



**Master 2 Pilotage des Politiques et Actions
en Santé Publique**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

La déclinaison du Projet Régional de Santé à travers les deux outils de la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire, programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé :

Réflexion sur les facteurs de réussite de leur mise en œuvre, exemple des territoires de santé Bretons n°5 et n°6

Céline LENAULT

Remerciements

Je tiens à remercier,

Madame LE FORMAL, déléguée territoriale, pour m'avoir accueillie au sein de la délégation territoriale d'Ille et Vilaine.

Madame FOUCAULT Corinne, maitre de stage, pour son accueil et son suivi.

L'ensemble du personnel de l'agence que j'ai pu côtoyer pendant ce stage pour leur sympathie.

Madame JABOT Françoise, Madame ROUTELOUS Christelle et Monsieur THEIS Yvan pour leurs conseils.

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

Sommaire

Introduction	3
Méthodologie	7
CHAPITRE 1 :	9
LOI HOPITAL PATIENT SANTE ET TERRITOIRE : DE NOUVEAUX OUTILS AU SERVICE D'UNE APPROCHE TERRITORIALISEE DE LA SANTE	9
<i>1 : DES OUTILS IMPOSES PAR LE LEGISLATEUR POUR ASSURER UNE APPROCHE TERRITORIALISEE DE LA POLITIQUE DE SANTE</i>	9
1.1.1 Le projet régional de santé : un outil de vision régionale et locale	9
1.1.2 Une organisation territorialisée	13
<i>2 : DES OUTILS FACULTATIFS POUR ASSURER LA DECLINAISON LOCALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE</i>	17
1.2.1 Les Programmes Territoriaux de Santé	17
1.2.2 Les Contrats Locaux de Santé	23
CHAPITRE 2 :	31
IDENTIFICATION DES CONTRAINTES ET POTENTIALITES PRESENTES SUR LES TERRITOIRES DE SANTE POUR MAXIMISER LA REUSSITE DE LA DECLINAISON 31	
<i>1 : REPERAGE DES FACTEURS DE REUSSITE AU REGARD D'EXPERIENCES ANTERIEURES</i>	31
2 .1.1 Les acquis liés aux précédents dispositifs de planification	31
2.1.2 Expérience propre aux territoires bretons: le CLS de Vitré	34
<i>2 : IDENTIFICATION DES CONTRAINTES PRESENTENT SUR LES TERRITOIRES DE SANTE N°5 ET N°6</i>	39
2.2.1Présentation des territoires relevant de la délégation territoriale Ille et Vilaine..	39
2.2.2 Les contraintes ressenties par l'ensemble des acteurs.....	41
2.2.3 Les contraintes spécifiques à chaque profil d'acteurs des territoires n°5 et n°6	46
<i>3 : BILAN DES FACTEURS DE REUSSITES SUR LES TERRITOIRES N°5 ET N°6</i>	48
2.3.1 Les points fort présents sur les territoires de santé n°5 et n°6	48
2.3.2 Les points faibles présents sur les territoires de santé n°5 et n°6	53
CHAPITRE 3 :	55
QUELLES PRECONISATIONS POUR FAVORISER LA REUSSITE DE LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE ?	55
<i>1: ASSOCIER ET MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS POUR UNE DEMARCHE COHERENTE</i>	55

3.1.1 Favoriser la mise en œuvre d'une démarche globale et participative.....	55
3.1.2 Veiller à la cohérence de la démarche.....	58
2 : ACCOMPAGNER ET COMMUNIQUER.....	61
3.2.1 Garantir un accompagnement des acteurs tout au long de la démarche	61
3.2.2 Garantir une communication de qualité tout au long de la démarche.....	62
Conclusion	65
Bibliographie	66
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de la Santé
ASV : Atelier Santé Ville
ATS : Animation Territoriale de Santé
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CESER : Conseil Economique Social et Environnemental Régional
CG : Conseil Général
CLS : Contrats Locaux de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
COFIL : Réunion de Comité de Pilotage
COT : Réunion de Comité Opérationnel de Territoire
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la Santé Publique
CT : Conférences de Territoire
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DATAR : Délégation pour l'Aménagement du Territoire et l'Attractivité de la Région
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIRRECTE : La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DIV : Délégation Interministérielle de la Ville
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital Patient Santé et Hôpital
IREPS : Institut Régional d'Education et Promotion de la Santé
MEEF : Maison de l'Economie de l'Emploi et de la Formation
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPGDR : Programme Pluriannuel Régional de Gestion Des Risques
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement du Handicap et de la Perte d'Autonomie
PRTSI : Programme Régional Télémédecine et Système d'Information
PRSP : Projet Régional de Santé Publique
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
PTS : Programmes Territoriaux de Santé
RGPP : Réforme Générale des Politiques Publiques
SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale
SRP : Schéma Régional de la Prévention
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VAGUSAN : Activités de Veille, d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires

Introduction

« *Jamais la France n'a été autant marquée par une mise en œuvre de plus en plus locale de l'action publique* ». ¹ Le champ de la santé, tend lui aussi, depuis quelques années, vers une « Territorialisation » des politiques de santé, orientation confirmée, en 2009 par la Loi portant réforme de l'Hôpital relative aux Patients à la Santé et aux Territoires (HPST). Ce processus débute par un mouvement de régionalisation, observable au gré de lois et d'ordonnances dont celles de déconcentration et de décentralisation, à l'origine d'un nouveau paysage politique.

L'action publique française, longtemps sous l'emprise jacobine, s'organise autour de références spatiales différentes dès 1963 avec la création de la Délégation pour l'Aménagement du Territoire et l'Attractivité Régionale (DATAR). A travers cet outil créé à l'initiative de Charles De Gaulle, pour rapprocher les centres de décisions des réalités locales, la politique publique s'oriente vers un mouvement de régionalisation. Dès lors, « *ce sont les activités régionales qui apparaissent comme les ressorts de la puissance de demain* » ². Concernant la politique de santé publique, la régionalisation s'initie réellement en 1964 avec l'instauration des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) créées par le décret n°64-783 du 30 juillet et de leurs homologues régionaux, les DRASS. Ces Directions deviendront en 1977 les directions régionales et départementales des « Affaires Sanitaires et Sociales ».

Par la suite, une succession de lois et d'ordonnances vont concrétiser cette orientation régionale : Plusieurs outils comme les cartes sanitaires, instaurées par la Loi hospitalière de 1970, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, (SROS) issus de la Loi de 1991, les outils de la Loi de santé publique du 9 août 2004 tels que les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) ou encore la multiplication des instances régionales à l'instar des Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML), des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées par les ordonnances dites Juppé, illustrent cette direction vers l'échelle régionale. ³

Plus qu'une vision régionale, les SROS de troisième génération, issus du plan hôpital 2007, vont considérablement restructurer la zone d'offre en supprimant les cartes sanitaires au profit des territoires de santé. Ces derniers comme le sous-entend leur dénomination ne s'inscrivent plus dans une logique régionale mais territoriale. Leurs frontières géographiques ne sont pas automatiquement similaires aux limites administratives mais correspondent à des

¹ Laurent-Beq.A et Le Grand.E, Mai-Juin 2006, « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l'homme* n°383, pages 16-17

² Vigneron E, novembre 2004, « Santé publique des territoires de santé pour quoi faire ? », *Dossier Soins Cadres* n°52, pages 53-57

³ Bréchat PH, mars 2004, « Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé », ADSP n°46 disponible sur le site www.hcsp.fr/explore.cgi/ad461522.pdf (visité le 17/03/2012)

réalités locales. Cette vision est renforcée via la mise en place de Projets Médicaux de Territoire (PMT) chargés d'y décliner les objectifs du SROS.

Ces différentes évolutions s'apparentent à un « double mouvement d'étatisation et de déconcentration »⁴, positionnant l'état comme chef de file en matière de santé. La santé, comme définie dans l'article 2 de la Loi du 9 Août 2004, est de la responsabilité de l'Etat. « *La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État* »⁵. Cependant, ce dernier a choisi de déléguer aux collectivités territoriales certaines compétences jusque-là assurées par les services déconcentrés de l'Etat. Avec la Loi de décentralisation du 2 mars 1982, les politiques en faveur de publics fragilisés telles que les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les personnes en situation de précarité et l'enfance en danger relèvent des Conseils Généraux (CG). « *Le rôle des collectivités territoriales en matière de santé, envisagée en tant que compétence, peut être qualifié de résiduel. Cela ne signifie pas qu'il soit négligeable, bien au contraire* »⁶. Toutefois le positionnement de l'Etat en la matière « *n'est pas univoque et laisse une marge de manœuvre considérable aux collectivités locales* »⁷. Il semble légitime que les élus locaux, capables d'intervenir sur les déterminants de santé, se positionnent eux aussi sur le champ de la santé. Ils sont « *les opérateurs de la transversalité et dès lors qu'on reconnaît qu'une politique de santé concerne toutes les politiques qui ont un impact local (habitat, transport, éducation...), les élus locaux sont les mieux placés pour organiser cette mise en synergie* »⁸. Depuis plusieurs années des dispositifs volontaires se multiplient : les Animations Territoriales de Santé (ATS), les Ateliers Santé Ville (ASV), les volets santé des Agendas 21⁹, les contrats santé ville, l'adhésion au réseau ville santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, les projets locaux de santé, les projets de territoire. Ces derniers prouvent cette orientation, souhaitée, vers l'échelle locale.

L'approche locale des questions de santé est au cœur de la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009 (HPST). Celle-ci s'inscrit dans la Réforme Générale des Politiques

⁴ De Pourville, G, Mars 2011, « Les agences régionales de santé un an après : Historique et objectifs de la réforme », Actualité et Dossier en Santé Publique, pages 12-16

⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁶ SENAT, Mme Bruguière, 14 juin 2011, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé, page 8. Disponible sur le site : www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6001.pdf

⁷ Loncle. P, Mars 2009, « La mise en œuvre des politiques de santé publiques au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences Sociales et santé*, Volume 27 n°1, pages 7-30

⁸ Autes. M, Juin 2009, « Territoire, santé, démocratie », *Sciences sociales et de santé*, volume 27 n°2, pages 75-78)

⁹ L'Agenda 21 est un projet global et concret, dont l'objectif est de mettre en œuvre progressivement et de manière pérenne le développement durable à l'échelle d'un territoire

Publiques (RGPP), lancée en 2007 à l'initiative de Nicolas Sarkozy¹⁰. Cette transposition française du concept de « New Public Management », vise une transformation et modernisation de l'action publique. Elle s'inspire de concepts jusque-là réservés au marché, tels que la contractualisation, et l'évaluation. Cette RGPP a eu un impact fort sur l'organisation du système sanitaire français, posant les prémices de la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces agences regroupant sept institutions, (ARH, DRASS et DDASS, Union Régionale des Caisses Assurance Maladie, Groupement Régional de Santé Publique, Missions Régionale de Santé publique et Caisse Régionale d'Assurance Maladie dans leur volet 'sanitaire')¹¹, constituent les uniques autorités régionales chargées de piloter la politique de santé publique. Elles sont « *annoncées comme un remède aux maux dont souffre le système de santé français et plus particulièrement à sa segmentation en différents secteurs pourtant interdépendants : prévention, médecine de ville, Hôpital, secteur médico-social...Une segmentation accusée de compromettre aussi bien l'accès aux soins et leur qualité que l'équilibre du financement de l'assurance maladie* ». ¹² Leur objectif est de favoriser une approche territorialisée, globale et décloisonnée de la politique de santé.

Ces différentes évolutions reflètent la même volonté des acteurs publics, à savoir, se rapprocher des réalités locales pour répondre plus efficacement aux besoins de santé de la population. Le système de santé français, comme de nombreux pays européens, se dirige donc vers une conception « *territorialisée de l'action publique en matière sanitaire* »¹³ Il s'agit de décliner localement les objectifs fixés au niveau central en tenant compte des spécificités territoriales. La territorialisation de la santé revient à « *appréhender la santé à partir des réalités spatiales et des processus afférents* »¹⁴. Cette logique guide, aujourd'hui, l'action des ARS comme en témoignent les dispositifs issus de la Loi HPST. Afin de poursuivre ce processus de territorialisation de la santé, il est possible pour les ARS de décliner territorialement leur Projet Régional de Santé (PRS) grâce à l'utilisation de nouveaux outils facultatifs, que sont les Programmes Territoriaux de Santé (PTS) et les Contrats Locaux de Santé (CLS). Ces deux outils constituent un nouveau moyen d'assurer localement la politique en favorisant une appréhension globale et multidimensionnelle de la santé.

¹⁰ Président de la république française de 2007 à 2012

¹¹ <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html>

¹² Octobre 2009, « le cahier juridique la loi Hôpital Patient Santé et Territoire », Actualités Sociales Hebdomadaire n° 2629, pages 47

¹³ Rapport d'information n° 600 (2010-2011) de Mme Marie-Thérèse BRUGUIÈRE, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales, déposé le 14 juin 2011. Disponible sur le site http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-600_mono.html (visité le 7/06/2012)

¹⁴ Amat-Rose.JM, 2011, « Territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », héraodote revue de géographie et de géopolitique n°143 (Géographe spécialisée dans le domaine de la santé)

L'ARS Bretagne a clairement affiché sa volonté de décliner localement son PRS, arrêté le 9 mars 2012, par son directeur général.¹⁵ Elle achève donc sa période d'élaboration du PRS pour entamer sa phase de mise en œuvre opérationnelle. Celle-ci sera concrétisée par la mise en place de Programmes Territoriaux de Santé (PTS) et Contrats Locaux de Santé (CLS). Au regard de la loi ces deux outils apparaissent comme facultatifs, « *La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17¹⁶* ». Toutefois, des mesures incitent fortement les acteurs à se lancer dans ce type de démarche. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signé entre l'Etat et l'ARS, inscrit dans son axe « *Promouvoir l'égalité devant la santé* » un indicateur intitulé « *Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) (en cumulé)* ». Celui-ci est fixé à sept signatures de CLS à l'horizon 2013 pour la région Bretagne. Ce cadre encourage donc fortement les acteurs à développer les démarches de CLS et de PTS.

L'une des priorités affichées par l'agence est d'aboutir à la finalisation des PTS pour fin 2012. Ces PTS et CLS seront déployés pour la première fois, il s'agit donc d'une période de mise en œuvre déterminante pour l'ARS. Les textes législatifs encadrant ces outils sont très larges et ne précisent aucune modalité ni cadrage méthodologique, pour assurer sa mise en œuvre. De ce fait, les ARS doivent élaborer elles-mêmes leur stratégie et doctrine régionale. Dans ce contexte il paraît opportun de s'interroger sur la manière à adopter pour garantir la déclinaison du PRS ? Quels peuvent être les facteurs qui vont conditionner la réussite de ces nouveaux dispositifs ? Autrement dit, quelle démarche et quels principes faut-il respecter pour faire en sorte que cette déclinaison fonctionne et soit acceptée des acteurs ? Il s'agira de prendre pour exemple les territoires de santé Bretons n°5 et n°6, relevant de la délégation territoriale d'Ille et Vilaine (DT), au sein de laquelle j'effectue mon stage. Le territoire de santé n°5 s'étend sur les zones de Rennes à Redon en passant par Fougères et Vitré. Le territoire n°6 correspond, quant à lui, aux pays de Dinan et de Saint Malo.

Cette interrogation sous-entend de s'intéresser aux deux outils proposés par la Loi HPST à savoir les Programmes Territoriaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé. Ces derniers sont-ils pertinents pour décliner localement la politique régionale de santé ? Ces outils s'insèrent dans la lignée de dispositifs à ancrage territorial déjà existant comme les Projets Médicaux de Territoire (PMT) ou les Ateliers Santé Ville, ils viennent compléter une certaine dynamique. Quelle est donc la plus-value de ces outils, leurs enjeux et intérêts dans le pilotage des politiques ? Cette interrogation sur les enjeux de tels outils est aussi soulevée par le caractère

¹⁵ Monsieur Alain Gautron

¹⁶<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891623&dateTexte=&categorieLien=cid>

facultatif qu'ils revêtent. Au regard des textes les PTS et CLS apparaissent comme optionnels, ce qui questionne sur l'intérêt de les développer.

Par ailleurs, cette réflexion sur les facteurs de réussite appelle automatiquement une autre question, quelles sont les contraintes visibles sur ces deux territoires ? Effectivement, il semble pertinent de s'intéresser au préalable aux contraintes, aux attentes identifiées par les acteurs de terrain pour maximiser la réussite de la déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé. Mais il semble aussi opportun de prendre appui sur des démarches existantes, comme le CLS de Vitré ainsi que sur des expériences antérieures de planification tels que les projets médicaux de territoire.

Méthodologie

Pour répondre à cette problématique, la méthodologie retenue associe recherche et utilisation de la littérature, conduite d'entretiens et observations.

Le premier travail a consisté à sélectionner la littérature présente sur le sujet, à la fois la documentation sur l'historique et l'évolution de la politique de santé vers une politique « Territorialisée » et le contexte d'apparition des Agences Régionales de Santé ainsi que sur la Loi HPST et ses outils de PTS et CLS. Cette utilisation de la littérature s'est faite par le biais d'articles, et ouvrages disponibles sur le sujet mais également de documents internes à l'ARS présents sur l'intranet. Etant donné le caractère nouveau de ces outils, j'ai appuyé ma réflexion sur les conditions de réussite révélées dans l'article « *Quelles sont les conditions de réussites des interventions en santé publique ?* »,¹⁷ publié en 2005 dans la revue Société Française de Santé Publique, et les facteurs de réussite des projets médicaux de territoire, mis en évidence par une étude de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, en 2011 dans son « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* »¹⁸.

En parallèle de ces appuis bibliographiques, j'ai identifié et rencontré seize acteurs internes ou externes à l'ARS, concernés par le sujet, pour recueillir leurs avis et attentes sur cette déclinaison territoriale du projet régional de santé. Etant donnée la dimension novatrice de ces outils de CLS et PTS, nous disposons à l'heure actuelle de peu de recul, d'où l'idée de s'appuyer, outre le CLS déjà initié sur le territoire n°5, de la perception et du regard des acteurs

¹⁷ Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisdon J-C et vérité E, avril 2005, « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? » Santé publique n°17, p.569-582

¹⁸ ANAP, janvier 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales disponible sur le site <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/> (visité le 6/05/2012)

de terrain. Comment avec leur expérience de terrain et leur vision sur l'évolution du système de pilotage des politiques, ils envisagent la réussite de la déclinaison du PRS.

Enfin, les observations et propos recueillis lors des diverses réunions auxquelles j'ai pu assister pendant ce stage sur les programmes territoriaux de santé ou sur les contrats locaux de santé ont également appuyé ma réflexion.

Les critères de réussite issus de référence bibliographique mis en relation avec les expériences et avis des acteurs de terrain ont permis d'en analyser la situation sur les territoires de santé n°5 et n°6.

Le choix de mener cette réflexion est principalement lié à ma mission de stage. Cependant c'est aussi pour moi l'occasion de comprendre l'enjeu de ces nouveaux dispositifs collaboratifs de PTS, CLS rassemblant les ARS et les collectivités territoriales, qui sont deux terrains professionnels vers lesquels je souhaiterai m'orienter professionnellement. Par ailleurs, c'est l'opportunité de mener une réflexion sur deux nouveaux outils de santé publique susceptibles de se développer. Cette mission autour des programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé m'a permis d'appréhender de façon réaliste et concrète la mise en œuvre locale des politiques de santé, et de saisir en pratique des notions abordées au cours du master comme le PRS et ses différentes composantes mais aussi sur des outils et méthodes vues au cours de la spécialité « gestion de projet ». Enfin, les Thématiques des CLS et PTS étant vastes cela m'a offert la possibilité de découvrir l'étendue des compétences de l'ARS.

Pour répondre à cette problématique, ce mémoire se scinde en trois parties :

La première partie sera consacrée aux outils de PTS et CLS afin de mieux percevoir les enjeux et intérêts que représentent ces nouveaux outils de santé publique.

Dans une seconde partie, une identification des facteurs de réussite de telles démarches sera réalisée à partir d'expériences antérieures, propres ou non au territoire breton. Un état des lieux des territoires n°5 et n°6 alimentera également cette partie en s'appuyant sur les contraintes et les attentes ressenties par les différents acteurs interrogés. Ces constats permettront de vérifier si les facteurs de réussite soulevés préalablement sont présents sur les territoires de santé n°5 et n°6.

Enfin, il paraît pertinent de fournir dans une dernière partie quelques préconisations et conditions à mettre en œuvre notamment en termes de méthodologie pour maximiser la réussite de la déclinaison territoriale du PRS, sur les territoires de santé n°5 et n°6.

CHAPITRE 1 :

LOI HOPITAL PATIENT SANTE ET TERRITOIRE : DE NOUVEAUX OUTILS AU SERVICE D'UNE APPROCHE TERRITORIALISEE DE LA SANTE

La Loi Hôpital Patient Santé et Territoire constitue, aujourd'hui, une loi phare à l'origine d'une profonde transformation du système de santé français. Celle-ci conçoit la politique de santé à travers une approche territorialisée, organisée sur un double échelon : régional et local. La politique, dont les maîtres mots sont transversalité, territorialité et proximité, est pilotée régionalement pour ensuite être déclinée localement, dans la perspective d'une réponse plus optimale. Différents outils, de planifications ou organisationnels, imposés (1) ou facultatifs (2) sont instaurés depuis le 21 juillet 2009 pour répondre à cette nouvelle conception de la politique de santé.

1 : DES OUTILS IMPOSES PAR LE LEGISLATEUR POUR ASSURER UNE APPROCHE TERRITORIALISEE DE LA POLITIQUE DE SANTE

La Loi HPST organise la territorialisation de la santé à travers différents outils et modes d'organisation imposés par le législateur.

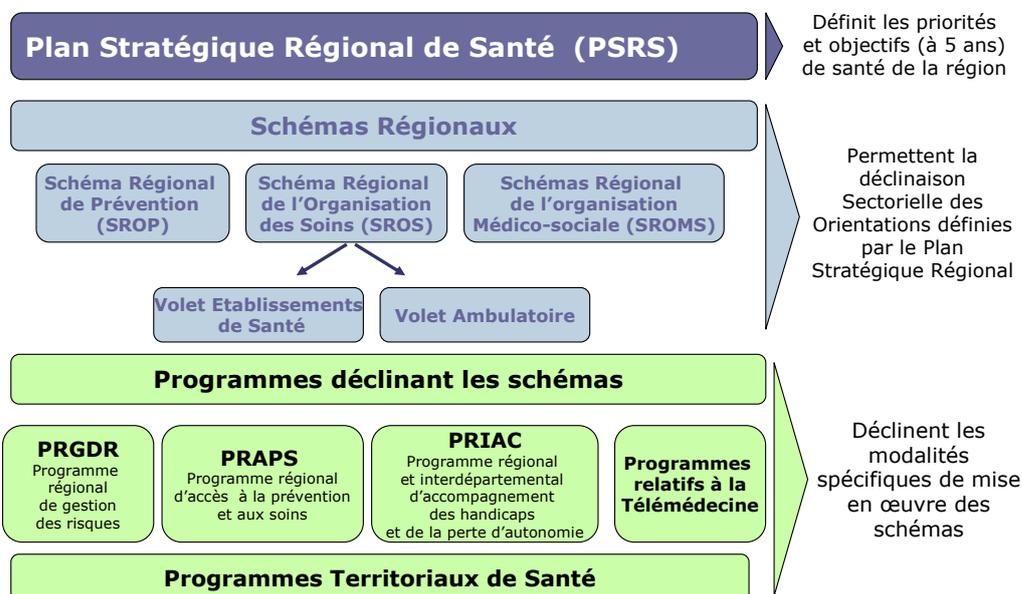
1.1.1 Le projet régional de santé : un outil de vision régionale et locale

Cette loi du 21 juillet 2009, dite Loi « HPST », impose l'élaboration par chaque ARS d'un projet régional de santé qui constitue « *la feuille de route de la politique de santé de la région pour cinq ans* »¹⁹. Ce PRS « *voit le jour au travers du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 portant application des articles L1434-1 et suivants, du code de la santé publique, issus de la Loi HPST* »²⁰. Ce nouvel instrument de planification permet de construire une politique de santé « *globale et intersectorielle* », impliquant de multiples acteurs du secteur de la prévention, du soin, de l'accompagnement social et médico-social, en passant par les acteurs de la protection maternelle et infantile, la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé en faveur des

¹⁹ Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016

²⁰ Debost C, Gaubert J, Janvier 2011, « La déclinaison de la planification régionale : la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) », Revue Droit et Santé n°39, pages 95-97

personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le législateur prévoit que ce nouvel outil de pilotage, concerté, se structure sur trois niveaux combinant une vision régionale et locale.



Source : Rongère.L, Document « Programme territoriaux de santé conférence de territoire n°5 »

A) Le plan stratégique régional de santé

Chaque ARS doit concevoir un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui détermine les objectifs et priorités à atteindre dans le domaine de la santé. Ces PSRS constituent les fils conducteurs auxquels doivent se raccrocher et s'accorder l'ensemble des schémas, programmes et actions déployés pour améliorer la santé de la population. Il comporte un diagnostic, un plan stratégique énonçant les priorités et objectifs à respecter en la matière.

Le PSRS Breton a acté pour finalité « *Agir ensemble pour la santé de tous les Bretons* »²¹. Pour y répondre trois grandes priorités ont été définies en référence aux problèmes et enjeux de santé identifiés sur la région. La Bretagne figure parmi celle qui possède un taux de mortalité prématurée relativement élevé. Ainsi, on note une surmortalité prématurée supérieure de 10 % chez les hommes et 7% chez les femmes par rapport à la moyenne nationale. L'attention portée par les acteurs sur cette problématique majeure de santé et sur la nécessité de développer une approche globale et préventive de la santé s'affirme à travers la priorité n°1 du projet, « *Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de la vie* ». La seconde priorité porte sur « *l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie des dépendances et du vieillissement* », en réponse au contexte actuel de vieillissement de la population qui appelle à

²¹ Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016

réflexion pour répondre à cette « *menace systémique* »²². De plus, la région Bretagne se caractérise par un vieillissement plus marqué que la moyenne nationale des autres régions françaises et présente des carences apparentes dans la prise en charge du handicap²³. La dernière priorité retenue est de « *favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire* » et contribuer ainsi à la réduction des inégalités territoriales de santé. L'ensemble de ces finalités doit être assuré en garantissant l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire dans le respect de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), annuellement voté par le parlement.

Ce PSRS, véritable socle commun de la politique, fixe le cadre global et précise également les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PRS. Il fait l'objet d'une déclinaison via des schémas régionaux d'organisation et différents programmes.

B) Les schémas régionaux d'organisation

Les objectifs du PSRS se déclinent au sein de trois schémas régionaux d'organisation portant sur les domaines de compétences des ARS : le soin, le médico-social, la prévention, la veille et sécurité sanitaire.

Le schéma régional de l'organisation des soins (SROS), composante essentielle du PRS, comprend un premier volet dédié à l'offre hospitalière. Ce dernier définit les orientations hospitalières vers lesquelles s'oriente la région dans l'objectif d'« *améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population* »²⁴ Les soins de « premier recours » font l'objet d'un second volet consacré à l'offre ambulatoire. Celui-ci concerne l'organisation des professionnels de santé libéraux, il précise les objectifs et moyens à mettre en œuvre pour assurer une couverture géographique suffisante en professionnels, favoriser la coordination et une meilleure articulation entre ces derniers, au travers notamment de nouveaux dispositifs de travail collectif.

Le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS), partie intégrante du PRS à quant à lui « *vocation à organiser la prise en charge médico-sociale en lien avec les actions de prévention, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers* »²⁵. Ce schéma précise les orientations et évolutions envisagées par les établissements et services médico-sociaux, pour

²² Elément de réflexion pour une politique nationale de santé publique 2010-2014

²³ CESER, 24 janvier 2012, « Contribution à la consultation publique sur le projet de santé publique 2012-2016, page 18

²⁴ CESER, 24 janvier 2012, « Contribution à la consultation publique sur le projet de santé publique 2012-2016, page 24

²⁵ <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Les-schemas.126771.0.html>

assurer une offre médico-sociale cohérente avec les besoins des personnes en situation de handicap, des personnes en pertes d'autonomie, aux personnes précaires ou confrontées à des difficultés spécifiques telles que les addictions.

Enfin, un schéma est aujourd'hui consacré au domaine de la prévention via le Schéma Régional de la Prévention. Celui-ci constitue une innovation de la Loi HPST, il prouve la volonté des pouvoirs publics de prendre en considération cette dimension trop souvent laissée à la marge, malgré son intérêt indéniable sur la santé et son approche transversale à l'ensemble des thématiques du PRS (vieillesse, handicap, périnatalité, santé mentale, maladies chroniques...). Ce schéma s'articule autour d'un volet dédié à l'organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) et un volet consacré à la prévention et promotion de la santé. Ce dernier indique les orientations définies par la région pour favoriser un environnement propice à un « *bon état de santé* » et donner aux populations les moyens d'agir sur les déterminants de santé, comme sous-entendu par la charte d'Ottawa²⁶.

Dans un souci de transversalité, il est primordial que l'ensemble de ces schémas soient cohérents et ne négligent pas les orientations départementales établies par les conseils généraux, dans le secteur du handicap et de la gérontologie.

C) Les Programmes

Ces trois schémas sont formalisés par la mise en œuvre de programmation déclinant leurs modalités spécifiques d'application. La loi impose que la politique régionale de santé fasse l'objet de quatre programmes « obligatoires » :

- le *programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPGDR)* mis en œuvre conjointement par l'ARS et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Il a vocation à assurer et améliorer le rapport coût-qualité par le biais de multiples actions.
- Le *programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS)*, a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé en favorisant l'accès à l'offre de soins et médico-social aux personnes en situation de précarité et de pauvreté tels que les sans domicile fixe, les chômeurs, etc
- Le *programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)*, fixe les priorités de financements pour les créations, transformations et extensions de structures médico-sociales financées par l'Etat ou la caisse d'Assurance Maladie.

²⁶ Charte adoptée le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

- *Le programme régional télémédecine et systèmes d'informations (PRTSI) vise une meilleure qualité des soins grâce à une utilisation optimale de l'information médicale et le recours à de nouveaux outils de télécommunication tels que la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance et la téléassistance médicale.*

Outre ces différents outils de planification et de programmation régionale, les modes d'organisation de l'ARS facilitent aussi cette approche par territoire.

1.1.2 Une organisation territorialisée

L'objectif actuel est d'assurer la mise en place d'une politique de santé publique territorialisée et décloisonnée via les agences régionales de santé (ARS). La territorialisation constitue au côté de la concertation l'un des principes d'action de l'ARS Bretagne. Au-delà d'une vision régionale, les ARS poursuivent une approche locale des questions de santé. Celle-ci est rendue possible grâce à l'organisation sur laquelle elles s'appuient.

A) Les Délégations Territoriales

Tout d'abord, les ARS s'organisent autour d'un siège, répartis en directions métiers et de délégations territoriales. L'ARS Bretagne dispose de :

- 4 directions métiers :
 - ❖ La direction de la stratégie de la performance et de l'évaluation
 - ❖ La direction de la santé publique
 - ❖ La direction de l'offre de soins et de l'accompagnement
 - ❖ La direction de la démocratie sanitaire et des partenariats
- 2 directions supports :
 - ❖ La direction des ressources,
 - ❖ La direction financière
- 4 Délégations Territoriales
 - ❖ Ille et Vilaine
 - ❖ Côtes d'Armor
 - ❖ Finistère
 - ❖ Morbihan
- Chaque délégation territoriale comprend deux départements :
 - ❖ Département Action et Animation Territoriale de Santé
 - ❖ Département Veille Sécurité Sanitaire et Environnement

La région Bretagne dispose de quatre délégations territoriales présentes sur chacun des départements bretons. Elles sont chargées d'animer au cœur des territoires des actions entrant dans le champ du médico-social, du soin, de la prévention, de la veille et de la sécurité sanitaire. Ces délégations, guidées par deux principes forts, proximité et animation territoriale, assurent l'encrage de la politique régionale de santé dans les territoires. Elles constituent le point de relais, l'interface entre les territoires et le siège et accompagnent les acteurs de terrains dans la mise en œuvre de leurs projets.

Afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins locaux, l'ARS Bretagne procède actuellement à une réorganisation interne de ces délégations dans l'optique d'assurer une animation territoriale plus optimale. Pour ce faire, les délégations territoriales ne sont plus organisées en quatre pôles : «Offre de soins», «Offre médico-sociale», «Veille et sécurité sanitaire » et « Environnement ». Les deux premiers pôles sont désormais regroupés au sein d'un même département « Action et animation territoriale de santé » (*cf organigramme annexe 1*). A travers cette nouvelle organisation, le principe d'action n'est plus associé au domaine de compétence mais au territoire de santé. Pour assurer cette approche territoriale et non plus sectorielle, chacune des délégations territoriales bretonnes, dispose d'un coordonnateur de territoire assurant l'animation des actions de santé. Cette organisation permet d'être au plus près des réalités locales et d'être en capacité de détecter les besoins de la population en matière de santé, mais aussi d'assurer la transversalité de la politique et le décloisonnement pour impulser une véritable dynamique locale de santé. En effet, « *La territorialisation est un puissant moyen de décloisonnement des politiques et des dispositifs de santé par une vision d'ensemble des besoins de santé et des réponses susceptibles d'être mobilisées sur un territoire de référence* ». ²⁷ Désormais, c'est au cœur des territoires de santé que s'organise la politique de santé.

B) Les Territoires de Santé

La notion de « *territoires de santé* » apparaît lors des SROS de troisième génération. A l'origine, elle se cantonnait uniquement à la sphère médicale puisqu'il s'agissait de « *zone pertinente de l'organisation des soins* » ²⁸. Depuis la Loi HPST, les ARS ont l'obligation comme le stipule l'article L 1434-16 du CSP de définir des « *territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* ». Même si ces territoires de santé peuvent correspondre aux limites géographiques des territoires sanitaires antérieurs, leur objet s'étend désormais à l'ensemble des champs de

²⁷ Becquart.P, Janvier 2006, « PTS Lille Métropole Nord : une assemblée générale unanime » Contact Santé n° 211 pages 16-17

²⁸ <http://www.sante.gouv.fr/les-territoires-de-sante.html>

compétences de l'ARS. Ce découpage étant réalisé par les ARS en concertation avec les acteurs, la façon de concevoir ces territoires de santé est variable d'une région à l'autre. L'ARS Bretagne, avec l'avis du Conseil Régional et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), a décidé en juillet 2010 de maintenir un découpage de proximité correspondant à la zone antérieure d'application du SROS. Ce maintien permet de s'appuyer sur des territoires expérimentés, connus des acteurs et correspondant à des réalités concrètes. L'ARS s'organise autour des huit territoires de santé arrêtés le 8 septembre 2010, par son directeur général. Les territoires Rennes-Fougères- Vitré-Redon (n° 5) et Saint-Malo-Dinan (n° 6) relèvent de la délégation territoriale Ille et Vilaine.



En plus d'être une zone pertinente de mise en place des actions de santé, ces territoires de santé représentent aussi un espace de concertation et de démocratie sanitaire à l'instar des Conférences de Territoire.

C) Les Conférences de Territoire

Ces conférences de territoire sont elles aussi imposées par la Loi HPST, comme le précise l'art D 1434-1 « *Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue, dans chacun des territoires de santé qu'il a définis en application de l'article L. 1434-16, une conférence de territoire* ». Ces conférences de territoire participent à cette vision territorialisée de la politique de santé, au sens où elles permettent de faire remonter l'information et les besoins locaux de santé nécessaires à la construction de la politique de santé. Ces conférences de territoire regroupent au maximum 50 membres, désignés selon les modalités prévues par le décret 201-347 du 31 mars

2010²⁹. Ces derniers, ayant voix délibérative, émettent leurs avis sur le PRS et sa mise en œuvre. De ce fait, ces conférences « *contribuent à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique* »³⁰. La participation d'acteurs locaux œuvrant dans les différents champs de compétences de l'ARS et possédant une connaissance fine des problématiques du territoire est primordiale pour concevoir une politique en adéquation avec les besoins du terrain et de la population. La légitimité de cette instance s'appuie sur une représentativité de l'ensemble des domaines avec des acteurs répartis au sein de huit collèges différents :

- ❖ Les établissements de santé
- ❖ Les établissements médico-sociaux
- ❖ Les organismes du secteur de la prévention et promotion de la santé
- ❖ Les professionnels de santé libéraux
- ❖ Les centres de santé, maisons de santé, pôle de santé, réseaux de santé
- ❖ Les établissements du secteur des soins à domicile
- ❖ Les services de santé au travail
- ❖ Les associations d'usagers

La participation de cette conférence est gage de démocratie sanitaire, concept fondamental à respecter en matière d'élaboration de politique publique. Ce principe s'appuie également sur un acteur bien plus large, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Celle-ci regroupe l'ensemble des acteurs de la région, concernés de près ou de loin par les questions de santé. Structurée autour d'une commission permanente et de trois commissions spécialisées, elle a vocation à donner son avis et procéder à l'évaluation du PRS.

Au-delà de ces instruments obligatoires, d'autres dispositifs facultatifs sont proposés par la Loi HPST, pour favoriser une déclinaison territoriale de la politique régionale de santé.

²⁹ De Lacaussade G, Mars 2011, « Les ARS un an après : les ARS missions et organisations », Actualités et Dossier en Santé Publique n°74, pages 17-21

³⁰ Art L 1434-17 du code de la santé publique

2 : DES OUTILS FACULTATIFS POUR ASSURER LA DECLINAISON LOCALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE

Dans l'objectif de décliner localement la politique régionale de santé, tout en tenant compte des spécificités et particularités propres à chaque territoire, la Loi HPST propose d'autres outils : les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé. Ces derniers sont facultatifs et laissés à la libre appréciation de l'ARS et des acteurs de terrain. Outre ces programmes territoriaux, d'autres programmes spécifiques, dits « optionnels », peuvent être élaborés par l'ARS. Afin « d'améliorer la santé pour tous les bretons »³¹, l'ARS Bretagne a choisi d'en concevoir quatre :

- ❖ Le programme médicaments et infections associés aux soins,
- ❖ Le programme ressources humaines des professionnels de santé,
- ❖ Le programme régional santé environnement
- ❖ Les programmes territoriaux de santé

Il convient dès à présent de s'attarder sur ce que sont les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé, quels sont les enjeux et intérêts de ces nouveaux outils de santé publique dans le pilotage des politiques de santé, peuvent-ils être pertinents pour décliner localement le PRS, qu'apportent-ils aux acteurs locaux ?

1.2.1 Les Programmes Territoriaux de Santé

A) Présentation et cadre réglementaire

Les programmes territoriaux de santé (PTS) constituent l'une des innovations de la Loi HPST. L'article L1434-2 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « *la programmation du PRS peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé* ». En d'autres termes, les programmes territoriaux de santé ne sont pas des dispositifs opposables. Composante du PRS, le programme territorial de santé est soumis aux mêmes modalités de consultation, à savoir une consultation pour avis de la CRSA, des collectivités territoriales et du préfet de région, comme le définit l'article L. 1434-3 du CSP. Cet outil est une programmation d'actions pour répondre aux thématiques retenues comme structurantes par l'ARS et les conférences de territoire, dans un territoire donné. Considéré comme une nouveauté par la Loi HPST, ce concept de PTS a déjà été introduit dans la région Nord, précurseur sur cet enjeu de territorialisation. Cette région aux inégalités infrarégionales fortes a développé, dans le cadre de son Plan Etat Région 2000-2006, une politique de santé, régionale et territoriale ambitieuse et unique, à travers l'instauration de

³¹ Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016

programmes territoriaux de santé dans chacun des territoires de la région, soit 15 PTS pour « *articuler sa politique régionale de santé au plus près des territoires* », « *se rapprocher des habitants et réduire les inégalités infrarégionales* »³².

Ce dispositif issu de la Loi HPST s'inscrit dans une logique de territorialisation de la santé et prend place au côté d'autres outils à dimension territoriale comme les projets médicaux de territoire. Quels sont alors les intérêts de développer ce type d'outil ? Quels enjeux représentent-ils pour la politique de santé et ses acteurs ?

B) Les Enjeux et intérêts de ce nouvel outil

Au regard des données issues d'observations ou de la littérature, les programmes territoriaux de santé revêtent plusieurs enjeux :

➤ Le PTS : un outil au service d'une mise en œuvre opérationnelle du PRS au cœur d'un territoire

Dans la chaîne de pilotage des politiques de santé, le PTS s'inscrit comme un maillon au service du PRS assurant sa mise en œuvre concrète et locale. Il représente un outil « *permettant de se saisir du PRS, et d'agir à un niveau opérationnel* », « *de le rendre concret* ». ³³

Dans ce sens, les PTS, une fois élaborés et validés, constitueront un des documents de cadrage et de référence des acteurs du territoire pour la durée d'application du PRS. Leur principal enjeu est d'assurer sur un territoire la déclinaison du PRS, à travers la mise en place d'actions concrètes, jugées prioritaires au regard des besoins de santé. L'enjeu des PTS n'est donc pas de décliner l'intégralité du PRS mais les thématiques correspondantes aux besoins et particularités identifiées dans le territoire et par le territoire. Ainsi, le PTS reflète « *l'expression des priorités portées par le territoire* »³⁴. Comme précisé par un acteur de la prévention « *il ne faut pas que les PTS soient une redite du PRS, mais qu'ils soient une réponse aux besoins exprimés par un territoire* »³⁵. « *Le PTS constitue une opportunité pour faire émerger les besoins du territoire* »³⁶. Si l'on compare les PTS des territoires de santé n°5 et n°6, ils intègrent des thématiques différentes reflétant bien les besoins de chacun. Ainsi, la cancérologie est une thématique retenue par le territoire de santé n°6, celui-ci affiche un taux de cancer plus élevé que la moyenne bretonne notamment sur la ville de Saint Malo³⁷. Le territoire de santé n°5 a lui retenu la thématique « *Accompagnement du handicap*

³² Becquart.P, Janvier 2006, « PTS Lille Métropole Nord : une assemblée générale unanime », Contact Santé n°211, pages 16-17

³³ Propos recueilli en entretien

³⁴ Charte d'élaboration des programmes territoriaux de santé (document interne ARS)

³⁵ Propos recueilli en entretien

³⁶ Entretien

³⁷ Propos recueilli par le maire de Saint Malo

et parcours de vie » du fait notamment du problème des jeunes cretons³⁸, très important sur ce territoire.

➤ **Le PTS : Un outil participatif au service d'un décloisonnement**

L'intérêt de cet outil de planification est de « *mettre autour de la table des acteurs de différents secteurs* »³⁹. Comme le souligne un acteur de la ville « *Ce n'est pas tous les jours que les acteurs de la ville se retrouvent à la même table que les professionnels hospitalier, libéraux, médico-social, et de la prévention* ». L'enjeu des PTS est de réunir les différents acteurs, pour organiser au mieux la réponse aux besoins de la population du territoire. Par exemple, la thématique de « *Prise en charge des personnes âgées* », impliquant la mise en place de filières gériatriques et gérontologiques nécessite une collaboration entre les acteurs et professionnels de la santé, du médico-social et de la prévention pour assurer un parcours de patient sans ruptures. A travers cette dimension partenariale, l'enjeu est de faciliter le décloisonnement entre les acteurs du système de santé. L'intérêt est que ces derniers « *rentrent dans une logique de projet territorial et fassent émerger des projets transversaux* »⁴⁰, dans l'optique de favoriser une prise en charge globale du patient, un parcours de soins fluide et coordonné. Ce décloisonnement est possible grâce la dimension participative des PTS. Ceux-ci, au-delà de l'ARS et de ses délégations territoriales, se structurent autour de professionnels variés. Quatre acteurs apparaissent comme fondamentaux dans cette démarche participative :

❖ Les conférences de territoires

Les conférences de territoire jouent un rôle important dans l'élaboration des PTS. Elles ont une connaissance approfondie et détaillée de leur territoire. Ce regard est fondamental pour repérer les besoins et problématiques spécifiques au territoire. Leurs connaissances permettent d'alimenter le diagnostic territorial de santé. Les conférences de territoires se positionnent comme une véritable force de propositions. En lien avec l'agence régionale de santé, elles vont définir et donner leurs avis sur les grandes thématiques et orientations du PTS et les traduire en programme d'actions. Enfin, elles assurent la dimension démocratique grâce à la représentation de multiples acteurs y compris de représentants d'usager.

❖ Les collectivités territoriales

Pour avoir une vision réaliste des problèmes locaux, le regard des collectivités territoriales et notamment des élus, acteurs de proximité, est nécessaire. Ainsi, les données et informations

³⁸ Les jeunes handicapés de plus de vingt ans maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton du 13 janvier 1989. On dénombrait 73 jeunes cretons en 2009 contre 99 en 2010

³⁹ Propos recueilli en entretien

⁴⁰ Propose recueilli en entretien

détenues par les Conseils Généraux (CG) dans le domaine du handicap ou de la dépendance doivent compléter les données de l'ARS pour un diagnostic plus exhaustif. Les collectivités territoriales constituent des partenaires phares pour mener à bien le programme territorial de santé. Même si l'implication des élus ne se traduit pas nécessairement par un soutien financier, elle représente un appui technique et une expertise indispensable pour la mise en œuvre des actions. Par exemple, les villes n'ayant pas formellement de compétences en matière sanitaire peuvent s'investir sur les questions liées à la promotion de la santé. Dans cette perspective, elles développent des initiatives en adéquation avec les priorités du PRS. Le dispositif « Nozambule », développé par la Ville de Rennes pour prévenir les conduites à risque, confirme cette idée.

❖ La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Le PTS faisant partie intégrante du PRS, il est soumis aux mêmes modalités de consultation. Il doit donc être confronté à l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi qu'aux collectivités et préfet de région. Cette consultation de la CRSA dans la démarche permet une participation et représentation de la population à ce dispositif de PTS.

❖ Les professionnels et acteurs de terrain

Les actions inscrites dans le cadre des PTS impliquent automatiquement la participation des professionnels de santé de la sphère sanitaire, sociale, médico-sociale et de la prévention. Ces différents acteurs intervenants dans le secteur public, privé, associatif constituent des ressources pour concevoir et animer les actions inscrites dans les PTS. Ces programmes ont l'atout d'associer et de faire participer plusieurs acteurs concernés par le sujet d'intérêt général que représente la santé. A travers ce partage de connaissances et d'expériences, ces PTS permettent de créer une véritable dynamique de santé et de coopération sur le territoire. « *Le PRS ne doit pas rester un beau papier il faut le faire vivre et ce sont les acteurs locaux qui le permettent* ». ⁴¹ Cette participation et collaboration est importante, elle permet un partage de connaissances, d'expertises et de technicité au service de l'amélioration de l'état de santé de la population.

Cette mutualisation des ressources et des compétences poursuit aussi une logique de rationalisation des dépenses pour préserver l'équilibre du système de santé, objectif fixé aux ARS.

Par ailleurs, cette dimension participative décloisonne les acteurs et contribue à une appréhension globale de la santé. L'intérêt des PTS, contrairement aux projets médicaux de territoire, limités à la sphère sanitaire est de concevoir, sur un territoire donné, une politique de santé transversale et intersectorielle répondant aux priorités du territoire et à la politique régionale

⁴¹ Propos recueilli en entretien

de santé. Ainsi, le PTS permet d'inscrire, au cœur d'un territoire, des actions relevant autant du domaine de l'ambulatoire, de l'hospitalier, du médico-social que du préventif afin de répondre aux trois objectifs fixés dans le PSRS. Pour exemple, les PTS peuvent contenir des thématiques très variées ayant trait à des publics, activités et modes d'organisation différents :

- ❖ Prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap
- ❖ Santé mentale, périnatalité, réanimation, oncologie, les soins de suites et de réadaptation,
- ❖ Mise en œuvre d'une offre de soins territoriale et graduée, développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de santé, mode d'exercices collectifs, etc.

➤ **Le PTS : Un outil au service d'une dynamique territoriale**

En rassemblant de multiples acteurs, l'objectif, est de renforcer les interconnaissances, de favoriser la mise en réseau des professionnels afin d'accroître ou d'impulser des logiques de coopération, collaboration qui permettront à terme de créer une véritable dynamique territoriale. A titre d'illustration, un acteur précise que « *la réflexion menée dans le cadre du PTS du territoire n°6 permettra d'alimenter le futur projet territorial de santé de St Malo* ». « *Le PTS permet de poursuivre la dynamique déjà instaurée* ». ⁴²

Après avoir mis en évidence les intérêts du PTS, il convient de s'interroger sur les apports concrets que ce nouvel outil de programmation pourrait offrir aux acteurs de terrain.

➤ **Le PTS : Quels intérêts pour les acteurs de terrains ?**

Les PTS sont pour de nombreux acteurs de terrain l'opportunité de faire entendre leurs opinions sur les questions de santé et d'affirmer leurs positionnements.

❖ Acteurs des collectivités locales

Une personne de la Ville de Rennes a souligné l'importance que les villes soient reconnues à leur juste valeur comme acteurs de proximité légitimes pour intervenir en matière de santé et soumettre leurs regards sur la politique de santé régionale. Les PTS sont donc l'opportunité pour les collectivités locales de participer à cette dynamique et de montrer à la population qu'elles s'impliquent pour améliorer sa santé et lui apporter des réponses de proximité.

⁴² Propos recueilli en entretien

❖ Acteurs du secteur médico-social :

L'intérêt évoqué par les acteurs du médico-social rejoint celui des collectivités, à savoir, entendre leurs positions et attentes. Pour un acteur de la santé mentale, les PTS sont l'occasion de faire entendre les besoins des malades psychiques, les problématiques que soulèvent aujourd'hui leur prise en charge : manque de moyens, manque de personnels formés et sensibilisés à la maladie psychique nécessitant un accompagnement particulier. Ces temps d'échanges, caractérisant l'élaboration des PTS, permettent de « *Faire connaître la maladie psychique notamment auprès d'élus locaux qui bien souvent éloignés du domaine médical n'ont pas réellement conscience des troubles psychiques. Certains les considèrent comme des personnes dangereuses alors qu'elles sont malades* »⁴³.

Au-delà de cet enjeu d'acculturation et de reconnaissance, l'intérêt est également d'ordre financier. Les acteurs souhaitent des moyens financiers supplémentaires, gage de réussite selon leur dire.

❖ Acteurs de la prévention :

De nombreux acteurs de santé publique considèrent que le domaine de la prévention et de la promotion de la santé n'est pas suffisamment pris en compte dans la politique sanitaire. Ils voient dans ces programmes territoriaux de santé « *l'opportunité de repositionner ce secteur, d'aider les acteurs de la prévention à se faire entendre* » et leur donner davantage de poids. De ce fait, les acteurs ont de fortes attentes vis à vis de l'ARS pour laisser à la prévention la place qu'elle mérite. Cette faible reconnaissance de la prévention dans la politique de santé se retrouve dans « *le document de synthèse du PRS qui ne reprend aucun élément du programme régional de prévention* », comment donner alors de la légitimité aux acteurs pour intervenir dans ce domaine ? Comme le souligne une personne interrogée « *Rien aujourd'hui n'incite à aller vers la prévention* ». Les PTS sont donc l'opportunité de sensibiliser davantage d'acteurs à la prévention et à la promotion de la santé : « *Les liens entre sanitaire et médico-social sont aujourd'hui relativement naturels, car l'hôpital a besoin de structure de prise en charge d'aval mais ce n'est pas le cas pour la prévention* ».⁴⁴

Enfin, Il paraît nécessaire pour les acteurs « *de se donner les moyens d'avoir une approche sur les déterminants de santé dans les programmes territoriaux de santé* ». A ce titre, l'acteur regrette l'absence de thématique propre à la prévention, la mise en place d'un groupe de travail « *Bien être et qualité de vie* » aurait été souhaité.

⁴³ Propos recueilli en entretien

⁴⁴ Propos recueilli en entretien

Les programmes territoriaux de santé représentent un outil de programmation facultatif aux nombreux intérêts offrant plus de cohérence et de transversalité à la politique de santé. Cette programmation peut faire l'objet d'une déclinaison infra-territoriale à travers la signature de contrats locaux de santé.

1.2.2 Les Contrats Locaux de Santé

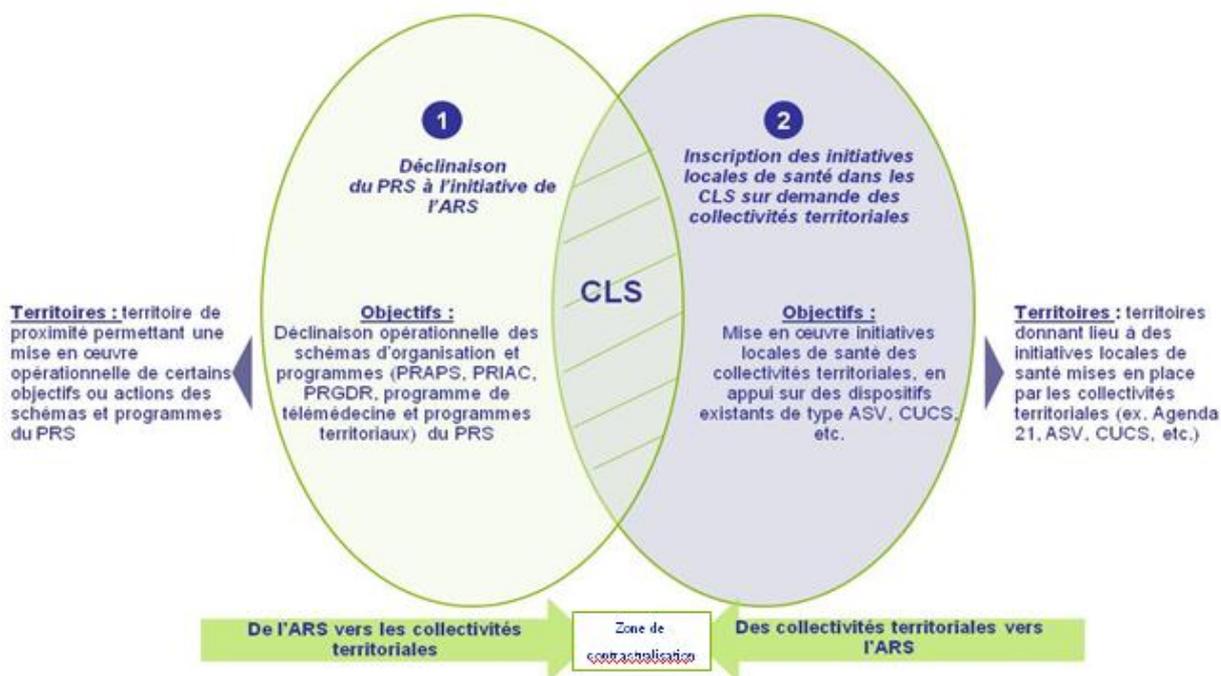
A) Présentation et cadre réglementaire

Les contrats locaux de santé, considérés comme novateurs par la Loi HPST, sont évoqués pour la première fois dans le cadre du Plan Espoir Banlieue de juin 2008, puis repris dans la circulaire interministérielle, DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009, relative « à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé »⁴⁵. Cette circulaire pose les bases de ces nouveaux dispositifs qui seront affirmés dans l'article L 1434-2 de la Loi HPST. Ce rapprochement entre l'ARS et la politique de la ville est également inscrit dans l'article L1435-1 du CSP qui précise que « L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'actions prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé ». Selon les textes législatifs, cet outil offre la possibilité aux ARS de contractualiser avec des collectivités territoriales et leurs groupements pour une approche locale. Ce contrat, faisant l'objet d'un avis auprès de la conférence de territoire, peut porter sur l'ensemble des domaines de compétences de l'ARS. Les textes n'étant pas précis, les régions ont la possibilité de moduler leurs CLS et de les adapter au cas par cas. Ainsi, la signature peut s'élargir à d'autres acteurs de santé (établissements de santé par exemple) selon leur niveau d'implication et les moyens qu'ils souhaitent engager.

Cette contractualisation peut se concevoir selon deux modèles : Soit ils sont impulsés par l'ARS, ou correspondent à une stratégie des collectivités territoriales vers l'ARS.

⁴⁵ Circulaire de la ministre en charge de la santé et de la secrétaire d'état chargée de la politique de la ville

Le contrat local de santé : Un point de rencontre entre l'ARS et les collectivités territoriales



Sources : « éléments de références sur les contrats locaux de santé » disponible sur le site : http://ars.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/1-_ARS_CLS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.doc

Qu'importe le modèle adopté, les enjeux et intérêts recherchés sont similaires. Au regard de la littérature étudiée et des entretiens menés sur le sujet, le CLS poursuit notamment des intérêts de déclinaison, de coordination, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de valorisation.

B) Les enjeux de ce nouvel outil de santé publique :

Les contrats locaux de santé offrent plusieurs intérêts :

➤ **Le CLS : Un outil de déclinaison du PRS au service d'une politique cohérente et décloisonnée**

La principale vocation du contrat local de santé est de décliner localement la politique de santé régionale. Dans ce sens, le CLS est étroitement lié au PTS, évoqué précédemment. Il va permettre de concrétiser, à un niveau infra-territorial les objectifs et engagements figurant dans le PRS et ses PTS. Cet outil, inscrit dans la lignée du PRS et des PTS, amplifie et renforce « la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs ».

*inscrits dans le Projet Régional de santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs ».*⁴⁶

Un second enjeu du CLS, qui va de paire avec le précédent, est « *de coordonner l'action publique de l'agence régionale de santé (ARS) et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées* »⁴⁷. L'intérêt est de veiller à une cohérence entre les politiques de l'ARS et les initiatives locales déjà déployées sur le territoire comme les ateliers santé ville, les dispositifs issus de l'animation territoriale, les volets santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) ou encore des agendas 21. Autrement dit, cet outil constitue le lieu de rencontre entre la politique de santé réalisée par l'ARS et la politique initiée par les collectivités territoriales. Comme le souligne un élu, « *Les acteurs locaux ont la dynamique et l'ARS a une visibilité sur les grandes orientations nationales et régionales* ». Par exemple, le projet de CLS sur le pays de Fougères devra s'intégrer à son projet territorial de santé, actuellement en cours. Cette contractualisation ARS/Collectivités territoriales permet de créer ou entretenir une dynamique locale de santé, fondamentale pour améliorer et répondre aux besoins de la population d'un territoire. Ainsi, le CLS de Rennes permet de soutenir la dynamique de santé déjà construite sur la ville, en permettant de créer ou renforcer les partenariats instaurés. Ce CLS constitue un outil « *favorable au dialogue entre l'ARS et ses partenaires locaux* » et offre l'occasion de « *mieux connaître l'ARS* ».⁴⁸

De plus, ce type d'outil favorise une approche globale et intersectorielle de la santé. Par exemple, les thématiques retenues dans le CLS de Rennes englobent à la fois le secteur sanitaire, médico-social et celui de la prévention. « *Le CLS est la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans un cadre renouvelé, celui d'un pilotage unifié et décloisonné du système de santé, dans ses différentes composantes : la promotion et la prévention en santé, les soins ambulatoires et hospitaliers, les accompagnements médico-sociaux et la veille sanitaire* ».⁴⁹ Cette coordination est importante pour assurer une politique cohérente sur le territoire et éviter les doublons entre acteurs.

➤ **Le CLS : Un outil au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**

Les textes prévoient que les CLS sont à privilégier sur les zones prioritaires au sens des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et des zones d'éducation prioritaire (ZEP) ou de

⁴⁶ <http://ars.sante.fr/Contrat-local-de-sante.126458.0.html>

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

⁴⁸ Propos recueilli lors d'un des entretiens

⁴⁹ http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/Le_Directeur_General/20111211_cls_chatellerault_discours_feb.pdf

zones rurales « isolées ». En intervenant sur des zones fragilisées, où les indicateurs de santé de la population sont relativement mauvais, les CLS participent à la réduction des inégalités infrarégionales et territoriales de santé, défi important, inscrit dans le PRS breton. Cette priorisation sur les territoires les plus fragiles s'observe dans le cadre des CLS de Pontivy, du pays de Centre Ouest Bretagne, en cours d'élaboration. Le CLS de Rennes, actuellement en négociation, a également pour ambition d'intervenir sur les quartiers les plus difficiles de la ville (Maurepas, Villejean, Le Blosne). Bien que cette dernière affiche une bonne dynamique en matière de santé, il persiste des problèmes de santé bien spécifiques à certains quartiers et à la population rennaise. Celle-ci se caractérise par de nombreuses personnes bénéficiaires du dispositif Revenu de Solidarité Active, une population comprenant de nombreux migrants, personnes en errance et étudiants, d'où l'intérêt du CLS. Cet outil a pour objectif de favoriser l'accès de l'ensemble de la population à des services de soins, sociaux et médico-sociaux et préventifs de qualité. Dans ce sens, il intègre les objectifs d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis prévus dans le PRAPS.

Ces CLS représentent, en outre, un levier pour agir sur les problématiques de désert médicaux et de mauvaise répartition des professionnels de santé, véritable problème d'actualité. Pour exemple, le CLS signé avec le pays de Vitré-Porte-de-Bretagne s'est concrétisé par plusieurs projets de maisons pluridisciplinaires de santé ou pôles de santé. Le CLS permet d'agir de façon plus générale sur l'organisation des prises en charge afin d'offrir à l'ensemble de la population les meilleures conditions pour être en bonne santé. Le CLS de Belle Ile en Mer en est la preuve, à travers son axe majeur « *Améliorer l'organisation de l'offre de soins* » décliné en plusieurs actions dont la priorité n°1 « *organiser la permanence des soins, les soins non programmés et l'aide médicale d'urgence sur le territoire de Belle île* »⁵⁰, l'objectif est d'assurer une égalité de soins entre les habitants de l'île et les continentaux.

Les CLS en réunissant des acteurs locaux ont la faculté d'agir sur les déterminants de santé et favoriser l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui influencent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations (habitat, environnement, nutrition). A titre d'exemple, une des actions du CLS de Rennes prévoit de s'attaquer à l'habitat insalubre. Cette question des inégalités sociales et territoriales de santé est au centre des CLS, comme le rappelle la directrice de la santé publique de l'ARS Haute Normandie « *L'ambition est d'apporter une réponse globale, diversifiée et adaptée aux besoins de la population avec, en ligne de mire, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* »⁵¹

⁵⁰ Documents interne ARS relatifs au CLS de Belle Ile en Mer

⁵¹ <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/index.php?id=128336>

➤ **Le CLS : Un outil au service de la valorisation d'un territoire**

Cette contractualisation valorise « *ce qui est fait en matière de santé sur le territoire* ». « *Le CLS est un outil financier qui favorise la rencontre des acteurs, qui permet d'accompagner et de faire reconnaître le travail des acteurs locaux, en ce sens c'est une initiative valorisante, importante pour les acteurs de terrain* »⁵².

Celle-ci peut être positive en termes d'affichage politique mais aussi pour l'image du territoire. Par exemple, les maisons pluridisciplinaires de santé permettant la venue de médecins est l'opportunité de redonner de la dynamique au territoire.

Cette valorisation se fait par l'appui de l'ARS à la fois sur le plan financier mais aussi, et principalement, en matière d'expertise et de technicité. Cette dernière a la capacité de fédérer et regrouper les acteurs autour d'un projet de santé publique et favoriser l'émergence de « *projet innovant* ». Le CLS permet ainsi de faire émerger ou de renforcer un projet de santé. Dans ce sens, il représente un outil « *au service d'une stratégie locale* ».

➤ **Le CLS : Un outil de contractualisation fiable et équilibré**

L'une des autres caractéristiques du CLS réside dans son cadre juridique. Cette contractualisation est synonyme d'engagement et donc gage de fiabilité. « *A travers le CLS, les différentes parties prenantes s'engagent sur des actions à mettre en œuvre, des moyens à mettre à disposition, un suivi et une évaluation des résultats* »⁵³. Celle-ci n'établit pas de relation de tutelle contrairement aux contrats pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre établissements. Ce cadre juridique garantit l'équilibre entre les parties prenantes. « *contractualisation sur un pied d'égalité entre deux collectivités autonomes, une collectivité locale et l'agence, sans relation de tutelle de l'une sur l'autre, le CLS doit apporter un intérêt respectif aux deux parties : il ne s'agit pas pour l'ARS de faire appliquer sa politique localement par l'opérateur qu'est la collectivité locale ; il ne s'agit pas plus pour la collectivité de faire financer ses opérations sans vision partagée des actions à mener.* »⁵⁴

Enfin, la contractualisation renvoi à la participation de plusieurs acteurs. Ce caractère collaboratif et intersectoriel du CLS permet de « *Construire une démarche participative sur la question de la santé associant représentants des usagers, professionnels, institutions* »⁵⁵

⁵² Propos recueilli en entretien

⁵³ www.ars.centre.sante.fr

⁵⁴ Note interne ARS octobre 2010

⁵⁵ Propos recueillis en entretien

Les principaux signataires de CLS peuvent être les communes, communautés de communes, les conseils généraux et régionaux, les préfetures. En plus des parties signataires, ce contrat fait appel à de nombreux partenaires institutionnels (Direction Régionale de la Jeunesse du Sport et de la Cohésion Sociale, le Rectorat, la Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence de la Consommation du Travail et de l'Emploi, la CPAM...) ou opérationnels (associations, établissements) pour rendre faisable les actions proposées dans le CLS. A titre d'exemple, le CLS de Belle Ile en Mer témoigne de cette participation multidisciplinaire : Communauté de Commune de Belle ile, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, l'hôpital local Yves Lanco , le Centre local d'information et de coordination (CLIC), le centre communal d'action sociale (CCAS), la ligue contre le cancer, l'institut régional d'éducation et promotion de la santé (antenne du Morbihan), la gendarmerie et les établissements scolaires dans le cadre des actions de préventions des conduites addictives.

Les CLS apparaissent donc comme des outils favorables à l'amélioration de l'état de santé de la population, et la planification de la politique. Il convient de regarder quels peuvent être concrètement leurs apports à l'égard des acteurs locaux.

➤ **Le CLS : Quels intérêts pour les acteurs locaux ?**

Le CLS est aussi le moyen pour les collectivités d'afficher clairement leur implication en matière de santé, c'est un « *moyen de reconnaissance de leur rôle dans le pilotage de la mise en œuvre des politiques de santé publique, un moyen d'être acteur de la nouvelle gouvernance en santé publique* »⁵⁶. Un élu affirme que « *cette dynamique territoriale et effervescence est extrêmement positive, elle montre à la population que les politiques s'intéressent à leur santé* », enfin il laisse sous-entendre que cet outil est également un bon affichage politique.

Un autre intérêt noté par les acteurs est d'ordre financier. Le CLS peut comprendre des actions de réorganisation qui n'impliquent pas de moyens financiers supplémentaires. Toutefois, ce contrat offre aux acteurs des financements sur une durée minimum de trois ans, ne les contraignant pas chaque année à re-candidater à une procédure d'appel d'offre. Ce financement pluriannuel leur assure une sécurité et permet d' « *obtenir plus facilement une pérennisation des postes* ».

L'intérêt des CLS est « *d'offrir plus de visibilité* ». En effet, selon les acteurs locaux « *le CLS est un outil intéressant qui permet de concrétiser le projet régional de santé, de lui donner du sens, et inversement le PRS donne du sens au CLS* ». En raison de son caractère multi-partenarial Le CLS offre une nouvelle dimension aux actions. Par exemple, le dispositif

⁵⁶ Contrats locaux de santé vers une consolidation des dynamiques territoriales de santé ? Yvan theis, mars 2012 (présentation diaporama)

« Nozambule », sera intégré dans le CLS de la ville de Rennes voyant ainsi ses potentiels partenaires financiers s'élargir.

Le CLS poursuit donc plusieurs enjeux avec pour « *but du jeu l'amélioration de la santé de la population* ».

Les contrats locaux de santé et les programmes territoriaux de santé apparaissent comme des outils aux multiples intérêts, qui tout en déclinant localement le PRS participent à l'émergence d'une dynamique territoriale de santé. Consciente de la plus-value offerte par ces nouveaux outils, l'agence régionale de santé Bretagne a choisi de développer ces deux démarches complémentaires sur ses huit territoires Bretons. En pleine élaboration de ces outils, la délégation territoriale d'Ille et Vilaine s'interroge sur les facteurs qui pourraient favoriser la démarche. Il paraît donc intéressant de se questionner dans les parties suivantes sur les conditions de réussite de ces démarches en s'appuyant sur les initiatives en cours mais également sur les expériences de planification préexistantes à l'origine de concepts clés notamment méthodologiques à retenir. Enfin, assurer la déclinaison du PRS à travers les deux outils proposés par la Loi HPST, nécessite de repérer en amont les contraintes, les attentes des acteurs des territoires de santé n°5 et n°6.

CHAPITRE 2 :

IDENTIFICATION DES CONTRAINTES ET POTENTIALITES PRESENTES SUR LES TERRITOIRES DE SANTE POUR MAXIMISER LA REUSSITE DE LA DECLINAISON

Cette partie a pour objet d'identifier à partir d'expériences antérieures quelles peuvent être les conditions de réussite de ce type de démarche (1). En parallèle, un focus sur les territoires de santé n°5 et n°6 permettra d'en repérer les contraintes et attentes lisibles (2). Ces constats permettront d'analyser si les facteurs de réussite préalablement détectés sont présents ou non sur les territoires de santé n°5 et n°6 (3).

1 : REPERAGE DES FACTEURS DE REUSSITE AU REGARD D'EXPERIENCES ANTERIEURES

Dans la perspective de repérer des facteurs de réussite, un appui sur des démarches existantes s'impose.

2.1.1 Les acquis liés aux précédents dispositifs de planification

A) Les conditions de réussite identifiées à partir de démarches de programmations

L'article « *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* »⁵⁷ analyse la réussite de démarches de programmation en santé à partir de critères de succès identifiés par plusieurs travaux. Différents critères apparaissent comme de véritable clé de succès :

- « *La structuration de l'intervention* ».

Ce critère implique notamment « *la prise en compte du court et du moyen terme autant que du long terme* », « *l'utilisation de méthodes et pratiques scientifiquement validées* », « *la qualité de la communication* », « l'accent mis sur les déterminants de la santé et les déterminants du changement »,

- « *L'implication des acteurs* » qui suppose la participation de professionnels intervenant dans des domaines variés pour avoir une vision globale.

⁵⁷ ANAP, janvier 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales disponible sur le site <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/> (visité le 6/05/2012)

- « *Les relations avec l'environnement* » qui sous-entend une « *volonté politique forte* » et la capacité de s'adapter au contexte local.
- « *La prise en compte des valeurs comme le respect de la dignité humaine, de la justice, de la solidarité, etc* ».

Il est vrai que dans cette étude, ces critères concernent des programmations d'actions de promotion de la santé, toutefois étant assez généraux, ils semblent transposables à d'autres démarches en santé comme les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé.

En dehors, de ces travaux, une étude réalisée par l'ANAP met en exergue plusieurs facteurs de réussite des projets médicaux de territoire, qui à l'instar des PTS et CLS inscrivent les actions de santé dans une vision territoriale.

B) Les acquis des projets médicaux de territoire

Le projet médical de territoire est issu de l'ordonnance du 4 septembre 2003⁵⁸, il assure l'application du SROS sur un territoire à travers la mise en place d'actions et réflexion inter-établissement. Cet instrument non opposable permet de faire émerger un véritable projet de territoire pour améliorer la prise en charge de la population. Instaurés depuis plusieurs années, il paraît intéressant d'extraire les clés de succès de ces démarches poursuivant elles aussi une logique territoriale.

L'étude réalisée par l'ANAP, sur les projets médicaux de la région Rhône Alpes, met en évidence plusieurs facteurs ayant participé à la réussite de la démarche.⁵⁹ Cette réflexion ne porte pas directement sur les territoires bretons toutefois en termes méthodologique les éléments de réussite semblent pouvoir s'appliquer à d'autres territoires.

➤ Le diagnostic

Se baser sur un diagnostic apparaît comme une des clés du succès du projet médical de territoire. Ce dernier établit suivant une trame commune à l'ensemble des territoires a permis un « *diagnostic partagé homogène et comparable* ».

⁵⁸[http://www.parhtage.sante.fr/re7/docdhos.nsf/VDoc/9EA0ED8529B606CC80256E5400508BB9/\\$FILE/circ101_032004.htm](http://www.parhtage.sante.fr/re7/docdhos.nsf/VDoc/9EA0ED8529B606CC80256E5400508BB9/$FILE/circ101_032004.htm)

⁵⁹ ANAP, janvier 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales disponible sur le site <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/> (visité le 6/05/2012)

➤ **La cohésion d'équipe**

Un autre facteur essentiel est la bonne collaboration et relation entre les équipes de bassin et l'agence régionale. « *Là où les PMT ont pu être mis en œuvre, on souligne le bon fonctionnement de l'équipe de bassin et la qualité de la relation avec l'agence régionale comme ayant été un facteur de réussite du projet* ». Comme l'affirme l'étude, « *Le seul territoire qui ait poussé la démarche relativement loin est un territoire dont l'équipe de bassin fonctionnait plutôt bien (de l'avis des acteurs locaux) et apportait une valeur ajoutée dans le travail réalisé par les différents professionnels du territoire. Cette bonne collaboration au sein des équipes de bassin et avec l'ARH a grandement facilité la réalisation du PMT et son suivi* ».

➤ **La présence de personne ressource**

Au regard de cette étude, l'apport, l'appui et le suivi d'un chargé de mission est un pré-requis. Le territoire sur lequel la démarche a le mieux fonctionné « *a été soutenue et appuyée par une personne chargée du suivi du projet au sein de l'ARH* ». Le rôle assuré par ces derniers, en termes d'accompagnement, se révèle important, tout comme celui des « *autorités de tutelles* » qualifié de « *facilitateur* ».

➤ **La priorisation**

A l'issue de cette étude des préconisations ont été formulées, il convient de s'en inspirer pour les démarches actuelles de PTS et CLS. « *Ne pas noyer les acteurs sous des documents trop longs et trop épais dont ils ne prendront pas connaissance mais bien cibler les actions à réaliser sur certaines thématiques principales* », constitue une composante essentielle dans la conduite du projet.

➤ **L'organisation projet**

Il est également recommandé par cette étude de « *fonctionner en mode projet, en se fondant avant tout sur la demande (c'est-à-dire les besoins des patients), plutôt que dans une logique administrative cherchant à faire évoluer l'ensemble des thématiques en même temps, ou dans une logique d'offre cherchant à valoriser un établissement* ». Ce fonctionnement en mode projet apparaît selon les acteurs interrogés dans le cadre de ce mémoire comme un pré-requis fondamental.

➤ **La participation de la population**

Un autre vecteur important, non précisé par l'étude, est la participation des usagers. Ainsi, dans le cadre du projet médical de territoire de Quimper, le président du comité de pilotage

est convaincu de cet apport des usagers dans la démarche et précise que la « *concrétisation du projet médical de territoire ne se fera pas en vase clos. Au-delà de nos équipes, nous entendons y associer les professionnels de santé de ville et les usagers, via un forum. Nous allons aussi créer un jury citoyen composé d'une douzaine de membres* »⁶⁰.

➤ **Une culture commune**

La culture sanitaire et le langage commun partagé par les acteurs a facilité le bon fonctionnement de la démarche. Cette culture commune propre aux PMT, ne se retrouvent pas au sein des PTS et CLS qui ont l'intérêt et la particularité de construire une réflexion partagée entre acteurs de tous horizons.

Ces différentes expériences révèlent des éléments qu'il convient de mettre en œuvre pour mener à bien ce type de démarche. Concernant les territoires de santé n°5 et n°6, un retour d'expérience du CLS de Vitré met en évidence plusieurs facteurs participant à sa réussite.

2.1.2 Expérience propre aux territoires bretons: le CLS de Vitré

Dans cette réflexion sur les conditions de réussite des CLS et PTS, il semble intéressant de s'appuyer sur les expériences bretonnes à l'image du premier CLS Breton, déployé sur le territoire de santé n°5 entre l'ARS et le pays de Vitré-Porte de Bretagne. Ce retour d'expérience permet de comprendre et d'identifier les facteurs de réussite du projet. Cette « réussite » est à nuancer car le CLS se poursuit jusqu'en 2014 et n'a pas encore été sujet à évaluation.

A) **Les facteurs de réussite**

Ce Contrat Local de Santé a été conclu le 24 octobre 2011 à Retiers pour une durée de trois ans, en présence de l'ancien Ministre de la santé, Xavier Bertrand. Il porte sur la communauté d'agglomération de Vitré, les communautés de communes du pays Guerchais et du pays de la Roche aux Fées, représentant un bassin de vie d'environ 100 000 habitants. Ce premier contrat local de santé, signé avant même la publication du PRS, participe à sa déclinaison en reprenant des orientations régionales. La mise en œuvre du CLS de Vitré n'a pas été initiée par des indicateurs de santé alarmants mais principalement par une volonté politique d'intervenir sur les questions de santé publique. Cette forte mobilisation des acteurs locaux autour des problématiques de santé est un premier élément de réussite de la mise en œuvre du CLS.

⁶⁰ <http://quimper.letelegramme.com/local/finistere-sud/quimper/ville/sante-le-projet-medical-de-territoire-se-concretise-05-05-2010-900211.php>

➤ **Une forte mobilisation et volonté politique**

Cette volonté politique d'intervenir en matière de santé s'est exprimée dès 2004 par le souhait des élus de développer une politique de prévention et de promotion de la santé sur le pays de Vitré. La santé représente un enjeu pour la population et le développement du territoire. Cette première intervention en matière de prévention s'illustre sur Vitré par sa participation en 2004 au Projet Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE). Les indicateurs de santé du pays de Vitré, révélés par l'Observatoire Régionale de Santé Bretagne, en 2005, sont globalement satisfaisants et affichent des taux de mortalité prématurité plus favorable que la moyenne Bretonne.⁶¹ Les élus sont conscients qu'il faut développer une politique sanitaire sur le territoire pour maintenir ce bon état de santé et responsabiliser chaque citoyen. Cette intervention sur le volet santé est au départ fortement portée par le pays de Vitré et son président, elle sera peu à peu relayée vers d'autres communes comme la Guerche de Bretagne et Retiers qui se saisissent également de la problématique nutrition en rejoignant le Programme National Nutrition Santé. Peu à peu, la réflexion va s'élargir au-delà de l'axe prévention à la problématique d'offre de soins et d'organisation par les professionnels de santé eux mêmes porteurs de plusieurs projets :

- ❖ Création de deux maisons médicales de garde sur Retiers et Vitré (2005)
- ❖ Le projet expérimental de maison pluridisciplinaire de santé sur la Guerche de Bretagne (2006).

A partir de 2009, les élus et professionnels de santé vont faire émerger un projet territorial de santé afin d'assurer une démarche visible et cohérente sur le territoire. A la suite d'un diagnostic local, réalisé par des élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, trois grandes orientations ressortent comme axes structurants de ce projet territorial de santé :

- ❖ L'offre de soins
- ❖ L'accès aux soins
- ❖ La santé publique (prévention et promotion de la santé).

Cette dynamique territoriale de santé se poursuit par la signature d'un contrat local de santé. Ce dernier conclu entre l'ARS et les présidents des communautés de communes s'articule autour de 3 axes majeurs⁶² impliquant de multiples partenaires:

- ❖ Conforter l'offre de soins de premier recours, spécialisée et de permanence des soins
- ❖ Développer une politique de prévention et promotion de la santé

⁶¹ http://bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2008/decembre/ej_mortalite.pdf

⁶² Cf annexe 2 Plan d'actions du CLS de Vitré

- ❖ Promouvoir la fluidité des parcours de soins en favorisant la coopération entre les établissements sanitaires et médico-sociaux

La mise en œuvre de ce CLS a été facilitée par « *cette force politique, la posture et la légitimité du président du pays de Vitré pour rassembler les acteurs autour d'un même projet* »⁶³. Le président du pays de Vitré laisse la place aux acteurs de terrain lors des temps de rencontre. Ces derniers peuvent exprimer leurs ressentis pour ainsi « *nouer un dialogue* ». La mobilisation et le portage politique sont considérées comme des facteurs de réussite par l'étude menée sur « *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* ».

D'autres éléments peuvent être repérés, suite aux entretiens menés.

➤ **Un CLS qui émane des acteurs locaux et de l'existant**

L'implication des acteurs est une condition de réussite du CLS de Vitré. Effectivement, la quasi-totalité des actions inscrites dans le CLS émergent directement du territoire et des acteurs locaux. « *Il faut que la démarche parte du terrain pour qu'elle puisse fonctionner* ». Un autre point fort est l'adéquation du CLS avec l'existant et l'appui sur les démarches antérieures notamment celles menées par l'animatrice territoriale de santé. En 2004, un diagnostic local avait mis en avant quatre priorités majeures : la prévention du suicide, les conduites addictives, les violences intrafamiliales et la nutrition. Le CLS a repris ces axes en y ajoutant deux nouvelles réflexions régionales : la santé environnementale et la santé au travail.

Par ailleurs, le CLS soutient les démarches de maisons pluridisciplinaires de santé entreprises depuis 2006 par les médecins libéraux.

Certains des partenaires du CLS œuvraient déjà dans le projet territorial de santé de Vitré, ce qui révèle la volonté de bâtir le CLS sur les initiatives locales et atouts présents.

➤ **Une démarche ascendante et descendante**

Ce CLS décline les grandes priorités du PRS. Les actions de prévention et celles déployées en matière de santé environnementale ou santé au travail, poursuivent l'objectif recherché dans le PRS « *Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de la vie* » et s'articule avec le programme santé environnement ou le programme de santé au travail. Les actions en faveur d'une meilleure coordination et structuration des professionnels de santé, se traduisant par la consolidation des pôles de santé répondent à la priorité n°3 du PRS « *Favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire* ». Des actions comme l'acquisition par le Centre Hospitalier (CH) de Vitré d'un équipement informatique spécifique (PROXY),

⁶³ Propos recueilli en entretien

permettant la transmission électronique d'informations médicales par messagerie sécurisée, participe au projet régional des systèmes d'information en santé. Ce CLS témoigne d'une démarche ascendante et descendante. Les actions sont principalement portées par le territoire, d'autres ont été émises par l'ARS pour participer à la déclinaison des priorités régionales. Dans cette logique, la santé environnementale, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération et le rapprochement des centres hospitaliers locaux de Vitré et de La Guerche de Bretagne ont été inscrites par l'agence.

➤ **Un accompagnement par le biais d'une personne référente**

Un autre point important participant à la réussite du CLS est de pouvoir s'appuyer sur des personnes référentes. Comme le signale un élu « *il faut qu'un acteur fasse vivre localement le CLS, il faut une personne référente au sein du pays de Vitré pour que cela puisse fonctionner* ». De la même façon, il est important pour cette personne de disposer d'un « *interlocuteur unique bien identifié*»⁶⁴ au sein de l'agence régionale de santé, et plus particulièrement de la délégation territoriale de santé afin de faciliter le dialogue.

➤ **Quelques résultats déjà observables**

Il faut noter que l'impact réel de cet outil sur la population est difficilement observable aujourd'hui, les résultats ne seront visibles qu'à long terme. Toutefois quelques résultats sont déjà identifiables par les acteurs et témoignent de la « réussite » de ce CLS.

Selon un élu, la population est consciente que les acteurs locaux se préoccupent de leur santé et les accompagnent. « *Avoir pris en charge ce domaine de compétence est positif pour la santé de la population, jamais on a été aussi bien soigné qu'aujourd'hui (nouvelle technologie médicale...) mais jamais la population n'a été autant délaissée. Il faut donc que la population se sente soutenue et accompagnée c'est le rôle des acteurs locaux d'assurer cet accompagnement, cette proximité des soins* ».

Un autre acteur précise que des résultats sont déjà remarquables sur certaines actions. Ainsi, le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du Centre Hospitalier de Vitré a déjà mis en place des consultations délocalisées sur les communes de Retiers et de la Guerche de Bretagne à hauteur d'une journée par semaine tous les 15 jours. Le CSAPA a aussi développé des actions de sensibilisation auprès de lycéens, celles-ci ont favorisé une prise de consciences des jeunes sur l'intérêt de consulter des professionnels de

⁶⁴ Propos recueilli en entretien

l'addictologie. « *Le nombre de jeunes consultés a été multiplié par 3, 30 jeunes ont suivi une consultation contre 10 avant ces actions* ». ⁶⁵

➤ **Information et suivi du CLS**

Plusieurs points d'informations et rencontres sont prévus entre les acteurs du projet pour faire état de l'avancement du CLS. Un suivi du CLS est assuré via les réunions COPIL projet territorial de santé et via les revues annuelles de contrat réalisées par l'ARS. Enfin un suivi et une évaluation du CLS sont prévus par le pays de Vitré avec « *des indicateurs définis dès le début afin d'en faciliter l'évaluation* » ⁶⁶. Ils permettront de connaître véritablement l'impact du CLS sur la santé de la population, d'identifier les points forts et les points faibles pour en tirer des conclusions.

B) **Les points faibles**

Au regard des données reçues en entretiens quelques points semblent avoir fait défaut.

➤ **La participation de la population**

La population n'a pas été questionnée dans le cadre du diagnostic. Il s'est principalement réalisé auprès de professionnels de terrain.

➤ **L'information**

Une des élus ayant signé le CLS déclare qu'à l'heure actuelle, elle n'a aucune lisibilité sur les actions mises en œuvre, elle ne perçoit pas bien l'apport du CLS sur sa communauté de commune.

➤ **Mode de financement**

Le mode de financement des CLS oblige les acteurs à répondre aux appels à projets lancés par l'ARS, cette procédure peut freiner les initiatives, expériences novatrices et expérimentations.

Enfin, ils déclarent que l'intérêt financier de la contractualisation a été relativement faible « un gain d'environ 60 000 euros sur 1.2 millions d'euros ».

⁶⁵ Propos recueilli en entretien

⁶⁶ Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisson JC et Vérité E, Avril 2005, « Quelles sont les conditions de réussites des interventions en santé publique ? », Santé Publique n°17 PAGE 569-582

Si les précédentes planifications ont apporté des vecteurs de réussite aux démarches d'animation territoriale de santé, elles sont aussi responsables de certains points de blocage présents sur les territoires.

Suite aux entretiens menés auprès de différents acteurs, deux types de difficultés peuvent être identifiées sur les territoires de santé n°5 et n°6. Certaines sont communes aux acteurs des deux territoires, d'autres sont spécifiques à chaque profil et logique d'acteur.

2 : IDENTIFICATION DES CONTRAINTES PRESENTENT SUR LES TERRITOIRES DE SANTE N°5 ET N°6

Au regard des entretiens réalisés⁶⁷ et des observations recueillies en réunions⁶⁸, plusieurs contraintes sont lisibles sur les territoires de santé n°5 et n°6. Pour favoriser une meilleure visibilité, une présentation de ces territoires s'impose.

2.2.1 Présentation des territoires relevant de la délégation territoriale Ille et Vilaine

A) Focus sur le territoire de santé n°5

Le territoire de santé n°5 s'articule autour des zones de Rennes-Fougères-Vitré- Redon. L'une des principales caractéristiques du territoire de santé Breton n°5 réside dans sa taille, qui en fait le territoire de santé le plus vaste de Bretagne. Il s'étend sur 6 pays, 42 cantons, dont la ville de Rennes, soit une population totale de 862 370 habitants, selon le recensement INSEE de 2009, ce qui représente 27% de la population Bretonne⁶⁹. Cette population est en constante augmentation, d'environ 10 000 personnes par an, impliquant des besoins croissants en matière de soins, d'accompagnement médico-social, et préventif.⁷⁰ Par son étendue, le territoire de santé n°5 regroupe de nombreux acteurs, structures et établissements. L'un des atouts est de se structurer autour de la Métropole de Rennes. Cela lui donne la possibilité de s'appuyer sur la technicité d'établissements et acteurs de renommée régionale tels que le Centre Hospitalier Universitaire, le Centre Régional de Lutte contre le Cancer, l'Institut Régional d'Education et Promotion de la Santé pour la mise en place des actions du PTS ou du CLS. Mais la dimension du territoire n°5 implique des profils et problématiques de santé différents d'un pays à l'autre nécessitant une prise en compte et représentation dans les PTS. Les CLS apparaissent comme des outils importants permettant une déclinaison infra-territoriale. A noter que ce territoire n°5

⁶⁷ Cf Annexe 3 liste des entretiens

⁶⁸ Cf Annexe 4 liste des réunions

⁶⁹ Document interne : L'offre de soins et le recours aux soins diagnostic sur le territoire de santé n°5, avril 2012

⁷⁰ Diagnostic territoire n°5 (document interne ARS)

s'étend sur une partie du département Morbihannais, demandant de développer le dialogue et les relations avec les deux Conseils Généraux.

Les PTS étant parties intégrantes du PRS, la Bretagne a choisi que les ossatures de celui-ci figurent dans le PRS, ainsi les thématiques retenues pour le territoire n°5 sont les suivantes :

Thématiques obligatoires

- ❖ Prévention et prise en charge des conduites addictives
- ❖ Prise en charge des personnes âgées (dont la mise en œuvre des filières gériatriques)
- ❖ Mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital
- ❖ Organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé
- ❖ Développement des modes d'exercices collectifs et coordonnés (maison de santé, pôles de santé, centres de santé, etc).
- ❖ Mise en œuvre d'une offre de soins territoriale (graduation de l'offre)
- ❖ Développement d'outils de coordination/ et de décloisonnement des acteurs de la santé (animation territoriale, GCS, GCSMS, réseaux de santé, etc.)

Thématiques complémentaires

- ❖ Promotion de la santé mentale et prise en charge du suicide
- ❖ Accompagnement du handicap et parcours de vie
- ❖ Soins de Suite et de Réadaptation

B) Focus sur le territoire de santé n°6

Le territoire de santé n°6 s'étend sur les pays de Dinan et de Saint Malo. La principale caractéristique de ce territoire est de se situer sur deux départements Bretons, les Côtes d'Armor et l'Ille et Vilaine. Ce territoire est beaucoup moins dense que le territoire n°5, il s'étend sur seulement 20 cantons soit une population totale de 261 606 habitants au recensement de 2008.

71

En plus des priorités non négociables, nécessaires à la santé de la population, 7 thématiques complémentaires structurent son PTS:

71

<http://www.oncobretagne.fr/index.php?espace=espaceProfessionnels&page=sinformer/epidemiologiesantePublique/rechercherDeLinformation>

Thématiques complémentaires

- ❖ Périnatalité et prévention précoce
- ❖ Soins de Suite et de Réadaptation
- ❖ Santé mentale
- ❖ Hospitalisation A Domicile
- ❖ Handicap
- ❖ Prévention et promotion dont l'éducation thérapeutique du patient
- ❖ Cancérologie

Il convient désormais de repérer quelles sont les contraintes présentes sur les territoires mais aussi les attentes des acteurs locaux, vis-à-vis de ces deux nouveaux outils, pour réussir à mettre en œuvre des PTS et CLS auxquels ils adhèrent. En effet, l'adhésion et la participation des acteurs sont des pré-requis indispensables à la réussite de tout projet.

2.2.2 Les contraintes ressenties par l'ensemble des acteurs

A) La faiblesse de la démocratie sanitaire

Malgré la consultation des acteurs de terrain et des représentants d'usagers l'élaboration du PRS n'a pas fait l'unanimité et est parfois sujet à critique considérant celui-ci comme l'émanation d'une démarche descendante de l'ARS. Ce constat est rappelé par le Conseil Economique Social et Environnemental Régional (CESER) de Bretagne déclarant « *le projet régional de santé apparaît plutôt comme un plan de gestion du système de santé arrêté unilatéralement et en dernier ressort par l'Etat que comme un plan de santé publique co-construit avec les acteurs régionaux de la santé dont la population elle-même* ». ⁷²

L'élaboration du PRS s'est conclue par un vote défavorable de la CRSA et de trois conseils généraux à l'exception du CG du Morbihan. Selon les acteurs de terrain ce vote négatif va davantage à l'encontre de la méthode de construction du PRS que de son contenu. Les acteurs reprochent un manque de concertation pendant l'élaboration de ce dernier : « *C'est de la présentation et pas de la concertation* », « *les acteurs ont le sentiment d'être écoutés mais pas entendus* » ⁷³. Cette concertation insuffisante lors de l'élaboration du PRS doit être au cœur de l'élaboration des PTS. Or cet enjeu semble avoir fait défaut dès le début de la démarche d'élaboration des PTS avec des thématiques « obligatoires » à l'ensemble des territoires bretons, fixées par l'ARS. Certains acteurs ont considérés qu'il ne s'agissait pas de concertation, puisque « *l'ARS arrivait déjà avec les thématiques obligatoires* ».

⁷² CESER, 24 janvier 2012, Contribution à la consultation publique sur le PRS 2012-2016, session plénière

⁷³ Propos recueilli en entretien

Par ailleurs, les acteurs s'interrogent sur les espaces de démocratie que représentent les conférences de territoire. Certains estiment que ces espaces ne favorisent pas la concertation, et le débat. Les représentants d'usager perçoivent le langage parfois « *trop technique* ». Lors de réunions plénières en conférence de territoire, la présentation de l'ARS sur les indices de pilotage de l'activité hospitalière (IPA) a été mal acceptée des acteurs « *comment voulez-vous qu'il y ai un débat, nous n'avons aucun moyen de réagir sur ce sujet* ». La technicité des IPA a été reprochée par les participants mais aussi la dimension hospitalière et économique que soulèvent ces indicateurs. Cet outil reflète à partir des taux de recours, l'évolution de l'activité hospitalière pour les années à venir, il détermine ainsi un niveau d'activité à atteindre pour chaque discipline. Il s'agissait, à nouveau, d'une présentation sur le domaine hospitalier, ce que regrettent certains d'entre eux. D'autres thématiques pourraient faire l'objet de présentation comme la prévention dont « *on ne parle jamais* », domaine à part entière en santé publique.

Etant donné la dimension participative et collaborative sous-entendue par ces dispositifs de PTS et CLS, il est important de « *regagner la confiance des acteurs de terrain* » pour favoriser leur adhésion et leur participation d'où l'objectif de « *Co-construction* » souhaité par l'ARS Bretagne. Il faut souligner que cette faiblesse de la démocratie n'est pas propre à la région Bretagne. Cet élément a été pointé à l'échelle nationale, par la conférence nationale de la santé, dans un document relatif aux objectifs des ARS pour 2010. Effectivement, ces objectifs ont « *fait l'impasse sur la démocratie sanitaire dans l'approche individuelle autant que dans la dimension collective et ne prennent pas bien en compte ni les contributions d'intervenant de la société civile (associations, structures gestionnaires d'établissements médico-sociaux...) ni la concertation avec les collectivités locales en dehors de leur participation aux commissions créées par la Loi HPST* ». ⁷⁴

B) Les contraintes méthodologiques

Les outils de CLS et PTS sont explicités à travers l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique, ces textes n'exposent aucune indication et recommandation méthodologique. Il appartient donc aux ARS de concevoir elles-mêmes leurs stratégies de déclinaison territoriale du PRS, à travers les outils sélectionnés (PTS/CLS) et l'articulation qui en sera faite (la méthode de gestion de projet retenue, l'organisation des groupes de travail, leur compositions, etc). Les acteurs peuvent toutefois disposer de repères et conseils nationaux pour guider leur réflexion de mise en œuvre tels que les « *kits méthodologiques* ». Ces derniers s'inspirent de concepts et d'outils méthodologiques issus des travaux expérimentaux. Les travaux sur les CLS ont été menés par deux ARS pilotes, la région Bretagne et Poitou-Charentes avec l'appui de l'ANAP. A

⁷⁴ Octobre 2009, « Le cahier juridique : la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires », Actualités Sociales Hebdomadaires n°2629, page 54

noter que ces éléments ne sont « *ni obligatoires, ni exhaustifs et représentent des options parmi lesquelles chaque ARS pourra choisir les plus pertinentes* ». ⁷⁵ Il appartient aux acteurs de développer et construire leur propre stratégie et doctrine régionale de PTS et CLS. Actuellement, la région Bretagne est la seule, à s'orienter vers une « co-construction » de l'écriture des programmes territoriaux de santé. Cette initiative vise à regagner la confiance des acteurs et renouer le dialogue avec certains d'entre eux.

Si cette volonté nationale de ne pas concevoir de méthodologie type et cadrée pour les CLS et PTS favorise l'autonomie et l'innovation des acteurs, elle peut induire quelques difficultés : Le cadre méthodologique étant peu défini sur le plan financier, il appartient à chaque ARS de choisir sa stratégie de financement et décider vers quels dispositifs elle peut s'orienter (Fond d'Intervention Régional, Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins, crédits non reconductibles...). Ce point est soulevé par un acteur qui souhaiterait que les financements soient accordés par enveloppe territoriale au lieu de fonctionner sur des financements sectoriels. Selon certains acteurs, ce cadrage méthodologique est jugé « insuffisant » ne leur indiquant pas concrètement « *vers quoi ils doivent s'engager* ». « *Les acteurs sont perdus ils ne savent pas comment se positionnent les PTS par rapport au CPOM et qu'est-ce que l'on fait des thématiques qui ne sont pas dans le PTS* ». Certains éléments leurs paraissent incohérents « *Va-t-on intégrer des actions du PTS qui ne sont pas opposables dans des CPOM qui le sont ?* ». D'autres précisent que le lien et la relation entre PTS et CLS reste ambigu. Pour certains, « *concerter et réfléchir en commun et en amont à la stratégie de mise en œuvre opérationnelle du PRS* » aurait été judicieux. La méthodologie initiale utilisée pour les PTS consistant à identifier des thématiques « obligatoires » et « facultatives » pour les inscrire dans le PRS, n'a pas été bien perçue. Ce constat mitigé des acteurs de terrains s'appuie également sur les modifications apportées par l'ARS, à la première version de PTS élaboré par les acteurs, en raison de l'éloignement des actions proposées avec le cadre souhaité d'un PTS (création de places, revalorisation des honoraires).

Cela soulève deux autres contraintes : le manque de temps et le manque de connaissances des acteurs vis-à-vis de ces nouveaux outils.

⁷⁵ Eléments de références sur les PTS et CLS disponible sur le site : [ars.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante-le.116213.0.html\(visitéle01/03/2012\)http://www.fehap.fr/DATA/8_7_2011_8_49_17_3-_ARS_PTS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.pdf](http://ars.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante-le.116213.0.html(visitéle01/03/2012)http://www.fehap.fr/DATA/8_7_2011_8_49_17_3-_ARS_PTS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.pdf)

C) Les contraintes de temps

Ces contraintes de temps observées pendant la réalisation des trames de PTS, qui devaient figurer dans le PRS semblent toujours présentes. Cette obligation a contraint les acteurs à identifier des problématiques locales dans un délai très court et à débiter le travail de déclinaison du PRS avant même sa validation officielle. Des ossatures de PTS ont donc été élaborées et inscrites dans le PRS mais certaines thématiques ont depuis fait l'objet de modifications. Cette volonté d'inscrire les PTS dans le PRS ne s'est pour le moment observée qu'en région Bretagne. Certains acteurs considèrent que cette réflexion sur les PTS s'est fait trop précipitamment, avant même qu'un cadrage méthodologique n'ait été conçu. Les acteurs de terrain ont le sentiment que l'objectif premier est de respecter le calendrier fixé et non la réussite du PTS. « *On nous demande que tout soit finalisé pour telle date alors que la méthodologie de mise en œuvre n'est pas encore cadrée* »⁷⁶ Logiquement, les PTS doivent être finalisés fin 2012. Les acteurs de terrain estiment que ce délai trop court pourrait impacter la qualité de la démarche « *il ne faut pas bâcler le travail* »⁷⁷. Ce délai est important pour regrouper les acteurs et construire une réflexion partagée. Ce constat s'observe aussi dans les démarches de CLS. Ainsi, les acteurs travaillant sur le CLS de Rennes souhaitent disposer d'un temps suffisant pour assurer une mise en œuvre de qualité. Dans son rapport d'évaluation du PRS, le CESER évoque son inquiétude sur le délai imparti pour finaliser les PTS et préconise un report à la fin du premier semestre 2013.

Le PRS étant élaboré pour une durée de 5 ans, l'ARS se doit de le décliner opérationnellement dans un bref délai. De plus la phase de travail de groupe ne doit pas faire appel aux acteurs trop longtemps, sous peine de les démobiliser.

D) La méconnaissance des acteurs

Ces nouveaux dispositifs de CLS et PTS, instaurés au service de la santé publique et d'une meilleure prise en charge des problématiques de santé, semblent relativement méconnus des acteurs. Les entretiens réalisés confirment ce manque d'informations des acteurs qui bien souvent « *ne savent pas vers quoi s'engager* », jugeant ces outils « *complexes* » et « *peu lisibles* ». Ils considèrent que l'ARS doit clairement afficher sa position et ses objectifs pour les thématiques retenues, « *être clair dès le départ avec les acteurs* ». Les renseigner sur les moyens mis à dispositions serait souhaitable pour éviter de les engager dans des actions non réalisables. Il est vrai que l'information est véhiculée à travers les conférences de territoire, mais l'information doit être relayée auprès des autres collaborateurs.

⁷⁶ Propos recueilli en entretien

⁷⁷ Propos recueilli en entretien

Certains acteurs n'ont pas réellement conscience et connaissance des enjeux de ces dispositifs. Pour exemple, le PTS constitue une déclinaison du PRS, il doit donc répondre aux objectifs fixés dans les schémas et programmes. Ils ne doivent pas constituer « *une liste au père Noël* » reprenant des actions non cohérentes au PRS (exemple la revalorisation des médecins) ou ne correspondant pas aux objectifs fixés (exemple demande de création de place pour établissement). Chacun des acteurs doit être en accord sur les attendus du PTS ou CLS, ce qui peut y être inscrit pour ne pas être ambigu, pour le moment certains acteurs avouent être « *noyés* ». ⁷⁸

Ce manque d'information amène certains acteurs à inscrire l'ensemble des projets souhaités par le territoire, dans le PTS car « *le PTS constituera le document de référence au côté du PRS dans l'attribution des ressources financières, de plus en plus rares* ». De plus, ces outils « *ne doivent pas constituer un moyen pour les acteurs de fuir les appels à projet ou de compenser des pertes de financements comme les ASV dans le cadre de CLS* » ⁷⁹. Il est important d'établir un cadre et les « *règles du jeu* » pour répondre aux objectifs des PTS et CLS.

E) Des logiques différentes et un poids des acteurs inégal

De par son statut, chaque acteur a des logiques différentes et positions divergentes. La dimension politique est éminemment présente dans ce type d'outils. De plus, les logiques entre acteurs de terrains et l'organe de régulation qu'est l'ARS peuvent être différentes.

Le poids des acteurs est également très variable, certains comme les présidents de conférences ou professionnels hospitaliers semblent avoir une influence forte. De ce fait, l'ARS est perçue, par certains comme un acteur neutre pouvant rééquilibrer les jeux de pouvoir et d'acteurs. Grâce à ses leviers d'actions, l'ARS favorise le dialogue et permet d'intervenir pour l'intérêt général, loin des intérêts stratégiques et des convictions politiques de chacun.

F) Une non adhésion à certaines thématiques retenues

Certains acteurs sont en désaccord avec le concept de « *thématiques communes* » considérant que l'objet du PTS est de refléter les spécificités territoriales et non pas régionales, objet du PRS. Les thématiques comme la prévention du suicide et de la santé mentale n'ont pas leur place dans tous les PTS. Ils s'accordent à dire que le problème du suicide est une problématique régionale mais pas forcément territoriale. Les thématiques communes retenues par l'ARS sont étroitement sanitaire, alors que celle-ci prône le décroisement. Les acteurs

⁷⁸ Propos recueilli en entretien

⁷⁹ Document de travail ARS

n'évaluent pas les mêmes priorités suivant leurs champs de compétences. A titre d'illustration la ville de Rennes juge prioritaire des domaines comme la nutrition et l'activité physique, la vie affective et sexuelle. Ne figurant pas dans le PTS, ces axes seront intégrés dans les CLS de Rennes.

Les diverses rencontres réalisées ont mis en avant des contraintes et attentes propres aux profils des acteurs.

2.2.3 Les contraintes spécifiques à chaque profil d'acteurs des territoires n°5 et n°6

A l'issue des divers entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, plusieurs contraintes ont été soulevées. Ces difficultés laissent sous-entendre des attentes différentes de la part des acteurs. Il semble plus judicieux d'identifier les contraintes et attentes exprimées par profil d'acteurs.

A) Par les acteurs institutionnels

➤ **Des contraintes spatiales et politiques**

Le territoire n°6 ainsi que le territoire n°5 ont la particularité de se positionner sur deux départements. Cette situation géographique peut s'avérer contraignante pour obtenir la participation et l'adhésion des collectivités territoriales. Cela implique de faire travailler ensemble des conseils généraux différents avec parfois des positionnements, des perceptions ou des façons de travailler distinctes. Des acteurs précisent à ce titre qu'une délimitation départementale aurait été « *plus simple* ».

Par ailleurs le territoire de santé n°6 reste fortement axé autour de St Malo, délaissant ainsi certaines zones du territoire comme Dinan. Il en est de même sur le territoire n°5 qui reste fortement centré sur Rennes. Pour autant, les pays de ces territoires revêtent des caractéristiques et problématiques bien différentes. Ce constat peut nuire, à la qualité de la démarche qui se doit d'englober la totalité des pays pour respecter le concept de programme territorial de santé.

➤ **Les logiques des acteurs**

Il est évident que les logiques d'acteurs des professionnels de terrains et des institutions sont différentes. Alors que l'ARS souhaite apporter son expertise méthodologique et technique

aux acteurs de terrains, ces derniers sont parfois guidés par une logique différente, l'apport financier que peut leur offrir l'ARS.

➤ **Des territoires trop « indépendants »**

Les territoires de santé n°5 et n°6 revendiquent leur indépendance et autonomie. Cette position reflète une volonté des acteurs d'intervenir d'eux même mais peut aussi freiner le travail de collaboration avec l'ARS pourtant indispensable.

B) **Par les acteurs du secteur de la prévention**

➤ **Un territoire trop « hospitalo-centré »**

Certains acteurs soulignent l'omniprésence des questions sanitaires, déjà traitées dans le cadre du SROS, laissant de côté des thématiques fondamentales comme la prévention et la promotion de la santé. Pour certains, le territoire a une vision trop réduite de la santé, or celle-ci loin de se limiter aux soins doit également comprendre le volet prévention et promotion pour s'attaquer aux déterminants et aux inégalités de santé. A titre d'exemple, le territoire n° 5 très « *hospitalo-centré* » est fortement imprégné de la logique des anciennes conférences sanitaires. Le territoire a tendance à accorder trop d'importance aux problématiques hospitalières, délaissant le secteur de l'ambulatoire. Ce dernier, pourtant complémentaire, est indispensable pour assurer une prise en charge fluide et globale du patient, ambition portée par le PRS breton. Face à ce constat, l'ARS a choisi d'intervenir en positionnant l'offre ambulatoire dans les thématiques dites « *communes* ». En ce sens, elle devra obligatoirement faire l'objet d'une réflexion territoriale. Ce positionnement illustre le principe de « co-construction » permettant à l'ARS d'intervenir pour garantir la déclinaison des priorités portées par le PRS.

C) **Par les acteurs du secteur ambulatoire**

➤ **Faible participation des médecins**

Une faible participation des médecins est à noter sur les deux territoires. La participation des médecins libéraux aux groupes de travail semble difficile, en raison d'un manque de temps apparent. Le médecin interrogé est conscient de ce manque de participation de ses confrères. Il tente d'expliquer ce faible taux par un « *manque de temps de ces derniers mais également au fait que ceux-ci ne pèsent pas lourd dans les décisions au côté des professionnels hospitaliers* ». Bien souvent, l'hôpital représente une dimension politique prépondérante à laquelle les élus et, par conséquent, les présidents des conférences de territoires sont très attachés.

Un mauvais équilibre entre le secteur hospitalier et ambulatoire dans les groupes de travail est souligné par les acteurs, or « *certaines disciplines comme la prise en charge du diabète sont réalisées à 80% par des médecins libéraux* »⁸⁰. Il faut veiller, dans la composition de ces groupes, à l'implication des médecins, leurs expertises d'acteurs de terrain étant fondamentales pour échanger sur des thématiques comme la permanence des soins ambulatoires.

D) Par les acteurs du médico-social

Lors d'une réunion plénière de conférence de territoire, il a été souligné par un acteur du médico-social le manque de prise en compte du secteur du handicap. Ce propos s'est justifié par l'absence de référence au handicap dans les diagnostics réalisés. Les acteurs de ce domaine ont l'impression « *d'arriver toujours après* » le secteur sanitaire. Selon eux, « *il faut que l'ARS qui a compétence médico-social s'y intéresse* »⁸¹.

E) Par les acteurs hospitaliers

Des difficultés relationnelles sont soulevées entre le secteur hospitalier public et privé lucratif, ces derniers poursuivent des intérêts divergents. Cette faible collaboration public/privé peut poser problème dans l'organisation des gardes et astreintes en établissement de santé, et dans la graduation de l'offre de soins, thématiques nécessitant un partage entre l'offre sanitaire privée et publique. Du fait de logiques contradictoires, le dialogue entre ces établissements est rendu difficile et plus particulièrement sur le territoire n°5, les acteurs s'en remettent à l'ARS pour piloter ces thématiques et tenter d'aboutir à un consensus.

3 : BILAN DES FACTEURS DE REUSSITES SUR LES TERRITOIRES N°5 ET N°6

Les expériences préalablement évoquées, spécifiques ou non à la Bretagne, ont révélé des conditions de réussite, il convient de vérifier leur présence sur les territoires de santé n°5 et n°6 en les confrontant aux difficultés précédemment évoquées par les acteurs.

2.3.1 Les points fort présents sur les territoires de santé n°5 et n°6

Certains facteurs de réussite sont déjà observables sur les territoires de santé n°5 et n°6 :

A) L'apport et l'appui offert par des personnes référentes

Des personnes référentes ont été désignées sur les territoires de santé n°5 et n°6, à l'instar des coordonatrices de territoire, fonction nouvellement mise en place au sein des

⁸⁰ Propos recueilli en réunion

⁸¹ Propos recueilli en conférence plénière de territoire

délégations territoriales de santé, et des chargées de mission des conférences de territoire. Ces deux acteurs complémentaires travaillent en lien étroit :

- ❖ Les chargées de mission vont permettre d'accompagner les acteurs locaux, « *de faire remonter la dynamique territoriale* » en lien avec les priorités de l'ARS. Elles garantissent la combinaison d'une démarche ascendante et descendante.
- ❖ Les coordinatrices de territoire participent elles aussi à la réussite des démarches de PTS et de CLS et à la déclinaison du PRS. Elles assurent le relais et le lien entre l'ARS et les territoires via leur participation aux réunions des conférences de territoire et aux groupes de travail PTS/CLS. De plus, elles représentent un interlocuteur bien identifié pour les acteurs de terrain, favorisant ainsi le lien entre le terrain et l'agence.

Enfin, l'appui est aussi assuré par l'ARS dans son ensemble, celle-ci élabore plusieurs outils méthodologiques pour cadrer la démarche et aider les acteurs internes (fiches thématiques précisant la feuille de route à suivre pour décliner le PRS) et externes à l'ARS.

B) L'appui sur l'existant

Les acteurs peuvent s'appuyer sur les travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du PRS. Plusieurs groupes de travail s'étaient instaurés pour participer au diagnostic et faire émerger les grands axes de réflexion. Ces groupes thématiques régionaux ont réalisé des synthèses, des travaux et expertises, auxquels les groupes de travail des programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé peuvent se référer. La région Bretagne compte également de nombreux dispositifs d'animation territoriale de santé et ateliers santé ville qui peuvent alimenter les réflexions des démarches de CLS et PTS. Ainsi, dans le cadre du CLS de Rennes les thématiques retenues ont été identifiées à partir du diagnostic qualitatif élaboré dans le cadre de l'atelier santé ville complété par l'observatoire régional de santé de Bretagne :

- ❖ Savoir pour agir : Développer l'information sur la santé des rennais
- ❖ Promouvoir un accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus vulnérables,
- ❖ Agir en faveur de la santé des enfants et des jeunes,
- ❖ Agir pour la santé des personnes âgées
- ❖ Participer à la prévention et réduction des risques
- ❖ Promouvoir un environnement physique favorable à la santé)

« *Ces diagnostics partagés sont des points clés, créant un socle commun à partir duquel le dialogue, gage de réussite, va pouvoir s'enclencher* ». ⁸² Le CLS de Vitré s'est d'ailleurs basé sur le diagnostic réalisé par l'animatrice territoriale de santé.

⁸² Propos recueilli en entretien

Le groupe de travail PTS « *Prévention et prise en charge des conduites addictives* » du territoire n°5 a mis en commun ses connaissances avec les études réalisées par les pays sur cette problématique d'addictologie.

Enfin, le pays de St Malo s'est construit sur la dynamique impulsée sur le territoire pour alimenter sa réflexion autour des PTS : « *appui sur le diagnostic territorial de santé effectué par l'animatrice territoriale de santé ; appui sur les instances de concertation déjà mises en œuvre tels que les comités de coordination des actions en faveur du handicap* ». « *Il y a déjà une organisation, il faut prendre en compte la dynamique existante* ». Celle-ci permet également de s'appuyer sur des partenariats déjà engagés et développés grâce au travail des ATS et des coordinateurs ASV. Par exemple « *l'ATS du territoire de Vitré est aujourd'hui reconnue des acteurs locaux* »⁸³, facilitant ainsi la collaboration avec ces derniers.

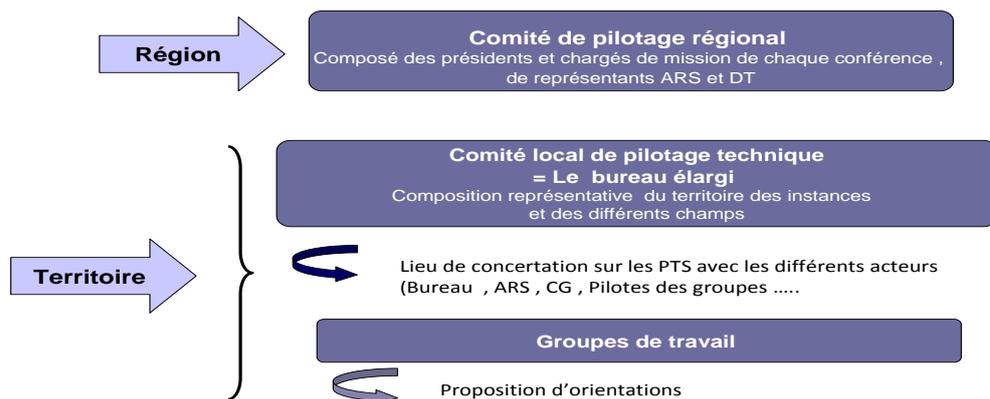
C) « Le fonctionnement en mode projet » :

« *Organiser la programmation en santé publique en véritable démarche de gestion de projets* » est l'une des préconisations recommandées pour faciliter la mise en œuvre des programmes et actions en santé. Cette méthodologie s'observe sur les territoires de santé n°5 et n°6. Ainsi l'organisation en mode projet des PTS se réalisera via la mise en place d'un comité de pilotage régional et local et de groupes de travail composés de différents acteurs et agents de l'ARS. Ce fonctionnement en mode projet introduit des liens entre ces différentes instances à travers des points d'avancement réguliers. En conséquence, cette organisation assure un accompagnement et suivi des démarches en interne comme en externe à travers plusieurs temps d'échange :

- ❖ Réunion Comité de Pilotage Régional (COPIL)
- ❖ Réunion Comité de Pilotage local
- ❖ Réunion Comité Opérationnel Territorial (COT) en présence des directions métiers
- ❖ Réunions hebdomadaire entre coordonnateurs et équipe de territoire

Ces diverses rencontres permettent d'évoquer l'avancé des démarches. Un accompagnement sur le long terme est nécessaire, offrant la possibilité aux acteurs de disposer de l'aide et de l'intermédiaire de l'ARS. Ce suivi permet de recadrer si besoin les acteurs pour contribuer véritablement à la déclinaison du projet régional de santé.

⁸³ CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIAL, Synthèse de l'atelier n°8, dynamique des politiques territoriales de santé : rôle et place de chacun, 14 et 15 octobre 2008, Nancy, colloques collectivités territoriales et santé publique, 2008, 10 pages



Source : Rongère.L, *Compte rendu réunion de bureau de la conférence de territoire n°5 du 20 avril 2012*

Les CLS s'organisent aussi sur ce mode projet avec la création de COPIL et de groupes de travail pour chacun des CLS.

D) Utilisation de méthodes et pratiques scientifiquement validées

Les diagnostics se sont appuyés sur des organismes spécifiques tels l'observatoire régional de la santé Bretagne et des ressources statistiques de l'ARS mettant en évidence un certain nombre d'indicateurs. Enfin, l'ARS exploite de nombreuses données épidémiologiques grâce à son service statistique. Ce travail de collecte et d'exploitation permet d'aboutir à des indicateurs et outils d'aide à la décision à l'instar des indices de pilotage de l'activité hospitalière (IPA). Ces IPA alimentent la réflexion et permettent de faire émerger des axes d'actions prioritaires. L'ensemble de ces données sont analysées en vue de détecter les axes de travaux prioritaires.

E) L'interdisciplinarité est bien respectée

Les travaux de CLS et PTS entrepris sur les territoires n°5 et n°6 respectent ce principe d'interdisciplinarité.

Les CLS regroupent des acteurs et partenaires de différents champs en passant des collectivités locales aux acteurs de la santé et du médico-social. Le CLS de Rennes illustre cette dimension multi-partenaire. Son Copil se structurera autour d'acteurs variés : Représentants de la ville de Rennes, de l'ARS, préfet, Centre hospitalier universitaire, centre hospitalier Guillaume Régnier, Conseil général, Conseil Régional, Education nationale, Union régionale des professionnels de santé, président de la conférence de territoire n°5. Le CLS de Vitré a lui aussi rassemblé des partenaires multidisciplinaires : IREPS, le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie du Centre Hospitalier de Vitré (CSAPA), la DIRECCTE, la CARSAT, la Maison de l'Economie de l'Emploi et de la Formation (MEEF) la mutualité

Radiance, l'association Capt Air Bretagne, la Maison de la Consommation et de l'Environnement (MCE) la préfecture, le conseil régional, URML

Concernant les PTS, l'interdisciplinarité est également présente. Les instances de pilotages sont composées d'acteurs de différents champs : médico-social, prévention, hospitalier, et assurent une bonne représentativité du territoire en faisant intervenir des acteurs des différents pays et représentants locaux tels que les conseils généraux. Ainsi le COPIL Local du territoire n°5 dispose de la présence des 6 pays le composant. La représentation du Conseil Général (CG) est aujourd'hui, prévue sur les deux territoires. Cette participation est un gage de réussite, l'ensemble des personnes interrogées est unanime sur cette idée. Ainsi, des invitations ont été adressées par la DT 35 aux conseils généraux des Côtes d'Armor, d'Ille et Vilaine et du Morbihan pour les faire adhérer à la démarche en leur proposant notamment de participer au comité de pilotage local et à certains groupes de travail. Les PTS font l'objet de thématiques transversales comme l'accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées, thématiques jugées prioritaires sur les territoires n°5 et n°6. Celles-ci nécessitent l'implication des conseils généraux compétents sur ces champs politiques et les services d'accompagnement à domicile (SAAD). La collaboration avec les CG est donc la garantie de pouvoir assurer aux patients un parcours fluide et adapté à ses besoins. Par ailleurs, la protection maternelle et infantile (PMI), les services de la protection judiciaire relevant du CG sont aussi des acteurs susceptibles d'intervenir sur les thématiques de prévention des conduites addictives, périnatalité et prévention précoce. Leur participation dans les PTS et CLS garantit une programmation d'actions fiables.

F) Volonté des acteurs

La région Bretagne est favorable au développement de cette approche et dynamique territoriale de santé, comme en témoignent les neuf dispositifs d'animation territoriale de santé et les quatre Ateliers Santé Ville (Rennes, Lorient, Brest et Morlaix), présents sur la région. Le département d'Ille et Vilaine s'est inscrit dans cette dynamique à travers l'Atelier Santé Ville de Rennes, les différents projets territoriaux et locaux de santé (pays de Vitré, de Fougère, de Brocéliande). De nombreuses villes d'Ille et Vilaine sont également volontaires pour déployer des actions de préventions notamment en matière de nutrition en adhérent au Plan National Nutrition Santé (Rennes, Vitré, Retiers, La Guerche de Bretagne). L'adhésion de la Ville de Rennes au réseau Ville Santé OMS confirme cette impulsion. Enfin, d'autres projets territoriaux de santé sont en cours de réflexion comme celui du pays de St Malo et diverses demandes de CLS émanent directement des acteurs (Brocéliande, Redon). Au regard des entretiens, les acteurs affichent une volonté de collaboration, point positif rappelé par les travaux sur « *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* ». Cette « *volonté des membres du*

groupe de programmation de travailler ensemble » s'est révélée point fort des programmes régionaux de santé.

G) L'évaluation des dispositifs

La culture de l'évaluation est présente dans ces démarches. Procéder à l'évaluation annuelle des dispositifs de CLS et PTS est prévue elle favorisera le repérage des points à améliorer pour garantir leur réussite. Afin de rendre possible cette évaluation, les fiches actions prévoient d'inscrire les objectifs à atteindre et les critères retenus. Cet aspect évaluatif est également intégré aux CLS. D'ailleurs, le contrat de Vitré mentionne les indicateurs de réalisations et de résultats ainsi que les objectifs attendus à court et moyen terme pour vérifier la pertinence de cet outil.

Néanmoins, les contraintes soulevées par les acteurs, dans le second point, laissent paraître des points faibles, qu'il convient de mettre en lumière.

2.3.2 Les points faibles présents sur les territoires de santé n°5 et n°6

A) Structuration de l'intervention : Faiblesse de la communication

Au regard des travaux « *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* », la « *structuration de l'intervention* » pour être efficace doit comprendre une communication de qualité. Or les contraintes soulevées par les acteurs (difficultés de compréhension de la méthodologie, manque de connaissance) prouvent que la communication pourrait être améliorée.

Les conférences plénières de territoire soulignent ces problèmes de communication, évoqués par les acteurs eux-mêmes. Une grande partie de ces rencontres est consacrée aux présentations de l'ARS, or les acteurs souhaitent davantage de temps de dialogue et de débat. Enfin, les sujets présentés relèvent souvent du domaine sanitaire comme le confirme les Indicateurs de Pilotage de l'Activité hospitalière (IPA) présentés aux dernières conférences plénières. Ces IPA sont des outils très techniques sur lesquels les acteurs ne peuvent émettre d'avis. Cette façon de communiquer ne favorise pas la concertation qui est pourtant la principale attente des acteurs de terrain. Les termes utilisés lors des temps d'échanges sont parfois inappropriés aux acteurs, car « *trop techniques* ».

Cet exemple des IPA fait part de quelques défaillances en matière de communication. Ainsi les messages délivrés sont parfois interprétés différemment par les acteurs. A l'issue de la présentation, les IPA sont apparus aux yeux des acteurs comme un outil introduisant une

logique économique, un taux d'activité à ne pas dépasser. Pourtant, l'ARS perçoit cet instrument comme l'opportunité de bénéficier d'une vision à long terme, pour aider la réflexion, notamment par rapport, à l'organisation de la graduation de l'offre de soins. A travers cette communication, certains acteurs considèrent que « *les valeurs et logiques d'action de l'ARS sont davantage financières et économiques que tournées vers l'intérêt du patient* ».

Enfin la méconnaissance de certains acteurs sur les PTS et CLS questionne sur la communication et l'information, qui pourrait être renforcée. Ces différents éléments impactent sur le dialogue et la cohésion d'équipe nécessaire à la réussite de ce type de démarche.

B) Les déterminants de santé faiblement pris en compte

Les attentes des acteurs concernant le domaine de la prévention reflètent le faible accent mis sur les déterminants de santé.

C) L'implication des acteurs à renforcer

La faible démocratie soulevée par les acteurs démontre qu'ils ne sont pas impliqués au degré souhaité. L'avis des acteurs de terrain est sollicité, mais selon eux, pas suffisamment pris en considération. L'interdisciplinarité, notion évoquée précédemment est relativement bien respectée mais pour être plus effective, elle nécessiterait la participation et l'implication des acteurs dans les instances ou groupes de travail. Or, il convient de noter que les acteurs ne sont pas toujours présents aux conférences ou ne relaient pas systématiquement les messages auprès de leurs collaborateurs et associés. La faible implication des médecins de l'URPS en est un exemple concret.

Après avoir identifié les ressentis des acteurs et mis en lumière les potentialités et expériences sur lesquelles peut s'appuyer et prendre exemple l'ARS en vue de déployer ses démarches de CLS et PTS, il paraît opportun, dans une dernière partie, d'identifier et de préconiser les éléments et principes à respecter pour garantir la réussite de leur mise en œuvre locale.

CHAPITRE 3 :

QUELLES PRECONISATIONS POUR FAVORISER LA REUSSITE DE LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE ?

Il convient dans cette dernière partie d'exposer les principes clés à renforcer pour assurer le bon fonctionnement de la mise en œuvre de ces deux nouveaux outils, participant à la déclinaison de la politique régionale de santé publique.

Au regard des observations recueillies en réunions ou en entretiens, deux principes clés apparaissent nécessaire à consolider pour garantir la réussite de ce type d'outil.

Il semble pertinent d'associer et mobiliser l'ensemble des acteurs en vue d'une démarche cohérente (1) et d'assurer un accompagnement et une communication de qualité(2).

1: ASSOCIER ET MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS POUR UNE DEMARCHE COHERENTE

Au terme de cette étude, la cohérence et la dimension participative semblent les socles, les bases à instruire pour capitaliser la réussite de ces démarches.

3.1.1 Favoriser la mise en œuvre d'une démarche globale et participative

Afin de rendre efficace les démarches de PTS et CLS, ces dernières doivent traduire une démarche globale et participative. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour y contribuer.

A) Le principe de Co-construction des PTS et CLS

Ce principe de Co-construction signifie que les PTS mais aussi les CLS sont élaborés grâce à l'appui et l'implication de plusieurs acteurs. Associant ainsi, « *maitre d'ouvrage* »⁸⁴ et « *maitre d'œuvre* ». La région Bretagne est consciente de l'intérêt d'une démarche co-construite pour garantir la réussite de ces programmes et favoriser l'adhésion des acteurs. Contrairement à d'autres régions, les PTS bretons seront conjointement rédigés par l'ARS et les conférences de territoires, « *garantes de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.* »⁸⁵. Cette Co-construction se réalise à travers les différentes réunions auxquelles assistent collectivement l'ARS et les conférences de territoire (réunions de bureau des conférences, les réunions de Copil local, les réunions de Copil régional) dans l'objectif d'aboutir à un consensus sur les priorités à

⁸⁴ Charte d'élaboration des PTS

⁸⁵http://www.fehap.fr/DATA/8_7_2011_8_49_17_3-_ARS_PTS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.pdf

retenir, les actions à concevoir. Cette Co-animation caractérise aussi les groupes de travaux associant à la fois acteurs de terrain et référents thématiques de l'ARS et coordonnateurs.

Ce principe est aussi primordial dans la construction des CLS. Ces contrats nécessitent une collaboration entre l'ARS et les parties prenantes. Autrement dit, ces deux types de démarches ne peuvent s'illustrer comme un processus descendant de l'ARS ou ascendant des acteurs locaux mais véritablement comme un point de rencontre entre ces deux logiques. Ce principe semble pertinent pour garantir la réussite de telles démarches et décliner le PRS en mettant « *en œuvre des choses réalisables* »⁸⁶. Il ne convient pas d'afficher simplement cette position de Co-construction mais véritablement de le mettre en pratique en accordant davantage de place à la concertation notamment en conférence plénière. « *Il faut donner du sens à la démarche de Co-construction et ne pas imposer de formatage, laisser les acteurs préconiser* ».⁸⁷ Pour respecter cette co-construction, il faut veiller à une bonne représentativité des acteurs dans les groupes et notamment des médecins insuffisamment impliqués.

Cette dimension co-constructive permet de renforcer l'implication des acteurs véritable facteur de réussite et favoriser les bonnes relations entre l'agence et les équipes de terrain.

B) S'appuyer sur un diagnostic partagé

Les thématiques identifiées pour les PTS se sont appuyées sur un diagnostic mais celui-ci est apparu incomplet au regard des acteurs. Il faut se baser sur des diagnostics fins et partagés, croisant les données dont disposent l'ARS, les conseils généraux, les élus, l'observatoire régional de santé, les acteurs de terrains, pour bénéficier d'un diagnostic exhaustif détaillant l'offre de services et la demande afin de prioriser les actions compte tenu des besoins. Cette dimension partagée de diagnostic est importante, elle permet de valoriser le travail mené par les acteurs de terrain et les impliquer.

Ce diagnostic partagé est tout aussi important dans le cadre des CLS. En ce sens, il semble judicieux que ces diagnostics s'adosent aux connaissances dont disposent les élus, acteurs de proximité au plus près des citoyens, ainsi que sur le regard de l'utilisateur. Cette prise en compte des besoins de l'utilisateur peut se faire via des questionnaires. Ces diagnostics détaillés renforcent « *l'acquisition et l'utilisation des connaissances dans la mise en œuvre des interventions en santé* »⁸⁸.

⁸⁶ Propos recueilli en entretien

⁸⁷ Propos recueilli en entretien

⁸⁸ Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisdon J-C et vérité E, avril 2005, « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? » Santé publique n°17, p.569-582

C) Favoriser la participation de la population

Pour la plupart des acteurs interrogés, la participation de la population constitue un facteur de réussite. « *Donner une place réelle au citoyen et à l'usager* » est d'ailleurs une des préconisations fournies à l'issue du travail « *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* ». Comme souligné à la journée nationale sur la politique de la ville territoire et politique de santé « le respect de la parole de la population est un élément clé »⁸⁹.

Il est nécessaire d'informer les usagers sur les actions qui vont être déployées dans le cadre de PTS et CLS et de les associer dans la démarche. Ils « *permettent de donner des éléments d'éclairage et leur vécu* ». Cette participation de la population apportera une approche davantage qualitative. Selon les collectivités territoriales, il est important d'œuvrer au plus près des populations pour « *comprendre comment on peut travailler le mieux avec eux* », et obtenir leurs adhésions aux actions.

Préconisation:

Il semblerait donc pertinent d'associer la population dans le diagnostic via des questionnaires ou la présentation des contrats locaux de santé et programmes territoriaux de santé lors de débats ou réunions publiques. Le groupe de travail thématique « *Prise en charge des personnes âgées* » du territoire n°5 envisage une étude du parcours de l'usager par l'intermédiaire des étudiants de l'association « *EHESP conseil* », pour une meilleure prise en compte du regard de l'usager. Un travail similaire est également entrepris pour la thématique « *Accompagnement du handicap et Parcours de vie* ». Il semblerait opportun de réitérer ce type de démarche sur le territoire de santé n°6 et sur d'autres thématiques.

D) PTS et CLS une approche globale incluant l'axe prévention promotion de la santé

Appréhender la santé dans sa globalité est une autre condition de réussite des PTS et CLS. Les PTS et CLS doivent s'articuler autour de diverses thématiques faisant référence au champ sanitaire médico-social, social mais aussi à la prévention. Cette dernière a la particularité d'être transversale et de nombreux acteurs considèrent qu'elle est insuffisamment représentée dans la politique de santé. Il faut « *Mettre en place une démarche projet selon les principes d'action de la promotion de la santé, mettant les déterminants sociaux et environnementaux de santé dans les débats ainsi que les inégalités sociales de santé en toile de fond* »⁹⁰.

⁸⁹ Politique de la ville territoire et politique de santé, agir ensemble au niveau local, Acte de la journée nationale du 5 décembre 2008 à Paris

⁹⁰ Propos recueilli en entretien

Préconisation:

Des temps de présentation en conférences plénières sur le secteur de la prévention sont à privilégier autant sur le territoire n°5 que n°6 afin d'aboutir à une acculturation commune des acteurs. Outre cette présentation générale, les groupes de travail thématiques étant en cours d'élaboration, il paraît important d'y associer pour chacun une personne compétente sur les domaines de prévention, promotion de la santé pour que cette dimension soit pleinement représentée. Pour les PTS, la délégation territoriale Ille et Vilaine a choisi qu'une personne ressource dans ce domaine apporte des éclairages sur la promotion de la santé et les déterminants de santé à l'ensemble des acteurs de la conférence n°5 pour que cette dimension soit davantage intégrée dans les réflexions des groupes de travaux.

3.1.2 Veiller à la cohérence de la démarche

Pour garantir la réussite des dispositifs de PTS et CLS, une cohérence doit être assurée à plusieurs niveaux (A) et sous plusieurs formes (B) tout au long de la démarche.

A) Garantir une cohérence sur plusieurs niveaux :

➤ Cohérence politique

Le principal facteur de réussite de ces outils est sa construction cohérente avec les objectifs inscrits dans le PRS et les orientations régionales. A titre d'exemple, les actions entreprises dans le cadre de la thématique « *Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)* » devront s'adapter au cahier des charges adopté en juin 2012. Par ailleurs, cette cohérence avec le PRS implique de se consacrer aux thèmes qui correspondent aux besoins du territoire sans chercher à décliner le PRS dans son intégralité mais en veillant à prioriser. La « priorisation » et la « hiérarchisation » sont des axes de réflexions importants pour concevoir et mettre en œuvre ces outils.

Outre cette adéquation aux orientations fixées par la région, les PTS et les CLS, qui en découlent, doivent être cohérents avec les autres politiques existantes comme la politique de la ville ou les politiques départementales développées en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, (schéma départemental du handicap, schéma départemental de la gérontologie) . Cette cohérence politique est importante pour que les acteurs politiques (élus, conseils généraux) s'y retrouvent et adhèrent à la démarche.

Enfin, cette mise en relation est un moyen d'éviter les chevauchements, les doublons qui n'auraient de sens ni pour la population ni pour les acteurs qui y perdraient du temps et de

l'argent « *Ne perdons pas de temps à refaire ce qui est déjà présent* »⁹¹. Au-delà de cette adaptation à l'existant local, les actions doivent entrer dans le cadre des plans nationaux notamment le Plan National Psychiatrie Santé Mentale 2012-2015.

Préconisation:

Cette cohérence sera favorisée par la participation de ces acteurs aux instances de pilotages, aujourd'hui obtenue pour les territoires n°5 et n°6. Le respect des orientations régionales se fera notamment par le biais des coordonnatrices de territoires. Elles veilleront à l'adéquation des actions émises par les acteurs de terrain, aux objectifs fixés par l'ARS et à leurs inscriptions dans le cadre des programmes territoriaux de santé ou contrats locaux de santé.

➤ **Cohérence avec « l'existant »**

S'appuyer sur l'existant est une prérogative pour assurer une cohérence dans les actions. Celles-ci doivent tenir compte des initiatives locales et des contractualisations déjà instaurées. Cette articulation évite les doublons. Ainsi, les actions des PTS et CLS doivent prendre en considération les actions et orientations définies dans les Ateliers Santé Ville, Les Projets Locaux de Santé, les Projets Territoriaux de Santé, pour ne pas freiner la dynamique déjà enclenchée, et valoriser le travail des acteurs de terrain.

Enfin, les actions doivent s'adapter aux conventions et contrats, déjà mis en place entre l'ARS et les opérateurs, tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements, les procédures d'appels à projets en cours. Pour plus de pertinence, l'annexe territoriale des CPOM sera complétée une fois les PTS élaborés, car « *les PTS doivent alimenter les CPOM* »⁹².

➤ **Cohérence géographique**

Tout d'abord, il doit y avoir une cohérence entre les groupes thématiques à dimension régionale et les groupes thématiques à vocation territoriale des PTS et des CLS. Ces groupes doivent se compléter et non pas se chevaucher. Leurs réflexions pourront alimenter mutuellement les travaux de chacun. Pour assurer cette cohérence un lien doit être effectué entre les différents groupes thématiques. Il faut penser au relais de l'information via les animateurs de groupe et des temps d'échange communs.

Les actions inscrites dans le cadre de PTS et /ou CLS doivent également s'adapter au contexte géographique (rural-urbain) pour être réalistes. Il convient de prendre en compte les

⁹¹ Propos recueilli en entretien

⁹² Propos recueilli en réunion

spécificités géographiques du territoire, par exemple les territoires de santé n°5 et n°6 s'étendent sur plusieurs départements. Autre illustration, le CLS de Belle île en mer, dont l'axe principal est « *d'améliorer l'organisation et l'accès aux soins* », doit s'adapter aux spécificités propre aux îles, et donc prendre acte de la législation maritime en termes de transport maritime pour organiser les transferts des patients.

Enfin, cette cohérence géographique fait aussi référence à une représentativité des différents pays et zones géographiques du territoire au sein des groupes de travail pour veiller à le représenter dans son intégralité. Celle-ci éviterait ainsi de focaliser les actions sur un seul territoire comme cela est le cas sur le territoire n°6 fortement centré sur ST Malo. Cette représentation est aujourd'hui assurée au sein des instances de pilotage des PTS conçues par l'ARS en concertation avec les acteurs.

Une cohérence dans la délimitation du CLS doit également être faite. Le CLS peut s'adapter à des niveaux d'échelles différentes : communauté de commune, communauté d'agglomération, pays, périmètre retenu pour le CLS de Vitré, ou grande agglomération comme en témoigne le CLS de Rennes.

Préconisation :

L'échelle retenue doit représenter des zones comparables, aux problématiques similaires pour y développer des actions adéquates. Dans cette optique l'ARS Bretagne considère le pays comme un niveau pertinent de mise en œuvre des CLS.

B) Garantir une cohérence sous plusieurs formes

Pour être réaliste, ces démarches de PTS et CLS se doivent d'être cohérentes sous plusieurs formes. D'un point de vue financier, les actions prévues doivent correspondre à la réalité économique actuelle. « *Il faut trouver l'équilibre entre les manques et les actions qui sont à la main des acteurs* »⁹³. Sur le plan matériel et technique, il faut pouvoir disposer de main d'œuvre suffisantes, et de données probantes pour être efficace. Enfin, les délais de mise en œuvre, doivent laisser aux acteurs le temps de travailler ensemble pour aboutir à une véritable synergie.

La participation et la cohérence sont des critères à privilégier dans l'utilisation de ces outils. Pour les faire vivre un accompagnement et une communication de qualité semblent moteur.

⁹³ Propos recueilli en réunion

2 : ACCOMPAGNER ET COMMUNIQUER

L'accompagnement des acteurs et la communication sont des vecteurs qui tout en favorisant la réussite des démarches les valorisent.

3.2.1 Garantir un accompagnement des acteurs tout au long de la démarche

A) Un accompagnement sous plusieurs formes

L'accompagnement de l'ARS peut revêtir plusieurs formes. L'accompagnement recherché par les acteurs est bien sûr d'ordre financier, les moyens apparaissent à leurs yeux comme un facteur clé de réussite.

Outre cette dimension financière, les ARS ont la capacité de mobiliser des compétences internes ou externes tels que l'Observatoire Régional de la Santé ou l'Institut Régional pour l'Education et la Promotion de la Santé (IREPS), pour compléter le diagnostic local ou pour la mise en œuvre d'actions. Par exemple, la Ville de Rennes attend que l'ARS, par ses leviers d'actions intervienne pour bénéficier d'une analyse plus fine des indicateurs de santé en demandant des compléments d'informations aux institutions concernées. Le CLS de Belle Ile en Mer, actuellement en cours de réalisation, a quant à lui fait l'objet d'un diagnostic territorial de santé, réalisé par les compétences d'un cabinet de consultant, financé par L'ARS. Enfin, l'ARS est indispensable aux acteurs de terrain lorsque ceux-ci n'ont plus les solutions en mains.

Les différents apports de l'ARS apparaissent comme des clés de réussite.

B) Les points clés de cet accompagnement

➤ Un accompagnement adapté, au cas par cas

L'accompagnement doit être adapté aux acteurs du territoire. Ainsi l'aide offerte aux territoires n°5 et n°6 ne sera pas nécessairement identique, l'essentiel étant de répondre aux besoins et attentes des acteurs notamment en termes méthodologique. Ainsi, le territoire n°6 est très demandeur de fiches de synthèses, de comptes rendu, de diagnostics « poussés » ce qui n'est pas forcément le cas du territoire n°5. Le territoire de St Malo-Dinan, contrairement au territoire de Rennes-Fougères-Vitré-Redon, est complètement indifférent aux présentations et outils méthodologiques proposés par l'ARS. Cette dernière doit donc adapter des stratégies variables d'un territoire à l'autre et appréhender différemment les acteurs pour faciliter leur adhésion.

➤ **Faire preuve de Pédagogie**

Disposer d'une pédagogie auprès des acteurs de terrain, les accompagner dans la démarche semble un pré requis. Cette pédagogie, associée au travail administratif réalisé en amont par l'ARS doit permettre de rendre intelligible le PRS, d'aider et faciliter le travail des acteurs. Dans cet objectif d'aide des fiches thématiques sont créées par l'ARS et relayées en interne. Des fiches diagnostics facilitent également le travail d'appropriation du PRS par les acteurs considéré comme « *trop lourd* » et « *indigeste ou trop technique* »⁹⁴.

Cette pédagogie suscite d'être en mesure de communiquer avec les acteurs avec des termes appropriés, un langage commun et ajuster ces propos aux différents interlocuteurs. Ainsi, l'ARS a choisi de modifier les termes de thématiques « *obligatoires* » et « *facultatives* » au profit de thématiques « *communes* » et « *complémentaires* » pour ne pas braquer les acteurs.

Cette pédagogie fait étroitement référence à la communication, celle-ci doit être de qualité pour favoriser la réussite de la démarche.

3.2.2 Garantir une communication de qualité tout au long de la démarche

Cette communication est réalisée en interne mais aussi vers l'extérieur.

A) **Une communication interne**

La communication est un élément important pour toutes démarches de projet. En matière de communication, plusieurs points apparaissent fondamentaux à respecter pour disposer d'une communication de qualité.

➤ **Faire preuve de transparence et de clarté**

D'après un acteur, « *on ne se pénalise pas en étant transparent, les gens ont le droit de savoir* ». Afin d'accroître la qualité de la communication, il semble important de clarifier les attentes et la méthode afin d'éclairer les acteurs, que ces dernier sachent « *vers quoi s'engager* »⁹⁵. Il est nécessaire d'exposer clairement les enjeux et objectifs attendus des PTS pour les guider dans la bonne direction.

⁹⁴ Propos recueilli en entretien

⁹⁵ Entretien

Préconisation :

En complément de la charte d'élaboration des PTS déjà élaborée, il semble important de disposer d'un cahier des charges et étendre cette démarche au CLS, pour une meilleure information des acteurs. Cette transparence suppose une connaissance des acteurs sur les moyens dont ils pourront bénéficier dans le cadre du PTS ou du CLS, pour pouvoir réfléchir à des actions cohérentes aux financements alloués.

➤ **Améliorer la communication et le dialogue**

« *Il faut créer de la confiance* »⁹⁶, cette parole implique qu'il faut « *susciter la participation des acteurs* », construire l'échange et entretenir le dialogue. Afin que les acteurs aient le sentiment de pouvoir émettre leurs avis, les temps d'échanges en conférences plénières de territoire doivent être renforcés. Il est également souhaitable de prendre comme sujet d'ordre du jour des axes transversaux sur lesquels les acteurs peuvent apporter leur réflexion.

➤ **Communiquer et faire du lien entre les différents groupes de travail :**

En matière de communication un autre élément majeur est d'assurer une communication et des connections entre les différents groupes de travail, car certaines thématiques sont étroitement liées. Par exemple la graduation de l'offre de soins est en lien avec des thématiques comme la périnatalité, la cancérologie. Autre illustration, les travaux effectués sur les chutes dans le cadre du groupe « *Prise en charge des personnes âgées* » doivent s'articuler avec les thématiques de soins de suite et de réadaptation et la prévention. Ces différents liens sont indispensables pour favoriser la transversalité.

Préconisations :

Ces points de liaisons pourront se faire à travers les conférences plénières de territoire où chaque groupe exposera l'avancé de ses travaux, offrant la possibilité à l'ensemble des acteurs de réagir. Cette communication entre groupes thématiques doit également s'étendre aux groupes régionaux pour assurer une cohérence dans la réflexion. Enfin, des points d'informations en conférences plénières sur les CLS semblent importants pour renforcer l'information sur le sujet et assurer un lien, une articulation entre les outils de CLS et PTS.

⁹⁶ Propos recueilli en entretien

En dehors de cette communication en direction des acteurs, construisant les PTS et CLS, une information et communication vers l'extérieur semble judicieuse.

B) Une communication externe

Il convient d'informer les acteurs externes sur ces démarches de PTS et CLS. A ce titre, des colloques vont prochainement être organisés autour des CLS pour renforcer ou apporter une connaissance aux acteurs de terrains sur le sujet. Un partage d'expériences, une présentation des atouts des démarches de CLS sont prévus lors d'une rencontre régionale d'information sur les CLS bretons. De plus, encourager les acteurs des conférences de territoire à bien relayer l'information permettrait une meilleure connaissance de l'ensemble des acteurs.

Enfin, il semble important de penser à diffuser l'information auprès de la population une fois les outils concrétisés, pour valoriser les démarches et porter à leur connaissance les nouveaux dispositifs initiés. Cette communication peut se traduire par des réunions d'informations publiques ou diffusion d'informations via le site internet.

Il paraît important de combiner ces facteurs, interconnectés les uns aux autres, pour garantir la réussite des programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé et donc la déclinaison du projet régional de santé.

Conclusion

Les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé, issus de la Loi portant réforme de l'Hôpital relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST), constitue la priorité annuelle de l'agence régionale de santé Bretagne.

Ces nouveaux outils de santé publique affichent de nombreux intérêts à la fois pour les acteurs de terrain, et dans le pilotage des politiques. Ils assurent une déclinaison et une mise en œuvre concrète, réaliste et cohérente de la politique régionale de santé publique. Plus qu'un dispositif politique, ces outils participent à l'approche territoriale et décloisonnée de la santé, favorisant une prise en charge coordonnée et fluide du patient. Ils contribuent à l'émergence d'une réelle dynamique territoriale de santé.

Comme toute démarche de planification, l'installation et le succès de ce type de processus, inscrit sur le long terme, résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs de réussite tels que la cohérence avec l'existant, l'appui sur une personne ressource, l'organisation en mode projet, le dialogue, la communication et la confiance mutuelle entre les acteurs.

Cette étude alimentée par le regard des acteurs des territoires de santé n°5 et n°6 a permis de faire ressortir les points forts et faibles de ces territoires. Même si quelques bé-moles y sont observables notamment sur cette première étape de conception et méthodologie, la délégation territoriale Ille et Vilaine dispose de véritables atouts. Elle a les cartes en main pour réussir à porter les PTS et CLS et de ce fait réussir à décliner territorialement le PRS.

Ces dispositifs s'inscrivant sur le long terme, et s'élaborant pas à pas, les effets et la réussite effective de ces démarches ne pourront s'observer qu'ultérieurement. La stratégie définie par l'ARS Bretagne sera-t-elle favorable à l'amélioration de la santé de tous les Bretons ?

Bibliographie

ARTICLES

- ❖ AUTES. M, Juin 2009, « Territoire, Santé, Démocratie », *Sciences Sociales et santé*, Volume 27 n°2, page 75-76
- ❖ CLAVIER. C, Juin 2009, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, Volume 27 n°2, pages 47-72
- ❖ EL GHOZI L, septembre 2011 « L'engagement des collectivités locales », *Contact Santé*, trimestriel hors série n°4, pages 28-31
- ❖ LAURENT-BEQ.A et LE GRAND.E, Mai-Juin 2006, « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l'homme* n°383, pages 16-17
- ❖ LONCLE. P, Mars 2009, « La mise en œuvre des politiques de santé publiques au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences Sociales et santé*, Volume 27 n°1, pages 7-30
- ❖ LUCAS-GABRIELLI. V, Septembre 2011, « Approches territoriales de la santé : la nouvelle donne », *Contact Santé*, trimestriel hors série n°4
- ❖ LUCAS-GABRIELLI V, COLDEFY M, septembre 201, « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé », *Contact Santé*, trimestriel hors série n°4, pages 12-15
- ❖ RICAN.S, VAILLANT.Z, Mars 2009, « Territoire et santé : enjeux sanitaire de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, Volume 27 n°1, pages 33-42
- ❖ Mars 2011, « Les agences régionales de santé 1 an après dossier : l'intention démocratique et l'attention technocratique », *ADSP Actualité et Dossier en Santé Publique*
- ❖ TOURANCHEAU JM, Mars 2010, « les délégations territoriales terres d'avenir ? », *IASS la revue*, pages 11-15
- ❖ SCHWEYER(FX)/TOURANCHEAU(JM)/KIHAL-FLEGEAU(N)/ANCESSI(H),/KLEIN (N)/BOISSON (P), LEREMBOURE (B) / « Dossier : Réformes institutionnelles ou en sommes-nous ? », Mars 2011, « N° spécial 20 ans de l'APIASS », *IASS la Revue*, pages 9-30

- ❖ Janvier 2011, « La déclinaison de la planification régionale : la mise en œuvre du PRS », *revue droit et santé la revue juridique des entreprises de santé*, pages 95-97
- ❖ Octobre 2009, « Loi HPST », *Actualités sociales hebdomadaires*, pages 47-55
- ❖ HALLEY DES FONTAINES (V), JABOT (F), « Santé et territoire les enjeux des politiques locales », pages 5-7
- ❖ Août 2009, « Mutation dans la santé et l'action sociale, miser sur les territoires et une nouvelle régulation ? », *Union Sociale*, pages 5-30
- ❖ Mai 2003, « Le béthunois, les politiques-santé du territoire : 1 PTS pour 2 secteurs », *Contact Santé*, pages 10-11
- ❖ Janvier 2006, « PTS Lille Métropole : une assemblée générale unanime », *Contact Santé n°211*, pages 16-17
- ❖ BLUM-BOISGARD C, DEMEULEMEESTER R, JOURDAIN A, MOISDON J-C ET VERITE E, avril 2005, « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? » *Santé publique n°17*, p.569-582

OUVRAGES

- ❖ « Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », Les éditions de la DIV octobre 2008

COMPTE RENDU COLLOQUE

- ❖ CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIAL, Synthèse de l'atelier n°8, dynamique des politiques territoriales de santé : rôle et place de chacun, 14 et 15 octobre 2008, Nancy, colloques collectivités territoriales et santé publique, 2008, 10 pages
- ❖ Politique de la ville territoire et politique de santé, Agir ensemble au niveau local, 5 décembre 2008 à paris, Acte de la journée nationale.

TEXTES LEGISLATIFS

- ❖ Ministère de la santé. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient à la Santé et au Territoire :
 - ✓ Article L 1434-1 du code de la santé publique
 - ✓ Article L 1434-2 du code de la santé publique
 - ✓ Article L1434-17 du code de la santé publique

Disponible sur le site :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

- ❖ SENAT, Mme Bruguière, 14 juin 2011, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé, page 8.
Disponible sur le site : www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6001.pdf (visité le 01/06/2012)

SITES INTERNET

- ❖ Informations sur le Projet régional de santé, disponibles sur le site :
http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/201202_DSPRO_Structure_Generale_du_PRS.pdf (visité le 14/04/2012)
- ❖ Schéma régionale de prévention, disponible sur le site :
<http://www.icarsante.org/article.php?larub=3&titre=schema-regional-de-prevention> (visité le 14/03/2012)
- ❖ Projet de loi relatif à la politique de santé disponible sur le site :
- ❖ http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/sante_publique.asp (visité le 3/03/2012)
- ❖ Eléments de références sur les Programmes Territoriaux de Santé, disponible sur le site :
ars.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante-le.116213.0.html (visité le 01/03/2012)
- ❖ http://www.fehap.fr/DATA/8_7_2011_8_49_17_3-_ARS_PTS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.pdf (visité le 01/03/2012)
- ❖ Informations sur les contrats locaux de santé disponibles sur le site :
- ❖ <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/index.php?id=128336> (visité le 23/04/2012)
- ❖ VIGNERON.E, novembre 2004, « Santé publique des territoires de santé pour quoi faire ? », *Dossier Soins Cadres n°52*, disponible sur le site <http://www.poledesanteliberal.fr> (visité le 19 mars 2012)
- ❖ BARAIZE.P, Septembre-Octobre 2010 : « Un contrat local de santé entre l'Etat et la ville de Marseille », *La Santé de l'Homme n°409*, pages 23-24 disponible sur le site <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>
 - (visité le 17/03/2012)
- ❖ BRECHAT PH, mars 2004, « Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé », ADSP n°46 disponible sur le site www.hcsp.fr/explore.cgi/ad461522.pdf (visité le 17/03/2012)
- ❖ ANAP, janvier 2011, « Guide méthodologique des coopérations territoriales », disponible sur le site : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/> (visité le 6/05/2012)

- ❖ AMAT-ROSE.JM, 2011, « Territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *hérodote revue de géographie et de géopolitique* n°143 disponible sur le site <http://www.herodote.org/spip.php?article511> (visité le 5/06/2012)
- ❖ Indicateurs de santé Bretagne disponibles sur le site : http://bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2008/decembre/ej_mortalite.pdf (visité le 10/06/2012)
- ❖ Présentation ARS, disponible sur le site :
- ❖ <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html> (visité le 12/06/2012)

DOCUMENTS INTERNES ARS

- ❖ Le Projet Régional de Santé Bretagne
- ❖ Les documents de travail relatifs aux Programmes Territoriaux de Santé
- ❖ Les documents de travail relatifs aux Contrats Locaux de Santé

Liste des annexes

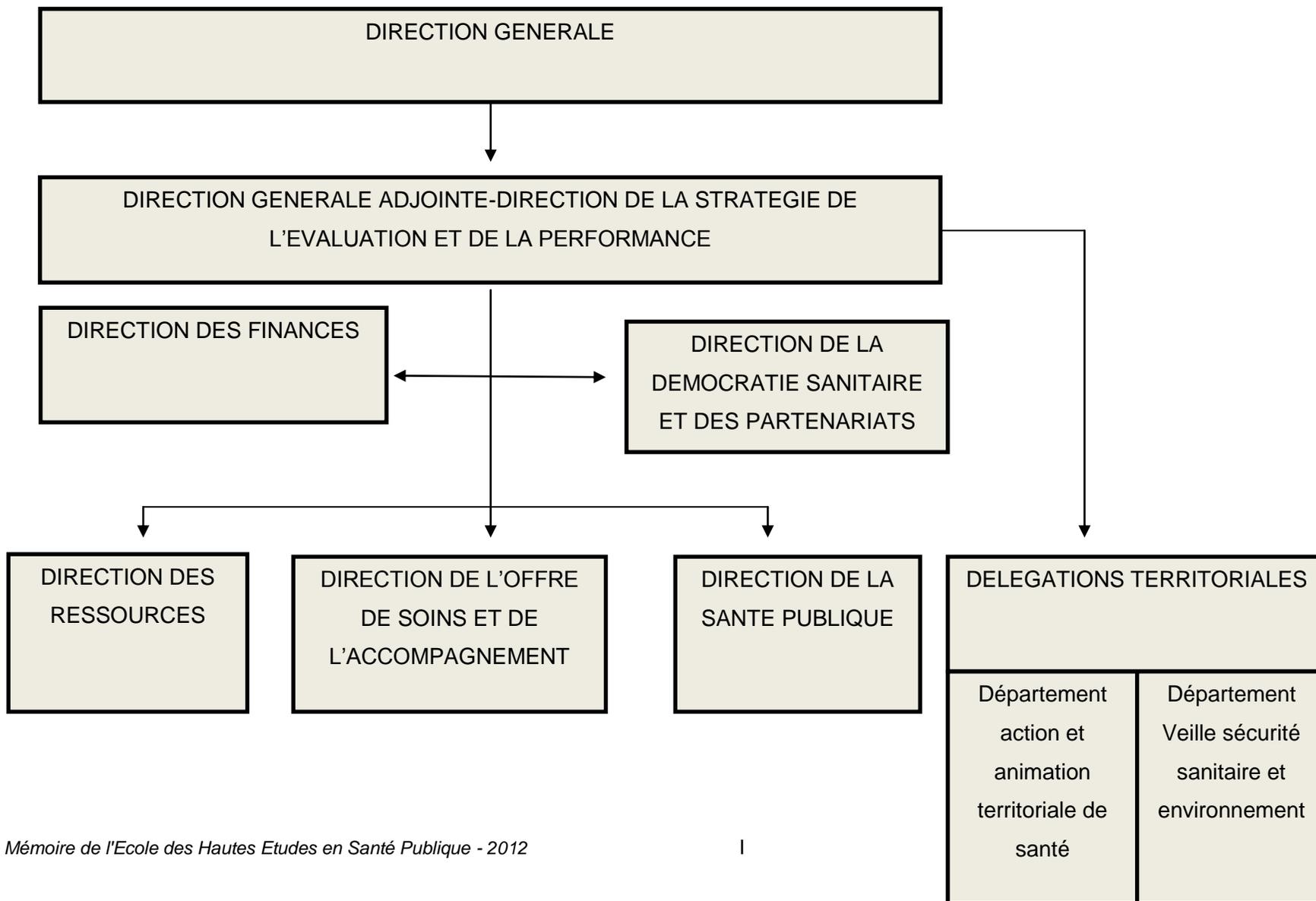
- ❖ **ANNEXE I** : Organigramme de l'ARS

- ❖ **ANNEXE II** : CLS Vitré Porte de Bretagne : Plan d'actions

- ❖ **ANNEXE III** : Liste des entretiens

- ❖ **ANNEXE IV** : Liste des réunions

ANNEXE 1
Organigramme de l'ARS Bretagne



ANNEXE 2

CLS DE VITRE : PLAN D' ACTIONS

Axes	Objectifs	Projets
Conforter l'offre de soins de premier recours et de PDS	Conforter l'offre de soins de premier recours	<ul style="list-style-type: none"> -Promouvoir la structuration de pôles de santé sur le Pays de Vitré (financement appui méthodologique PS) -Encourager le développement de nouvelles pratiques professionnelles par l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération -Soutenir les projets devant le comité de sélection pour le financement des projets immobiliers et des projets de mise en place des systèmes d'information -Aide investissement -SI
	Conforter la PDS	Maisons médicales de garde
Développer une politique de prévention et de promotion de la santé	Développer la coordination des acteurs selon les priorités de santé identifiées par le Pays	Financement de l'animation territoriale de santé
	Promouvoir la santé au travail	1. En direction des personnes en situation de précarité professionnelle.
	Prévenir le suicide	Temps de formation à la prévention de la crise suicidaire.
	Prévenir les conduites addictives	1. Renforcement de l'équipe d'encadrement du CSAPA 2. Temps d'info et d'échanges avec établissements scolaires 3. Ouverture d'une consultation pour jeunes consommateurs 4. Temps d'intervention et de sensibilisation du CASPA auprès des professionnels locaux et du grand public
	Promouvoir une alimentation équilibrée	
	Promouvoir la santé environnementale	
Promouvoir la fluidité des parcours de soins	Développer les complémentarités entre les établissements de santé et médico-sociaux du Pays de Vitré Porte de Bretagne	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboration d'un projet médical commun Vitré- La Guerche prenant en compte les enjeux de coopérations du territoire -Mise en place d'une équipe de direction commune

ANNEXE 3
LISTE DES ENTRETIENS

- ❖ Responsable du Pôle « Animation Territoriale et Projet Régional de Santé », Direction Adjointe à la démocratie sanitaire et à la communication, ARS Bretagne
- ❖ Directrice santé publique et handicap de la ville de Rennes
- ❖ Directrice du Pays de Vitré
- ❖ Chargée de Mission de la Conférence de Territoire n°5
- ❖ Membre de la Conférence de Territoire n°5
- ❖ Médecin de santé Publique à la Mairie de Toulouse, enseignant de l'équipe de planification-Programmation à l'EHESP.
- ❖ Directrice de l'Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé Bretagne
- ❖ Représentant Union Nationale des Familles et amis de Malades Psychiques (UNAFAM) territoire n°6
- ❖ Représentant UNAFAM territoire n°5
- ❖ Président de la communauté de commune du Pays Guerchais
- ❖ Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de St Malo
- ❖ Médecin représentant du conseil de l'ordre des Médecins
- ❖ Adjointe au maire de Saint Malo et présidente du Centre Communal d'Action Sociale
- ❖ Représentant de l'Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI 35)
- ❖ Présidente de la Communauté de Commune de la Roche aux Fées
- ❖ Maire de Noyal-Châtillon-sur-Seiche

ANNEXE 4 :
LISTE DES REUNIONS

- ❖ Réunions de Comité de Pilotage Régional
- ❖ Réunions de Comité de Pilotage Local
- ❖ Réunion de bureau de conférence de territoire
- ❖ Réunions plénières des conférences de territoire n°5 et n°6
- ❖ Réunions Comité Opérationnel de Territoire
- ❖ Réunions de coordination hebdomadaire de territoire
- ❖ Réunion interne sur la réorganisation des délégations territoriales
- ❖ Réunions d'équipe de territoire
- ❖ Réunion sur le suivi du CLS de Vitré
- ❖ Réunion sur le CLS de Rennes
- ❖ Réunion sur le CLS de Belle île
- ❖ Réunion de groupe thématique (personnes âgées)
- ❖ Assemblée Générale de l'ARS

LENAULT	Céline	Juillet 2012
Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publiques		
<p>La déclinaison du Projet Régional de Santé à travers les outils de la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire, programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé: Réflexion sur les facteurs de réussite de leur mise en œuvre, exemple des territoires de santé breton n° 5 et n°6.</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Institut d'Etudes Politiques de Rennes</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé est aujourd'hui d'actualité comme le prouve la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire qui propose deux outils (programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé) assurant cette mise en œuvre locale du PRS. Ces derniers seront mis en place par l'Agence Régionale de Santé Bretagne courant 2012. Nous nous interrogerons ici sur l'intérêt offert par ces nouveaux outils dans le pilotage des politiques de santé publique et sur les facteurs permettant d'assurer la réussite de ces PTS et CLS. Nous nous appuierons sur les acteurs de terrains des territoires de santé bretons n°5 et n°6 ainsi que sur des démarches similaires participant à une approche territoriale comme les démarches de programmations, les projets médicaux de territoire et l'exemple du CLS de Vitré pour identifier les facteurs participant à la réussite de la déclinaison du PRS et en analyser la situation sur les territoires n°5 et n°6.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Projet Régional de Santé, Programme Territoriaux de Santé, Contrat Locaux de Santé, Outil, Contraintes, Conditions de réussite, Attentes, initiatives locales, Projet Médicaux de Territoire, Territoire de santé,</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		