray, située entre les grands pôles urbains de Lorient et de Vannes, est le pôle principal du pays.



13

Animation territoriale de santé du Pays d'Auray – diagnostic local de santé



La Communauté de Communes de Belle-Ile-en-Mer (CCBI)

La communauté de communes de Belle-Île-en-Mer regroupe quatre communes correspondant au territoire de l'île de Belle-Ile-en-Mer, la plus grande île de Bretagne. Sa superficie est de plus de 80 km². C'est pour faire face aux problématiques soulevées par la situation insulaire et à la beauté fragile de ce site exceptionnel que les quatre communes se sont regroupées en EPCI dans les années 60.

La CCBI abrite aujourd'hui près de 5200 résidents permanents et peut accueillir une population touristique nombreuse et fluctuante, amenant le nombre d'habitants sur l'île jusqu'à 35 000 en saison. Très dynamique et polyvalente, elle gère plus de trente compétences (déchets, assainissement...) à travers ses 19 élus issus des conseils municipaux. Lorsque les décisions sont prises, elles sont ensuite appliquées par une équipe d'une trentaine d'agents permanents secondés par une quinzaine d'agents saisonniers.

3.1.2 Données sociodémographiques

Le Pays d'Auray se caractérise par une croissance démographique forte. En effet, l'évolution annuelle moyenne de la population des ménages, entre 1999 et 2005, est supérieure sur le pays d'Auray par rapport à l'évolution pour l'ensemble des 21 pays bretons (1,79% contre 0,82%). Cette augmentation du nombre d'habitants s'explique principalement par un solde migratoire très important sur le territoire. Chaque année, de nouveaux habitants s'installent sur le Pays, notamment sur le littoral, ainsi que sur les communes proches d'Auray et de Belle-Ile-en-Mer. De plus le solde naturel est lui aussi responsable de cette croissance démographique. En effet, on note une évolution positive des communes du Pays d'Auray, engendrant plus de naissances que de décès, une tendance réapparue au début des années 2000.

Le Pays d'Auray se caractérise également par un vieillissement de sa population. En effet, l'augmentation de la part des 60 ans et plus était de 3 % entre 1990 et 1999, contre une moyenne régionale plus faible. L'indicateur de vieillissement est supérieur à 100 contre 90 pour le reste des pays bretons.

On note également un taux important de retraités parmi les nouveaux arrivants sur le territoire, sous-entendant une attraction pour la qualité de vie sur le pays.

Les jeunes de moins de 20 ans ont tendance à vivre davantage en zone rétro-littorale et les personnes âgées de 60 ans et plus sont très attirées par mes communes du littoral.

Selon les projections de l'Insee, le Pays d'Auray connaîtra un taux annuel d'évolution de + 0.6 % entre 2015 et 2030, une évolution comparable à celle des pays de la région mais discrètement supérieure à celle du département. On devrait noter une évolution toujours vieillissante de la population, puisque la part des personnes âgées de 60 ans et plus sera nettement supérieure à celle des jeunes de moins de 20 ans.

Avec un taux de chômage élevé mais une évolution positive, la part des actifs sur le pays reste plus faible que sur le reste de la région, avec une offre d'emploi principalement tournée vers le tourisme et les activités de la mer.

3.1.3 Diagnostic local de santé

- Indicateurs de santé

Comme sur la région et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sur le Pays d'Auray sont les cancers (principalement ceux de la trachée, des bronches et des poumons), suivis des maladies de l'appareil circulatoire. Les femmes sont quant à elles davantage touchées par les maladies de l'appareil circulatoire, avant les cancers (sein).

Plus généralement, le pays présente des indicateurs de mortalité défavorables chez les hommes, notamment en lien avec le suicide et l'alcoolisme, et comparables chez les femmes par rapport à la moyenne nationale. La situation est stable chez les hommes, mais défavorable chez les femmes, notamment vis-à-vis des pathologies de l'appareil circulatoire.

En matière de mortalité prématurée, le pays souffre d'une surmortalité importante (+ 14 % par rapport à la moyenne nationale) chez les hommes, alors qu'elle reste comparable chez les femmes. Concernant la mortalité prématurée évitable, celle du pays d'Auray est fortement supérieure à la moyenne nationale.

L'espérance de vie chez les hommes est inférieure à celle de la région et de la France alors qu'inversement, elle est supérieure chez les femmes.

- Offre de soins – offre médico-sociale - PPS

En termes d'offre de soins, le pays dispose d'un Centre Hospitalier dans la commune d'Auray, qui propose une véritable plateforme de proximité permettant une prise en charge globale de premier recours (médecine, soins de suite et de réadaptation - SSR, plateau technique d'accueil médical initial et une filière gériatrique complète) mais qui nécessite un investissement immobilier assez important, puisque certains de ses services sont malheureusement aujourd'hui vétustes. Le pays dispose également d'un hôpital local dans une des communes de la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer, assurant des activités de court séjour en médecine et en chirurgie.

Comme tous les pays bretons et le reste de la France, le pays d'Auray souffre d'une démographie médicale faible, encore plus que sur la région. En revanche, il présente des densités supérieures pour toutes les autres professions libérales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...). Cette insuffisance de médecins libéraux est d'autant plus marquée l'été, responsable de difficultés pour la permanence et la continuité des soins.

L'offre de soins hospitalière et libérale proposée sur le pays est ainsi bien développée et surtout complémentaire des soins de proximité avec le site du CHBA de Vannes. On note cependant un accès plus difficile aux consultations de santé pour les insulaires sur le continent.

Le secteur médico-social du pays présente une offre riche et diversifiée en terme de structures pour adultes (EHPAD, Foyers d'accueil médicalisés - FAM, Services de soins infirmiers à domicile - SSIAD,..). Il en est de même pour la petite enfance, avec une crèche et un Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

La prévention et la promotion de la santé sur le pays sont investies par une pluridisciplinarité d'acteurs, et pas seulement par des professionnels de santé ou de prévention. Il existe de nombreux porteurs de projet, représentés principalement par des organismes départementaux ayant une vision et une approche transversale de la santé, développant leurs projets localement. Quelques actions sont menées ponctuellement par des intervenants locaux.

Il existe une mauvaise visibilité et reconnaissance des structures locales entre elles et vis-à-vis de la population, responsables d'actions non identifiables ou encore doublon.

En ce qui concerne l'adhésion et la participation aux différentes actions de PPS organisées sur le territoire, certains cantons présentent des taux de participation inférieurs à ceux observés sur la région.

Sur la CCBI

En 2011 et dans le but de mettre en place un futur contrat local de santé, un diagnostic local de santé a été établi sur la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer, pour identifier les problématiques existantes sur le territoire et servir au mieux la population.

La CCBI présente la mortalité générale la plus élevée du pays d'Auray. Elle est supérieure de 39% à la moyenne nationale pour les hommes et de 26% pour les femmes. La mortalité prématurée est également supérieure à la moyenne régionale.

Les principales causes de décès sur l'île sont les cancers, les pathologies chroniques au premier plan desquelles on retrouve le diabète et les maladies cardiovasculaires, ainsi que les causes externes de blessures et d'accidents (dont les suicides et les accidents de la route). Les principales problématiques auxquelles la CCBI doit faire face sont les multiples pathologies liées à l'âge, engendrée par un vieillissement toujours plus important de la population, les pathologies se multipliant, les conduites addictives et enfin la santé mentale. Ces médiocres indicateurs de santé semblent justifier le choix de l'ARS pour mettre en place récemment un CLS sur le territoire.

Par ailleurs le statut insulaire de la CCBI impose de prendre en compte des particularités dans l'exercice des soins de premier recours et hospitaliers. Les praticiens venant exercer sur l'île doivent faire un choix éclairé d'un exercice complet avec prise en charge des premières urgences, prise en compte de la continuité des soins avec une coordination entre praticiens et le service hospitalier adaptée, et une nécessaire autonomie. Sans être permanente et sans limite, la disponibilité des praticiens doit être organisée pour éviter les ruptures de prise en charge des patients¹⁴.

14

Contrat local de santé de la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer

3.1.4 Politique santé – dynamique santé

Dès 2005, les élus du Pays d'Auray ont souhaité s'impliquer dans l'amélioration des services destinés aux personnes âgées et à la population du territoire en général, en fédérant l'ensemble des acteurs locaux. Deux grands axes de réflexion se sont alors engagés, autour du vieillissement de la population, une problématique importante sur le pays, et la coordination et la cohérence des réponses apportées à la santé des personnes âgées et aux besoins sociaux.

Les élus se sont intéressés d'autre part aux questions de prévention et promotion de la santé sur le territoire, après une analyse des données de santé sur le pays et de la santé des habitants. L'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne avait en effet à cette époque présenté des indicateurs de santé pour chacun des 21 pays bretons, et ceux du pays d'Auray présentaient un écart défavorable avec la moyenne nationale : les décès par cancer, l'alcoolisme et le suicide, deux problématiques toujours bien présentes en Bretagne, et les maladies de l'appareil circulatoire.

C'est dans ce contexte de prise de conscience de la situation sanitaire sur le territoire, que le pays a créé en 2006 l'association Pôle santé services, pour apporter une réponse globale aux différents enjeux identifiés, soit la santé globale de la population, et l'amélioration de l'information et des interventions auprès des personnes âgées. Cette association anime également et toujours à ce jour le Centre Local d'Information et de Coordination à destination des personnes âgées, leur entourage et les professionnels.

Elle s'est alors saisie de différentes missions, dans le but d'une amélioration de la visibilité et reconnaissance des différentes structures locales sur le territoire, ainsi que le développement d'interventions et d'information envers le public pour une meilleure implication. Elle a organisé la mise en place sur le pays d'une animation territoriale de santé, qui plus tard, pour une impossibilité de maintenance juridique, sera reprise par le syndicat mixte du pays fin 2008. Sous la responsabilité de l'association et en collaboration avec des élus, des acteurs locaux et une partie de la population et en cohérence avec les grandes orientations nationales, régionales et départementales, l'ATS a réalisé le diagnostic territorial de santé du pays, qui a permis au pays de dégager et définir ses priorités et préconisations en matière de prévention et promotion de santé. On peut souligner que ce diagnostic avait reçu le soutien à l'époque de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, de l'Assurance maladie et du Conseil régional de Bretagne. Ainsi, un programme local d'actions pour l'animatrice territoriale de santé s'est mis en place et c'est ainsi que le pays s'est saisi du dispositif d'ATS

en 2008. Quelques années plus tard, en 2011, un second diagnostic territorial de santé, appuyé sur le premier, a été réalisé, et a permis au pays de se saisir d'un second dispositif de territorialisation en santé : le contrat local de santé.

Plus précisément sur la CCBI, des enjeux davantage spécifiques sont ressortis : la reconnaissance et la prise en compte de la spécificité insulaire ; la contractualisation à un niveau territorial de santé structuré ; la communication d'un signe fort à la population sur la continuité des prises en charge et sur leur lisibilité ; l'engagement d'un processus partenarial permettant de garantir et pérenniser l'offre de soins à moyen terme (sanitaire et médico-sociale) et la mise en place d'actions précises et d'une organisation spécifique voire innovante.

3.2 Les dispositifs

3.2.1 L'ATS : sur le Pays d'Auray



L'ATS s'est mise en place en 2008 à l'échelle du pays d'Auray, d'abord sous la responsabilité de l'association Pôle santé services, puis pour des raisons juridiques sous la responsabilité du syndicat mixte du pays. Une de ses premières missions a été de participer à l'élaboration du diagnostic territorial de santé, pour dégager des priorités de travail et mettre en place un programme d'actions en faveur de la prévention et la promotion de la santé, tant auprès des acteurs que des habitants.

Plusieurs thématiques ont été priorisées au vue de l'analyse des résultats du diagnostic.

Tout d'abord, le pays a choisi de s'orienter sur la problématique des usages à risques de l'alcool et l'expérimentation de la drogue. En effet, les conduites addictives sont marquées sur le pays comme partout sur la région, et elles peuvent engendrer de nombreuses répercussions, comme les cancers, les complications cardiovasculaires, les comportements sexuels à risque, les accidents de la voie publique...De plus, de nombreux publics sont concernés et souffrent de ces accoutumances : les jeunes adolescents, dont l'expérimentation devient de plus en plus précoce, les adultes de plus de 26 ans, les demandeurs d'emploi...Aussi le pays a choisi de s'emparer de cette problématique, en mettant par exemple en place des formation pour les professionnels de santé pour les sensibiliser sur ce sujet et les aider au mieux à repérer les populations à risque.

Une seconde orientation du pays en faveur de la PPS concerne la prévention de la souffrance psychique et les conduites suicidaires, en rappelant que les formes d'expression de cette souffrance psychique est très variable d'un individu à l'autre. Les jeunes sont touchés de plus en plus tôt, les difficultés sociales et/ou professionnelles accentuent le phénomène, et enfin, le public âgé souffre lui aussi de cette problématique.

Des formations au repérage de la crise suicidaires ont ainsi été mises en place en direction des professionnels de santé du territoire.

Le pays a souhaité également prioriser le respect dans les relations entre les jeunes, que ce soient les rapports amicaux, affectifs ou sexuels. Même s'il est vrai que cette thématique se rapproche de celle de la santé mentale, le pays vise l'ensemble des relations entretenues par le jeune.

Enfin, la nutrition et l'activité physique constituent le dernier axe priorisé par le pays. Aucune composante de cette thématique n'est écartée, et celle-ci vise plus particulièrement les enfants, les jeunes adolescents et jeunes adultes, et enfin les personnes âgées, souvent à risque de dénutrition. Des formations en direction des populations ont été mises en place à travers l'ATS.

Ainsi, au travers de ces différents enjeux, différents publics de la population sont visés par l'ATS pour une meilleure offre en matière de prévention et de promotion de la santé : les enfants, les jeunes et leurs adultes référents, les seniors, les personnes en situation de précarité et enfin les salariés des petites entreprises locales, le champ de la santé des travailleurs étant une problématique assez complexe pour lequel différents facteurs interagissent (inhérent au travail, facteurs personnels...). Elle développe davantage l'accès à l'information en santé auprès de ces différentes populations, et favorise le développement de projets en direction encore de ces populations.

Enfin, l'ATS a défini un certains nombres de missions en direction des acteurs, un de ses objectifs principal étant d'impulser des dynamiques locales pour réduire les inégalités sur le pays et assurer une plus grande cohérence en matière de PPS. Elle assure une coordination des interventions locales en PPS, elle apporte un soutien méthodologique aux porteurs de projets locaux, et enfin elle facilite l'intervention des porteurs extérieurs au territoire.

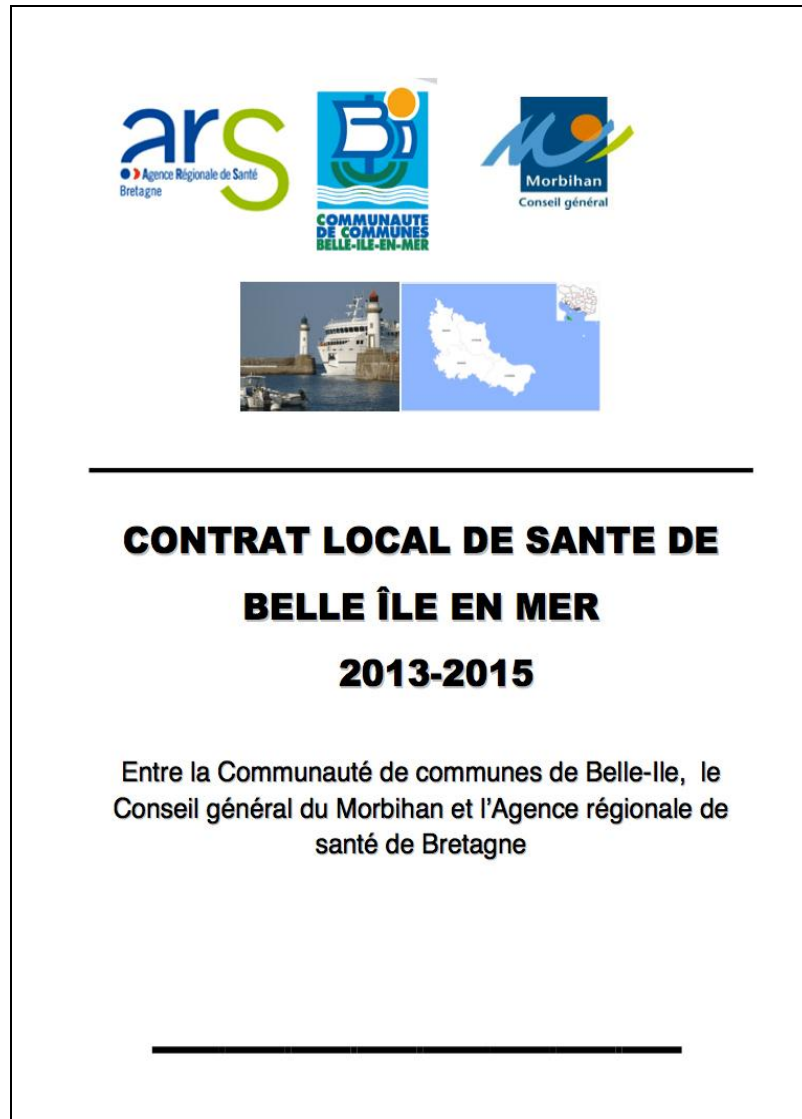
Deux instances de suivi ont été mises en place sur ce territoire pour accompagner l'ATS dans ses différentes missions.

Un comité de pilotage territorial, composé de représentants des financeurs (ARS, CR et pays), de l'Etat et du département, et de personnes qualifiées. Il valide les orientations choisies et proposées, ainsi que les moyens de communication et est également en charge d'évaluer l'activité du dispositif.

Un comité technique, composé d'acteurs intervenant sur le territoire. Ce comité est davantage un soutien, un appui pour le suivi du dispositif. C'est à lui que l'animatrice s'adresse au sujet de la méthodologie puisqu'elle peut bénéficier de l'expérience et de la connaissance des acteurs sur la population.

Comme pour les ATS des pays COB et de Vitré, le financement du poste d'animatrice territoriale de santé se partage entre l'ARS, le conseil régional et la CCBI. Pour ses actions propres, l'animatrice doit solliciter directement les structures ou en passant par des appels à projets.

3.2.2 Le CLS sur la CCBI ¹⁵



Contrairement à la plupart des CLS signés en région Bretagne, le CLS existant sur le pays d'Auray n'a pas été signé par le pays, mais par la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer. En effet, la mise en place d'un CLS sur un territoire dépend fortement de la maturité politique existante. Le CLS constituant un document contractuel, il repose avant tout sur un volontariat et suppose une réelle volonté politique. Sur le pays d'Auray, elle reconnaît que les élus étaient alors très sensibilisés aux politiques de santé, mais qu'ils ne s'orientaient pas vers une démarche de CLS, ce qui était le cas pour les élus de la CCBI. En effet, les enjeux concernant l'île en matière de santé étaient importants et touchaient directement la sécurité sanitaire de la population : l'offre de soins de proximité, la pénurie de professionnels de santé sur l'île... La population était alors très mobilisée car en danger, ceci conduisant fortement les élus à s'impliquer dans les politiques de santé.

C'est ainsi qu'en 2010, l'ARS a donné son accord pour la réalisation d'un diagnostic territorial de santé, réalisé sur l'année 2011 et s'appuyant sur le diagnostic préalablement élaboré en 2008 dans le cadre de la mise en place de l'ATS sur le Pays. Devant des indicateurs de santé préoccupants et une offre de soins fragile, il en est ressorti la nécessité de mettre en place un CLS sur la CCBI. L'élaboration de ce CLS a eu lieu en 2012 notamment grâce à un cabinet de soutien missionné par l'ARS, et c'est au début de l'année 2013 que la signature a eu lieu entre la CCBI, l'ARS et le Conseil Général du Morbihan.

La démarche de mise en place du CLS sur la CCBI a été davantage descendante, contrairement aux CLS des pays de COB et de Vitré – porte de Bretagne. En effet, l'ARS a été davantage moteur dans ce cas, dans la mesure où il n'y avait pas eu véritablement d'articulation entre elle et le pays au préalable de la mise en place du CLS. L'ARS a directement contacté la CCBI, en occultant le pays, les enjeux et priorités restant davantage locaux, et surtout la maturité politique sur le pays étant insuffisante aux yeux de l'Agence. C'est l'ARS qui a fortement souhaité développer le projet de santé, elle est allée solliciter la CCBI.

Les enjeux de ce CLS sont multiples. Trois grandes orientations de travail ont été retenues dans le cadre du CLS de la CCBI :

Axe 1 : l'amélioration de l'organisation et de l'accès aux soins

Axe 2 : favoriser les soins et le maintien à domicile des personnes âgées:

Axe 3: le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des habitants de Belle- Ile en Mer. C'est dans cet axe que sont inscrites les missions et actions dans le cadre de l'ATS, même si son périmètre d'actions est plus large.

Avec ce CLS, les partenaires espèrent générer des opportunités : renforcer la dynamique locale à travers notamment la prise de compétence de la CCBI ; un travail global de concertation et de collaboration entre les partenaires (comité de pilotage et groupes de travail) : la mise en place de partenariats institutionnels (ARS, CG et CCBI) avec une approche globale et de complémentarité dans la prise en charge et la mutualisation de moyens ; une meilleure collaboration entre la médecine libérale et l'hôpital (organisation de la plate de forme de premier recours, mise à disposition plateau technique, télémédecine.) ; davantage de financements associés entre les partenaires par exemple: restructuration du CH, organisation des transports, assistant social partagé (CG,CCBI et CH)....) ; une approche décloisonnée et partagée entre les différents axes stratégiques et leurs acteurs

Même si la signature est très récente, il est prévu dans le contrat une évaluation finale visant à mesurer les résultats produits par rapport à ceux escomptés, ainsi que le degré d'atteinte des objectifs inscrits et visés. Comme les CLS des pays de COB et de Vitré et tous les CLS en général, il est signé pour trois ans, mais peut toutefois être complété en cours d'année après bien sûr un accord des parties signataires.

3.3 L'articulation CLS/ATS

On note une particularité de l'articulation entre le CLS et l'ATS, concernant leur périmètre d'action, le CLS étant mis en place sur la CCBI et l'ATS sur le pays d'Auray.

3.3.1 Continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice territoriale de santé

Avant l'élaboration et la mise en place du CLS sur la CCBI, l'ATS était surtout connue pour son rôle au sein du collectif sur la prévention du suicide et la souffrance psychique. Ses autres missions étaient quant à elles peu identifiées et reconnues. Lors de la réalisation du diagnostic territorial de santé nécessaire à l'élaboration du CLS, l'ARS n'avait alors pas tout de suite repéré l'existence et le rôle de l'ATS, celle-ci ayant dû passer par les élus de la CCBI avec lesquelles elle avait l'habitude de travailler pour pouvoir se faire connaître par l'Agence, la solliciter et montrer son implication.

Ainsi plusieurs réunions ont alors eu lieu entre l'ARS, la CCBI, le Pays et le cabinet de l'étude pour travailler sur 'élaboration du CLS et dégager des priorités concernant les trois champs de la santé : l'offre de soins, l'offre médico-sociale et la prévention et la promotion de la santé. En matière de MMS, c'est l'ATS qui a été mandatée, ceci montrant sa reconnaissance sur le territoire, même si son périmètre d'action était plus large, étendu au pays. Ainsi, après un travail d'identification auprès de l'ARS, l'ATS s'est sentie bien intégrée dans les démarches de mise en œuvre du CLS.

De plus, un premier diagnostic territorial de santé avait été réalisé en 2008 par l'ATS, en collaboration avec des élus et acteurs de santé du territoire, en vue de la mise en place du programme d'actions de l'ATS en matière de PPS. Ce diagnostic, bien que bâti à partir de données remontant parfois à 2005, a servi de manière périphérique pour l'élaboration en 2011 du diagnostic nécessaire à l'élaboration du CLS. Le travail de l'ATS a donc été reconnu et utilisé.

L'animatrice s'est ensuite sentie bien intégrée et immergée dans les différents groupes thématiques, groupes de synthèses, réunions coordination et de validation pour l'élaboration du CLS.

Concernant les thématiques et priorités à inscrire dans le contrat, un choix a dû être fait. La prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires ainsi que la prévention des conduites addictives ont été retenues, au détriment de la priorisation du respect entre les jeunes, et de la promotion d'une nutrition équilibrée et d'une activité physique. Par contre, deux autres thématiques de PPS ont été inscrites dans le CLS, celle du développement d'un programme de prévention et de dépistage des cancers et celle du développement d'un programme en faveur de la vaccination.

3.3.2 Importance des actions inscrites dans le contrat

On retrouve dans le document contractuel les missions auxquelles l'ATS doit répondre dans le cadre du CLS.

C'est principalement dans l'axe stratégique 3, portant sur le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé que ces missions sont inscrites et décrites.

L'objectif n° 1 porte sur le développement d'un programme de prévention et de dépistage des cancers sur le territoire insulaire, pour améliorer l'accès de la population aux campagnes de prévention et de dépistage des cancers. En partenariat avec l'ARS et le CG, l'ATS participe à l'élaboration et développement d'un programme de prévention et de dépistage. Elle agit sur les facteurs de risques auprès des jeunes, notamment en permettant une meilleure sensibilisation des jeunes aux conduites addictives (tabac/alcool) dans les établissements scolaires, en développant un programme d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, sensibilisant les enfants et leurs parents aux principes de l'équilibre alimentaire, mettant en place des ateliers « équilibre alimentaires » au sein des classes...Un de ses priorités est également l'amélioration de la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon, en organisant une meilleure sensibilisation de la population et une meilleure formation des professionnels. Enfin, elle vise une meilleure accessibilité de la population aux dispositifs de dépistage et de prise en charge.

L'objectif n°3 concerne la prévention de la souffrance psychique et du suicide, une des lignes directrices de l'ATS. Dans ce cadre, un de ses objectifs porte sur le renforcement du réseau de partenaires coordonné par MISACO (mission d'accompagnement de collectifs de prévention du suicide en milieu rural), en améliorant la coordination locale des acteurs et réseaux existants dans ce domaine. L'ATS travaille aussi sur un affinage des données locales, pour une

réalisation simplifiée et cohérente d'un diagnostic local. Enfin, elle aide à mieux repérer les publics et situations à risque, en améliorant la formation des professionnels de santé.

L'Objectif n°4 porte sur la prévention des conduites addictives. L'ATS travaille sur le repérage précoce des situations à risque, en permettant une diffusion large d'un programme de repérage et d'intervention, en permettant une meilleure formation des professionnels, en développant des temps d'échange et de rencontres pour les jeunes et les parents. Elle participe également à une meilleure sensibilisation de la population à la prévention des conduites addictives, surtout chez les jeunes, en mettant en place différentes actions portant sur un rappel de la loi pour éviter une banalisation trop importante des consommations, et en mettant en place des actions directement auprès des parents sur les dangers de ces consommations addictives. Elle s'intéresse aussi à la formation des professionnels de santé. Enfin, elle travaille sur le développement d'actions portant sur le renforcement de l'estime de soi, une thématique de plus en plus développée à ce jour, notamment auprès des jeunes et en association avec les parents.

Les différentes implications de l'ATS en matière de PPS sont ainsi bien décrites dans le CLS, comme il en est le cas pour les missions de l'ATS inscrites dans le CLS du pays COB.

3.3.3 Influence du CLS sur le travail et les actions de l'animatrice territoriale de santé

Même si le CLS ne date que de quelques mois, l'animatrice peut déjà dire que ses actions et missions n'ont pas changé depuis la mise en place de ce CLS. Elle souligne même qu'il n'y a pas d'influence du CLS sur ses différentes missions, le seul élément ayant été modifié étant la forme du contrat, passant d'une convention trisannuelle à un contrat de trois ans.

Elle précise cependant que quelques financements ont été alloués par l'ARS pour des actions de PPS à travers l'ATS, permettant la mise en place de deux nouvelles actions : une formation au repérage des actes suicidaires et un cycle d'échanges et de formation à la prévention du suicide. Mais en ce qui concerne le financement d'actions de plus grande ampleur, l'ATS doit passer par des appels à projets auprès de l'ARS, du conseil régional, des élus ou d'autres financeurs. Elle précise que l'ARS ayant avant un rôle de coordination, elle permet une plus grande implication et mobilisation des acteurs du territoire, et si trop peu de financement sont alloués, cela entraîne un effet dévastateur sur les réseaux nécessaires à mettre en place. Elle rappelle qu'il est difficile de concevoir une légitimité de l'Agence sans financement de sa part.

Elle reconnaît cependant que dans le cas de l'offre de soins et l'offre médico-sociale, des financements ont pu être alloués et que cela a permis de désamorcer des situations difficiles, conflictuelles, et de mettre en avant des problématiques difficiles à identifier avant.

En matière d'évaluation même si le CLS est encore trop récent, l'animatrice rappelle que le CLS est mis en place au niveau de la CCBI et que c'est davantage à elle d'engager une démarche d'évaluation, l'ARS étant déjà engagée à travers son comité de suivi. Mais la CCBI manque de temps, de moyens humains et financiers, il est donc difficile pour elle d'agir en matière d'évaluation. Le pays quant à lui n'est pas apte à engager ce genre de démarches, puisque le périmètre d'action sur CLS s'arrête à la CCBI. L'animatrice territoriale de santé peut et souhaite participer aux réunions de coordination, mais ne peut pas à elle seule mettre en place des démarches d'évaluation, et comme le pays, son périmètre d'action n'est pas le même que celui du CLS.

L'animatrice insiste sur le fait que si le CLS avait été mis en place à l'échelle du pays, comme l'ATS, elle aurait eu davantage de légitimité pour agir.

De plus elle reconnaît que les élus sont un peu plus impliqués dans l'ATS et la PPS depuis son intégration au CLS, puisque des moyens financiers ont été alloués. Mais il n'y a pas eu de véritable valorisation de son travail à travers la contractualisation, et l'intégration de la prévention et la promotion de la santé dans la vision sanitaire des élus reste toujours difficile, ces derniers étant le plus souvent interpellés et préoccupés par les problématiques liées à l'offre de soins.

Du côté des professionnels de santé, elle reconnaît que davantage de liens se sont mis en place entre les hôpitaux et les professionnels, engendrant forcément une meilleure visibilité pour l'ATS sur les besoins de la population. Elle reconnaît également que davantage de partenariats et de proximité se sont établis. Enfin elle admet peut-être une reconnaissance plus globale de son travail par les acteurs locaux, alors qu'avant son intégration au sein du CLS, son travail était certainement surtout ciblé sur les problématiques de prévention des actes suicidaires.

DISCUSSION - ANALYSE

La question de l'articulation entre le contrat local de santé et l'animation territoriale de santé en matière de prévention et de promotion de la santé n'a jamais fait l'objet de recherches ou d'études. Ce travail aura donc davantage été un travail de découverte, d'exploration, pour mieux comprendre ces dispositifs de territorialisation et surtout tenter d'analyser comment ces récents outils tiennent compte l'un de l'autre sur un même territoire. A travers cette analyse, on peut également soulever la question de la place de la prévention et la promotion de la santé dans la santé globale.

Avant d'analyser cette articulation, il est important de noter quelques limites à ce travail.

1. Limites de l'étude

Ce mémoire porte sur l'articulation entre le CLS et l'ATS, constituant deux dispositifs actuellement facultatifs. Il n'est pas fréquent de les trouver mis en place à un même moment et sur un même territoire. En Bretagne, même si la région est en avance par rapport à beaucoup d'autres en France en terme de mise en place de CLS et d'ATS surtout, trois territoires sont concernés par cette coexistence. L'analyse de l'articulation entre les deux dispositifs de territorialisation repose donc sur seulement trois exemples.

Il est également à noter que ces deux dispositifs sont assez récents, notamment le CLS dont la première signature en Bretagne ne date que de deux ans. Il paraît donc difficile d'avoir assez de recul pour analyser une articulation très récente. Comme le souligne la référente du CLS du pays de Vitré – porte de Bretagne à la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine, les ARS ne sont absolument pas encore rodées en matière d'élaboration et de mise en place d'un CLS. Elles commencent à peine à les mettre en place, et ce de façon très différente d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre au sein d'une même région. Ces derniers, même s'il existe actuellement six sur la région, avec d'autres en cours de réflexion, sont encore des expérimentations. Il n'y a à ce jour pas de méthodologie consensuelle, nationale, chaque ARS travaillant et essayant de s'adapter à ce nouvel outil à sa façon, et en tenant compte de la volonté des interlocuteurs sur le terrain. L'articulation avec l'ATS souffre ainsi elle aussi de ce manque de maturité du CLS.

Dans le cadre des trois territoires choisis, les pays du Centre Ouest Bretagne et de Vitré-Porte de Bretagne ainsi que la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer, les coexistences ont respectivement un an, deux ans et sept mois. Il est donc important de souligner que l'analyse de ces trois articulations est fragile.

2. Analyse de la continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice territoriale de santé

Les différents travaux élaborés lors de la réalisation du diagnostic local de santé que les trois animatrices avaient dû réaliser dès la prise de leur fonction ont été utilisés, de façon plus ou moins importante selon les territoires, pour l'élaboration du diagnostic de santé nécessaire à la mise en place du CLS. Les diagnostics locaux des Pays du COB et de Vitré – porte de Bretagne ont largement été repris, tandis que celui du Pays d'Auray a servi de base plus périphérique, dans la mesure où certaines données dataient de plus de cinq ans et qu'elles concernaient davantage le Pays que la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer. Mais de façon générale, leur travail des animatrices a été reconnu et a servi de socle pour le CLS.

On peut noter que les démarches de réflexion autour du CLS ont été ascendantes pour les pays du COB et de Vitré, mais descendantes pour la CCBI.

Les trois animatrices territoriales de santé ont un ressenti positif en ce qui concerne leur intégration et implication pour l'élaboration du CLS. Elles ont toutes participé aux groupes de travail, aux réunions thématiques et aux réunions de validation préalables à la signature du contrat. Toutes ont l'impression d'avoir été entendues, que leur expertise et connaissance du territoire ont été reconnues par les différents élus et acteurs présents également.

Pour les trois territoires, les animatrices ont dû prioriser certaines thématiques sur lesquelles elles travaillaient avant la mise en place des CLS. Aucune animatrice n'a eu toutes ses actions inscrites dans le CLS. Dans le cas du pays du COB, une des trois priorités n'a pas été retenue, celle portant sur le développement des compétences psychosociales. Trois priorités sur quatre ont été inscrites dans le CLS du Pays de Vitré – porte de Bretagne, au détriment de la prévention des violences conjugales. Enfin, en ce qui concerne le CLS de la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer, deux priorités sur quatre ont été retenues, au détriment de la priorisation du respect entre les jeunes, et de la promotion d'une nutrition équilibrée et d'une

activité physique. Il est à noter cependant que l'animatrice s'est vu confier de nouvelles missions portant sur le développement d'un programme de prévention et de dépistage des cancers et le développement d'un programme en faveur de la vaccination dans le cadre du CLS.

Bien sûr, les actions non inscrites dans le CLS ont été poursuivies par les animatrices mais seulement dans le cadre de l'ATS.

Les trois animatrices reconnaissent que leurs différentes connaissances sur le territoire en matière de PPS, leur expertise et leurs compétences ont été respectées et reconnues par les élus et acteurs des territoires. Cependant, elles soulignent une influence parfois moindre de leur travail et donc de la prévention et la promotion de la santé sur la vision et les pratiques sanitaires. Elles relèvent une implication toujours insuffisante des élus et acteurs pour cette partie essentielle de la santé.

Aucun doute n'existe quant à l'importance de l'existence sur un territoire d'une ATS pour la mise en place d'un CLS. Les acteurs de l'ARS sont unanimes sur ce fait : avoir déjà des actions œuvrant pour la PPS mises en place représente une grande richesse pour l'instauration d'un CLS. Les ATS possèdent une très bonne connaissance de la situation et des enjeux politiques locaux, connaissent bien les acteurs de terrain sur le territoire et les réseaux s'y développant. Même au-delà de cet apport pratique, l'existence ou non d'une ATS joue le choix des territoires sur lesquels une mise en place d'un CLS est nécessaire et possible. L'ATS constitue de ce fait une ressource primordiale œuvrant pour la PPS dans le cadre d'un CLS.

3. Analyse de la place et la précision des actions de l'animatrice dans le papier contractuel

L'analyse des actions dans le document du CLS traduit non seulement la place que les élus et acteurs laissent à la PPS, mais également l'importance qu'ils donnent au rôle de l'animatrice.

Pour les Pays du COB et la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer, les missions et actions que doivent remplir les animatrices sont clairement mentionnées et précisément décrites dans le CLS, à travers différents axes et différents objectifs. Cela traduit le rôle essentiel et une reconnaissance importante donnée à l'animatrice pour la prévention et la promotion de la santé.

Il en est un peu moins questions pour le CLS du Pays de Vitré – porte de Bretagne, où il faut davantage chercher dans le document les missions et rôles où l'animatrice peut intervenir.

4. Analyse de l'influence du CLS sur les missions et actions de l'animatrice territoriale de santé

Depuis leur intégration au sein du CLS, les différentes missions et actions menées par les animatrices territoriales de santé n'ont évolué ou été modifiées. Seule l'animatrice du Pays d'Auray s'est vu confiée deux nouvelles actions, mais de faible ampleur.

Toutes notent une valorisation de leur travail depuis l'existence du CLS, même si cette valorisation reste moindre dans le Pays d'Auray. Elles se sentent davantage identifiées par les élus et acteurs, leur rôle et actions davantage reconnus. En matière d'apport de l'intégration de l'ATS dans le CLS, même si celle-ci est aujourd'hui encore très récente, le ressenti est donc plutôt positif, que ce soit du côté des animatrices territoriales de santé que des acteurs de l'ARS. Toutes reconnaissant une plus grande implication des élus et acteurs, même s'il reste beaucoup de chemin à parcourir et un manque de financement.

Les ATS précisent cependant qu'avec l'arrivée des CLS dans les politiques de santé, elles espéraient davantage, notamment la mise en place de nouvelles actions, et pas seulement le développement d'actions déjà existantes.

La problématique des financements alloués spécifiquement à la prévention et la promotion de la santé à travers l'ATS est récurrente. Dans le cas des Pays de COB et de Vitré – porte de Bretagne, aucune enveloppe n'a été accordée à l'animatrice de la part de l'ARS pour des actions de PPS. Seule l'ATS du Pays d'Auray a bénéficié d'un financement, pour permettre la mise en place de deux nouvelles actions, mais de faible importance cependant. Les trois animatrices sont d'accord pour dire que sans soutien financier de la part de l'ARS, il est difficile d'envisager une amélioration des actions, dans la mesure où cela nécessiterait plus de travail, plus de réseaux, plus de mise en relation entre les acteurs...Elles espéraient plus la mise en place de nouvelles actions plutôt que la poursuite d'actions déjà existantes avant la mise en place du CLS. De plus, elles précisent qu'avec un financement dédié à l'ATS, elles seraient davantage visible et reconnue aux yeux des élus et acteurs de santé. Sans aide financière, elle reste la prévention et la promotion de la santé restent étouffée par l'offre de soins et l'offre médico-sociale, surtout si celles-ci bénéficient elles d'un financement, ce qui

est le cas pour les trois CLS.

Les acteurs de l'ARS présentent eux une vision plus positive de cette articulation entre les deux dispositifs. Ils expliquent que le CLS est encore au stade expérimental, et que plus des CLS seront signés, plus les moyens mis en œuvre seront définis et précis, et donc plus la place de l'ATS sera prise en compte et considérée. Pour eux, il ne peut y avoir que du positif dans une telle contractualisation sanitaire, même si des failles restent à corriger.

5. Facteurs influençant l'articulation entre les deux instruments

L'analyse des trois territoires de recherche où ils coexistent en Bretagne montre d'ores et déjà que cette articulation n'est pas clairement définie, clairement identifiée, et qu'au contraire elle relève beaucoup de plusieurs éléments qui dépendent eux-mêmes du territoire.

Tout d'abord, comme le souligne l'animatrice territoriale de santé du pays d'Auray, la mise en place de démarches de santé dépend fortement de la maturité politique présente sur le territoire concerné. L'instauration d'une politique, d'un dispositif quel qu'il soit dépend de l'implication des élus, ainsi que celles des acteurs. Il semble impossible de développer des outils, des avancées en termes de santé sans une réelle volonté de ces personnes. Aujourd'hui, même si la PPS est mieux considérée, mieux intégrée dans les décisions et les pratiques de santé, elle souffre encore de reconnaissance. Dans une meilleure connaissance de cette partie essentielle de la santé et sans volonté de mieux l'intégrer de la part des élus et acteurs dans les politiques de santé, l'articulation avec le CLS sera éphémère et surtout source de conflits avec les acteurs œuvrant en faveur de la PPS, engendrant un découragement et une lassitude de leur part. On constate une hétérogénéité des missions, des outils et dans le positionnement des animatrices selon les territoires, ces dernières éprouvant plus ou moins de difficultés à se positionner vis-à-vis des élus et des professionnels de prévention.

Une décision de mettre en place une politique de santé sur un territoire dépend donc d'élus, d'acteurs de terrain, mais également d'instances de décision et de financements, notamment l'ARS. Après quelques expérimentations sur sa région en matière de CLS et dans un contexte de restriction budgétaire, celle-ci fait aujourd'hui le choix de privilégier la mise en place de CLS sur des territoires prioritaires, où l'état de santé de la population est médiocre et où les besoins sont importants. Un territoire prioritaire, ayant reconnu l'importance de développer une politique de santé publique axée sur la PPS, impliquera davantage l'ATS dans son CLS, et

l'articulation n'en sera que meilleure et bénéfique. Au contraire, la mise en place d'un CLS sur un territoire avec une population en bonne santé et des besoins de santé faibles n'aura pas tendance à considérer la PPS et donc l'ATS comme importante et ne s'impliquera pas dans son développement.

L'importance des ressources disponibles sur un territoire avant l'existence d'un CLS impacte sur la décision de l'ARS de poursuivre la mise en place du dispositif. Plus les ressources, qu'elles soient humaines, financières, techniques, seront importantes, plus l'articulation entre l'ATS et le CLS seront bonnes, riches et transversales.

Un autre facteur joue sur l'articulation entre les deux dispositifs, plus précisément sur la reconnaissance de l'ATS : le périmètre d'action. En effet, l'ATS a davantage de chances d'être identifiée et reconnue si elle agit sur le même territoire que celui du CLS. Par exemple, l'ATS du pays d'Auray agit sur l'échelle du pays, alors que le CLS est appliqué à l'échelle de la communauté de Belle-Ile-en-Mer. L'ATS ressent cette distinction. Puisque son périmètre d'action n'est pas spécifique à celui du CLS, les élus et acteurs de la CCBI l'identifient moins, jugent ses connaissances sur le territoire moindres, et de ce fait l'impliquent moins dans les démarches.

Enfin, l'existence ou non d'une enveloppe spécifique allouée pour la prévention et la promotion de la santé impacte énormément sur le lien entre l'ATS et le CLS. Dans les CLS du COB et de Vitré – porte de Bretagne, aucun financement n'a été accordé à l'ATS pour des actions de PPS. Les animatrices expliquent que sans financement, les élus et acteurs intègrent moins cette partie de la santé dans leur vision de la santé et leur pratique. Ils auront tendance forcément à davantage se tourner vers des actions financées, notamment concernant l'offre de soins et l'offre médico-sociale. Elles précisent à nouveau que dès que la PPS est englobée dans la santé en générale, elle a tendance à être mise de côté, et ce encore plus si aucun soutien financier n'est apporté. Ceci pose la question de la place de la PPS aujourd'hui en France dans la vision et les démarches sanitaires.

Aujourd'hui, les démarches de santé se modifient encore et passent davantage par des contractualisations entre les partenaires. En 2013 et suite à l'évaluation du dispositif sur la région, l'ATS est touchée par cette évolution, et la convention trisannuelle à laquelle était soumise l'animatrice territoriale de santé s'est transformée en contrat de trois ans. Le but de cette démarche est de renforcer l'équilibre entre les volontés régionales et les volontés locales en formalisant un contrat avec chaque territoire porteur d'ATS, composé d'un socle régional commun (objectifs, champ d'interventions, moyens mis en œuvre et gouvernance) et d'une partie propre à chaque territoire qui cible les objectifs et priorités d'actions, au vu des problématiques spécifiques repérées dans la zone géographique¹⁶. Dans la notion de convention, on visait davantage à savoir à quelles fins étaient utilisés les moyens alloués. Avec le contrat, apparaît la notion d'objectifs fixés. En plus d'un niveau pratique, un niveau stratégique semble clairement identifié et souhaité. On suppose de ce fait un engagement plus marqué de la part des ARS, financièrement, humainement ou logistiquement, permettant un accès à des financements plus facile, et souhaitant ainsi avoir un droit de regard sur les actions mises en œuvre. A travers cette démarche, on suppose également une officialisation plus forte du rôle de l'animatrice, et donc plus de reconnaissance et d'implication des partenaires, rendant à long terme l'articulation entre le CLS et l'ATS plus solide.

Il est difficile de comparer le cas de la Bretagne à d'autres régions en matière de lien entre les deux instruments de territorialisation, dans la mesure où peu de régions s'en sont saisies simultanément.

Tout d'abord, nous pouvons rappeler que le pays reste un échelon particulier et bien spécifique à la région Bretagne. Les contractualisations existantes sur les autres régions se réalisent au niveau des communes, des communautés de communes ou des communautés d'agglomérations. C'est également le cas pour les CLS et les ATS, et les périmètres d'actions ne sont pas nécessairement les mêmes.

Les CLS en sont encore au stade d'expérimentation, et même si aujourd'hui de plus en plus sont signés, ils ne sont pas encore systématiques sur les territoires. Les ATS, quant à elles, restent des dispositifs spécifiques de la région Bretagne, il est difficile d'en trouver l'existence sur d'autres régions.

16 Le site de la région Bretagne : évaluation d'un dispositif lancé par la Région et l'ARS, l'ATS confortée – novembre 2012

Ainsi, l'exemple de la région Ile-de-France est différent de celui de la Bretagne. Les CLS y sont beaucoup plus développés, et davantage ciblés sur la prévention et la promotion de la santé, comme l'indique la référente du CLS de Vitré – porte de Bretagne à la DT 35. Ce choix de l'ARS Ile-de-France de porter une attention particulière à la PPS se fait ressentir, notamment à travers l'analyse du site internet de l'Agence. L'analyse du site internet de l'ARS IDF illustre ce choix que porte l'Agence à la PPS. Contrairement à beaucoup de sites des autres ARS, celui de l'ARS IDF dédie toute une partie à la santé publique, et notamment à la PPS. Ceci démontre une plus grande considération et implication en faveur de la PPS. Cependant, même si la PPS est privilégiée en région Ile-de-France, l'ATS n'y est que très peu développée voire pas du tout, comme c'est le cas pour la plupart des régions, faisant de ce dispositif une richesse de la région Bretagne. L'analyse d'une articulation entre les deux n'est donc pas possible.

Au niveau de la région Bretagne, le choix de ne pas être trop réducteur à la PPS a été fait, qu'il s'agisse de n'importe quelle action sanitaire, l'ARS choisissant davantage de porter son attention sur l'offre de soins et l'offre médico-sociale. Cette décision se fait ainsi ressentir à travers les CLS existants sur la région.

Un autre exemple, celui de la Région Nord-Pas-de-Calais, où la dynamique en matière de santé publique et les collectivités territoriales sont fortement investies dans le domaine de la santé publique, notamment à travers les Ateliers Santé-Ville et politiques locales de santé pour les communes, contrats territoriaux de santé au niveau du département. L'objectif était de rendre cohérentes ces dynamiques territoriales dans un contexte régional. Mais même dans cette région où les avancées en termes de prévention et promotion de la santé sont marquées, l'ATS reste discrète, faisant de ce dispositif une particularité de la région bretonne.

Ainsi, à travers les exemples de trois territoires de la Bretagne et ceux d'autres régions françaises, on s'aperçoit que même si les CLS se développent de plus en plus et de façon progressive aujourd'hui, l'ATS reste quant à elle un dispositif encore rare au service de la prévention et la promotion de la santé. En région Bretagne, les modalités de leur articulation semblent être encore à préciser dans les années à venir, pour une meilleure identification des animatrices, porteuses du dispositif, et davantage de clarté de leurs missions et des modalités de financement, pour certainement plus d'implication de la part des élus et des acteurs sur les territoires.

Bibliographie

Articles

- LONCLE, P., « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne » », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 27, n°1, pages 7-30, mars 2009.
- JABOT F. et LONCLE P., « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé Publique*, 2007/hs Vol. 19, p. 21-35.
- AUTES. M, Juin 2009, «Territoire, Santé, Démocratie», *Sciences Sociales et santé*, Volume 27 n°2, page 75-76
- CLAVIER. C, Juin 2009, «Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux», *Sciences sociales et santé*, Volume 27 n°2, pages 47-72
- LUCAS - GABRIELLIV, COLDEFY M, septembre 201, «Le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé», *Contact Santé*, trimestriel hors série n°4, pages 12-15
- RICAN.S, VAILLANT.Z, Mars 2009, «Territoire et santé : enjeux sanitaire de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé», *Sciences sociales et santé*, Volume 27 n°1, pages 33-42
- PETITJEAN F., juin 2006, « Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial », *La santé de l'homme*, sommaire n°383.

Travaux scientifiques

- LENAULT C., Juillet 2012, « La déclinaison du Projet Régional de Santé à travers les deux outils de la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire, programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé : Réflexion sur les facteurs de réussite de leur mise en œuvre, exemple des territoires de santé Bretons n°5 et n°6 ».
- ALMARCHA C., BARAT S., BEN LAKHDAR H, BOUE S., FERREY S., FLOREANI S., LAUROUA J., PERRET J., SAMIERI G., TOMASSY H., TOUZARD J., 2007, « Animation territoriale de santé, atelier santé-ville : quelles complémentarités ? ».

Séminaires

Michon, D., « Territorialisation des politiques de santé et coopération(s) des professions : deux dimensions à intégrer dans la problématique du développement d'une profession », *XIIIèmes JNKS Annecy*, 26, 27 et 28 mars 2009

Textes législatifs

Ministère de la santé. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art. 118 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient à la Santé et au Territoire

Sites internet

- Observatoire régional de la santé de Bretagne, « La santé dans les 21 pays de Bretagne », décembre 2010

http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2010/11/la-sant%C3%A9-dans-les-21-pays-de-bretagne.html

- Institut national de la statistique et des études épidémiologiques

www.insee.fr/

- Agence Régionale de Santé de Bretagne

www.ars.bretagne.sante.fr/

- Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais

www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/

- Agence Régionale de Santé d'Île de France

www.ars.iledefrance.sante.fr/

- ARS

www.ars.sante.fr/

Pays du COB

- Contrat Local de Santé 2012-2014 entre l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, le Pays du Centre Ouest et le Conseil Général des Côtes d'Armor

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Soins_et_accompagnement/contrats_locaux_de_sante/CLS_COB_signe.pdf

- Dossier de presse : CLS 2012-2014 entre le Pays du COB et l'ARS de Bretagne.

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Communication_Presse/DOSSIER_DE_PRESSE_SIGNATURE_CLS_VF.pdf

- Animation Territoriale de Santé du Pays du Centre Ouest Bretagne, N. Merrien

http://www.centre-ouest-bretagne.org/Reflechir-et-agir/Projets-en-matiere-de_sante/l_animation_territoriale_de_sante

- Contrat relatif à la mise en œuvre de l'Animation territoriale de santé 2013 – 2015, Agence Régionale de Santé de Bretagne, Conseil régional de Bretagne, Pays du Centre Ouest Bretagne.

- « Évaluation de l'animation territoriale de Santé : le dispositif lancé par l'ARS et la Région conforté », Communiqué de presse, novembre 2012, Rennes

http://www.bretagne.fr/internet/upload/docs/application/pdf/201211/417_dp_animation_territ_sante.pdf

- L'Animation territoriale de Santé en Pays du Centre Ouest Bretagne - *RDV Santé* - Pays de d'Auray – 28 mai 2010

<http://www.pays-auray.com/pdf/Presentation.COB.ATS.pdf>

- Projet territorial de santé – Pays du Centre Ouest Bretagne

<http://fr.calameo.com/read/000387689590eb9949e83>

- Rapport d'activité de l'ATS du Pays du Centre Ouest Bretagne, N. Merrien, juin 2013

Pays de Vitré – Porte de Bretagne

- Contrat Local de Santé 2011-2013 entre le Pays de Vitré – porte de Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, octobre 2011

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Soins_et_accompagnement/contrats_locaux_de_sante/CLS_VITRE_signe.pdf

- Le Contrat Local de Santé du Pays de Vitré-Porte de Bretagne - Matinée d'échanges et d'information sur les Contrats Locaux de Santé, juin 2012

- Conseil de Développement du Pays de Vitré - Porte de Bretagne, Beuchée L.

http://www.paysdevitre.org/site/comprendre/acteurs/conseil_dev/conseil_dev1.php3

Pays d'Auray – Communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer

- Contrat local de santé de Belle-Ile-en-Mer 2013-2015 entre la Communauté de communes de Belle-Ile, le Conseil général du Morbihan et l'Agence régionale de santé de Bretagne

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Soins_et_accompagnement/contrats_locaux_de_sante/CLS_Belle-Ile.pdf

- Matinée d'échanges et d'information sur les contrats locaux de santé - Juin 2012 – Morlaix

- Animation territoriale de santé du Pays d'Auray - Diagnostic Local de Santé

[http://www.pepsal.org/wp-](http://www.pepsal.org/wp-content/uploads/2012/02/DLS_animation_territoriale_sant%C3%A9_Pays_Auray.pdf)

[content/uploads/2012/02/DLS_animation_territoriale_sant%C3%A9_Pays_Auray.pdf](http://www.pepsal.org/wp-content/uploads/2012/02/DLS_animation_territoriale_sant%C3%A9_Pays_Auray.pdf)

- « Le site de la communauté de communes de Belle-Ile-en-Mer » <http://www.ccbi.fr>

Liste des annexes

- ANNEXE I : LISTE DES ACTEURS INTERROGES
- ANNEXE II : LISTE DES REUNIONS
- ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN POUR L'ANIMATRICE TERRITORIALE DE SANTE ET LES ACTEURS DU PAYS
- ANNEXE IV : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

ANNEXE I
LISTE DES ACTEURS INTERROGES

- Animatrice territoriale de santé du Pays du Centre Ouest Bretagne.
- Président de la commission santé du Pays du Centre Ouest Bretagne.
- Technicienne santé du Pays du Centre Ouest Bretagne.
- Référente à la Délégation Territoriale du Morbihan concernant le territoire de santé n°3.
- Animatrice territoriale de santé du Pays de Vitré – Porte de Bretagne.
- Directrice du pays de Vitré – Porte de Bretagne et coordinatrice du Contrat Local de Santé sur le pays.
- Référente du CLS du Pays de Vitré – Porte de Bretagne au sein de la délégation territoriale d’Ille-et-Vilaine.
- Animatrice territoriale de santé sur le Pays d’Auray.
- Référente de la Délégation territoriale du Morbihan concernant le territoire de santé n°3, en charge spécifiquement du CLS de la Communauté de commune de Belle-Ile-en Mer (CCBI).

ANNEXE II
LISTE DES REUNIONS

- Conférence Territoriale de Santé du territoire de santé n°5, portant sur le programme territorial de santé, en mars 2013.
- Réunion intermédiaire portant sur le CLS de la Ville de Rennes, en avril 2013.

ANNEXE III

GRILLE D'ENTRETIEN POUR L'ANIMATRICE TERRITORIALE DE SANTE ET LES ACTEURS DU PAYS

Le Pays et l'animation territoriale de santé (ATS)

- 1) Comment le Pays est-il organisé aujourd'hui ?
- 2) Quand l'ATS a-t-elle été initiée sur le Pays et comment s'est-elle mise en place? Selon quelle type de démarche ?
- 3) L'échelon du Pays est-il selon vous adapté pour des actions de PPS ?
- 4) Quels étaient/sont les enjeux politiques sur le Pays ?
- 5) Quand et comment le premier diagnostic local de santé a-t-il été réalisé et quels grands axes en sont ressortis ? En matière de prévention et promotion de la santé ?
- 6) Quelles étaient les priorités, les missions et les objectifs de l'ATS avant l'instauration du CLS ?
- 7) Comment le poste d'animatrice est-il financé ? Comment étaient financées les actions de l'ATS avant la mise en place du CLS ?
- 8) Quelle était l'implication des élus et des acteurs ? L'animatrice était-elle bien connue et identifiée de tous ? Le travail de l'animatrice était-il reconnu ?

La mise en place du CLS

- 9) Comment s'est déroulée la mise en place du CLS ? La démarche avec l'ARS a-t-elle été ascendante ou descendante ?
- 10) Quels ont été/sont vos interlocuteurs à l'ARS ou à la DT ? Les rapports étaient/sont – ils bons ?
- 11) L'animatrice a-t-elle été intégrée aux démarches de négociation sur la question du CLS ?

La continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice

- 12) Comment s'est passée votre intégration dans les différents groupes de travail, groupes thématiques ? Avez-vous l'impression d'avoir participé entièrement à la partie prévention et promotion de la santé dans le CLS ?
- 13) Le premier diagnostic local de l'ATS a-t-il été utilisé pour l'élaboration de celui nécessaire au CLS ? Si oui, dans quelles mesures ?
- 14) Les priorités de l'ATS ont-elles toutes été reprises dans le CLS ? Si non, lesquelles ont été retenues, quelles ont été les nouvelles ?
- 15) Avez-vous l'impression que votre connaissance du territoire, votre expertise ont été reconnues et utilisées pour l'élaboration du CLS ?
- 16) Avez-vous l'impression d'avoir eu une influence sur l'importance de la PPS dans le CLS ?
- 17) Y a-t-il eu un financement provenant de l'ARS alloué à la PPS ? Si oui de quel ordre ? Si non, pourquoi selon vous ?

L'influence du CLS sur les actions de l'ATS

- 18) Depuis la mise en place du CLS, vos actions et missions ont-elles évolué ? Sont-elles clairement définies dans le CLS ? Si oui, dans quelles mesures ? Ont-elles été facilitées dans leur mise en œuvre ? Y a-t-il eu de nouvelles missions, lesquelles ? Sinon, pourquoi selon vous rien n'a changé ?
- 19) Qu'est-ce que le CLS a-t-il apporté à l'ATS selon vous ?
- 20) Le travail de l'animatrice travail a-t-il été valorisé ou légitimé depuis son intégration dans le CLS ? Les acteurs et élus sont-ils plus impliqués, reconnaissent-ils la place de la PPS dans le CLS et la santé ?
- 21) Comment ont évolué vos rapports avec eux ?
- 22) Comment jugez-vous l'articulation entre l'ATS et le CLS ? Que faudrait-il améliorer selon vous pour une articulation plus solide ?
- 23) Savez-vous si le CLS sera reconduit ? Qu'est-ce que cela changerait pour les actions de l'animatrice ?
- 24) Que pouvez-vous dire du passage de la convention trisannuelle au contrat de trois ans ? Qu'est-ce que cela changera pour vous et vos missions ?
- 25) Y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez aborder que je n'ai pas fait ?

ANNEXE IV
GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

La mise en place du CLS

- 1) Avant la mise en place du CLS sur le territoire, l'animatrice territoriale de santé était-elle bien identifiée et représentative de la prévention et la promotion de la santé selon vous ?
- 2) Quand et comment est apparue la question de la mise en place d'un CLS sur le territoire ?
- 3) Quels ont été vos interlocuteurs du côté du Pays ?
- 4) La démarche a-t-elle été ascendante ou descendante ?
- 5) Le CLS sur le Pays présente-t-il des particularités ? Si oui, lesquelles ?

La continuité entre le CLS et le travail fourni par l'animatrice

- 6) L'animatrice a-t-elle été selon vous bien intégrée et impliquée aux différentes démarches accompagnant la mise en place du CLS ?
- 7) Le diagnostic local réalisé par l'animatrice dans le cadre de ses fonctions a-t-il été repris pour l'élaboration de celui indispensable pour le CLS ?
- 8) L'animatrice parvient-elle à imposer ses idées, son avis concernant la place de la prévention et la promotion de la santé dans le CLS ?
- 9) Le fait d'avoir sur un territoire déjà une ATS mise en place impacte-t-il sur le choix d'un CLS sur un territoire ?
- 10) L'ATS est-elle un outil du CLS au service de la prévention et la promotion de la santé ? Qu'apporte-t-elle de plus ?
- 11) Comment sont attribués les financements au sein d'un CLS ? Comment cela s'est-il passé pour le CLS en question ?
- 12) Y a-t-il eu un financement pour les actions de l'ATS inscrites dans le CLS ? Si oui, de quel ordre ? Si non, comment l'animatrice parvient-elle à obtenir des financements pour ses actions ? Est-il facile pour elle d'en avoir ?

L'influence du CLS sur les actions de l'ATS

- 13) Depuis la mise en place du CLS, les actions et missions de l'animatrice ont-elles évolué selon vous ? Sont-elles clairement définies dans le CLS ? Si oui, dans quelles mesures ? Ont-elles été facilitées dans leur mise en œuvre ? Y a-t-il eu de nouvelles missions, lesquelles ? Sinon, pourquoi selon vous rien n'a changé ?
- 14) Qu'est-ce que le CLS a-t-il apporté à l'ATS selon vous ?
- 15) Le travail de l'animatrice travail a-t-il été valorisé ou légitimé depuis son intégration dans le CLS ? Les acteurs et élus sont-ils plus impliqués, reconnaissent-ils davantage la place de la PPS dans le CLS et la santé ?
- 16) Comment ont évolué les rapports de l'animatrice avec les acteurs de terrain, institutionnels et les élus ?
- 17) Comment jugez-vous l'articulation entre l'ATS et le CLS ? Que faudrait-il améliorer selon vous pour une articulation plus solide ?
- 18) Le CLS sera-t-il reconduit selon vous ? Si oui, y aura-t-il des modifications ?
- 19) Que pouvez-vous dire du passage de la convention trisannuelle au contrat de trois ans ? Qu'est-ce que cela change ?
- 20) Y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez aborder que je n'ai pas fait ?

FIZELIER	Laura	11/09/2013
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Animation territoriale de santé et contrat local de santé : quelles articulations ? L'exemple de trois territoires de Bretagne.		
Promotion 2012-2013		
<p>Résumé :</p> <p>Avec l'arrivée des processus de la territorialisation et l'application de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en France, de nouveaux dispositifs se sont mis en place progressivement. La région Bretagne s'est saisie de deux instruments à l'échelle des Pays. L'animation territoriale de santé (ATS), mise en place depuis bientôt dix ans et représentée par son animatrice territoriale de santé, permet une application locale d'actions au service de la prévention et la promotion de la santé (PPS). Le contrat local de santé (CLS) est une déclinaison locale du projet régional de santé, mis en place plus récemment dans le cadre de la loi HPST. Etant facultatifs, ils ne coexistent pas nécessairement sur un même territoire. Deux Pays et une communauté de communes en Bretagne sont concernés par cette récente coexistence. Ce mémoire présente les caractéristiques de l'articulation entre les deux dispositifs, l'un étant sensé être un maillon essentiel de la santé au service de la prévention et la promotion de la santé, et l'autre étant sensé l'intégrer dans ses différents programmes. La méthodologie suivie a fait appel aux sources bibliographiques et documentaires, aux enseignements reçus et à divers entretiens menés auprès d'acteurs de terrain et institutionnels. Les animatrices territoriales de santé sont intégrées et impliquées dans les démarches de mise en place des CLS : elles représentent la PPS dans la santé, et leurs expertise et connaissances des territoires sont reconnues par les acteurs et les élus, même si la place de la PPS doit encore être à améliorer. Les travaux qu'elles réalisent sont utilisés par les institutions. On retrouve plus ou moins leurs actions et leur rôle inscrits dans le papier contractuel, avec parfois une grande précision, mais parfois un flou concernant leur implication. Le poste des animatrices est financé en partie par les Agences Régionales de Santé, mais pas les actions mises en œuvre, et le CLS n'a pas permis d'obtenir plus de financement. Depuis la mise en œuvre des CLS, les différentes actions et missions remplies par les animatrices n'ont pas changé, le CLS ayant surtout permis une valorisation et une légitimité de leur travail et de leurs actions. Elles sont davantage identifiées et reconnues par les acteurs et les élus, mais souffrent toujours d'un manque d'implication de certains.</p>		

Mots clés :

Animation territoriale de santé – Contrat local de santé – HPST – prévention et promotion de la santé – territoire – Pays – Articulation – Financements – Actions – Bretagne.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.