

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**«LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES À
L'ÉCHELLE LOCALE : QUELLE CONTRIBUTION
DE L'ANIMATION TERRITORIALE DE SANTÉ EN
BRETAGNE ? »**

– Groupe n°28 –

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| – Nathalie Chabiron | – Carine Maillet |
| – Julie Delaître | – Sania Matulic |
| – Céline Guillaud | – Yannick Maupetit |
| – Gwénaëlle Le Ray | – Juliette Wilhelm |
| – Stéphane Le Rouzic | |

Animateur/trice(s)

– Eric Breton

– Rose Fonteneau

S o m m a i r e

Introduction	9
1. Les préconisations internationales ont permis de définir une méthodologie d'étude de la contribution du dispositif d'animation territoriale de santé à l'intégration de la santé dans les politiques locales	11
1.1. L'intégration de la santé dans toutes les politiques constitue un objectif de santé publique récent et complexe, que le dispositif ATS doit mettre en œuvre au niveau local.....	11
1.1.1. L'intégration de la santé dans toutes les politiques est un moyen d'agir sur les déterminants sociaux de santé.....	11
1.1.2. L'animation territoriale de santé est un dispositif créé afin de réduire les inégalités et promouvoir la santé à l'échelle locale.	17
1.2. La méthodologie de l'étude de la contribution de l'ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales repose sur deux éléments principaux : la définition de critères d'évaluation et la réalisation d'entretiens	18
1.2.1. La définition de critères d'évaluation de l'intégration de la santé dans les politiques locales s'appuie sur les critères de la déclaration d'Adélaïde transposés au niveau local	18
1.2.2. L'entretien semi-directif.....	19
1.2.3. Conditions de réalisation des entretiens.....	20
1.2.4. Méthodologie d'analyse	20
2. Les résultats de l'étude démontrent une contribution relative des ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales, ce qui appelle à formuler des préconisations	22
2.1. Les entretiens et leur analyse ont permis de constater le caractère neuf et peu structuré de l'intervention des ATS dans la diffusion de la santé dans toutes les politiques	22
2.1.1. Les résultats des entretiens des ATS démontrent qu'elles ont initié dans leur majorité des actions intersectorielles sur la santé, mais qui restent encore peu structurées	22

2.1.2. L'analyse des entretiens des autres acteurs	25
2.1.3. La contribution des ATS à l'intégration de la santé dans les toutes les politiques à l'échelle locale est rendue difficile par la nature précaire, variable et non pérenne du dispositif	26
2.2. Propositions d'améliorations du dispositif ATS, de mise en place d'expérimentations locales et de cadrage national en vue de diffuser la santé au niveau local	28
2.2.1. L'amélioration de l'intégration de la santé dans les politiques au niveau local pourrait reposer sur une amélioration du dispositif ATS ou par une meilleure prise en compte de l'intersectorialité par les ATS	29
2.2.2. Favoriser d'une manière générale les expérimentations menées par les collectivités dans le champ de la diffusion de la santé dans toutes les politiques	31
2.2.3. Offrir un cadrage national à la diffusion de la santé dans les politiques locales permettrait d'assurer sa mise en œuvre	32
Conclusion	34
Bibliographie.....	I
Liste des annexes.....	III

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les animateurs référents de notre module interprofessionnel (MIP) :

- M. Breton Éric, enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire Santé publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP,
- Mme Fonteneau Rose, Ingénieure d'études, également à la Chaire Santé Publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP.

Merci à eux pour leur grande disponibilité. Ils ont fait preuve de pédagogie et d'accompagnement tout le long de nos travaux. Ils ont également mis à notre portée leur expertise.

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont pris du temps pour répondre à nos questions. Ces entretiens nous ont permis d'enrichir nos recherches et d'approfondir nos réflexions. Les données recueillies lors de ces entretiens ont été au cœur de notre analyse. Ainsi, nos remerciements s'adressent à :

- Mathilde Lenain, Cheffe de projet politique régionale de santé de la Direction de l'aménagement et de l'égalité du Conseil Régional de Bretagne,
- Michelle Dolou, Directrice adjointe à la prévention et la promotion de la santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Bretagne,
- Les animatrices territoriales de santé qui ont pu être interrogées : Solen Ferré (Ville de Rennes), Céline Lénault (Dinan agglomération), Carole Audo (Loudéac communauté de Bretagne centre), Floriane Mercier (Saint Malo agglomération), Amélie Rabaud (Guingamp), Caroline Rivière (Pays de Fougères), Jeanne Caudal (Ploërmel cœur de Bretagne),
- Denis Bredin, Directeur de l'Association des îles du Ponant et du Contrat Local de Santé de cette association,
- Marielle Perruchot, Responsable de la mission pilotage et animation régionale (DREAL).

Nous remercions enfin l'équipe pédagogique en charge du MIP, Mme Emmanuelle Guevara et M. Christophe Lerat pour l'organisation de ce projet et leur soutien logistique.

Enfin, ce travail collectif a été l'occasion de développer une véritable approche interprofessionnelle, permettant de confronter nos divers regards dans une démarche globale et coopérative. Le sujet a demandé rigueur et exigence. Les débats ayant été animés, nous avons fait le choix de garder à l'esprit que « *ce qui nous rassemble doit être plus fort que ce qui nous divise* »¹ afin d'être constructifs. Le MIP a été l'occasion pour nous de mener un travail collectif riche d'enseignements dans lequel chaque membre du groupe a trouvé sa place. Ainsi, ces « remerciements » sont aussi l'occasion pour nous, de nous remercier les uns les autres pour l'investissement de chacun.

¹ Idée retenue d'un des membres du groupe (Stéphane Le Rouzic, élève Directeur des Soins) lors de nos nombreux débats.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
ATS : Animation Territoriale de Santé (ou Animatrices Territoriales de Santé)
CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
CIS : Comité Interministériel de la Santé
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Contrat Local de Santé Mentale
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DGS : Direction Générale de la Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
ESPT : Elus, Santé Publique et Territoires
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HiAP : Health In All Policies
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (nouvellement Santé Publique France)
MIP : Module InterProfessionnel de santé publique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRSE : Plan Régional Santé Environnement
RFSV : Réseau Français des Villes Santé de l'OMS
SNS : Stratégie Nationale de Santé

Préambule

Processus de travail en équipe

Les membres du groupe 28 du MIP, ainsi que ses animateurs référents, M. Breton Éric, enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire Santé publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP et Mme Fonteneau Rose, Ingénieure d'études, également à la Chaire Santé Publique France, ont choisi de se réunir en amont du commencement du MIP. Ces premiers échanges ont permis de définir la méthodologie de travail pour traiter le sujet et la répartition des tâches au sein du groupe.

Concernant la répartition du travail au sein du groupe, le choix s'est arrêté sur la définition d'un rétroplanning alternant :

- des groupes de travail en session plénière ;
- un travail d'appropriation de la littérature scientifique et de recherches complémentaires ;
- un travail de conduite d'entretiens réalisés auprès d'acteurs définis ;
- un travail d'analyse des résultats répertoriés et d'interprétation ;
- un travail d'écriture ;
- un travail de relecture par binôme dans un premier temps puis en session plénière pour validation.

Ces travaux ont été menés de manière individuelle, en binôme, en trinôme, ou en session plénière. En effet, il est apparu important de réaliser certaines tâches à plusieurs, comme les entretiens. Cela a permis à la fois d'adjoindre les perceptions de plusieurs étudiants, issus de différentes filières professionnelles, au moment du recueil des informations et de diviser les tâches. Par ailleurs, préalablement aux entretiens, les rôles de chacun ont été définis : un élève conduisait l'entretien et un autre était en charge de la prise de note. De même, l'ensemble des textes rédigés ont été validés en groupe de travail plénier.

M. Breton, l'animateur référent principal ainsi que Mme Fonteneau, l'animatrice référente qui a défini les contours du sujet constituant le dossier soumis au choix des élèves, ont été sollicités lors de chaque groupe de travail en session plénière. Ils se sont rendus disponibles à toutes les étapes du travail afin de valider les orientations prises. M. Breton a notamment attiré l'attention du groupe sur la rigueur de la définition de la notion « d'intégration de la

santé dans toutes les politiques », déterminante pour l'orientation des travaux. Mme Fonteneau et M. Breton ont également réalisé un travail de relecture du présent rapport.

Cette méthodologie de travail de groupe a été également retenue car elle paraissait la plus adaptée étant donné le temps imparti (trois semaines au total) pour mener cette étude. Cette méthodologie de travail semblait également la plus pertinente au vu de la diversité des plannings des étudiants des différentes filières composant le groupe.

Introduction

La stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 (1) fixe le cadre quinquennal de la politique de santé en France. Cette stratégie reprend certaines recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en préconisant notamment l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques. Au niveau supranational, l'OMS encourage l'harmonisation des politiques de santé nationales en distinguant l'importance des différents niveaux d'influence des déterminants sur la santé.

En France, la question des déterminants de santé a été longtemps envisagée pour les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin, et a surtout porté sur les facteurs de risque pour l'état individuel de santé (tabac, alcool, sédentarité, mauvaise alimentation). Des études nationales et internationales ont progressivement mis en évidence d'autres déterminants, dits « déterminants sociaux de santé », extérieurs au système de soins, qui soulignent l'importance d'une approche intersectorielle de la santé (2).

La déclaration d'Helsinki (3), adoptée lors de la conférence internationale de l'OMS en 2013, et succédant à plusieurs déclarations internationales reconnaissant l'importance de cette thématique, affirme la nécessité d'intégrer la stratégie de santé dans toutes les politiques. Cette approche novatrice se veut transversale, inclusive et synergique afin de lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales.

Cette démarche intégrative a été réaffirmée le 4 janvier 2018 par Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, à l'occasion de son discours de visite de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) pour la rentrée des élèves fonctionnaires :

« Tout d'abord, faire de la santé un objectif de toutes nos politiques, qu'elles soient éducatives, environnementales, agricoles, sportives ou judiciaires. La santé n'est pas l'affaire seule du ministère de la santé : elle nous concerne tous. C'est précisément pour cette raison que la stratégie nationale de santé mobilise tout le gouvernement. Ensuite, ne plus réfléchir en silos, par spécialité, par pathologie ; mais au contraire, penser de façon plus globale, sur les parcours de santé en agissant par la prévention, sur les déterminants de santé, qu'ils soient comportementaux, environnementaux ou autres. (4)»

L'intégration de la santé dans les autres politiques s'entend également pour les actions locales. En Bretagne, l'intégration de la santé dans les politiques locales est expérimentée depuis 2002 à travers le dispositif ATS (Animation Territoriale de Santé). L'ATS a pour mission de développer la promotion et la prévention à l'échelle des territoires, et de mener des actions pour favoriser son intégration dans les politiques locales. Le dispositif s'appuie sur le recrutement par une collectivité d'un animateur territorial, qui peut accompagner les acteurs locaux dans la prise en compte de la santé dans leurs projets, notamment ceux portant sur l'approche transversale de la santé.

Si l'action sur les déterminants sociaux de santé fait l'objet d'un consensus croissant, sa mise en œuvre au niveau des Etats, comme au niveau local, reste jusqu'à ce jour très peu engagée, principalement à cause de raisons historiques et politiques. L'étude du dispositif expérimental ATS peut se révéler riche d'enseignements : elle peut mettre à jour à la fois des facteurs facilitant la diffusion de la santé dans toutes les politiques locales, et les difficultés de tels dispositifs.

Ainsi pouvons-nous demander comment l'ATS instille concrètement la santé dans toutes les politiques au niveau local ? Quels en sont les effets, et quels sont les enjeux identifiés par les acteurs participants au dispositif ATS ? Les difficultés du dispositif ATS à promouvoir l'intégration de la santé dans les politiques locales relèvent-elles du caractère novateur de cet objectif ou de fragilités propres à cet outil expérimental soutenu par des collectivités territoriales ?

La première partie de ce travail collaboratif revient sur la définition de la santé dans toutes les politiques et les caractéristiques du dispositif ATS ; la démarche méthodologique pour analyser le dispositif ATS au regard de l'intégration de la santé dans les politiques locales est ensuite présentée (1.). La seconde partie est constituée de l'analyse des entretiens des acteurs du dispositif ATS, ainsi que de l'interprétation et de la discussion autour des résultats de l'étude, pour finir sur des préconisations afin d'améliorer l'intégration de la santé dans toutes les politiques à l'échelle locale (2.).

1. Les préconisations internationales ont permis de définir une méthodologie d'étude de la contribution du dispositif d'animation territoriale de santé à l'intégration de la santé dans les politiques locales

1.1. L'intégration de la santé dans toutes les politiques constitue un objectif de santé publique récent et complexe, que le dispositif ATS doit mettre en œuvre au niveau local

L'intégration de la santé dans toutes les politiques est un moyen d'agir sur les déterminants sociaux de santé (1.1.1.). Créé en 2002 en Bretagne, le dispositif ATS porte cet objectif au niveau local (1.1.2.).

1.1.1. L'intégration de la santé dans toutes les politiques est un moyen d'agir sur les déterminants sociaux de santé.

1.1.1.1. La santé résulte de déterminants socio-économiques analysés dans différents modèles théoriques et désormais pris en compte dans les normes sanitaires mondiales

La santé est définie par l'Organisation mondiale de santé (OMS) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'état de santé des individus résulte de l'interaction entre des facteurs individuels (âge, sexe, facteurs héréditaires...), propres à chaque individu, et des facteurs collectifs, relevant du contexte économique, social, et environnemental dans lequel évoluent les individus. Ces derniers facteurs représentent ce que l'OMS appelle les déterminants sociaux de santé. Il semble important de faire une distinction sémantique entre la définition de la santé, relative à un état individuel et celle de la santé publique, qui implique une stratégie d'action publique, à l'échelle internationale, nationale ou locale, relative aux déterminants sociaux de santé. Selon l'OMS (1999) « *La santé publique consiste à voir comment l'ensemble des ressources d'un pays peut être amené à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela consiste donc à s'intéresser à tous les déterminants de santé, en cernant leur impact et en examinant toutes les stratégies*

possibles pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé. ».

Si l'identification des déterminants sociaux de la santé remonte selon certains auteurs aux années 1960, aujourd'hui ces déterminants font l'objet d'une reconnaissance stable dans la recherche sur la santé. Les organisations et instances mondiales de la santé y font aussi référence depuis les années 1980.

Il existe plusieurs modèles de classement des déterminants sociaux de santé.

Le modèle de Dalghren et Whitehead (1991), (5), décrit trois niveaux de déterminants de santé ; le premier est relatif aux facteurs individuels et les deux derniers relèvent des déterminants sociaux de santé :

- les facteurs de style de vie des individus
- les facteurs résultant des réseaux sociaux de proximité des individus
- les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales. Celles-ci relèvent de différents domaines : services de santé, eau et hygiène, chômage, conditions de vie et de travail, milieu de travail, éducation, agriculture et production de nourriture.

La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a proposé en 2007, un autre modèle (6), qui est le plus récent, distinguant :

- les déterminants fondamentaux représentés par le contexte socio-économique et politique (politiques macro-économiques, politiques sociales, etc.)
- les déterminants structurels liés à la position de l'individu : revenu, formation, emploi, genre, ethnie...
- les déterminants intermédiaires : aspects matériels, environnement, facteurs psychosociaux, comportements, système de santé.

La notion de déterminants sociaux est importante car elle permet d'identifier les moteurs des inégalités sociales, territoriales et environnementales, dont la prise en compte explique les différences de santé entre individus, au-delà des seuls facteurs dits individuels. En France, il faut ainsi noter que les disparités territoriales s'accroissent ; le taux de mortalité prématurée varie ainsi selon les régions. De même, est souvent citée la différence d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles. En effet, un ouvrier vit en moyenne 6 ans de moins qu'un cadre (7). Dès les années 1980 les gouvernements et les organisations internationales de santé ont reconnu la nécessité d'agir sur ces facteurs sociaux, et non uniquement sur les facteurs individuels, pour influencer sur la santé des individus (8).

1.1.1.2. La reconnaissance des déterminants sociaux sur la santé nécessite la mise en place d'actions visant à « intégrer la santé dans toutes les politiques »

La nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de santé implique de lancer des actions à partir des autres politiques publiques que la politique de la santé, au niveau national et local. La Charte d'Ottawa (1986), (9), adoptée lors d'une conférence sous l'égide de l'OMS et reprise dans les recommandations d'Adélaïde (1988), (10), ou la Charte d'Helsinki (2013) ont ainsi progressivement conceptualisé la notion d'intégration de la santé² dans toutes les politiques :

- La déclaration d'Adélaïde conçoit ainsi que les politiques gouvernementales, à tout niveau, doivent prendre en compte les aspects positifs et négatifs de leurs impacts sur la santé. Il doit être ainsi tenu compte (notion d'« accountability », c'est-à-dire « responsabilité ») des impacts des autres politiques sur la santé.
- Selon la déclaration d'Helsinki, l'intégration de la santé dans toutes les politiques (« Health in All Policies » ou HiAP) est une approche transversale qui prend systématiquement en compte les conséquences sanitaires des décisions [politiques]. La déclaration d'Helsinki encourage les synergies et prévient les impacts sanitaires négatifs dans l'élaboration des politiques publiques, poursuivant ainsi un double objectif : améliorer la santé des populations et prévenir les inégalités sociales et territoriales de santé. L'intégration de la santé dans toutes les politiques vise finalement « à aider les décideurs à intégrer les considérations de santé, de bien-être et d'équité dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques ». La définition d'Helsinki est à ce titre plus globale que celle d'Adélaïde. En effet, la déclaration d'Helsinki comprend les notions d'impacts sur la santé des autres politiques et de transversalité de l'action publique. Elle prend ainsi en compte la santé, et l'évaluation de son intégration dans toutes les politiques.

²A noter que la dénomination de la santé dans toutes les politiques diffère entre la littérature scientifique et les déclarations des instances mondiales : « action intersectorielle », « health in all policies » (HiAP), etc. Le présent rapport retient la dénomination d'« intégration de la santé dans toutes les politiques ». Il paraît en effet plus pertinent de retenir le terme d'intégration dans le cadre de l'étude de l'Animation territoriale de santé en Bretagne, car les animatrices territoriales de santé coordonnent justement la prise en compte de la santé dans les autres politiques, c'est-à-dire l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Dès lors, il convient, au regard de ces deux définitions et du sujet qui nous est posé, de se poser la question de la traduction concrète de la stratégie nationale de santé dans toutes les politiques à l'échelle locale. En effet, les dispositifs d'ATS ont été créés en Bretagne en 2002, avec pour objectif la promotion de la santé sur les territoires. Ils pourraient donc, par leurs actions, participer à l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

A l'échelon local, il est possible d'agir sur la santé à partir des compétences des autorités locales, qui agissent dans différents domaines : logement et aménagement urbain, environnement/transport, cohésion sociale, éducation, petite enfance, etc. L'INPES (nouvellement Santé Publique France) (7) incite justement les élus locaux à intégrer la santé dans toutes les politiques, à partir de leur connaissance fine des synergies locales, de leur capacité à mobiliser les administrations du territoire et les réseaux d'acteurs, ainsi qu'en jouant le rôle de médiateur pour réduire les inégalités. Concrètement, il s'agit d'examiner si l'action de l'ATS au niveau local favorise la prise en compte des impacts sur la santé de l'ensemble des projets et des décisions de politiques publiques, et si l'ATS promeut ainsi la santé de manière transversale. A titre d'exemple, selon Santé Publique France, une action sur l'environnement urbain qui favorise les transports en commun, les déplacements doux et actifs, ou qui investit dans les infrastructures sportives et les espaces verts constitue une intégration de la santé dans toutes les politiques.

1.1.1.3. Les moyens d'intégrer la santé dans toutes les politiques sont proposés par les chercheurs et par les normes internationales, et serviront de base à notre analyse de l'action de l'ATS de Bretagne

Dans la littérature scientifique (11), l'analyse de l'intégration de la santé dans toutes les politiques s'opère sous différents prismes : gouvernance (contrôle, coordination, désignation de responsables), moyens (législations, déclarations politiques, ...), et actions (pouvoirs, compétences, budget, agence dédiée...).

La déclaration d'Adélaïde identifie toute une série d'instruments ou stratégies pouvant contribuer à l'intégration de la santé dans toutes les politiques au stade de l'élaboration des projets :

- *« un mandat clair fait d'une action gouvernementale concertée un impératif ;*
- *les processus systématiques tiennent compte des interactions entre les divers secteurs ;*
- *les différents intérêts sont pris en compte ;*
- *il existe des processus transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes ;*
- *des parties prenantes extérieures au gouvernement sont associées ;*
- *des initiatives intersectorielles pratiques permettent de constituer des partenariats et de favoriser la confiance. »*

Toujours selon la déclaration d'Adélaïde, des outils s'avèrent utiles à l'intégration de la santé dans toutes les politiques au stade de l'élaboration des projets :

- *comités interministériels et interdépartementaux ;*
- *équipes d'actions intersectorielles ;*
- *budgets et comptabilité intégrés ;*
- *systèmes d'information et d'évaluation transversaux ;*
- *mise en commun du personnel ;*
- *consultations au niveau de la communauté et « jurys de citoyens » ;*
- *partenariats ;*
- *analyses sous l'angle de la santé ;*
- *évaluations de l'impact ;*
- *cadres législatifs ;*

Enfin, la déclaration d'Adélaïde propose d'autres recommandations pour intégrer la santé dans toutes les politiques, entre autres : créer des *mécanismes novateurs*, bien *comprendre les autres politiques publiques*, et créer des *occasions régulières de dialogue avec les autres secteurs*.

L'action des ATS sur l'intégration de la santé dans les politiques locales a ainsi pu être analysée au vu de ces moyens et des facteurs clés de réussite listés par la déclaration d'Adélaïde (cf 1.2.).

1.1.1.4. Les limites à la mise en place d'actions visant à intégrer la santé dans toutes les politiques restent fortes

Les limites à l'intégration de la santé dans toutes les politiques relèvent, selon De Leeuw (11), de trois ordres :

- historiques : le domaine de la santé a toujours été considéré prioritairement sous l'angle du curatif et du sanitaire ;
- politiques : peu de gouvernements et/ou de décideurs ont voulu ou réussi à mettre en place ce type d'actions (10), (12). Seule l'Australie Méridionale a mis en place une institution nationale dédiée à cet objectif (11) ;
- fonctionnels : la littérature scientifique met en exergue les difficultés de réalisation de l'intégration de la santé dans toutes les politiques (12). L'intégration de la santé dans toutes les politiques est souvent présente dans les discours mais se traduit rarement par la réalisation d'actions concrètes. Les actions visant à intégrer la santé dans toutes les politiques ne doivent pas déboucher sur de nouveaux dispositifs mais s'intégrer dans des actions ou projets existants, en les ajustant de manière à y intégrer une « vision santé ». La logique multi-partenariale nécessaire pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques peut se heurter au fonctionnement actuel des différentes institutions, qui travaillent en silo, ou à une certaine inertie des acteurs publics qui doivent changer leur approche sectorielle pour une approche transversale.

Il a été intéressant de comparer ces limites identifiées par la littérature à celles qui, selon les acteurs de terrain, limitent l'action des ATS dans leur action locale pour intégrer la santé dans les autres politiques. Notre étude propose à cet égard des recommandations pour dépasser ces limites (cf 2.2.).

1.1.2. **L'animation territoriale de santé est un dispositif créé afin de réduire les inégalités et promouvoir la santé à l'échelle locale.**

Le dispositif ATS, originellement expérimental, est aujourd'hui co-financé par trois acteurs locaux de la santé : l'ARS, le Conseil Régional³ et la collectivité bénéficiant du dispositif

L'ATS a été créée en 2002 sous l'impulsion du comité régional des politiques de santé réunissant l'État, l'Assurance maladie et les collectivités. Ce dispositif est aujourd'hui expérimenté sur 12 territoires : des Pays⁴, une communauté de commune et la ville de Rennes. Il finance de l'ingénierie, c'est-à-dire des postes ATS. Leur mission, définie par un cahier des charges commun, prévoit les actions suivantes :

- l'articulation d'un programme territorial d'actions de promotion de la santé avec les priorités régionales de santé ;
- le conseil et l'accompagnement des acteurs locaux en lien avec les autres organismes spécialisés dans le domaine de la santé ;
- l'information et la communication sur les actions territoriales en lien avec les autres organismes spécialisés dans ce domaine (13).

« La santé dans toutes les politiques » ne figure donc pas de manière évidente au cahier des charges du dispositif ATS.

Un comité d'appui technique et de conseil régional, composé des animateurs territoriaux de santé, de représentants de l'ARS et du Conseil Régional se réunit au moins deux fois par an. Il s'agit surtout d'un lieu d'information, d'échange et de formation. Un autre comité de pilotage territorial se réunit régulièrement pendant l'année. Il est composé de l'animateur territorial de santé, des représentants de l'ARS, 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, le rôle principal des animateurs territoriaux de santé est d'assurer la coordination et l'animation de la démarche sur le territoire.

³ Le Conseil Régional de Bretagne s'est associé à cette démarche à partir de 2005 pour s'en dissocier en 2017. Un retrait total des financements du Conseil Régional est prévu en 2018.

⁴ Les Pays ont été créés par la Loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire dite Loi Voynet.

Le dispositif ATS a fait l'objet de plusieurs publications institutionnelles, dont l'analyse apporte des éléments sur ses forces et ses faiblesses

L'analyse de la documentation institutionnelle relative au dispositif ATS permet d'approfondir l'appréhension de ce dispositif au regard de sa participation à l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Le groupe de travail a choisi de porter son attention sur deux documents : un document de promotion du dispositif, à savoir un dossier de presse (14) co-produit par l'ARS, le Conseil Régional, les Pays concernés et la ville de Rennes le 4 mai 2015, et un document d'évaluation du dispositif, réalisé à la demande du Conseil Régional et de l'ARS (13) en 2011. L'analyse de ce document ainsi que celle du dossier de presse datant de 2015 ont permis au groupe de travail d'appréhender certains attendus et caractéristiques du dispositif ATS, et est présentée en annexe 3.

1.2. La méthodologie de l'étude de la contribution de l'ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales repose sur deux éléments principaux : la définition de critères d'évaluation et la réalisation d'entretiens

1.2.1. La définition de critères d'évaluation de l'intégration de la santé dans les politiques locales s'appuie sur les critères de la déclaration d'Adélaïde transposés au niveau local

En premier lieu, un travail préalable d'appropriation de la littérature - recherches scientifiques, publications des organisations de santé internationales et des institutions publiques, nationales et locales - relative à l'intégration de la santé dans toutes les politiques a été réalisé. Ce travail a permis de constater que l'intégration de la santé dans toutes les politiques est un sujet complexe à trois égards : il est difficile à définir et à circonscrire. Il est porteur de forts enjeux pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Enfin, ce concept fait encore trop peu l'objet d'actions ou de dispositifs publics, rendant d'autant plus intéressante l'analyse de l'action de l'ATS à cet égard (cf. introduction).

Au vu de cette complexité, il était donc nécessaire d'établir, grâce à la littérature existante, un état des lieux théorique et analytique de l'intégration de la santé dans les autres politiques, afin de produire une définition de ce concept.

Pour la collecte et l'analyse des données, nous nous sommes basés sur les critères d'Adélaïde fournissant une évaluation des actions internationales et intergouvernementales de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Nous les avons transposés en des critères pour évaluer l'intégration de la santé dans toutes les politiques au niveau local. Ces critères sont consultables en annexe 5.

Notre collecte de données s'est appuyée sur deux sources, d'une part, une série de documents décrivant et évaluant le dispositif, et, d'autre part, la conduite d'une série d'entretiens semi-directifs.

La majorité des entretiens a été réalisée auprès des animateurs territoriaux de santé bretons. D'autres entretiens ont été réalisés auprès d'autres acteurs des politiques publiques locales en Bretagne, les cofinanceurs du dispositif ATS, ainsi qu'une institution dont l'action pouvait induire une prise en compte de la santé (DREAL). L'idée étant de clarifier la perception par ces acteurs de l'action de l'ATS et de cerner leurs besoins, le cas échéant, quant à l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

1.2.2. L'entretien semi-directif

Notre recherche repose sur des entretiens semi-directifs auprès des différents partenaires du dispositif ATS. Selon R. Quivy et L. Van Campenhoudt (15), la méthodologie de recherche par entretien est particulièrement adaptée à une recherche centrée sur « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés* ».

Un guide d'entretien (cf. annexe 5) a été préparé par le groupe de travail, qui a notamment repris les outils nécessaires à la bonne intégration de la santé dans toutes les politiques et dégagé par le groupe de travail au vu de la littérature (cf supra). Le caractère semi-directif des entretiens sert à la fois à guider les interlocuteurs et à leur permettre d'exprimer spontanément leurs points de vue, ce qui permet d'enrichir l'analyse de départ.

Une question de démarrage autour de laquelle l'interviewé s'exprime le plus librement possible a été posée, relative au parcours et/ou au statut des personnes interrogées, qui a permis par la suite de constituer un « talon sociologique » des ATS. Par la suite nous avons suivi notre guide tout en l'adaptant au rythme de l'entretien de l'interviewé. En effet, en plus

des réponses aux critères d'analyse de diffusion de la santé dans les politiques locales, les éléments spontanément apportés par les ATS lors des entretiens ont été notés.

1.2.3. Conditions de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés par deux ou trois élèves fonctionnaires, afin de permettre différentes perceptions des réponses des personnes interrogées. Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes sur ordinateur ou sur papier, afin d'éviter un décalage temporel entre l'entretien et sa retranscription, qui aurait pu induire des erreurs. Aucun enregistrement audio n'a été effectué, afin de ne pas indisposer les interlocuteurs⁵.

Nous avons expliqué à chaque interviewé les conditions de l'entretien à savoir :

- l'intégration de cet entretien dans le travail du module inter professionnel à l'EHESP ;
- les questions à partir des critères définis par le groupe de travail ;
- une personne qui anime l'entretien et une personne qui prend des notes en temps réel ;
- l'anonymat des entretiens ;
- un retour du travail final vers les personnes rencontrées.

Enfin, dans un quatrième et dernier temps, les entretiens ont été retranscrits dans des tableaux, en face des critères d'évaluation de l'intégration de la santé dans toutes les politiques locales.

1.2.4. Méthodologie d'analyse

S'agissant des entretiens des ATS, nous avons choisi de réaliser *une analyse longitudinale et transversale* de chaque entretien, impliquant une analyse des propos par ATS et globale (pour toutes les ATS). Nous avons donc procédé à une lecture approfondie, entretien par entretien, pour les confronter aux critères prédéfinis. Pour en faciliter l'analyse, nous avons présenté ce travail sous forme de tableaux (cf. annexe 5).

⁵ un entretien a été conduit par un seul élève et a été enregistré après accord de l'interviewé.

Pour autant, nous n'avons pas gommé la singularité des propos des professionnels. Nous avons donc relevé, dans l'analyse longitudinale, les thèmes singuliers, les éléments nouveaux et/ou saillants pendant l'entretien.

Pour l'analyse transversale, nous avons recherché les corrélations et/ou les différences entre chaque entretien toujours à partir des thèmes. Cela nous permet de mieux comprendre le dispositif d'ATS, ses différents contours et particularités.

Les entretiens des autres acteurs ont été analysés de manière similaire à ceux des ATS. Ils ont fait l'objet d'une retranscription dans un autre tableau (cf annexe 6) que celui des entretiens des ATS. Ce tableau comprend les critères des entretiens regroupés pour une meilleure lisibilité du rendu de ces entretiens.

2. Les résultats de l'étude démontrent une contribution relative des ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales, ce qui appelle à formuler des préconisations

2.1. Les entretiens et leur analyse ont permis de constater le caractère neuf et peu structuré de l'intervention des ATS dans la diffusion de la santé dans toutes les politiques

2.1.1. Les résultats des entretiens des ATS démontrent qu'elles ont initié dans leur majorité des actions intersectorielles sur la santé, mais qui restent encore peu structurées

Comme prévu dans la méthodologie décrite dans le paragraphe précédent, les entretiens des ATS sont analysés par critère :

- Mandat clair relatif à l'intersectorialité et nombre de personnes dans l'équipe de l'ATS

Parmi les sept ATS rencontrées, une seule se détache avec un mandat clair relatif à l'intersectorialité (l'ATS 1) et un service dédié à cette mission (total de 5 ETP sur la mission).

- Processus de travail formalisés entre les ATS et les divers secteurs

L'ensemble des ATS rencontrées travaille en interaction avec des partenaires de santé et des partenaires d'autres secteurs. En revanche, les processus de travail de ces partenariats ne sont pas systématiquement formalisés. Les seuls partenariats formalisés sont ceux qui sont mis en œuvre dans le cadre des CLS. A ce titre, toutes les ATS, sauf l'ATS 4, sont chargées de mission CLS.

- Acteurs extérieurs associés par l'ATS sur l'intersectorialité

Globalement la démarche est intégrative : les ATS sollicitent les partenaires concernés et inversement, les partenaires peuvent d'eux-mêmes solliciter l'ATS. Sur sept ATS, cinq ont des partenaires variés, issus du secteur public, du secteur privé et du secteur associatif. Les champs d'intervention de ces acteurs sont plus ou moins variés selon l'intervention de
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique n°28 – 2018

l'ATS, et relèvent principalement du champ du médico-social et de l'emploi. Ils peuvent plus rarement concerner l'environnement et les transports. Seulement deux ATS ont principalement des interactions avec des partenaires autres que ceux du secteur sanitaire (ATS 3 et ATS 6).

A noter que deux ATS (ATS 4 et ATS 6) estiment que leur dénomination « animatrice » amène, selon elles, certains acteurs dont les élus, à minimiser les responsabilités qui pourraient leur être confiées et prête à confusion.

- Prises d'initiatives par l'ATS, à partir desquelles des partenariats avec d'autres acteurs peuvent se tisser et partenariats mis en place par l'ATS sur l'intersectorialité

Six ATS sur les sept interrogées prennent des initiatives qui peuvent déboucher sur des partenariats. L'ATS 2 affirme ne prendre aucune initiative, elle répond principalement à des appels à projets.

A ce jour, il n'existe pas de partenariat directement en lien avec l'intersectorialité mis en place par les ATS ou par leurs financeurs.

- Comités interterritoriaux (au niveau régional, départemental, local...) auxquels l'ATS participe

Les ATS interrogées ne participent à aucun comité interterritorial qui ferait participer des acteurs locaux sur des questions relatives à l'intersectorialité. En revanche, deux à trois réunions par an ont lieu pour permettre aux ATS de se rencontrer. Ces réunions sont à l'initiative des ARS et du Conseil Régional.

- Budget global de l'ATS et budget dédié à l'intersectorialité ; mise en commun de personnel

Il ressort des entretiens que les ATS ne disposent pas de budget propre pour porter des actions portant sur la santé ou l'intersectorialité. Le financement de tout type d'actions se fait via la réponse à des appels à projets (ARS, et Conseil Régional). L'ATS 6 indique également obtenir des financements par le biais de la Conférence des Financeurs. Le financement du dispositif ATS par les trois co-financeurs est donc uniquement destiné à la rémunération des ATS. A noter que le Conseil régional se retire du financement de ce dispositif pour moitié en 2018 et totalement en 2019.

Les ATS ne font pas l'objet de mise à disposition au sens où on l'entend dans la fonction publique. Il en ressort qu'il n'y a pas de personnel mis en commun par les différents acteurs sur les questions intersectorielles.

- Systèmes d'information et systèmes d'évaluation du travail intersectoriel de l'ATS

S'agissant des systèmes d'informations, il a été rapporté qu'un projet de site intranet pour les ATS a été mis en place il y a quelques années, mais celui-ci n'est pas utilisé par les ATS dans leur pratique quotidienne.

S'agissant de l'évaluation des ATS, deux niveaux doivent être distingués : celui de l'évaluation des actions menées et celui du travail de l'ATS. Pour l'évaluation des actions menées, notamment celles relatives à l'intersectorialité, celles-ci font l'objet de rapports d'activités remis aux financeurs présentés annuellement. Pour l'ATS 4 uniquement, ces actions peuvent aussi faire l'objet d'une évaluation après leur mise en place. Dans la majorité des cas, aucune évaluation à proprement parler de l'impact des actions intersectorielles n'est réalisée.

Plus généralement, que le projet porte sur la santé de façon unilatérale ou de façon intersectorielle, les entretiens révèlent la grande difficulté d'évaluer les actions relatives à la promotion de la santé (ATS 3, ATS 4 et ATS 5).

- Mise en œuvre, par l'ATS, de processus participatifs, pour des projets intersectoriels

Deux ATS (ATS 1 et ATS 4) ont eu recours à une consultation citoyenne.

- Cadres législatif existant sur l'intersectorialité

Il n'y a pas de cadre législatif prévoyant la mise en place d'actions intersectorielles à l'échelle locale. Le seul cadre existant est celui des CLS prévu par la loi HPST de 2009.

- Compréhension des autres politiques publique par l'ATS

La majorité des ATS estiment disposer d'une formation généraliste suffisante pour comprendre les projets des autres secteurs. Seule l'ATS 4 souhaiterait disposer de formations pour mieux comprendre les enjeux et certains aspects techniques des autres politiques publiques.

- Talon sociologique des ATS

Sur les sept ATS rencontrées, cinq sont agents contractuels (à l'exception des ATS 1 et 4). Toutes les ATS ont un niveau 1 d'études supérieures (bac + 5), en général dans les domaines sanitaires, des sciences sociales ou politiques.

- Exemple de projets intersectoriels menés par l'ATS

Exemple d'un projet en lien avec la politique de l'environnement : lors d'un projet architectural concernant un hôpital, l'ATS 1 est intervenue pour réaliser un projet participatif, afin d'empêcher la suppression d'un espace boisé.

Exemple de projet en lien avec la politique des transports : l'ATS 4 est intervenue pour qu'une politique de transport adaptée soit mise en place pour les personnes atteintes de troubles psychique (pas de sanction en cas de non-validation des titres de transport, etc.). Le projet a été mené avec des partenaires associatifs et dans le cadre du Contrat local de santé mentale (CLSM).

2.1.2. L'analyse des entretiens des autres acteurs

Le groupe de travail a interrogé plusieurs acteurs extérieurs (cf. annexe 6). Deux d'entre eux co-financent le dispositif ATS : le Conseil Régional et l'ARS. La DREAL a été interrogée car il est apparu important d'avoir le point de vue d'un service déconcentré de l'Etat qui co-finance de nombreux projets territoriaux dans lesquels la santé pourrait être prise en compte.

Selon le Conseil Régional et l'ARS, le dispositif ATS comporte plusieurs caractéristiques qui peuvent favoriser l'intersectorialité. En effet, sa souplesse lui permet de s'adapter et de monter graduellement en puissance sur la question de l'intersectorialité. En revanche, le

dispositif se heurte à la vision encore trop cloisonnée des politiques publiques qui demeure sur les territoires. Le dispositif souffre également d'un faible encadrement et de la concurrence avec les CLS.

Il est intéressant de noter que la personne interrogée à la DREAL ne connaissait pas le dispositif ATS, alors même que la DREAL participe au pilotage et à la mise en œuvre du Plan Régional Santé Environnement (PRSE) (co-signé par le Conseil Régional, l'ARS et la DREAL). Ce plan est moteur de la diffusion de la santé dans les autres politiques au niveau local. A ce titre, certaines ATS déclinent sur leur territoire des actions du PRSE. La méconnaissance du dispositif par la DREAL peut dénoter un manque de visibilité de l'ATS.

2.1.3. La contribution des ATS à l'intégration de la santé dans les toutes les politiques à l'échelle locale est rendue difficile par la nature précaire, variable et non pérenne du dispositif

L'analyse des résultats permet de discuter dans cette partie de la contribution des ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales. Notre étude avait pour but d'étudier la façon dont l'ATS participe à la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques au niveau local.

Le dispositif ATS est d'application variable et son orientation sanitaire prévaut

Notre enquête nous a amenés à récolter des informations auprès des acteurs du terrain. Cette démarche nous a permis de constater la variabilité de l'application du dispositif, qui par ailleurs, a une orientation très sanitaire et a encore peu développé l'intersectorialité. Seule l'ATS 1 contribue, par son fonctionnement (proactivité et bonne visibilité de l'ATS sur le territoire, bonne intégration dans les projets des autres secteurs) et les moyens mis à sa disposition (une équipe de cinq personnes) à une intégration de la santé dans les politiques locales.

Un dispositif dont l'effectivité dépend de trop nombreux facteurs

Certes, les ATS permettent la valorisation et la création de liens avec les acteurs du territoire. Toutefois les configurations locales, par exemple la présence ou non d'un CLS, compliquent ou complètent, de façon différenciée et aléatoire, la lisibilité des actions des ATS. Les effets des missions confiées aux ATS semblent par ailleurs assez dépendants du profil de l'ATS. De plus, une posture proactive semble essentielle à l'animation territoriale.

L'absence d'identification et de portage de l'objectif de diffusion de la santé dans toutes les politiques

Si l'intersectorialité se manifeste sur les différents territoires, elle n'est pas toujours identifiée en tant que telle. En effet, les collaborations interprofessionnelles sont effectives, toutefois elles ne sont pas systématiques. Seule l'ATS 1 a un programme explicite sur l'intersectorialité, une méthodologie (bottom up et universalisme proportionné) et des actions exprimées à travers un travail transversal systématisé. De plus, les dispositifs ATS et CLS ont tendance à se superposer et interrogent sur la complémentarité et la visibilité des deux dispositifs, comme le soulignait déjà le rapport d'évaluation du dispositif ATS en 2011 réalisé par l'ARS et le Conseil régional. Le portage politique semble fondamental et apparaît faible pour plusieurs ATS, alors même que lors des entretiens, il ressort que l'investissement des élus dans le dispositif est un levier majeur d'efficacité et permet souvent de gagner l'engagement des partenaires.

Le dispositif ATS reste précaire d'un point de vue financier

Le dispositif demeure fragile eu égard à la précarité du statut des ATS qui sont majoritairement des agents contractuels. Le manque d'attractivité et de manque de visibilité de ce dispositif entraîne un certain turn-over, qui lui-même est un frein au développement du réseau intersectoriel local. De surcroît, il n'y a pas d'animation réelle du réseau d'ATS ce qui se traduit par un isolement des ATS.

S'il peut être noté des difficultés de financement des salaires des ATS, il y a aussi une absence de financement des actions intersectorielles ou non, que les ATS engagent. Le fait que les ATS puissent répondre à des appels à projet financés par l'ARS ou le Conseil Régional peut illustrer le manque de marge de manœuvre sur le choix des actions qu'elles implémentent.

Un dispositif dont la pérennité pose question

Bien qu'elle soit saluée et reconnue par l'ensemble des parties prenantes, la pérennité du dispositif semble compromise par le retrait d'un des trois acteurs co-financeurs : le Conseil Régional. Cette situation est paradoxale, sachant qu'aujourd'hui, au niveau national, la stratégie nationale de santé prône la transversalité de la santé dans les politiques. Faut-il y voir un retrait des acteurs sur l'intersectorialité ou un repli des acteurs sur leurs compétences propres dans un contexte budgétaire contraint ?

2.2. Propositions d'améliorations du dispositif ATS, de mise en place d'expérimentations locales et de cadrage national en vue de diffuser la santé au niveau local

Suite à l'analyse des résultats des entretiens, qui sont venus enrichir les constats tirés de la littérature scientifique et institutionnelle, des recommandations peuvent être effectuées pour améliorer l'intégration de la santé dans les politiques au niveau local, par le dispositif ATS et par d'autres leviers. Trois axes de propositions nous semblent pertinents à l'issue de cette étude :

- améliorer la prise en compte de l'intersectorialité au niveau local, en renforçant le dispositif des ATS et la promotion de cet objectif ;
- favoriser d'une manière générale les expérimentations menées par les collectivités dans le champ de la diffusion de la santé dans toutes les politiques ;
- offrir un cadrage national à la diffusion de la santé dans les politiques locales pour assurer sa mise en œuvre.

2.2.1. L'amélioration de l'intégration de la santé dans les politiques au niveau local pourrait reposer sur une amélioration du dispositif ATS ou par une meilleure prise en compte de l'intersectorialité par les ATS

2.2.1.1. Le dispositif ATS pourrait être rénové de diverses manières pour viser *in fine* une amélioration des dispositifs intersectoriels

Les actions des ATS pourraient être envisagées dans une plus grande stabilité temporelle

La diffusion de la santé dans toutes les politiques, à l'instar de la prévention et de la promotion de la santé, nécessite des actions qui s'inscrivent dans la durée. En effet, leur mise en œuvre relève souvent de l'éducation des populations ou de l'aménagement du territoire. Par exemple, un projet d'aménagement urbain qui prend en compte la santé nécessite plusieurs phases (conception, planification, construction, suivi, etc.). De même, en santé publique, l'évaluation de l'efficacité des actions menées nécessite une prise de recul, afin d'analyser les données sanitaires et démographiques.

A cet égard, le dispositif ATS pourrait être envisagé sur le moyen (4 à 5 ans), voire le long terme (10 ans). Afin de faciliter la stabilisation du dispositif ATS sur la durée, son financement pourrait ainsi être envisagé de manière plus pérenne. Cela permettrait de stabiliser aussi les personnes recrutées sur les missions ATS, qui pour la plupart sont agents contractuels en contrat à durée déterminée ; des recrutements en contrat à durée indéterminée pourraient ainsi être privilégiés.

A ce stade, le retrait du financement du Conseil Régional du dispositif est confirmé pour 2019 (cf. supra). Il dépend donc principalement de l'ARS, non seulement de décider de maintenir le dispositif, le cas échéant dans une version dégradée (baisse des effectifs), ou de décider d'augmenter son budget pour suppléer à la fin du financement du Conseil Régional. D'autres acteurs pourraient être sollicités sur le financement des ATS, sachant que le contexte financier actuel des collectivités est contraint.

Le poste d'animatrice/teur pourrait être valorisé et sa dénomination modifiée

Les fonctions occupées par les ATS impliquent de nouer des partenariats dans un domaine innovant, celui de la diffusion de la santé dans toutes les politiques. Cela implique que les ATS disposent de ressources. A cet égard, il pourrait être envisagé de faire bénéficier les ATS de formations, soit sur les autres politiques publiques, soit sur la santé publique, en fonction de leur parcours et de leurs besoins. La fonction d'ATS serait ainsi valorisée.

De plus, la terminologie « animatrice/teur » a pu apparaître comme réductrice aux yeux d'acteurs locaux. La sémantique doit pouvoir permettre de mieux comprendre le rôle de coordination, d'impulsion, de développement, de transversalité du poste.

Par ailleurs, il nous paraît pertinent de revoir également le terme de santé et d'utiliser plutôt le terme de santé publique qui oriente davantage sur les missions d'intersectorialité. Une dénomination telle que « Chargée de mission santé publique » pourrait par exemple mieux définir le rôle et les missions qui leur sont confiées.

2.2.1.2. La prise en compte de l'intersectorialité par le dispositif ATS pourrait être améliorée

Plusieurs solutions pourraient permettre une meilleure promotion de l'intersectorialité de la part des ATS :

- Il paraît nécessaire de recentrer les ATS sur leurs missions intersectorielles. Elles ont trop souvent une « double casquette » qui ne leur permet pas d'assurer la mission de coordination visant à placer la santé au cœur de toutes les politiques. Par ailleurs, il semble nécessaire de distinguer leur mission d'animation, que ce soit du réseau ou du CLS, de leur mission de développement d'actions en faveur de la santé.

- Les élus locaux (ou les directions des Pays) pourraient davantage communiquer sur l'intersectorialité, créant les conditions de son appropriation par les potentiels partenaires de l'ATS : autres collectivités, autres directions d'une même collectivité, associations, entreprises privées, etc. ;

- Un budget dédié au financement d'actions intersectorielles par l'ATS pourrait faciliter leur mise en place. Ce budget supplémentaire pourrait provenir de l'ARS ou des Pays. Il pourrait aussi provenir d'autres acteurs locaux, comme il a déjà été exposé. Néanmoins (cf. supra), le contexte financier actuel rend peu probable un tel développement.

- Une harmonisation des pratiques des ATS sur l'intersectorialité pourrait être envisagée, ce qui pourrait amener une plus grande cohérence de l'intervention des ATS, ainsi qu'une meilleure visibilité et appréhension du dispositif par les acteurs locaux. A cet égard la documentation institutionnelle des ATS pourrait être revue.

2.2.2. Favoriser d'une manière générale les expérimentations menées par les collectivités dans le champ de la diffusion de la santé dans toutes les politiques

i. La stratégie nationale de santé encourage l'innovation, qui doit selon elle « faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes ».

Le groupe de travail propose que l'innovation soit davantage développée au niveau local, notamment dans le cadre de projets pilotes. Le dispositif ATS est lui-même une expérimentation, dont l'analyse a démontré les forces et les faiblesses. Pour autant, nous avons estimé que les expérimentations sur l'intégration de la santé dans les politiques locales doivent être poursuivies, et ce, à plus grande échelle, afin de faire émerger des solutions innovantes.

Deux types d'expérimentations pourraient ainsi être exploités :

- ⇒ l'expérimentation transfert qui permet de missionner une collectivité sur l'expérimentation d'un nouveau dispositif à partir d'un cahier des charges élaboré par l'Etat.
- ⇒ l'expérimentation dérogation qui permet aux collectivités de s'emparer d'une problématique et de l'expérimenter.

Ces expérimentations devront être évaluées selon deux axes : l'efficacité et la fonctionnalité. L'analyse des résultats a démontré que l'évaluation du travail intersectoriel des ATS restait partielle. Il peut ainsi être proposé que les nouvelles expérimentations sur l'intégration de la santé dans les politiques locales soient évaluées de manière continue, ce qui permettrait de réorganiser les dispositifs au fur et à mesure. Il s'agit de mesurer si les effets attendus ont été atteints et pourquoi.

ii. Définir une nouvelle carte territoriale de santé publique

En 2016, Pierre-Henri Bréchat (16) met en garde contre la confusion entre la planification de la santé et la planification de la programmation des soins. Aujourd'hui, ces deux planifications sont réalisées de manière indistincte, dans une planification de santé globale. Cette planification est construite de façon très sectorielle en réponse aux besoins d'offre de soins et d'urgence sans tenir compte des besoins exprimés sur le terrain en terme d'inégalités

de santé, ni de l'intersectorialité à mettre en œuvre pour les combattre. Le bilan de la mise en œuvre de l'ATS en Bretagne montre que les ATS ont permis de conduire des actions significatives mais que les territoires n'ont pas été couverts de façon homogène, alors même que certains de ces territoires présentant de réelles inégalités n'ont pas bénéficié de leur intervention. Ces carences dans le maillage territorial pourraient inciter les décideurs à initier l'animation vers des territoires où il est aujourd'hui encore absent, et le faire se déployer en s'appuyant sur différents types de structures (collectivités, associations, etc.). La question se pose alors du bon niveau de territorialisation.

Définir une nouvelle carte de territoires de santé publique permettrait donc d'identifier les secteurs sensibles (désertification rurale, problèmes de villes) et d'y présenter un programme d'animation porté par la structure administrative la plus pertinente.

2.2.3. Offrir un cadrage national à la diffusion de la santé dans les politiques locales permettrait d'assurer sa mise en œuvre

Une troisième façon de porter la santé dans les politiques au niveau local serait d'envisager un encadrement national de la transversalité de la santé dans les autres politiques. Ces orientations nationales faciliteraient la mise en place des dispositifs locaux, qu'il s'agisse de l'ATS ou de toute autre expérimentation ayant trait à la transversalité de la santé dans les politiques locales. La proposition du groupe de travail tient ainsi compte du fait que les acteurs locaux ne se sont pas encore appropriés la transversalité préconisée par l'Etat. De plus, et d'une manière générale, la culture du partage des bonnes pratiques et des dispositifs politiques n'est pas suffisamment développée entre acteurs publics. Un acteur de terrain aux compétences spécialisées a aussi tendance à privilégier naturellement son champ de compétence premier avant d'intégrer les contingences sanitaires. Un cadre national, voire réglementaire pour la transversalité de la santé dans toutes les politiques pourrait donc permettre de dépasser ces difficultés.

En 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (17) pointait déjà l'échec partiel des politiques publiques de santé face à la persistance des inégalités sociales et proposait la mise en œuvre d'une politique nationale explicite visant à agir sur les inégalités. Alors que l'article L 1411-1 du Code de la santé publique dispose que « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat* », celui-ci pourrait donc davantage soutenir la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques au niveau local.

2.2.3.1. Un cadrage national de l'intégration de la santé dans les toutes les politiques pourrait être défini par l'Etat et son portage assuré par une organisation de santé publique

Le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du Conseil interministériel pour la santé (CIS), précise qu'il est notamment chargé de « *veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional* ». Le CIS apparaît comme une instance appropriée pour définir un cadrage pour la prise en compte transversale de la santé dans toutes les politiques. Il pourrait proposer un cadre clair et un plan de mise en œuvre à un dispositif d'application locale qui serait déployé de manière réglementaire au niveau territorial, ce qui répondrait au problème du caractère facultatif du dispositif ATS étudié.

Ce cadre national à destination des acteurs locaux pourrait leur permettre de définir leur périmètre d'action sur l'intersectorialité et de mieux cerner l'intérêt pour eux de promouvoir la santé, le bien-être et la qualité de vie dans toutes leurs décisions. Les élus pourraient adapter ce cadre aux spécificités ou réalités locales.

2.2.3.2. Le portage de cette politique constituerait un relais entre la définition des objectifs et leur mise en œuvre opérationnelle.

Le portage a vocation à améliorer la compréhension par les acteurs locaux de l'importance de la prise en compte des facteurs impactant la qualité de vie et le bien-être, vecteurs de bonne santé. Le groupe de travail propose qu'une Direction Générale (de la Santé ou de l'Offre de Soins) du Ministère de la santé ou une agence indépendante, telle que Santé Publique France, soit en charge de ce portage.

Une agence en santé publique pourrait en effet proposer aux acteurs, à l'échelle du territoire, une méthodologie de mise en œuvre et des processus de décision ainsi qu'une aide à la mise en réseau des dispositifs et un système d'information dédié. Mettre en place un tel dispositif peut être un levier puissant, mais ne peut se faire sans la participation active des acteurs locaux. Ceux-ci doivent donc être accompagnés et il apparaît essentiel de conserver ou favoriser des espaces de dialogues pour que les acteurs s'engagent dans l'action intersectorielle. Ces espaces pourraient par exemple permettre aux acteurs locaux d'adapter ou de réinventer le dispositif d'ATS, qui a déjà en partie fait ses preuves.

Conclusion

Notre démarche d'enquête nous a permis d'identifier un dispositif d'ATS pertinent. Il nécessite néanmoins des ajustements, voire une refonte, pour mettre en œuvre de manière effective l'intégration de la santé dans les politiques locales.

A cet égard, un paradoxe peut être relevé : le retrait financier de la Région du dispositif menace sa pérennité, alors même que la santé dans toutes les politiques est affirmée comme un axe essentiel de la stratégie nationale de santé. Ce retrait souligne plus largement la fragilité des dispositifs d'expérimentation locaux qui visent à la mise en œuvre l'intégration de la santé dans les politiques locales. Le soutien du développement des expérimentations locales ou une solution d'encadrement national de leur développement pourrait, tel que le préconise le groupe de travail, faciliter le développement de la santé dans les politiques locales.

Le dispositif ATS comporte des limites qui font en même temps sa force. Le cadre d'action des ATS demeure peu formalisé, ce qui compromet sa lisibilité et sa compréhension. Pour autant, ce flou formel permet l'expression d'une souplesse dans l'action des ATS et ainsi d'ancrer leurs actions au plus près des besoins identifiés sur le territoire. L'ARS encourage la détection, par les ATS, des initiatives locales afin de les valoriser et de les accompagner dans une démarche de type « bottom up ». Ainsi les ATS font le lien entre besoins territoriaux et niveau d'orientation.

Dans le cadre de notre étude, aussi centrale soit-elle, l'intersectorialité n'est pas systématiquement ressortie dans les fonctions des acteurs. En l'état actuel des choses et mise à part une exception, l'ATS se situe principalement comme un relais des politiques de santé à l'échelle locale. La majorité de leurs actions s'oriente vers la prévention à dominante sanitaire. L'introduction des CLS constitue une nouvelle étape pour les ATS. Celle-ci pourrait ainsi constituer le prélude à une véritable intégration de la santé dans toutes les politiques, bien qu'une clarification des rapports entre ATS et CLS paraisse incontournable dans un souci d'efficacité et de lisibilité des parties prenantes.

Bibliographie

1. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
2. OMS, CDSS. Comblent le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2009.
3. The Helsinki Statement on Health in All Policies. OMS; 2013 juin.
4. Discours-Agnes-Buzyn-EHESP-Rennes-04012018-web.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2018/01/Discours-Agnes-Buzyn-EHESP-Rennes-04012018-web.pdf>
5. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? The Lancet. 26 oct 1991;338(8774):1059-63.
6. Solar, Irwin, OMS. Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. 2007.
7. Ministère chargé de la santé, Inpes, ESPT, RFVS. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/reduction-ISS.asp>
8. De Leeuw E, Clavier C. Healthy public in all policies. ResearchGate [Internet]. [cité 13 mai 2018]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/221717326_Healthy_public_in_all_policies
9. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
10. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. OMS, Gouvernement d'Australie Méridionale; 2010.
11. De Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. Annu Rev Public Health. 20 mars 2017;38(1):329-49.
12. Holt DH, Waldorff SB, Tjørnhøj-Thomsen T, Rod MH. Ambiguous expectations for intersectoral action for health: a document analysis of the Danish case. Crit Public Health. janv 2018;28(1):35-47.
13. Acadie. Evaluation du dispositif régional de l'animation territoriale de santé - Synthèse du rapport. 2012.
14. Région Bretagne, ARS Bretagne. Dossier de presse : 12 animateurs territoriaux de santé veillent sur la santé des Bretons. 2015.

15. QUIVY R, VAN CAMPENHOUDT L. Manuel de recherche en sciences sociales. In: Manuel de recherche en sciences sociales. DUNOD. 1995. p. 196.
16. Bréchat P-H. Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie. Presses de l'EHESP. 2016.
17. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009;101.

Liste des annexes

1. Carte de l'Animation Territoriale de Santé en Bretagne
2. Analyse de documents institutionnels relatifs au dispositif d'Animation Territoriale de Santé
3. Cahier des charges de l'Animation Territoriale de Santé
4. Guide d'entretien à destination des Animatrices territoriales de santé
- 4b. Guide d'entretien à destination des autres acteurs
5. Tableau de recueil des données des entretiens des ATS
6. Tableau de recueil des entretiens des autres acteurs locaux

Annexe 1 : Carte de l'Animation Territoriale de Santé en Bretagne



Annexe 2 : Analyse de documents institutionnels relatifs au dispositif d'Animation Territoriale de Santé

Ces documents relèvent que l'objectif d'intersectorialité de l'ATS n'est pas présenté de manière constante dans les documents de référence du dispositif

Il peut tout d'abord être constaté que l'action de l'ATS en faveur de l'intersectorialité est envisagée comme un objectif non prioritaire dans l'évaluation du dispositif produite en 2011, qui fait état d'une mission plus large de promotion et de prévention de la santé, alors qu'elle constitue une des missions principales du dispositif ATS selon le dossier de presse de 2015. Il peut être déduit, soit un gain de visibilité de cet objectif (les documents se succédant dans le temps), la variation de la prise en compte de cet objectif sans critère prédéterminé dénotant la fragilité de celui-ci, ou une imprécision quant au caractère prioritaire de cet objectif.

Les difficultés de fonctionnement et la plasticité originelle de l'ATS mettent en lumière un dispositif fragile, et rendent de ce fait, la recherche de l'intersectorialité par l'ATS plus aléatoire

L'évaluation du dispositif en 2011 met notamment en exergue :

- une incertitude sur la place de l'ATS sur le territoire découlant de l'inclusion variable des ATS dans les circuits d'information locaux. Les ATS ne participent pas systématiquement aux conférences de territoire, de même, elles assurent une diffusion de l'information différenciée, quant à leur dispositif et à leurs actions.
- des difficultés de fonctionnement du dispositif suite à l'intérêt différencié des élus locaux pour le dispositif, au financement variable du dispositif et au fort turn-over sur les postes d'ATS qui s'ensuivent.

A cet égard, l'évaluation de 2011 propose quatre principales préconisations pour rendre le dispositif ATS plus solide : une harmonisation des objectifs régionaux et locaux relatifs à l'ATS, une meilleure articulation des ATS avec les dispositifs territoriaux (il est proposé que l'ATS devienne une action du contrat local de santé – CLS), un meilleur pilotage et une clarification du financement du dispositif.

L'intervention des ATS est par ailleurs prévue clairement de manière différenciée dans son application pratique, selon la zone géographique concernée. Ainsi, si le dossier de presse de 2015 comprend une description générique du dispositif ATS, il comporte un descriptif de l'action des ATS différencié selon les Pays. S'il semble logique que l'action des ATS doive

répondre de manière différenciée aux problématiques de santé mises en exergue dans le diagnostic local partagé, les Pays envisagent des bonnes pratiques différentes dans chaque territoire, alors qu'une harmonisation de celles-ci aurait pu être envisagée dès le départ, pour une meilleure cohérence et lisibilité du dispositif ATS. Par exemple, certaines ATS, dont l'ATS du Pays d'Auray, doivent développer des actions innovantes. De même, seules certaines ATS, dont celle du Centre Ouest Bretagne, doivent développer de critères d'évaluation de leur action. Il apparaît donc que dès sa conception et sa promotion, le dispositif ATS est envisagé de façon plastique dans la manière dont il peut impulser ces actions selon les territoires.

Annexe 3 : Cahier des charges de l'Animation Territoriale de Santé



Cahier des charges de l'Animation territoriale de santé

Préambule :

Le dispositif d'Animation territoriale de santé a été créé en 2002. Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique et l'élaboration des Plans régionaux de santé publique.

La promotion de la santé vise à créer les conditions favorables au bien-être et à la qualité de vie des personnes au travers d'interventions à différents niveaux : politiques, communautaires, individuels. Par son échelle, le territoire concerné est un espace privilégié pour la mise en œuvre de ce processus.

En décembre 2008, 8 animateurs sont en poste, 7 au niveau des Pays et 1 au niveau d'une ville :

- pays du Centre Ouest Bretagne,
- pays de Guingamp,
- pays de Ploërmel – Cœur de Bretagne,
- pays de Saint Malo,
- pays du Trégor Goëlo,
- pays de Vitré – Porte de Bretagne,
- pays d'Auray,
- ville de Rennes.

Un projet est en cours de finalisation en 2008 pour le pays de Redon.

L'animation territoriale de santé promeut une démarche pragmatique qui vise à tirer le meilleur profit des dynamiques et des partenariats locaux. De ce fait, le présent cahier des charges est un modèle ouvert ayant vocation à évoluer en fonction des évaluations et de la réception du dispositif par les acteurs locaux. Le dispositif doit également être coordonné avec les différentes initiatives de développement local, notamment au niveau des départements.

Objectifs :

L'Animation territoriale de santé contribue au développement d'un territoire (pays, établissement public de coopération intercommunale, commune) dans le champ de la promotion de la santé en impliquant les acteurs de santé, les élus, les bénévoles et la population. Dans ce cadre, cette fonction d'animation territoriale de santé permet la mise en place de points d'appui locaux pour la réalisation d'actions de promotion de la santé et d'assurer la prise en compte de ces questions dans les autres politiques locales (emploi, logement, aménagement de l'espace, urbanisme, sécurité...).

Elle doit proposer des actions de promotion de la santé adaptées aux priorités du territoire sur lequel elle est implantée, en cohérence avec les priorités régionales de santé.

Missions :

L'animation territoriale de santé consiste en la mise en œuvre du dispositif tel que décrit dans le présent cahier des charges, dans les différents volets :

- coordination des acteurs locaux de promotion de la santé ;
- élaboration d'un programme territorial d'actions de promotion de la santé à partir d'un diagnostic local et en cohérence avec le PRSP.

Cette convention pluriannuelle doit permettre de sécuriser les conditions de financement de l'animation territoriale de santé et de consolider le dispositif. Chaque financeur indique la hauteur de sa contribution pour 3 ans, sous réserve de l'obtention des crédits et du respect des dispositions du présent cahier des charges.

Le recrutement éventuel d'un animateur est effectué par le promoteur (pays ou opérateur choisi). Il peut procéder à un recrutement direct, recourir aux procédures de mise à disposition et de détachement ou choisir l'affectation de personnels déjà existants.

Le promoteur constitue son jury de sélection dans lequel sont représentés les financeurs qui le souhaitent.

- La coordination du dispositif est assurée à 3 niveaux : un niveau politique, un niveau technique et un niveau local.

a) Comité de pilotage régional :

- Il est composé des financeurs du dispositif.
- Il est composé des acteurs suivants :
 - 4 représentants du Groupement régional de santé publique, dont le directeur du GRSP, de l'URCAM et de la DRASS.
 - 4 représentants du Conseil régional de Bretagne,
 - un représentant élu par pays des territoires ou des structures employant les animatrices.
- Il se réunit en formation plénière au moins 1 fois par an pour faire un bilan de l'avancement du dispositif;
- Il est co-présidé par un représentant du GRSP et du Conseil régional de Bretagne, avec un secrétariat tournant chaque année entre les 2 partenaires ;

b) Comité technique régional

- Il est composé des représentants techniques des institutions membres du comité de pilotage régional élargi au directeur de l'ARH et à un représentant des directeurs des DDASS et des CPAM.
- Les réunions ont lieu 2 fois par an. Le comité se réunit le matin puis s'élargit aux animatrices territoriales sur l'après-midi.
- Il est co-présidé dans les mêmes conditions que le comité de pilotage régional et son secrétariat est tournant entre les deux partenaires.
- Il est chargé de suivre la mise en œuvre du dispositif sur la région et de faire des propositions au comité de pilotage régional. Exemple de sujet traité : le suivi de l'activité des animations à l'aide de bilans intermédiaires, l'organisation de formations éventuelles, la mise en place d'outils de suivi, l'élaboration de procédures d'informations entre le local et le régional, etc.
- L'après-midi, le comité technique élargi devient un lieu de concertation et d'échanges avec les animatrices dans le but de favoriser l'harmonisation des dispositifs, la cohérence dans les actions menées, de prendre connaissance des difficultés rencontrées et de mettre en évidence les points forts, pouvant donner lieu à d'éventuelles mutualisations.

c) Comité de pilotage territorial :

- Il se réunit au moins 2 fois par an et a pour fonction de valider le diagnostic local partagé, les priorités qui en découlent et le programme d'actions proposés par l'opérateur en charge de l'animation territoriale de santé ; cet opérateur présente en début d'année le bilan d'activité de l'année précédente et les perspectives de l'année en cours au Comité de pilotage territorial.

- Il est présidé par un élu du territoire (président du Pays, maire, président de l'établissement public de coopération inter communale) ou son représentant, qui a l'initiative de sa convocation ;
 - Il est composé des acteurs suivants :
 - Le Sous-Préfet ou son représentant,
 - les élus en charge des questions de santé du Pays ou de la collectivité territoriale,
 - le directeur du Pays ou le directeur de la collectivité territoriale en charge des questions de santé,
 - l'animateur territorial de santé ou les personnes chargées de la mise en œuvre de l'animation territoriale de santé,
 - les partenaires financeurs ou leurs représentants territoriaux,
 - un représentant du Conseil général par département sur lequel se situe le territoire.
- Le Comité de pilotage peut s'adjoindre un maximum de 4 personnes qualifiées.

- d) Instance d'appui technique : le Comité de pilotage territorial peut s'appuyer, autant que de besoin, sur une instance d'appui technique. Cette instance a pour rôle d'aider l'animateur territorial de santé ou les personnes chargées de la mise en œuvre de l'animation territoriale de santé dans la réalisation de leurs missions. Elle peut faire appel aux compétences techniques des membres du Comité de pilotage territorial.

Le Comité de pilotage territorial et, le cas échéant, l'instance d'appui technique seront mis en place en complémentarité avec les instances territoriales de la structure employeuse en matière de santé ou à un niveau plus global.

Suivi et évaluation du dispositif :

- Formation : il est mis en œuvre une formation des intervenants de l'animation territoriale de santé définie par un cahier des charges.
- Evaluation du dispositif : elle portera notamment sur le respect des dispositions du présent cahier des charges et sera organisée par le comité de pilotage régional.
- Les bilans d'action de l'animation territoriale de santé feront l'objet d'une synthèse annuelle présentée au comité régional de suivi et au GRSP.

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des Animatrices territoriales de santé

Grille d'entretien

ATS

Nom

Prénom:

Date:

Présentation du MIP: un groupe de 9 élèves fonctionnaires de l'EHESP de différentes filières (directeurs des soins, directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire social et médicosocial, attaché d'administration Hospitalière et Ingénieur d'études sanitaires) travaille dans le cadre d'un module interprofessionnel sur des problématiques de santé publique, encadré par 2 référents : Mr BRETON et Mme FONTENEAU. Notre sujet : La santé dans toutes les politiques à l'échelle locale : quelle contribution de l'ATS en Bretagne?

Rappel des conditions de l'entretien (Entretien dans le respect de l'anonymat, etc...)

I) FONCTIONNEMENT GENERAL ATS : STATUT – ACTIONS - EVALUATION

Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours/formation, statut?

CDD ? Ancienneté ?

Quel est votre mandat ? Qui vous a recruté ? (ici on verra déjà si l'ATS contribue à la santé dans toutes les politiques)

Quels sont vos interlocuteurs / collaborateurs?

Quel est votre positionnement ? Quel est votre degré d'autonomie ? De quels moyens disposez-vous ? Quelles sont vos marges de manœuvre ?

Comment menez-vous à bien vos missions? Avez-vous un cahier des charges? (planning)

Qui/Comment sont évalués les résultats? Sur quoi êtes-vous attendue ?

Avez-vous un rapport d'activité?

:

II) LA SANTE DANS LES POLITIQUES LOCALES

- Si l'ATS en a parlé spontanément dans la première partie : on réinterroge/creuse : quels sont vos projets, travaillez-vous sur ces thèmes-là ? Si l'intersectorialité n'est pas dans les missions, peut-être qu'elle le fait quand même ?

Pour mémoire les différents champs de politique publique dans lesquels il peut y avoir une action intersectorielle de l'ATS :

- Education / Petite enfance / Famille / Protection de l'Enfance
- Environnement/Hygiène/Agroalimentaire/Agriculture
- Industrie
- Transport
- Logement /Urbanisme
- Cohésion sociale/Solidarité/Vie de quartier
- Emploi / Conditions de travail
- Sport

- Si l'ATS n'a pas spontanément parlé d'intersectorialité de ces actions, on passe directement aux questions sur l'intégration de la santé dans les politiques locales (adaptation des critères d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau local des ATS)

- Avez-vous un mandat clair relatif à l'intersectorialité ?
- Avez-vous des processus de travail formalisés entre vous et les divers secteurs ?
- Comment prenez-vous en compte des intérêts des autres secteurs ?
- Avez-vous processus de travail transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes ?
- Quels acteurs extérieurs associez-vous sur l'intersectorialité ?
- Quel type d'initiatives prenez-vous, à partir desquelles des partenariats avec des autres acteurs peuvent se tisser ?
- Participez-vous à des comités interterritoriaux (au niveau régional, départemental, local...) ?
- Combien de personnes travaillent dans votre équipe sur l'intersectorialité de la santé ?
- Quel est votre budget global et quel est le budget dédié à l'intersectorialité ?
- Utilisez-vous des systèmes d'information ? Des systèmes d'évaluation de votre travail intersectoriel existent-ils ?
- Votre poste est-il financé par les autres secteurs (= mise à disposition) ?
- Mettez-vous en œuvre des processus participatifs pour les projets intersectoriels ?
- Mettez-vous en place des partenariats sur l'intersectorialité ?
- Analysez-vous les projets des autres acteurs sous l'angle de la santé ?
- Quelles évaluations sont faites de l'impact des projets intersectoriels que vous menez ?
- Mettez-vous en œuvre des projets intersectoriels innovants ?
- Quelle compréhension avez-vous des autres politiques publiques ? (enjeux, aspects techniques)
- Créez-vous des occasions régulières de dialogue avec les autres secteurs ?

Dernières questions :

- Selon vous, comment améliorer ce dispositif ?
- Exemple d'action menée sur l'intersectorialité

Pour mémoire, acteurs éventuels en partenariat avec l'ATS

- CAF
- Planning familial
- Elus
- Associations
- Conseil Départemental/ Régional
- ARS
- Pôle Emploi - Médecin du travail
- Rectorat
- DREAL, DRAAF, DDTM
- Assistants sociaux
- Médecins généralistes
- CHU/CH/CMP/
- CLIC MAIA PAERPA PTA

Annexe 4 bis : Guide d'entretien à destination des autres acteurs

Grille d'entretien autres acteurs

Nom Prénom :

Date :

Présentation du MIP: un groupe de 9 élèves fonctionnaires de l'EHESP de différentes filières (directeurs des soins, directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire social et médicosocial, attaché d'administration Hospitalière et Ingénieur d'études sanitaires) travaille dans le cadre d'un module interprofessionnel sur des problématiques de santé publique, encadré par 2 référents : Mr BRETON et Mme FONTENEAU. Notre sujet : La santé dans toutes les politiques à l'échelle locale : quelle contribution de l'ATS en Bretagne?

Rappel des conditions de l'entretien (Entretien dans le respect de l'anonymat, etc...)

Questions sur l'intégration de la santé dans les politiques locales

Quelle conception de la santé pour la Région/le Conseil régional/la DREAL ?

Quelle est la position de la Région/le Conseil régional/la DREAL concernant la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ? locales ? régionales ?

Pour diffuser la santé dans toutes les politiques, comment faites-vous ?

Quelles sont vos stratégies ?

Quels acteurs ou partenaires sollicitez-vous ? Quelle gouvernance ?

Quels moyens de régulation et de coordination ? Quel budget ?

Concrètement, pouvez-vous nous expliciter une action permettant la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ?

D'après vous comment peut-on avancer à l'avenir sur la thématique de l'intégration de la santé dans les politiques locales ?

Questions sur leur appréhension du dispositif ATS

[DREAL uniquement] Connaissez-vous le dispositif ATS ?

Quelles sont les forces du dispositif ATS ? Comment améliorer ce dispositif selon vous ?

Annexe 5 : Tableau de recueil des données des entretiens des ATS

Thèmes	Critères de la déclaration d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau international et gouvernemental	Adaptation des critères d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau local des ATS	ATS 1	ATS 2	ATS 3	ATS 4	ATS 5	ATS 6	ATS 7	
Efficacité de l'intersectorialité selon la Déclaration d'Adélaïde	Mandat clair	Mandat clair des ATS relatif à l'intersectorialité	Mandat très clair, divisé en 3 axes visant à l'intersectorialité	Mandat inscrit dans la fiche de poste de l'ATS, qui suit les axes du CLS	Mandat avec la fonction supplémentaire de chargée de mission CLS. Le CLS donne une feuille de route claire. L'ATS peut aussi aller travailler sur d'autres thématiques que celles présentes dans le CLS. Les deux dispositifs (ATS et CLS) sont complémentaires mais il n'y a pas de frontières. Un cahier des charges est aussi disponible.	Pas de mandat officiel sur l'intersectorialité	Les missions de l'ATS ont évoluées, avec l'intégration des missions CLS à celles de l'ATS.	Mandat peu clair sur l'intersectorialité : l'ATS est chargée de mission santé/gérontologie, et chargée de l'animation du animation CLS		
	Processus systématiques qui tiennent compte des interactions entre les divers secteurs	Processus de travail formalisés entre les ATS et les divers secteurs	Association systématique de l'ATS de Rennes sur tous les projets des autres directions de la ville (citer projets peut-être)	Non	Pas de processus systématiques, d'autant plus que le dispositif de l'ATS a été interrompu. De plus l'ATS doit se faire connaître	Non	Non, ses interventions auprès des autres acteurs sont aléatoires et non systématiques	oui : pas de formalisation des processus mais l'ATS est systématiquement associée dans thématiques intersectorielles		
	Prise en compte des différents intérêts	Prise en compte des intérêts des autres secteurs par les ATS	"le dispositif des ATS est pensé de façon globale en agissant sur les différentes politiques et pas seulement dans le secteur de la santé" (extrait du cahier des charges)	Sur certains thèmes uniquement tels les axes du CLS sur le suicide. A noter que cette ATS a des intérêts très centrés sur le sanitaire	En interne au Pays en lien avec des collègues d'autres directions déjà sensibilisés, en externe en fonction des fiches actions du CLS. Développement d'un réseau en cours	oui a priori, mais l'ATS dit manquer d'expertise pour bien appréhender les autres politiques		Oui		
	Processus transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes	Processus de travail de l'ATS transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes	Le 3e axe du cahier des charges de l'ATS prévoit des processus participatifs, à mettre en place avec le Comité consultatif Santé Environnement, le Conseil Rennais de santé mentale ou les réseaux de santé dans les quartiers	Processus transverses pour les thèmes de travail du CLS relatifs à la prévention, en intégrant différents partenaires, mais pas de processus transverses d'intégration de la santé dans toutes les politiques au sens de la déclaration d'Adélaïde.		Méthodologie et processus adaptés et changeants, en fonction du projet et/ou de l'acteur impliqué				
	Association des parties prenantes extérieures	Acteurs extérieurs associés par l'ATS sur l'intersectorialité	L'ATS travaille avec de nombreux types d'interlocuteurs issus du secteur public, privé, et associatif	Association de différents acteurs en fonction des thématiques	L'ATS associe de nombreux acteurs sur plusieurs thématiques : logement, urbanisme, public précaire, hébergement d'urgence, santé environnemental. Moins sur l'emploi et les conditions de travail	L'ATS travaille avec un large spectre d'acteurs : - petites/grandes assos - élus - procureur - autorités adm.	L'ATS travaille avec de nombreux acteurs : IREPS, MDJA, Centres hospitaliers, associations PAEJ, association addiction, CARSAT, EPCI, CPAM, ARS, APAJH...	L'ATS associe de nombreux acteurs des secteurs de l'emploi (pôle emploi), des transports, la famille (CAF), éducation nationale, acteurs associatifs, centre d'accueil des demandeurs d'asile...		
	Initiatives intersectorielles pratiques qui permettent de constituer des partenariats et de favoriser la confiance.	Prise d'initiatives par l'ATS, à partir desquelles des partenariats avec des autres acteurs peuvent se tisser	Oui ponctuellement, sur ce qui l'interpelle	Peu d'initiatives de l'ATS, elle répond principalement à des appels à projet	Prend des initiatives tout en communiquant sur son rôle	L'ATS créé des initiatives ou peut être sollicitée	Ex d'une initiative : projet de prévention de la maladie de Lyme dans le cadre d'un appel à projet en lien avec l'ONF, les formateurs et éducateurs à environnement	L'ATS prend beaucoup d'initiatives notamment sur la précarité, à destination de tous les publics (jeunes, personnes âgées)		

Thèmes	Critères de la déclaration d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau international et gouvernemental	Adaptation des critères d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau local des ATS	ATS 1	ATS 2	ATS 3	ATS 4	ATS 5	ATS 6	ATS 7	
Outils utiles à l'intégration de la santé dans toutes les politiques au stade de l'élaboration des projets	Comités interministériels et interdépartementaux	Comités interterritoriaux (au niveau régional, départemental, local...) auxquels l'ATS participe	Pas précisé	L'ATS ne participe pas à un comité interterritorial. En revanche, elle rencontre les autres ATS, l'ARS deux fois par an, et participe à des réunions dans le cadre de l'EPCI	L'ATS ne participe pas à un comité interterritorial. En revanche, elle peut participer à des formations pour les ATS ou à des réunions de partage d'informations et d'échanges de bonnes pratiques avec les autres ATS	Non précisé	Non précisé	Réunions multipartenariales	Non précisé	
	Equipes d'action intersectorielle	Nombre de personnes dans l'équipe de l'ATS	5 personnes, dont l'ATS qui coordonne	travaille seule	travaille seule	travaille seule	seule mais en lien étroit avec les partenaires	travaille seule	travaille seule	
	Budgets et comptabilité intégrés	Budget global de l'ATS et budget dédié à l'intersectorialité	218 000€/an = budget dédié totalement au paiement des ETP constituant l'équipe	Enveloppe budgétaire dédiée à l'ingénierie et la logistique. D'autres crédits sont issus d'appels à projet (attente de 6 mois pour la mise à disposition)	Pas de ligne budgétaire définie, appel de fonds par réponses à appel à projets	A priori pas de financement pour les projets, son poste seul est financé ; son statut étant attachée territoriale, elle est rémunérée par le Pays (devenu Communauté de Communes)	Budget uniquement pour organiser des rencontres (reception, affiches)	Poste au financement tripartite ; réponse à des appels à projet pour obtenir des financements pour les projets		
	Systèmes d'information et d'évaluation transversaux	Systèmes d'information de l'ATS Systèmes d'évaluation du travail intersectoriel de l'ATS	Evaluation par son directeur et les élus Rapport d'activité présenté aux financeurs (ARS, CR) Evaluation du CLS à la fin du contrat (2016), évaluation du PLS à la fin	Intranet non exploité Evaluation succincte : pas d'indicateurs d'impacts	Intranet de la région entre ATS pour partager les outils et les informations mais non investi par les ATS. Evaluation du dispositif ATS reste difficile. Rapport d'activité tous les ans au CR et ARS. Questionnaire de satisfaction des actions "à chaud" avec les participants. Pour le CLS, fiches actions et indicateurs de résultats qui permettent d'évaluer.	Evaluation par le Président de Pays Rapport d'activité évalué par ARS et CR	Pas de système d'information. Pas de précision sur l'évaluation	Non. En train de construire un annuaire	Non précisé	
	Mise en commun du personnel	L'ATS est-elle financée par les autres secteurs (= mise à disposition) ?	L'équipe d'ATS est constituée d'agents de la ville de Rennes, donc il n'y a pas de mise à disposition de personnel par un autre acteur.	Non	Non	Non, voir contexte	Non	Non	Non	
	Consultations au niveau de la communauté et « jurys de citoyens »	Mise en œuvre, par l'ATS, de processus participatif, pour les projets intersectoriels	Initiative de consultation citoyenne à l'occasion d'un projet hospitalier qui prévoyait la coupe d'arbres dans un quartier : l'ATS a sollicité le service environnement pour une consultation citoyenne	Non	Non	Oui, il y a eu une démarche participative engagée par l'ATS au niveau de la Communauté de Communes	pas de consultation mentionnée	Non	Non	
	Partenariats	Partenariats mis en place par l'ATS sur l'intersectorialité	Pas de partenariat à part les PLS et CLS existants.	Pas de partenariat à part les PLS et CLS existants.	Non précisé	Pas de partenariats prédéfinis par convention mais : CLSM, CSAPA, et convention avec des associations de différentes tailles: AID, le Goeland, UNAFAM, travail avec CSAPA (AA)		Pas de partenariats formalisés mais de nombreuses collaborations avec : professionnels de santé, mission locale, centre médico-social, élus, dans le cadre CLS : groupe de travail santé et précarité : ARS, DDCS, ... majoritairement du secteur santé/social		
	Analyses sous l'angle de la santé	L'ATS analyse-t-elle les projets des autres acteurs sous l'angle de la santé ?	oui	Cette ATS est très axée sur le sanitaire et peu sur l'intersectorialité					oui dans l'intersectoriel	
	Evaluations de l'impact	Evaluations de l'impact des projets intersectoriels menés par les ATS				Evaluer les actions de promotion de la santé reste difficile		ne sais pas	Questionnaires de satisfaction réalisés pour les formations intersectorielles (ex : pour élus, police, pompiers), évaluation des actions du CLS mais pas du dispositif ATS en tant que tel	
	II - Cadres législatifs	EHESP – Module interprofessionnel de santé publique Cadre législatif existant sur l'intersectorialité	CLS et PLS qui découlent de la loi HPST (2009)	n'en parle pas	Le seul outil décliné de la législation nationale est le CLS (en cours de rédaction)	Le seul outil décliné de la législation nationale est le CLS (en cours de rédaction)	Le seul outil décliné de la législation nationale est le CLS.	Non précisé	Non précisé	

Thèmes	Critères de la déclaration d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau international et gouvernemental	Adaptation des critères d'Adélaïde pour évaluer l'action intersectorielle au niveau local des ATS	ATS 1	ATS 2	ATS 3	ATS 4	ATS 5	ATS 6	ATS 7
Autres éléments bénéfiques selon Adélaïde	Mécanismes novateurs	Degré d'innovation des projets intersectoriels de l'ATS	Non précisé	Ne travaille pas assez sur l'intersectorialité pour évaluer ce critère					
	Compréhension des autres politiques publiques	Compréhension des autres politiques publiques par l'ATS	oui	suit les orientations	fait intervenir des spécialistes , pense que n'est pas là pour être experte, mais plutôt comme facilitateur	oui		oui	
	Création d'occasion régulière de dialogue avec les autres secteurs	Création d'occasion régulière de dialogue avec les autres secteurs par l'ATS	oui a priori	non			COPIL (réunions des différents acteurs et des différents niveau de décision).	oui	oui

Annexe 6 : Tableau de recueil des entretiens des autres acteurs locaux

Avis sur le rôle intersectoriel du dispositif ATS	Conseil régional de Bretagne	ARS de Bretagne	DREAL
Forces du dispositif ATS pour mettre en œuvre l'intersectorialité	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une progression vers l'intersectorialité qui s'appuie sur l'appropriation continue des outils par les acteurs de terrain. Les CLS ont originellement permis de faire connaître l'objectif d'intersectorialité. Aujourd'hui, les ATS peuvent travailler avec un nombre plus important d'acteurs qu'initialement prévu, et en prososant des actions intersectorielles, au-delà des champs d'intervention de la prévention et de la promotion de la santé. - L'engagement récent de la Région dans la santé (2004, suite à la 2e vague de décentralisation) l'a amené à appréhender la santé de manière globale, en privilégiant les axes de promotion et de prévention de la santé (contrairement à d'autres acteurs institutionnels qui peuvent avoir une vision plus cloisonnée). Le dispositif ATS s'inscrit donc logiquement dans la vision stratégique de la Région. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les actions intersectorielles peuvent émerger plus facilement du fait de l'absence de modèle imposé et grâce à la philosophie 'bottom up' et d'universalisme proportionné du dispositif ATS. 	<p>La personne interrogée ne connaît pas le dispositif ATS, alors que la DREAL participe au pilotage et à la mise en œuvre du Plan Régional Santé Environnement (co-signé par le Conseil Régional, l'ARS et la DREAL), moteur de la diffusion de la santé dans les autres politiques au niveau local.</p>
Faiblesses du dispositif ATS pour mettre en œuvre l'intersectorialité	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention des ATS est parfois difficilement acceptée sur certaines problématiques, ex : l'habitat. Elles ne se font pas spontanément inviter aux réunions. - De nombreuses actions sur l'intersectorialité dépendent de la connaissance par l'ATS de ses interlocuteurs sur le terrain, ce qui nécessite d'avoir travaillé un temps sur place. Cela peut retarder l'action intersectorielle. - Le rôle des chargés de mission CLS peut faire doublon avec celui des ATS, même s'ils font moins d'accompagnement de projet. - Le dispositif ATS pourrait souffrir de la concurrence des CLS, outils désormais étendu à de nombreux territoires et pérenne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une logique encore très sectorisée de l'ensemble des champs de politiques publiques créé un frein à la diffusion de la santé dans les politiques locales, et au développement du travail des ATS sur ce sujet. - A partir de 2010 avec les CLS prévus par loi HPST de 2009, la mission des ATS a évolué sans cadrage national (pas de méthodologie de définie). 	

Avis sur le rôle intersectoriel du dispositif ATS	Conseil régional de Bretagne	ARS de Bretagne	DREAL
Autres éléments contextuels importants selon l'institution interrogée	<p>- La personne interrogée, pilote du dispositif ATS pour le CR, dépend des services Aménagement du territoire et Santé.</p> <p>- L'ATS est un apport pour les territoires en termes d'intersectorialité, et son absence sur les autres territoires crée elle-même une inégalité.</p>		
Propositions pour améliorer le dispositif	<p>-L'ATS pourrait se recentrer sur la mise en place des partenariats entre acteurs, plutôt que de mettre des actions en œuvre elle-même. Cela permettrait de répondre au problème de l'absence de financements d'actions intersectorielles par l'ATS.</p>	<p>L'ARS souhaiterait qu'un hôpital soit promoteur de la santé, en l'intégrant sur une démarche de territoire pour travailler avec tous les acteurs : associations, libéraux, institutions ... et sortir de la prévention qu'il fait uniquement sur le plan médical.</p>	
Evolution à venir de la thématique de la santé dans les autres politiques		<p>- Dans le futur Plan régional de Santé Environnement, la prévention fera l'objet d'une inclusion dans toutes les thématiques, ce qui peut faciliter la communication générale sur les déterminants de santé."</p> <p>- Les élus locaux sont de plus en plus sensibles à la prise en compte de la santé d'une manière générale, ce qui à terme, devrait favoriser l'intersectorialité de sa prise en compte.</p>	<p>On tient de plus en plus compte de la santé pour les questions d'environnement. C'est une problématique plus qu'émergente. Pour la ministre de l'environnement précédente la question de la santé dans l'environnement était vraiment prioritaire. Le nouveau ministre a davantage axé son action sur la transition écologique, concept plus global, mais qui participe également à la diffusion de la santé dans les autres politiques.</p> <p>La diffusion de la santé dans les autres politiques se fera selon la personne interrogée à la fois à travers des impulsions venant du niveau national et par des expérimentations locales.</p> <p>D'après elle c'est surtout un enjeu d'éducation : plus les jeunes générations seront sensibilisées sur ce point, plus elles agiront dans le sens de l'environnement et donc indirectement sur la santé.</p>

Thème n° 28 - Animé par BRETON Eric, Enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire Santé publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP et FONTENEAU Rose, Ingénieure d'études, également à la Chaire Santé Publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP.

La santé dans toutes les politiques à l'échelle locale : Quelle contribution de l'Animation Territoriale de Santé en Bretagne ?

CHABIRON Nathalie (EDH), DELAITRE Julie (EDH), GUILLAUD Céline (EDS), LE RAY Gwenaëlle (ED3S), LE ROUZIC Stéphane (EDS), MAILLET Carine (ED3S), MATULIC Sania (EDH), MAUPETIT Yannick (AAH), WILHEIM Juliette (IES)

Résumé :

Une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de santé est aujourd'hui une des priorités du système de santé pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette action requiert la mise en place de dispositifs visant l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques, notamment au niveau local. Depuis 2002, l'expérimentation d'un dispositif d'Animation territoriale de santé (ATS) en Bretagne cherche à favoriser la transversalité des actions relatives à la santé et à participer ainsi à la réduction des inégalités à l'échelle locale. Le dispositif ATS est rattaché à douze Pays, à une communauté de commune et à une ville, sur le territoire breton. Ce dispositif est co-financé par l'Agence régionale de santé (ARS), le Conseil régional de Bretagne et les Pays.

L'objet de l'étude menée cherche à mesurer la contribution de l'ATS dans l'intégration de la santé dans toutes les politiques à l'échelle locale. Une analyse de la littérature scientifique et institutionnelle a été effectuée préalablement à l'étude de terrain, afin de bien appréhender la problématique de l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques et de comprendre le fonctionnement du dispositif ATS. Une méthodologie d'étude a été ensuite définie, afin d'évaluer la contribution du dispositif ATS à la diffusion de la santé de manière transversale, au niveau local. Cette méthodologie repose principalement sur deux éléments : la définition de critères d'évaluation de la diffusion de la santé dans les politiques locales et la conduite d'entretiens auprès des chargées de mission du dispositif et des acteurs institutionnels concernés par ce dispositif. Les critères d'évaluation de l'intégration de la santé dans les politiques ont été définis en réalisant une transposition des critères de la déclaration d'Adélaïde au niveau local.

Les entretiens et leurs analyses ont permis de constater le caractère neuf et peu structuré de l'intervention de l'ATS dans l'intégration de la santé dans les politiques locales. Les raisons tiennent principalement à la fragilité du dispositif ATS lui-même et à la connaissance encore partielle, par les acteurs de terrain, du concept d'intégration de la santé dans les autres politiques publiques. Alors même que la mission des animatrices territoriales de santé est novatrice dans ce domaine, celle-ci peut se heurter à une organisation et une mise en œuvre en silo des politiques publiques.

A partir de ces résultats, une réflexion a été menée sur les moyens d'améliorer la contribution de l'ATS à l'intégration de la santé dans les politiques locales, et plus largement, sur les moyens de diffuser la santé dans les politiques locales. A cet effet, des préconisations ont été dégagées :

- la mission de l'ATS relative à l'intégration de la santé dans les politiques locales pourrait être facilitée à partir de la consolidation du dispositif ou par une meilleure promotion de l'intersectorialité au niveau local,
- la diffusion de la santé dans les politiques locales pourrait être améliorée en favorisant les expérimentations menées par les collectivités,
- un cadrage national de la diffusion de la santé dans les autres politiques publiques permettrait de faciliter le développement de la santé dans les politiques locales.

Mots clés : Déterminants sociaux de santé ; Inégalités sociales et de santé ; Intégration de la santé dans les politiques locales ; Animation territoriale de santé ;

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs