
Master 2

Promotion de la santé et Prévention

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **20 septembre 2018**

**Les enjeux d'une démarche
territorialisée en promotion de la santé**

Expérience de terrain au sein d'une délégation
territoriale de l'ARS Grand Est

Eliabel SEYS

Remerciements

Je souhaite avant tout remercier Françoise Jabot d'avoir accepté de diriger ce travail de mémoire et pour les conseils qu'elle a pu m'apporter. J'adresse par la même occasion mes remerciements à toute l'équipe pédagogique du master 2 Prévention et promotion de la santé, et plus particulièrement à Marie-Renée Guével et Caroline Garond pour leur accompagnement et leur implication au cours de cette année.

Je tiens à remercier l'ARS Grand Est et la délégation territoriale du Bas-Rhin pour m'avoir accueillie durant ces six mois. Je remercie tout particulièrement Grazia Mangin pour m'avoir encadrée tout au long de mon stage et pour m'avoir transmis connaissances, compétences et motivation. Son investissement et sa disponibilité, toujours avec le sourire, m'ont été d'un grand soutien dans mes missions. Merci également à Françoise Simon pour m'avoir accueillie et intégrée au sein du pôle Prévention, proximité et action territoriale, ainsi que pour son suivi de mon travail et ses nombreux conseils avisés.

Un grand merci à tous les agents qui ont participé au bon déroulement de ma mission, notamment Caroline Chapus pour m'avoir procuré le détail des actions, Zahra Equilbey-Guerbaoui pour m'avoir orientée dans ma méthodologie d'analyse et les DT 55 et 88 pour avoir pris le temps de répondre à mes questions. Merci plus particulièrement à Assia Lahmene, Arrantxa Hureaux et Frédéric Rumelhart pour les échanges intéressants et le temps qu'ils m'ont accordé.

Finalement, je remercie tous les agents avec qui j'ai eu l'occasion de travailler au sein de la DT 67 et surtout du pôle PPAT. Bien que je ne puisse malheureusement pas tous vous citer personnellement, je retiendrai l'accueil chaleureux et l'ambiance bienveillante qui ont contribué à rendre mon expérience de stage agréable et enrichissante.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Avant-propos | 9 |
| Introduction | 11 |
| 1. Contextualisation de l’immersion professionnelle..... | 11 |
| 1.1. Le terrain de stage | 11 |
| 1.2. Le Projet régional de santé | 13 |
| 1.3. Présentation de la mission de stage | 15 |
| 2. La territorialisation et son développement dans le champ de la santé..... | 16 |
| 2.1. Les mouvements de territorialisation des politiques publiques | 16 |
| 2.2. La territorialisation de la santé..... | 18 |
| 2.3. Les ARS au cœur de la territorialisation de la santé | 20 |
| Méthodologie | 23 |
| 1. Observations participantes | 23 |
| 2. Entretiens | 24 |
| 3. Recherches bibliographiques | 25 |
| Éléments réflexifs | 27 |
| 1. Comment une DT se rend-elle actrice de la territorialisation ? | 27 |
| 1.1. Quels rôles pour une délégation territoriale de l’ARS ? | 27 |
| 1.1.1 Une place de partenaire de proximité sur le territoire | 27 |
| 1.1.2 Une mission d’adaptation des orientations régionales au terrain | 28 |
| 1.2. La démarche d’animation territoriale..... | 28 |
| 1.2.1 Les chefs de projet en animation territoriale, porteurs de la démarche | 29 |
| 1.2.2 L’animation territoriale dans la DT 67 | 30 |
| 1.2.3 Intérêts de la démarche..... | 34 |
| 1.3. Les dynamiques internes en faveur de l’animation territoriales dans les DT | 36 |
| 2. La territorialisation au service de la promotion de la santé | 38 |
| 2.1. Quelle plus-value peut apporter la territorialisation pour la promotion de la santé ? | 38 |
| 2.1.1 La territorialisation au regard de la charte d’Ottawa | 38 |
| 2.1.2 La territorialisation en faveur de la réduction des ISTS..... | 41 |
| 2.2. Sur quels leviers peut s’appuyer une DT pour agir en promotion de la santé ? | 42 |
| 2.3. Le contrat local de santé, un outil de promotion de la santé sur les territoires | 43 |
| 2.3.1 Un moyen d’adapter le PRS au territoire..... | 44 |
| 2.3.2 Un levier pour la réduction des ISTS..... | 45 |
| 3. La territorialisation dans le contexte politique de l’ARS Grand Est | 47 |
| 3.1. La mise en œuvre du PRS sur le territoire | 47 |
| 3.1.1 L’enjeu d’une déclinaison adaptée au terrain | 47 |

| | | |
|----------------------|--|-----------|
| 3.1.2 | Les fondements de l'élaboration du PRS | 48 |
| 3.2 | Le contexte spécifique de la réforme territoriale..... | 49 |
| 3.2.1 | L'hétérogénéité du territoire, accentuée par la fusion | 50 |
| 3.2.2 | Les problématiques liées à un territoire très vaste | 51 |
| 3.3 | Quelle échelle pertinente pour la territorialisation en santé ? | 52 |
| Conclusion | | 55 |
| Bibliographie | | 59 |
| Annexes | | 63 |
| Annexe n°1 : | Organigramme de l'ARS Grand Est | 65 |
| Annexe n°2 : | Organigramme de la délégation territoriale du Bas-Rhin (DT 67) de l'ARS Grand Est | 67 |
| Annexe n°3 : | Les projets prioritaires du Schéma régional de santé 2018-2023 de l'ARS Grand Est..... | 69 |
| Annexe n°4 : | Méthodologie de la mission de stage | 71 |
| Annexe n°5 : | Méthodologie du recueil de données..... | 75 |
| Annexe n°6 : | Guide d'entretien avec les chefs de projet Coordination et animation territoriale du pôle PPAT (ARS Grand Est / DT 67)..... | 77 |
| Annexe n°7 : | Cartographie du découpage du Bas-Rhin en territoires d'action | 79 |

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

COS : Cadre d'Orientation Stratégique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRS : Conférence Régionale de Santé

CTS : Conseil Territorial de Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DM : Direction Métier

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DT : Délégation Territoriale

HPST (loi) : Loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

ORS : Observatoires Régionaux de la Santé

PPAT (pôle) : pôle Prévention, Proximité et Action Territoriale

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

PRS : Projet Régional de Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PSP : Promotion de la santé et Prévention

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SRS : Schéma Régional de Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Avant-propos

Au mois d'avril 2018, j'ai débuté un stage de 23 semaines au sein de la Délégation territoriale du Bas-Rhin de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est à Strasbourg. J'y ai intégré le pôle Prévention, proximité et action territoriale dont la mission est, entre autres, de suivre les projets de prévention et de développer des relations de proximité avec l'ensemble des acteurs locaux pour décliner la politique régionale de santé sur le département.

Dans un contexte de réorganisation de pôle vers l'animation territoriale, ma mission de stage s'articulait autour du recensement des actions de prévention et de promotion de la santé financées par l'ARS dans le Bas-Rhin. Cet état des lieux a permis d'analyser dans quelle mesure les actions portées sur le territoire sont en adéquation avec les orientations politiques de l'ARS ainsi que d'éventuels manques au niveau géographique, thématique et populationnel. D'un point de vue global, ce travail m'a donné l'occasion de mener une réflexion sur les enjeux que représente une démarche territorialisée en promotion de la santé dans le cadre d'une délégation territoriale de l'ARS.

Dans un premier temps, j'introduirai mon propos par la contextualisation de ma mission de stage et la présentation du concept de territorialisation en santé, puis je détaillerai la méthodologie qui a guidé ce travail de mémoire et enfin je développerai les différents axes de réflexion qui ont nourri mon analyse de la problématique.

Introduction

1. Contextualisation de l'immersion professionnelle

1.1. Le terrain de stage

➤ **L'Agence régionale de santé Grand Est et la délégation territoriale du Bas-Rhin**

Nées avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 1er avril 2010¹, les Agences régionales de santé (ARS) sont en charge de définir et de mettre en œuvre les politiques de santé au niveau régional par le biais de deux grandes missions : le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région.² Au nombre de 17, elles sont réparties sur tout le territoire national pour représenter chaque région.

L'ARS Grand Est, quant à elle, est issue de la fusion des ARS des trois anté-régions Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne. Composée d'un siège multi-site entre les villes de Nancy, Châlons-en-Champagne, Strasbourg et Colmar, elle regroupe plusieurs directions « métiers » spécialisées dans chaque champ de la santé et est également subdivisée en dix délégations territoriales (DT) au niveau départemental (voir l'organigramme de l'ARS Grand Est en **annexe n°1**). Le rôle des DT est de mettre en œuvre localement, au sein des territoires, la politique de santé définie et conduite par l'ARS par des actions de proximité en fonction des besoins des populations. Il est intéressant de relever que, lorsqu'on réfléchit à la territorialisation de la santé, l'immersion au sein d'une DT de l'ARS constitue un terrain particulièrement pertinent car elle adopte une « vue d'ensemble » du territoire et s'implique dans de nombreux projets, aux thématiques variées et associant un grand nombre d'acteurs et de partenaires locaux.

La délégation territoriale du Bas-Rhin (DT 67) est issue de la récente scission de l'ancienne DT Alsace aujourd'hui divisée en deux DT (une pour le Bas-Rhin avec son siège à Strasbourg et une pour le Haut-Rhin avec son siège à Colmar). Organisée en plusieurs pôles thématiques (sanitaire, médico-social, veille sanitaire et environnementale, prévention et animation territoriale), elle gère et organise les établissements de soins ainsi que la démographie médicale à l'échelle départementale ;

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² Présentation de l'Agence régionale de santé Grand Est, < <https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-1>>, dernière mise à jour au 06/07/18

par ailleurs, elle contribue à créer, soutenir et coordonner les initiatives locales de prévention et de promotion de la santé dans une logique d'animation du territoire. Cette mission est plus particulièrement portée par le pôle Prévention, proximité et animation territoriale (PPAT) au sein duquel j'ai réalisé ce stage.

➤ **Le pôle Prévention, proximité et action territoriale (PPAT)**

Issu de la fusion des pôles des soins de proximité, d'animation territoriale et de prévention/promotion de la santé, le pôle PPAT regroupe plusieurs missions : l'organisation des soins de proximité (par la mise en œuvre du Schéma de renforcement des soins de proximité) et des structures d'appui aux professionnels (CPTS³, PTA⁴, ...), la gestion des transports sanitaires, la coordination des actions de prévention et de promotion de la santé sur le territoire avec un accent mis sur l'accès aux soins des populations les plus précaires (par le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies – PRAPS), l'appui méthodologique et financier aux réseaux de santé et aux réseaux d'éducation thérapeutique du patient pour les maladies métaboliques, l'animation des instances de démocratie sanitaire et finalement la coordination de l'action publique en santé pour répondre aux besoins spécifiques des populations en lien avec des partenaires du terrain (ex : les Contrats locaux de santé). Le pôle regroupe 14 agents répartis selon ces différentes missions (voir l'organigramme de la DT 67 à l'**annexe n°2**)

Auparavant organisé par missions thématiques, le pôle PPAT est actuellement en restructuration vers une organisation territoriale. Ainsi, le département du Bas-Rhin a été subdivisé en quatre territoires d'action et un chef de projet Coordination et animation territoriale a été désigné référent pour chacune de ces zones. Chaque chef de projet est responsable d'une équipe territoriale composée de représentant(e)s des différents pôles de la DT (sanitaire, médico-social, soins de proximité, santé environnement) qui œuvrent en collaboration pour une compréhension du territoire et pour y développer des projets répondant aux besoins spécifiques de sa population.

Il est intéressant de relever que cette réorganisation du pôle intervient conjointement à la publication du nouveau Projet régional de santé (PRS) et permet donc d'aborder de nouvelles stratégies pour l'application des orientations politiques de l'ARS dans la région. En effet, la fine connaissance du territoire permet d'y analyser des problématiques spécifiques et ainsi d'y décliner avec précision et adaptabilité les objectifs du PRS.

³ Communautés professionnelles territoriales de santé

⁴ Plateformes territoriales d'appui

1.2. Le Projet Régional de Santé

Par l'élaboration d'un Projet régional de santé (PRS), l'ARS travaille à définir les orientations en matière de santé sur la région et à planifier leur mise en œuvre opérationnelle. Ainsi, d'après de la loi de modernisation du système de santé de juillet 2016⁵, « *le Projet régional de santé définit, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.* » (Art. L. 1434-1.)

La dimension transversale du PRS implique qu'il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé. Il est par ailleurs constitué de plusieurs volets⁶ :

➤ Un cadre d'orientation stratégique (COS)

Le COS constitue le niveau le plus stratégique du PRS. Adoptant un point de vue global, il détermine pour une période de 10 ans des objectifs généraux et des résultats attendus pour l'amélioration de l'état de santé de la population et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) en favorisant l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement social et médico-social.

Ce cadre stratégique est défini en conformité avec les priorités et objectifs d'amélioration de la santé formulés dans la Stratégie nationale de santé (SNS). Ceux-ci concernent notamment l'organisation des parcours de santé, le renforcement de la pertinence, la qualité, la sécurité, la continuité et l'efficacité des prises en charge et des accompagnements, les effets sur les déterminants de santé et le respect des droits des usagers. Dans cette optique, le COS s'inscrit dans une volonté d'amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques en lien avec la santé dans le cadre d'approches intersectorielles (santé environnementale, santé au travail, logement, éducation, nutrition, ...).

➤ Un schéma régional de santé (SRS)

Elaboré en cohérence avec le cadre stratégique, le SRS définit pour une période de 5 ans des objectifs opérationnels à décliner sur le territoire. Ce schéma est, en premier lieu, construit sur l'évaluation des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes, y compris dans le cadre d'autres politiques publiques. Ce diagnostic prend en compte la situation démographique et épidémiologique du territoire et ses perspectives d'évolution, les déterminants de

⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 158)

⁶ Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

santé et les risques sanitaires, les ISTS, la démographie des professionnels de santé et les évaluations des PRS antérieurs.

Les résultats du diagnostic permettent de développer des axes stratégiques et des objectifs spécifiques, visant à :

- développer la prévention et la promotion de la santé ;
- améliorer la coordination et la coopération des acteurs de santé pour organiser les parcours de santé ;
- favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie ou les plus démunies ;
- préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'Organisation de la Réponse du système de SANTé en cas de situation exceptionnelle (ORSAN)

Il comporte en outre des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre en établissements et services médico-sociaux et de l'offre de soins par activité et équipement matériels lourds.

En région Grand Est, un nouveau PRS a été publié au mois de juin 2018 et définit les axes stratégiques à développer pour la période 2018-2028. Il convient de souligner qu'il s'agit du premier PRS commun à tout le Grand Est depuis la fusion des régions ; jusqu'alors l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne possédaient chacune leur propre PRS.

Le PRS Grand Est définit 10 projets prioritaires « Parcours » et 7 projets prioritaires « Transformation de l'organisation de l'offre de santé » (**voir annexe n°3**). Son SRS est lui-même organisé dans une logique de parcours par catégorie d'affections ou par population, afin d'aborder les problématiques de santé d'un point de vue transversal et ainsi favoriser le décroisement. Il comporte notamment un Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui détermine les actions à conduire et les moyens à mobiliser pour réduire les ISTS, en agissant auprès des personnes les plus éloignées du système de santé en faveur d'un accès égalitaire et facilité au système de santé, à la prévention et à la promotion de la santé.

Par ailleurs, le PRS organise également la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités de pays voisins lorsqu'un accord cadre international le permet ; à ce titre, il comporte des objectifs et des actions prenant en compte la dimension transfrontalière. Dans ce contexte, la position de l'ARS Grand Est est particulièrement intéressante car la région est frontalière de quatre pays : l'Allemagne, la Suisse, le Luxembourg et la Belgique.

1.3. Présentation de la mission de stage

Dans le contexte de publication d'un nouveau PRS comme feuille de route de l'ARS Grand Est sur 10 ans et de réorganisation du pôle PPAT pour une approche transversale par territoires d'action, il semblait pertinent de réaliser un recensement des actions de prévention et de promotion de la santé (PSP) financées par l'ARS sur le territoire du Bas-Rhin. A partir de ce travail, l'objectif était d'analyser :

- La proportion d'actions dédiées à chaque thématique de santé ou groupe populationnel
- La répartition territoriale des actions de PSP sur le département (par territoire d'action)
- L'adéquation entre les actions menées et les objectifs opérationnels définis dans le PRS

Les résultats de ce travail sont à mettre en regard des états des lieux des quatre territoires d'action, pour questionner la répartition des actions au regard de l'état de santé de la population et des problématiques spécifiques du territoire. Cette analyse peut donc appuyer le développement de la démarche d'animation territoriale au sein du pôle PPAT.

Ce recensement permet ainsi, dans le cadre de la prévention, de préparer la déclinaison du PRS sur le territoire du Bas-Rhin et se situe à l'interface entre l'adaptation des actions financées aux spécificités du territoire et leur mise en adéquation avec les orientations stratégiques régionales. L'intérêt est d'en tirer des recommandations découlant de l'identification de manques au niveau géographique, thématique et populationnel en considérant tant les besoins de la population que les objectifs du PRS.

Dans la pratique, cette mission a été menée tout au long du stage en mode projet, en fixant des jalons et en définissant une méthodologie pour le recensement et l'analyse des actions. Les différentes étapes de son déroulement (présentées plus en détails dans **l'annexe n°4**) sont :

- Le cadrage de la mission avec précision de la commande et des objectifs de travail par les encadrants de stage
- Le recueil de données, à savoir les actions de PSP financées dans le Bas-Rhin et leurs caractéristiques ainsi que les objectifs du PRS axés sur la prévention
- La création d'un support modèle pour le recensement (tableau synthétique des actions)
- Le choix des variables (lieu de l'action, thématique, population cible, ...) et la création d'outils d'analyse (tableaux croisés, histogrammes, ...)
- L'analyse des résultats
- L'élaboration d'une synthèse des résultats et de recommandations

- L'évaluation de la mission par son adaptation au fur et à mesure de l'avancement

De manière générale, cette mission de stage m'a permis d'interroger les enjeux de la territorialisation des actions de santé ainsi que la mise en adéquation d'un plan d'orientations stratégiques à décliner avec les spécificités d'un territoire. Ces réflexions prennent leur importance au vu des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population dans une démarche de promotion de la santé, ainsi que dans le contexte du développement de l'animation territoriale dans la DT 67.

Afin de contextualiser ce sujet et de démontrer son intérêt, il convient tout d'abord de revenir sur l'historique de la territorialisation de la santé en France et ses implications pour la prise en compte de la santé dans le cadre institutionnel d'une ARS.

2. La territorialisation et son développement dans le champ de la santé

Selon sa définition première, le territoire représente une étendue spatiale et une notion géographique d'espace occupé et structuré dans lequel vit un groupe humain et sur lequel peut s'exercer une autorité. Défini par des critères objectifs, il lie entre eux des individus qui s'y insèrent et qui interagissent économiquement, culturellement et socialement. C'est un espace d'investissement et d'action pour l'homme, qui se l'approprie en y construisant un tissu de caractéristiques afin de satisfaire à ses besoins⁷. En matière de santé, le territoire constitue également le lieu de définition des problématiques de santé publique et de la recherche de solutions adaptées.⁸

Pour comprendre le processus de territorialisation de la santé, il convient de s'intéresser tout d'abord à l'historique de la territorialisation de toutes les politiques publiques en France.

2.1. Les mouvements de territorialisation des politiques publiques

Depuis le début des années 1980, la notion de territorialisation a pris davantage de poids dans la définition des politiques publiques. Auparavant polarisé au niveau central, le pouvoir de l'Etat tend en effet à se déployer dans les territoires pour renforcer l'action en proximité. P. Combeau⁹ décrit

⁷ David O., « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », La santé de l'Homme, 2006, n°383, p. 18-20

⁸ Amat-Roze J.M., « Territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », Hérodote, 2011/4, n°143, p. 13-32

⁹ Combeau P., « Territorialisation de la politique de santé en France » dans C. Castaing (dir.) « La territorialisation des politiques de santé », Les Etudes Hospitalières, Collection Actes et séminaires, 2012, p. 35-44

cette évolution comme relevant du passage du modèle étatique vers un « Etat post-moderne »¹⁰ inscrit dans un contexte global de mondialisation, aux territoires de coopération élargis à des niveaux transnationaux invitant les décideurs à travailler en partenariat avec une multitude d'acteurs. En parallèle, l'administration centrale se voit de plus en plus fragmentée en une multiplication de nouvelles structures et les pouvoirs de l'Etat sont progressivement déconcentrés ou décentralisés. De fait, les autorités locales acquièrent davantage de pouvoir et de compétences, les menant ainsi vers une certaine autonomie et instaurant différents niveaux de régulation des politiques publiques à l'échelle du territoire. Plus précisément, la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République précise que celle-ci « est assurée par les collectivités territoriales et par les services déconcentrés de l'Etat. Elle est organisée, dans le respect du principe de libre administration des collectivités territoriales, de manière à mettre en œuvre l'aménagement du territoire, à garantir la démocratie locale et à favoriser la modernisation du service public ». ¹¹

Cette volonté d'autonomisation se traduit notamment par deux processus d'aménagement du pouvoir central. D'une part, la décentralisation est un processus par lequel l'Etat transfère des compétences à des collectivités locales (communes, départements, régions, collectivités à statut particulier et collectivités d'outre-mer) distinctes de lui, afin de renforcer les niveaux de proximité¹². Dans ce sens, la Charte européenne de l'autonomie locale (1985) définit que « les collectivités territoriales jouissent de la personnalité morale, de moyens et de compétences propres, donc d'une certaine autonomie locale »¹³ qui s'exerce toutefois sous contrôle de l'Etat. D'autre part, la déconcentration consiste à implanter des administrations représentatives de l'Etat dans des circonscriptions locales ; ces structures sont dépourvues de personnalité morale et leur autonomie est limitée car elles sont soumises au contrôle hiérarchique de l'Etat disposant à leur égard d'un pouvoir disciplinaire et décisionnel. Il définit ainsi, dans une démarche relativement descendante, des priorités et des objectifs à mettre en œuvre localement¹⁴.

Indépendamment des niveaux d'autonomie qu'ils assurent, ces deux processus renforcent les prérogatives portées sur les territoires vis-à-vis des administrations et entraînent l'organisation de

¹⁰ Concept discuté par J. Chevallier, il succède à l'idée d'Etat-nation dans laquelle nation et Etat sont indissociables pour proposer un modèle sans fondements nationalistes et qui s'intègre à une organisation supranationale à l'échelle mondiale.

¹¹ Loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République

¹² « Qu'est-ce que la décentralisation ? »

< <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-decentralisation.html> >, dernière mise à jour le 30/06/2018

¹³ Charte européenne de l'autonomie locale, 1985

¹⁴ « Qu'est-ce que la déconcentration ? »

< <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-deconcentration.html> >, dernière mise à jour le 30/06/2018

nouveaux espaces pour une mise en œuvre de plus en plus locale et territorialisée des politiques publiques. En se plaçant ainsi au plus proche de la population, l'échelle locale permet d'inventer un contenu concret à l'action publique et répond au besoin de l'Etat d'interagir avec le terrain pour une construction collective.

2.2. La territorialisation de la santé

Suivant cette logique de prise en compte progressive du territoire dans la définition des politiques publiques, plusieurs textes réglementaires ont, depuis les années 1970, tenté de structurer le système de santé au niveau territorial. Ce mouvement est initié dans le milieu hospitalier en 1970 avec l'institution de la carte sanitaire pour la planification des structures de soins sur le territoire, notamment à l'échelle infra-départementale.¹⁵ Par la suite, les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) sont créées en 1977 dans une logique de déconcentration de l'Etat.¹⁶ Dans les années 1980, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) sont constitués pour favoriser l'observation de la santé sur le territoire et ainsi appuyer l'élaboration des lois de santé. Leurs premiers travaux de cartographie démontrent de fortes disparités d'état de santé entre territoires, relevées à différentes échelles et qui témoignent de l'existence d'inégalités territoriales de santé. En parallèle, l'évolution de la société et l'impact des crises économiques entraînent l'émergence de nouvelles représentations de la santé, considérant la multi-dimensionnalité des facteurs qui l'influencent et incluant les notions de risques sociaux et de précarité. Il apparaît alors nécessaire, pour améliorer la santé des populations, d'agir sur leur environnement dans une approche globale et partenariale. La mise en lumière de l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé implique d'appréhender l'état de santé des individus sous le spectre de leurs réalités sociales mais aussi spatiales et renforce ainsi l'intérêt de la territorialisation en santé.

En juillet 1991, une nouvelle réforme hospitalière¹⁷ organise encore davantage le secteur de la santé au niveau régional en appuyant la planification sanitaire sur la région comme référent territorial, consacrant ainsi la place occupée par le territoire. Dans la continuité, les « ordonnances Juppé » de 1996 instaurent la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) comme nouveau modèle de déconcentration de l'Etat ainsi que d'autres structures régionales telles que les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les Conférences régionales de santé (CRS)¹⁸.

¹⁵ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

¹⁶ Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales

¹⁷ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁸ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ces aménagements tendent à prendre en compte la dimension territoriale pour « *assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité. [...] Le schéma des services collectifs sanitaires vise à corriger les inégalités intra- et interrégionales en matière d'offre de soins et à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité.* »¹⁹

En août 2004, une loi globale de santé publique intègre dans ses textes des thématiques transversales et reconnaît la nécessité d'agir pour la réduction des inégalités de santé. Elle propose une déclinaison régionale d'objectifs à mettre en œuvre via des plans régionaux de santé publique (PRSP)²⁰. Ces évolutions initient une volonté de nouveaux modes d'intervention en santé, basés sur l'intersectorialité, et d'un travail d'adaptation des politiques au territoire. Si le champ de la santé tend à évoluer vers une territorialisation de ses politiques, c'est qu'il cherche à valoriser les spécificités des territoires et à en mobiliser les acteurs pour une plus grande efficacité et équité des actions qui y sont déployées.

La généralisation de la territorialisation à toute la politique de santé s'opère par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) de juillet 2009²¹ qui porte à la fois sur la modernisation des établissements de santé, l'accès pour tous à des soins de santé, la prévention et la santé publique et enfin l'organisation territoriale du système de santé. Parmi ses mesures est établie, au 1^{er} avril 2010, la création des Agences régionales de santé (ARS) définies comme pilotes régionales uniques de la politique de santé et placées sous tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé. Cette nouvelle structure contribue à renforcer l'ancrage régional de la politique nationale de santé mais également à en simplifier son organisation, puisqu'elle rassemble les missions de plusieurs anciens organismes (les ARH, les DRASS et DDASS pour leurs parties sanitaires et médico-sociales, les groupements régionaux de santé publique, les missions régionales de santé publique, les URCAM et la partie sanitaire des CRAM)²². Du fait de ce regroupement, le champ de compétences des ARS est large et elles agissent sur la santé dans sa globalité : prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, organisation de l'offre de soins en ambulatoire (médecine de ville) et en établissements de santé (hôpitaux), organisation de la prise en charge médico-sociale.²³ Leurs missions, comme indiquées dans la loi HPST, sont de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de*

¹⁹ Loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire

²⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²² Combeau P., *art. cit.*

²³ « Qu'est-ce qu'une Agence régionale de santé ? » < <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante> >, dernière mise à jour 20/02/2018

programmes et d'actions, concourant à la réalisation à l'échelon régional ou infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé ».

2.3. Les ARS au cœur de la territorialisation de la santé

Bien que soumises au pouvoir d'orientation du Ministère et de ses directives pour la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire, les ARS se voient accorder une part d'autonomie en région. En cela, elles constituent donc une nouvelle forme d'administration déconcentrée, confirmant l'importance de l'échelon régional comme espace de pilotage et de décision. Leur création contribue à la redéfinition des rapports entre institutions centrales et périphériques et réaffirme l'intérêt du renforcement de l'action dans les territoires.

Les ARS s'emparent donc de la territorialisation de la santé, en instaurant une planification à l'échelle régionale sous la forme du Projet régional de santé et en développant les partenariats et relations contractuelles (notamment via des Contrats territoriaux de santé, des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM ou des Contrats locaux de santé – CLS) avec les acteurs du territoire.

Elles délimitent également des territoires de démocratie sanitaire, à l'échelle infrarégionale, afin de couvrir l'intégralité du territoire et d'agir pour la réduction des ISTS. Un Conseil territorial de santé (CTS) est constitué par le Directeur Général de l'ARS sur chacun de ces territoires (relevant auparavant d'une Conférence de territoire) ; cette instance est composée de représentants d'élus des collectivités territoriales, de services départementaux et de différents acteurs de santé du territoire. Afin de favoriser la participation de la population, elle organise l'expression des usagers en intégrant celle des personnes en situation de précarité. Le CTS constitue une instance de proposition et peut contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des actions engagées sur le territoire dans le cadre du PRS (notamment pour l'organisation des parcours de santé, et plus spécifiquement sur la thématique de la santé mentale avec une commission dédiée).

Finalement, les ARS portent conjointement ou s'impliquent également dans plusieurs dispositifs tels que les Ateliers Santé Villes²⁴ (pouvant constituer les volets santé des Contrats de ville), les actions Cœur de ville²⁵, les Conseils locaux de santé mentale²⁶ ou encore différents réseaux de santé.

²⁴ Les ASV ont pour objectifs d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des quartiers de la Politique de la ville et de promouvoir les programmes locaux de santé.

²⁵ Le plan national « Action Cœur de ville » consiste en l'élaboration d'une convention de revitalisation sur 5 ans pour redynamiser le centre-ville de villes de taille moyenne, dans le but d'améliorer les conditions de vie de leurs habitants et agir pour le développement du territoire.

L'ensemble de ces engagements contribue à une dynamique de décloisonnement et de développement des coopérations locales, essentielle à une lecture transversale du territoire pour la réduction des ISTS.

Avec la création des ARS, le territoire apparaît comme le lieu de rencontre entre les volontés politiques pour la santé à l'échelle nationale, les préoccupations locales et les dynamiques portées par les acteurs de terrain. Toutefois, malgré l'effort pour s'emparer des territoires, on peut s'interroger sur l'éventuelle absence de valorisation de ces espaces en tant qu'objet des politiques publiques. L'ancrage sur le territoire régional risque en effet de constituer un cadre de projection de l'Etat dans ses décisions politiques en santé et ainsi une manière de déployer autrement la dimension nationale, mais sans autre identité pour le territoire que celle d'un espace fonctionnel maîtrisé « par le haut »²⁷. Pourtant, d'après les principes fondateurs de la promotion de la santé, il apparaît essentiel de considérer le territoire comme un espace vécu par sa population où s'entremêlent des dynamiques sociales et environnementales, et ce dans le but d'agir en faveur de l'amélioration de la santé des populations et de la lutte contre les ISTS.

Ainsi, il apparaît intéressant de s'interroger sur la mise en adéquation des volontés politiques de l'Etat pour la santé sur les territoires, relayées par ses administrations déconcentrées, avec les réalités des territoires en question. Dans ce sens, les délégations territoriales des ARS semblent porter une place pertinente d'acteurs de proximité pouvant contribuer à la réappropriation du territoire en tant qu'objet ; processus qui passe notamment par la connaissance du territoire, le travail partenarial avec les acteurs de terrain et l'action au plus près des populations et de leur besoins.

La problématique de ce mémoire est d'interroger les enjeux d'une démarche territorialisée en santé et comment une délégation territoriale de l'ARS peut s'en saisir en faveur de la promotion de la santé. Ces interrogations sont nourries, dans le cadre de mon stage, par une enquête de terrain au sein de la DT du Bas-Rhin de l'ARS Grand Est articulant expériences d'observation participante et recueil de données qualitatives lors d'entretiens. Suite à la présentation de ce cadre méthodologique, le développement des éléments réflexifs sera organisé en trois parties. Il s'articulera, dans une première partie, autour de la place de la DT de l'ARS en tant qu'actrice de la santé sur le territoire avec une analyse détaillée de la démarche d'animation territoriale qui y est actuellement développée. Par la suite, l'intérêt de l'approche territorialisée en faveur de la

²⁶ Les CLSM sont des dispositifs de concertation et de coordination mis en place à l'initiative conjointe des élus locaux et des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale d'un territoire.

²⁷ Combeau P., *art. cit.*

promotion de la santé sera discuté et ces réflexions seront finalement mises en regard du contexte institutionnel de l'ARS Grand Est pour la déclinaison de son PRS.

Méthodologie

Afin de nourrir ma réflexion sur cette problématique, j'ai pu développer une méthodologie de recueil de données basée sur mon environnement de stage et mes activités. Toutefois, il est à noter que cette méthodologie est différente de celle employée lors de ma mission de stage (présentée dans **l'annexe n°4**). En effet, le recensement et l'analyse des actions de PSP nécessitent l'élaboration et le suivi d'une méthodologie ainsi qu'un travail prospectif en « mode projet », mais ces travaux ne me permettent pas en tant que tels d'interroger la thématique de la territorialisation de la santé.

De fait, cette enquête de terrain rassemble tous les éléments constitutifs de mon expérience de stage à la DT 67 afin de comprendre les enjeux de la territorialisation et de la promotion de la santé dans le contexte institutionnel d'une Agence régionale de santé. La méthodologie de cette étude est également représentée sous forme graphique, disponible à **l'annexe n°5**.

1. Observations participantes

Afin de m'approprier cet environnement professionnel et d'y cerner les différents enjeux, j'ai eu l'occasion de prendre part à de nombreuses rencontres internes et externes à l'ARS en tant qu'observatrice et participante à la fois.

Tout d'abord, l'évolution au sein du pôle PPAT ainsi que la participation aux réunions mensuelles du pôle m'ont permis de comprendre ses missions et sa place dans l'organigramme de la DT 67 ainsi que son organisation interne, la répartition des tâches entre les agents et finalement le travail de suivi de dossiers en « mode projet ». Par la participation à une conférence entre le pôle et la direction « Prévention » de l'ARS, j'ai pu cerner la répartition des missions entre les agents des DT sur les territoires et les agents de la Direction Métier (DM) au siège ainsi que les aspects organisationnels et budgétaires spécifiques au champ de la prévention.

Dans le contexte de la restructuration du pôle PPAT vers l'animation territoriale, j'ai participé activement aux premiers temps de concertation entre les équipes territoriales de la DT en charge de chaque territoire du Bas-Rhin. Prendre part à l'initiation de cette démarche fut particulièrement intéressant et m'a permis de clarifier le but de l'animation territoriale, les motivations qui ont poussé à la réorganisation et d'analyser sa mise en œuvre pratique, les modalités d'animation d'une équipe et les positions de chaque acteur vis-à-vis de la démarche.

Par ailleurs, mon intérêt pour le champ de l'animation territoriale m'a donné l'opportunité de cerner avec précision les enjeux de l'élaboration d'un Contrat local de santé (CLS) par la participation à un séminaire d'échange de pratiques dédié mais surtout par la contribution active au pilotage d'un projet de diagnostic local de santé (précédant le CLS) sur le territoire. Cette partie de mon expérience a contribué à renforcer mon appétence pour ce dispositif et à comprendre en quoi il constitue un outil privilégié de la mise en œuvre du PRS sur le territoire.

Finalement, cette immersion professionnelle a été l'occasion d'aborder l'environnement des politiques publiques et le travail partenarial mené par la DT sur le territoire : avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), avec l'Education nationale (EN) pour la déclinaison de la convention cadre ARS/EN et pour l'élaboration d'un projet de prévention à destination des élèves scolarisés, avec les services santé de l'Eurométropole de Strasbourg dans le cadre du suivi du CLS et de groupes de travail, et enfin avec la Préfecture du Bas-Rhin sur la thématique de la Politique de la ville. Ces expériences, pour lesquelles j'ai été observatrice puis participante, m'ont permis d'une part de comprendre comment un projet de PSP est co-construit et mis en œuvre, et d'autre part d'analyser comment l'ARS entretient des relations partenariales sur le territoire, dans quels processus elle est impliquée et comment sa politique (via la déclinaison de son PRS) est perçue par les acteurs extérieurs.

2. Entretiens

Dans la continuité de tous les éléments recueillis sur le terrain de stage, il est apparu nécessaire d'approfondir certains sujets lors d'entretiens avec des agents de l'ARS.

D'une part, la démarche d'animation territoriale en DT 67 constitue l'un des points de départ de ce travail et des entretiens formels avec les chefs de projet « Coordination et animation territoriale » du pôle PPAT ont permis d'en expliciter son contexte et ses contours (voir le guide d'entretien **en annexe n°6**). Suite à des précisions sur l'origine de la restructuration et ses aspects pratiques, les agents ont pu définir ce que représente pour eux l'animation territoriale, ce qu'elle implique en termes d'évolution des pratiques et témoigner de leurs ressentis face à ces changements.

Par ailleurs, des rencontres avec des agents de la Direction de la stratégie (rattachée au siège de l'ARS) ont permis de préciser les enjeux de l'élaboration du PRS et de sa déclinaison territoriale. Des échanges avec le chargé de mission en charge des CLS ont nourri ma compréhension des processus d'élaboration du PRS avec la notion de parcours de santé et la différence entre les niveaux stratégiques et opérationnels, ainsi que ma représentation du lien entre le PRS, la territorialisation et

les CLS. L'une des référentes « pilote » du PRS m'a d'autre part présenté les enjeux de construction du PRS et de sa mise en œuvre en insistant sur la notion de priorisation.

Dans un dernier temps, j'ai eu l'occasion d'échanger avec des agents au sein d'autres DT de l'ARS Grand Est (notamment la DT Vosges et la DT Meuse) afin de comprendre leur organisation interne vis-à-vis de l'animation territoriale. Ces éléments m'ont permis de comparer leurs structuration à celle adoptée dans le Bas-Rhin afin d'analyser les enjeux du positionnement de l'animation territoriale au sein d'une DT et de proposer des perspectives d'évolution.

Finalement, des échanges informels avec des agents de la DT 67 (responsable de pôle, chargés de mission en animation territoriale ou en prévention, agents en charge des soins de proximité, du suivi des financements ou du secrétariat) m'ont apporté des éléments concernant le contexte de la fusion des ARS Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne, de la scission entre les DT 67 et 68, des nombreuses réorganisations successives, des relations entre les DT et le siège et globalement de l'environnement de travail de l'ARS Grand Est.

3. Recherches bibliographiques

L'approfondissement de la compréhension du sujet s'est également appuyé sur des recherches bibliographiques. Dans un premier temps, j'ai pu me saisir du PRS et de ses différentes composantes, dont la synthèse de l'état des lieux et les objectifs opérationnels du SRS. La littérature grise sur le secteur et de nombreux documents internes à l'ARS tels que des notes méthodologiques, des rapports internes et des présentations pédagogiques ont nourri mon analyse du terrain. Ces éléments ont été complétés par des recherches dans la littérature académique sur l'historique, la définition et les enjeux de la territorialisation de la santé en France ainsi que sur l'approfondissement des concepts en promotion de la santé.

L'ensemble de ces éléments, recueillis lors de mon immersion professionnelle, ont permis d'enrichir les interrogations quant à la problématique de ce mémoire et de mener ainsi au développement réflexif à suivre.

Éléments réflexifs

1. Comment une DT se rend-elle actrice de la territorialisation ?

1.1. Quels rôles pour une délégation territoriale de l'ARS ?

Au sein de l'ARS Grand Est, les compétences thématiques sont centralisées au siège dans des Directions Métiers (DM) qui assurent la gestion des dossiers et la prise de décision pour l'ensemble de la région. Les objectifs régionaux sont fixés à ce niveau central et les DT ont pour mission de mettre en œuvre l'action sur le territoire en s'appuyant sur l'orientation et l'expertise des référents des DM. La distribution des missions entre les DM et les DT implantées dans les départements semble en constante négociation et restructuration. Si les agents du siège disposent de l'expertise d'ensemble des thématiques de travail, la DT constitue le relai de proximité et la porte d'entrée sur le territoire pour y décliner la politique régionale de santé.

1.1.1. Une place de partenaire de proximité sur le territoire

La délégation territoriale assure le rôle d'interlocuteur de l'Agence sur le territoire, et ce notamment pour la construction de partenariats de proximité. Elle se place auprès des collectivités locales et des autres partenaires de terrain dans le cadre de relations contractuelles ou de confiance pour la prise de décision, la priorisation et le pilotage des interventions. Il est intéressant de noter que les partenariats de l'ARS sur le territoire du Bas-Rhin ne sont pas tous consolidés au même niveau. A titre d'exemple, les relations de la DT 67 avec l'Education nationale sont conventionnées pour atteindre des objectifs partagés, un partenariat est en cours de construction avec le Conseil départemental 67 (via une volonté d'implication de leur part dans les Contrats locaux de santé) et le regret a été exprimé de ne pas développer davantage certains partenariats locaux comme avec la Caisse d'Allocations Familiales (CAF).

L'enjeu d'une présence ancrée de l'Agence sur le territoire est d'y orienter l'action pour accompagner efficacement la mise en œuvre du PRS et de s'assurer de la mise en cohérence des différentes politiques. Dans un même temps, la DT se saisit également de l'apport du réseau territorial à la définition des projets régionaux afin que ceux-ci se déclinent le plus spécifiquement possible. Elle détient ainsi l'expertise du terrain et se doit d'être en pleine responsabilité de son territoire. A cet effet, elle doit bénéficier d'un cadre stratégique adapté, d'une légitimité et de moyens pour agir efficacement.

1.1.2. Une mission d'adaptation des orientations régionales au terrain

L'existence de cet échelon départemental de la DT semble essentielle pour développer de façon autonome des interventions adaptées aux spécificités locales, au-delà de la transmission des orientations régionales. Son travail donne vie à la politique de santé sur le territoire et assure l'interface entre les besoins identifiés au niveau local, les attentes des acteurs de terrain et les priorités du PRS. En cela, la DT représente le lieu de la rencontre du niveau central et des priorités qu'il définit avec un territoire porteur de ses propres dynamiques, où les projets d'action se construisent conjointement.

Ce niveau de proximité permet également de veiller à l'articulation entre les différents projets portés au niveau national, régional et local et de s'assurer de la convergence des dynamiques du territoire avec les politiques le concernant ; c'est d'ailleurs un objectif auquel répond la mission de stage qui m'a été confiée. En effet, la réalisation d'un état des lieux est motivée par un besoin de cohérence et une volonté de prioriser les projets portés sur le territoire au regard des objectifs définis dans le PRS. Les résultats de ce travail donnent ainsi un aperçu de la mesure dans laquelle les actions portées sur le territoire contribuent à la déclinaison du PRS en répondant ou non à ses objectifs.

Finalement, si le siège de l'ARS définit les orientations politiques régionales, ce sont les délégations territoriales qui leur donnent vie sur le territoire par le biais de l'animation territoriale.²⁸ Cette démarche, actuellement développée et à l'origine de restructurations au sein de la DT 67, constitue une illustration d'une manière de s'emparer du sujet de la territorialisation pour une délégation territoriale de l'ARS.

1.2. La démarche d'animation territoriale

La définition de la santé ayant été élargie pour prendre en compte tous les facteurs sociaux et environnementaux qui la déterminent, il apparaît que les profils d'acteurs impliqués dans son amélioration sont variés. Ainsi, l'animation territoriale a été développée pour faire face à cette multiplicité de protagonistes et assurer une meilleure coordination de proximité entre institutions, élus d'un territoire et professionnels de santé au sens large. Elle a pour objet de valoriser le territoire et d'y impulser une dynamique en faveur de la santé.

Dans le contexte des ARS, la démarche d'animation territoriale en santé a été expérimentée en premier lieu dans les régions Bretagne et Franche-Comté. En Grand Est, la DT 67 est la première à

²⁸ Molas Gali N., « Les démarches locales en santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé », Global Health Promotion, 2014, Vol. 21 supp. 1, p.46-49

affirmer la volonté de travailler intégralement en animation territoriale et ce notamment dans le champ de la prévention et la promotion de la santé ; pour le pôle PPAT, l'ambition est d'assurer le déploiement de l'action territoriale sur le Bas-Rhin dans le cadre du PRS. A cet effet, les postes des agents du pôle sont en transition d'anciennes missions thématiques vers des missions d'animation territoriale. Suite à une présentation générale des fonctions portées par ces agents, précisant ainsi les objectifs de l'animation territoriale, le contexte propre à la restructuration au sein de la DT 67 sera présenté avec ses leviers et ses freins.

1.2.1. Les chefs de projet en animation territoriale, porteurs de la démarche

La réorientation des missions des agents du pôle a nécessité la rédaction d'une nouvelle fiche de poste. Celle-ci définit le rôle des chefs de projet Coordination et animation territoriale, en charge de la mise en œuvre de la politique territoriale et contractuelle de santé sur une portion infra départementale du Bas-Rhin.

D'une part, leur mission est de développer des relations de proximité avec les acteurs locaux. Par ces partenariats, ils doivent notamment définir les besoins du territoire à partir de diagnostics partagés et des priorités qu'ils déterminent. Cette connaissance du territoire ainsi que la maîtrise transversale des axes de travail de l'Agence les rend compétents pour décliner la politique de santé au regard des spécificités de terrain. La posture de travail de l'animation territoriale assure ainsi l'interface entre les besoins locaux et les orientations politiques. Elle permet également d'aller à la rencontre des élus du territoire pour leur présenter les priorités de santé identifiées sur le territoire et réfléchir à la construction de plans d'actions pertinents et adaptés.

La mission des chefs de projet est également d'animer les partenariats de proximité pour développer des actions visant à améliorer l'état de santé et la prise en charge de la population sur le territoire. Dans ce sens, ils participent à la mise en œuvre, à l'accompagnement, au financement et à l'évaluation de ces actions. Cela passe également par la coordination des dispositifs du territoire : les animateurs territoriaux assurent le suivi de la démocratie sanitaire sur le territoire et la coordination des CTS et sont également en charge des Contrats locaux de santé en vigueur et en projet. Il s'agit d'une part d'assurer le suivi des démarches en cours, mais également d'impulser la dynamique en sensibilisant et mobilisant les acteurs locaux.

Finalement, les animateurs portent un rôle de sensibilisation en faveur de la santé et peuvent inciter les acteurs du territoire à s'impliquer dans ce domaine. Ils contribuent ainsi à l'intégration d'un volet santé dans l'ensemble des politiques publiques, favorisant une meilleure prise en compte des déterminants de santé et de leur impact. Par ces différentes activités d'animation, de coordination et

de pilotage, le chef de projet contribue au développement du territoire en impliquant les élus, les professionnels et acteurs de santé et les usagers dans une optique d'amélioration de la santé de la population²⁹.

1.2.2. L'animation territoriale dans la DT 67

➤ Contexte de la réorganisation

Au sein de l'ancienne DT Alsace, deux chargés de mission étaient responsables de l'animation territoriale (un pour le Bas-Rhin, l'autre pour le Haut-Rhin) tandis que les autres agents s'occupaient du pilotage des projets thématiques. Suite à la scission entre les deux départements, le développement de la démarche d'animation territoriale en DT 67 s'est fait en parallèle de nombreuses réorganisations internes.

D'une part, la formation en fin 2017 du pôle PPAT issu de la fusion du pôle d'animation territoriale (PAT), de la prévention/promotion de la santé (PPAS) et des soins de proximité (SDP) a appuyé une volonté d'orienter le travail du pôle vers de l'animation territoriale afin de questionner les problématiques du département d'un point de vue transversal et de préparer la mise en œuvre territoriale du PRS. D'autre part, la fusion de l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne en région Grand Est a entraîné un transfert des compétences thématiques du pôle aux Directions métiers du siège et notamment à la Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale (au sein du département Promotion de la Santé, Prévention et Vulnérabilités). Afin de répondre au mieux au PRS, le rôle des référents thématiques du siège est de gérer pour toute la région les dossiers thématiques, la validation des projets et le financement des structures. Ainsi, le rôle de la DT s'est recentré sur le travail de proximité avec la nécessité d'accompagner le changement de missions de ses agents de l'expertise thématique vers l'animation territoriale. Cette évolution invite les agents à adopter une lecture transversale et territoriale des questions de santé de la population en dépassant les catégories d'analyse inhérentes à leurs missions d'origine et expertises thématiques³⁰. Ce changement dans la définition du poste est concrétisé par deux jalons : la rédaction de la fiche de poste et l'envoi de la lettre de mission. Les objectifs spécifiques aux nouvelles missions sont également précisés lors d'entretiens annuels avec les responsables de pôles. Dans la théorie, cette transition se fait progressivement avec une période où les agents doivent prolonger le suivi de certains dossiers thématiques, assurer le transfert des compétences vers le siège et s'emparer de leurs nouvelles attributions d'animateurs territoriaux.

²⁹ Jabot F. et Loncle P., « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », Santé Publique, 2007, Vol. 19, p. 21-35

³⁰ *Ibid.*

➤ **Mise en œuvre de la démarche**

En pratique, le territoire du Bas-Rhin a été divisé en quatre territoires infra-départementaux basés sur le découpage du Conseil départemental 67 : Nord, Sud, Ouest et Eurométropole de Strasbourg (voir la carte à l'**annexe n°7**). Pour chaque territoire, des compétences métiers ressources issues des 4 pôles de la DT (offre sanitaire ; offre médico-sociale ; proximité, prévention et action territoriale ; veille, sécurité et santé environnement) ont été réunies au sein d'équipes territoriales, coordonnées par l'un des chefs de projet chargés de l'animation et de la coordination du pôle PPAT. L'objectif de ces équipes est de nourrir la connaissance du terrain afin de disposer d'une vision globale et transversale des besoins et des ressources du territoire, et ainsi d'y décliner l'action en santé de manière cohérente et concertée sur les différents champs de compétence de l'Agence. Leurs missions se concrétisent à travers plusieurs jalons.

Un premier état des lieux transversal est réalisé pour évaluer la situation générale du territoire et l'état de santé de sa population, les offres sanitaire, médico-sociale et ambulatoire, les besoins et les ressources existantes en matière de prévention et finalement l'état des partenariats en cours (CLS, dynamiques des contrats de ville, ...). Dans ce contexte, l'étude réalisée au cours de ma mission de stage permet également de nourrir ce travail par l'analyse de la répartition des actions de PSP sur chaque territoire d'action. Les résultats montrent une polarisation autour de l'Eurométropole de Strasbourg, pour laquelle une variété d'actions sont menées en faveur de plusieurs types de populations (enfants, public en difficultés spécifiques, malades chroniques, ...) et sur un large panel de thématiques. Les trois autres territoires sont de fait moins couverts en interventions de prévention, ce qui démontre l'intérêt d'adopter une approche par territoire infra départementaux pour déployer l'action du pôle.

L'objectif de cet état des lieux est d'identifier, avec les pilotes du PRS au niveau régional, les axes de travail prioritaires pour sa mise en œuvre et ainsi définir les partenariats à développer. Cette concertation résulte en l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route territoriale, regroupant les différentes actions et projets à conduire sur le territoire pour les 5 années à venir. Par ailleurs, l'état des lieux est adapté en vue d'une présentation des problématiques spécifiques aux partenaires extérieurs et aux élus du territoire afin d'aborder des pistes d'actions pour y répondre. En parallèle, les rencontres de l'équipe territoriale sont l'occasion d'échanger en continu sur l'actualité et l'avancée des projets du territoire.

➤ **Freins et leviers à la restructuration et à la redéfinition des missions**

Les restructurations impliquant un effort d'adaptation au nouveau cadre de travail, il convient d'analyser les éléments favorisant et les difficultés rencontrées face à cette redéfinition des postes des agents du pôle.

Il est intéressant de souligner que parmi les chefs de projet animation territoriale du pôle, l'un d'entre eux était déjà en charge de l'animation territoriale alors que les autres étaient référents thématiques. Ainsi, les ressentis vis-à-vis de la requalification des missions dépendent du niveau de changement qu'elle apporte.

Pour les anciens chargés de mission thématique, le contexte de travail évolue car au-delà des interactions avec les promoteurs d'actions, ils doivent désormais renforcer les partenariats avec de nouveaux types d'acteurs tels que les élus du territoire ou les représentants du Conseil départemental. Dans ce sens, ils deviennent également responsables de l'animation de comités de pilotage, de comités techniques et d'équipes projets. Par ailleurs, l'expertise thématique exigeait d'approfondir leur compréhension de certains sujets avec précision alors que l'animation territoriale demande quant à elle d'adopter une vue transversale et généraliste et implique de connaître tous les champs de la santé. La transition entre les deux postes amène donc la nécessité d'appréhender de nouvelles thématiques et des partenaires jusque-là inconnus et peut ainsi faire émerger certaines difficultés.

Parmi les difficultés liées à la restructuration des missions, il se dégage également un embarras à situer ce qui relève désormais des DM du siège et ce qui relève de la DT. En vue de renforcer le rôle de proximité de la DT, le transfert des expertises thématiques vers le siège doit être concrétisé. Toutefois, dans un même temps, l'Agence exprime la volonté de disposer de référents thématiques au sein des DT pour assurer la mise en œuvre de l'action sur le territoire. Il apparaît ainsi que, pour les chefs de projet, les nouvelles fonctions d'animation territoriale se superposent pour l'heure aux « anciennes » tâches de chargé de mission thématique. Cette situation interroge le devenir de ces missions pour les agents, desquelles ils doivent se désengager pour se saisir des nouvelles.

Par ailleurs, cette transition suscite un sentiment de manque de compétences vis-à-vis de l'animation territoriale et a pu de fait être perçue avec réticence par les agents, comme mentionné par l'une des personnes interrogées (*« C'était ça la difficulté et la réticence des nouveaux animateurs territoriaux, de se dire qu'ils ne peuvent pas s'engager dans une nouvelle mission en continuant de faire ce qu'ils faisaient avant. Ce qui est inconfortable, c'est qu'en animation territoriale on a peur de ne pas savoir comment faire, quelles sont les démarches, etc. (...) Ce n'était pas forcément dans les missions des référents thématiques, et les gens pensent qu'ils ne savent pas faire »*). Ainsi, la montée en

compétences pour aller vers l'animation territoriale nécessite un accompagnement et un soutien méthodologique, notamment sur les contrats locaux de santé pour lesquels tout reste à faire sur la majorité des territoires : impulser la démarche, construire le CLS avec l'animation de groupes de travail, rédiger des fiches actions et, une fois le CLS élaboré, en assurer le suivi. Finalement, cette complexité est renforcée par la difficulté à cerner les objectifs et contours de l'animation territoriale et ainsi le périmètre d'action des chefs de projets.

Dans un tel contexte de restructuration, il apparaît essentiel de disposer de leviers sur lesquels s'appuyer ; ceux-ci peuvent émerger à différentes échelles au sein de l'Agence.

En premier lieu, les échanges et l'entraide au sein du pôle semblent décisifs pour la réussite de la transition. Il est essentiel pour les chefs de projets de réfléchir et d'avancer ensemble, en s'appuyant éventuellement sur les compétences des personnes au sein de l'équipe qui étaient déjà en charge de l'animation territoriale. Ce travail coordonné peut en effet permettre d'établir une planification générale de la démarche, nécessaire à sa réussite.

La difficulté de la connaissance transversale de tous les champs de la santé est atténuée par la création en interne des équipes territoriales, où chaque référent d'un pôle de la DT peut apporter un appui concernant son champ d'expertise. Le chef de projet est ainsi accompagné dans la compréhension des domaines qu'il ne maîtrise pas à priori.

Dans la mesure où la volonté de développer l'animation territoriale émane directement de la DT 67, l'accompagnement au changement organisationnel doit s'opérer en interne et n'est pas nécessairement porté au niveau central par l'ARS Grand Est. Toutefois, un référent CLS au sein de la Direction de la stratégie est en charge d'accompagner la montée en compétence des agents sur la méthodologie des CLS. Par des temps de formation et d'échanges, il peut ainsi les appuyer pour impulser et promouvoir la démarche dans leurs territoires.

Les chefs de projets peuvent également s'appuyer sur les référents « pilotes » des parcours du PRS en charge d'assurer la mise en œuvre des objectifs de leurs parcours dans les DT. Cet échange est d'ailleurs bilatéral, car les pilotes du PRS comptent également sur les animateurs pour les accompagner dans la déclinaison territoriale de leur parcours.

Finalement, les Directions Métiers du siège de l'Agence doivent apporter leur expertise thématique aux chefs de projets territoriaux. Lorsqu'une problématique de santé est relevée sur le territoire, il est possible de faire appel à un expert de la DM pour définir conjointement les méthodes, les moyens et le budget alloué pour y répondre. Le rôle de l'animateur étant de définir les enjeux du

territoire avec une vue d'ensemble, les agents de la DM portent quant à eux les missions d'approfondissement de ces derniers si nécessaire.

Ces différentes réflexions soulignent l'enjeu que représentent de telles restructurations dans un environnement de travail et interrogent dans ce sens les intérêts du développement de l'animation territoriale.

1.2.3. Intérêts de la démarche

Au sein des collectivités territoriales, il existe des démarches d'animation territoriale de santé pour la constitution de points d'appui locaux en soutien aux élus du territoire. Toutefois, adopter également ce fonctionnement dans les ARS est intéressant car cela permet un échange de connaissances et de pratiques au niveau départemental puisque les chefs de projet travaillent ensemble et en équipe au sein de la DT. Cette démarche amène ainsi une analyse fine infra-départementale tout en gardant une cohérence territoriale à l'échelle du département.

La formation d'équipes territoriales permet de travailler en transversalité entre les différents pôles de l'ARS et de décloisonner les perspectives vers des champs parfois peu connus. Lorsqu'on vise l'amélioration de la santé d'un public, il est opportun de considérer que celui-ci est concerné par plusieurs thématiques simultanées et qu'adopter une vue d'ensemble est plus approprié pour prendre en compte cette interrelation des différentes problématiques de santé. L'approfondissement thématique peut alors intervenir dans un second temps, comme relai à l'animation territoriale.

L'intégration de tous les sujets à la réflexion amène donc une vue d'ensemble du territoire afin d'y caractériser les problématiques et de trouver des solutions en travaillant ensemble. Cette fine connaissance des spécificités est propice à la déclinaison pertinente du PRS sur le département. Ainsi, il n'est ni réaliste ni judicieux de mettre en œuvre à tout prix tous les objectifs et il apparaît plus intéressant de les prioriser au regard de la connaissance du terrain. L'identification des problématiques de santé du territoire permet d'y adapter les orientations stratégiques mais également de choisir d'y mener ou non certains projets portés au niveau régional en fonction des besoins ; s'emparer de certains dispositifs ou répondre à un appel à projets dépend de leur pertinence au regard des problématiques du territoire. L'animation territoriale se situe alors à l'interface entre les besoins locaux, les demandes identifiées par les professionnels et les experts de terrain et les programmes régionaux dont il est possible de s'emparer et de décliner. L'objectif est d'instaurer une adéquation entre les différents niveaux décisionnels, d'être efficace et de répondre avec cohérence aux problèmes de santé en s'appuyant les moyens disponibles.

Par l'animation territoriale, la volonté de transversalité s'applique également en dehors de l'ARS via le travail partenarial avec un large éventail de protagonistes. Ces relations de proximité avec les acteurs de terrain font le lien avec la conception des politiques publiques influençant indirectement la santé : la cohésion sociale, l'éducation, l'urbanisme, l'économie, ... L'objectif est de prendre connaissance de ces autres politiques, de créer des ponts entre elles et de les coordonner pour un effet sur tous les déterminants de la santé. Cette articulation tend à réduire l'impression de « mille-feuille » des dispositifs publics³¹ portant parfois contradictions et incohérences, et la sollicitation de mêmes acteurs à multiples reprises dans des cadres différents.

Dans ce sens, le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du PRS définit l'animation territoriale comme une réponse à « *la multiplicité des différents niveaux de découpage territorial, [...] vécue comme un facteur de complexification du développement et déploiement des actions par les acteurs de terrain* ». Son rôle est ainsi « *d'offrir à ces acteurs une vision coordonnée du déploiement des actions, de l'aménagement du système de santé et de l'évolution de la démographie des professionnels de santé. L'animation territoriale est indispensable pour favoriser l'implication des acteurs de santé dans les problématiques liées à leurs territoires. Cela doit d'autant plus être réalisé que l'enjeu à l'échelle de la région Grand Est est de permettre la valorisation des innovations locales.*»³²

Ce mode de travail s'inscrit dans une démarche projet où il est nécessaire d'identifier des besoins et des problématiques, d'y associer des objectifs, d'animer des groupes de travail et de mettre en œuvre des interventions. Le lien aux acteurs et la conduite d'actions spécifiques permet de faire passer des messages concrets en faveur de la santé et de valoriser le territoire.

Finalement, du fait d'un regard affiné sur le terrain, l'animation territoriale permet de déployer des interventions dans des zones auparavant dépourvues de dispositifs. L'enjeu est alors de favoriser l'action en faveur de la santé même dans des territoires où celle-ci n'est pas développée a priori et de donner la parole à tous les acteurs locaux pour les soutenir dans leur désir d'agir. Cet intérêt se trouve renforcé dans un territoire comme le Bas-Rhin où beaucoup de dispositifs sont polarisés autour de la ville de Strasbourg et où certains élus sont plus dynamiques que d'autres pour impulser des projets.

³¹ Laurent-Beq A. et Le Grand E., « Développer une approche territorialisée de la santé », La santé de l'Homme, 2006, n°383, p.16-17

³² ARS Grand Est, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du Projet régional de santé 2018-2028, juin 2018, p.75

1.3. Les dynamiques internes en faveur de l'animation territoriale dans les DT

Dans un dernier temps, l'enjeu de la mise en œuvre de l'animation territoriale comme relai de proximité pour l'Agence amène également la question des dynamiques internes autour de cette démarche au sein des DT et de leurs différents pôles.

En comparant l'organisation de la DT 67 avec d'autres DT de l'ARS Grand Est, il apparaît que l'animation territoriale n'est pas considérée partout de la même façon. Dans la Meuse par exemple, l'animation et le développement du territoire relèvent d'un pôle exclusivement consacré à ces sujets, notamment pour la coordination des CLS et le suivi de la démocratie sanitaire. Au sein de leur organigramme fonctionnel, l'animation territoriale se situe en amont des différents pôles thématiques car elle est considérée comme transversale à tous les champs ; à la différence de la DT 67, elle n'est donc pas intégrée au pôle prévention et promotion de la santé. Outre les contraintes organisationnelles, ce constat démontre la diversité des contours et des définitions que l'on peut donner à l'animation territoriale.

Au sein des DT, la mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de l'animation territoriale s'avère parfois complexe et dépend des postures des responsables de pôle ainsi que de l'engagement du délégué territorial. Afin d'adopter une vision transversale et décloisonnée, les agents de tous les pôles (sanitaire, médico-social, santé environnement, PSP, ...) doivent comprendre l'intérêt de la démarche et ce qu'elle peut leur apporter. Un travail de préparation est donc nécessaire en amont de l'introduction de l'animation territoriale au sein d'une DT, dans une démarche participative pour intégrer tous les agents et qu'ils se saisissent des objectifs.

Dans la pratique, il semble que les chefs de projets en animation territoriale doivent aller à la rencontre des autres agents de la DT pour chercher les informations et solliciter leur contribution. Bien que l'organisation interne de certains pôles (par exemple le médico-social, où les correspondants administratifs assurent le suivi d'un portefeuille d'établissements dispersés sur le territoire) amène des difficultés d'intégration de l'animation territoriale au cadre de travail, celle-ci pourrait toutefois bénéficier à tous les acteurs de la DT. En effet, les animateurs territoriaux peuvent leur présenter des informations sur les spécificités du territoire et les besoins relatifs à leurs domaines d'expertise identifiés grâce aux états des lieux. La connaissance des ressources du territoire permet également d'éviter la redondance des projets dans chaque champ de la santé. En contrepartie, les chefs de projets requièrent les apports des agents spécialistes de chaque pôle pour bénéficier d'une légitimité de parole et d'action sur le terrain.

L'enjeu est donc de sensibiliser tous les acteurs au sein des DT pour faire évoluer les dynamiques internes en faveur de l'animation territoriale et du travail en transversalité qu'elle engendre. Cette première étape vers des postures de travail axées autour du territoire participe à en construire les bénéfices en faveur de l'amélioration de la santé de la population dans une démarche de promotion de la santé.

2. La territorialisation au service de la promotion de la santé

2.1. Quelle plus-value peut apporter la territorialisation pour la promotion de la santé ?

La charte d'Ottawa³³, établie en 1986 à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, propose une approche socio-écologique de la santé intégrant dans un même système la santé, le social et l'environnement. Elle définit la promotion de la santé comme « *un processus qui confère aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ». La santé est alors considérée comme un concept positif, un état de complet bien-être physique, mental et social et la mesure dans laquelle l'individu ou le groupe doit pouvoir satisfaire ses besoins, réaliser ses ambitions et évoluer avec son milieu. Dans ce sens, la promotion de la santé dépasse le secteur de la santé et les modes de vie sain en visant le bien-être complet de l'individu.

Elle prend donc en compte les conditions d'existence des populations dans toutes leurs dimensions environnementales, sociales, économiques et culturelles. Cela implique de considérer la place de la santé dans toutes les composantes d'une société : l'éducation, l'emploi, l'urbanisme, l'habitat, les transports, ... En considérant ces multiples facteurs en interaction les uns avec les autres, on estime qu'un ensemble de déterminants individuels, collectifs et environnementaux influencent l'état de santé.³⁴

Afin d'analyser les plus-values d'une démarche territorialisée pour la promotion de la santé, il est pertinent de tout d'abord en interroger ses composantes au regard des axes de la charte d'Ottawa.

2.1.1. La territorialisation au regard de la charte d'Ottawa

Parmi les fondements qu'elle détermine, la charte d'Ottawa définit 5 axes d'action pour promouvoir la santé et améliorer le bien-être des populations dans une approche globale. A mon sens, ces derniers peuvent constituer une grille de lecture de la démarche de territorialisation et de ce qu'elle apporte pour la promotion de la santé.

³³ Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa », 17-21 Novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

³⁴ Dahlgren G. et Whitehead M., « Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health », Stockholm Institute for Further Studies, 1991

➤ **L'élaboration de politiques pour la santé**

Par l'élaboration de politiques pour la santé, l'objectif est que « *le choix le plus facile pour les responsables des politiques publiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé* »³⁵. Dans ce sens, l'animation territoriale me paraît être un moyen de considérer la santé de façon transversale sur le territoire et d'associer largement des partenaires autour de sa définition. Elle permet aux élus du territoire d'être sensibilisés à la santé et à la prendre en compte dans leurs décisions politiques. Par la coordination et l'articulation des dispositifs publics, elle facilite l'intégration du concept dans toutes les politiques. Ainsi, l'appréhension des problématiques de santé n'en est plus segmentée mais devient globale et intersectorielle.

➤ **La création d'environnements favorables**

La promotion de la santé considère par ailleurs que « *les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé* »³⁶. Or à mon sens, lorsqu'on considère une portion territoriale définie pour aborder les problématiques de santé, on prend naturellement en compte les interactions entre la population et son milieu. Par l'étude et la connaissance du terrain, l'animation territoriale contribue à associer enjeux de santé et caractéristiques du territoire ; les actions engendrées participent ainsi à créer des milieux de vie favorables à la santé et au bien-être des populations. Par ailleurs, l'introduction de la santé dans toutes les politiques publiques permet de construire des environnements bénéfiques en agissant dans différents domaines tels que l'aménagement urbain ou le logement.

➤ **Le renforcement de l'action communautaire**

Afin de mener des actions visant l'amélioration de la santé, il paraît fondamental d'encourager la « *participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification* »³⁷. La prise en compte d'un territoire infra départemental situe le travail à l'échelle locale en proximité des habitants et de leurs conditions de vie au quotidien. Cela apparaît donc comme un niveau pertinent pour mener des actions répondant aux besoins de la population et favorisant l'intégration de tous les usagers. Cette participation est notamment essentielle pour permettre à des programmes locaux efficaces et adaptés d'émerger en vue de la réduction des ISTS.

³⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa », *op. cit.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

➤ **L'acquisition d'aptitudes individuelles**

Comme mentionné dans la charte, « *il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.* »³⁸ L'éducation à la santé et le développement de compétences implique de considérer les différentes composantes de la vie des individus et les déterminants de leur état de santé, mais également d'identifier les acteurs pouvant y concourir. A cet effet, l'animation territoriale tend à associer un grand nombre de partenaires du territoire relevant de différents champs autour des questions de santé. Par une approche intégrée et globale, elle me semble donc permettre de mettre en cohérence cette pluralité d'acteurs pour agir auprès de la population et les amener à développer leurs aptitudes individuelles en faveur de leur santé.

➤ **La réorientation des services de santé**

Au niveau des services de santé, la promotion de la santé établit que « *la tâche est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements ; tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé* »³⁹. Dans ce sens, l'animation territoriale contribue à construire un effort collectif et partagé en faveur de la santé par le développement de partenariats et de réseaux d'acteurs de proximité amenés à travailler ensemble pour l'amélioration de la santé sur le territoire.

D'après mon analyse des démarches de territorialisation de la santé et d'animation territoriale au regard des principes fondateurs de la promotion de la santé, celles-ci contribuent à construire une vision globale de la santé dans un contexte de coordination d'une large diversité d'acteurs et de dispositifs publics. Elles assurent une mise en œuvre de proximité comme gage d'efficacité et de performance, mais aussi d'équité au plus proche des besoins de la population⁴⁰. Dans ce sens, l'approche territoriale transversale me paraît concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Berry P., « Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir ! », *La santé de l'Homme*, 2006, n°383, p. 27-28

2.1.2. *La territorialisation en faveur de la réduction des ISTS*

S'il est admis que de multiples facteurs endogènes et exogènes influencent la santé de la population, il apparaît également que différentes combinaisons de ces facteurs produisent des disparités d'état de santé entre individus. En effet, les contextes sociaux et environnementaux conjuguent des facteurs protecteurs et défavorables pour la santé à différents degrés entre groupes de population. L'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé signifie que les personnes socio-économiquement ou géographiquement favorisées auront tendance à vivre en meilleure santé que les personnes défavorisées ; l'influence des déterminants de la santé n'est pas la même pour tous les groupes, les rendant plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. Dans ce contexte, il apparaît qu'une approche territorialisée peut contribuer à toucher l'ensemble des déterminants de la santé pour réduire ces inégalités.

D'une part, comme mentionné précédemment, la coordination des acteurs et la prise en compte de la santé dans chacune des politiques locales permet d'agir sur les facteurs sociaux et environnementaux qui influencent la santé. L'adaptation des modes d'intervention aux besoins du territoire tend à répondre également à ses spécificités, et dans ce sens prend en compte les disparités sociales existantes. La connaissance d'un territoire induit également la connaissance de sa population et permet d'y introduire le concept d'universalisme proportionné⁴¹ ; les actions sont mises en place dans un objectif de « santé pour tous » avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes, pour les rendre accessibles à ceux qui en ont le plus besoin.

D'autre part, la territorialisation permet de valoriser un espace mais aussi d'en augmenter son attractivité par l'amélioration de la qualité de vie de chacun. Dans ce sens, elle contribue à lutter contre les inégalités territoriales de santé. Il est également intéressant de considérer un découpage infra départemental, tel qu'adopté en animation territoriale dans la DT 67, pour ne délaissier aucune partie du territoire. Cette démarche participe à réduire les écarts entre milieux urbains et ruraux en se détachant de la polarisation autour des grandes villes : les problématiques propres à chaque collectivité peuvent alors émerger et l'opportunité est donnée à tous les acteurs de terrain de faire entendre leur voix et de participer à la définition de la santé.

⁴¹ Marmot M., « Strategic Review of health inequalities in England. Fair society, healthy lives: the Marmot review », 2010

2.2. Sur quels leviers peut s'appuyer la DT pour agir en promotion de la santé ?

En considérant que la territorialisation peut constituer une opportunité d'améliorer la santé de la population, on peut s'interroger sur les leviers sur lesquels une DT de l'ARS peut s'appuyer pour agir en faveur de la promotion de la santé. Elle peut en effet travailler à différents niveaux et à travers des démarches territorialisées pour encourager la réduction des ISTS.

Sur le territoire, il est tout d'abord opportun de développer une dynamique de mobilisation des acteurs de la prévention et promotion de la santé⁴². Pour ce faire, il convient d'identifier les types d'acteurs et de définir ceux dont la préoccupation principale est portée sur la PSP ou ceux dont l'activité peut avoir une influence sur la santé. La DT peut permettre le renforcement d'espaces de concertation et de coordination des acteurs pour établir la PSP comme une priorité à toutes les échelles territoriales et structurer les interventions à chaque niveau d'un parcours de santé. Les acteurs de proximité doivent également être impliqués dans l'élaboration de diagnostics partagés du territoire (à mettre en cohérence avec les priorités nationales et régionales) et associés à des projets partagés de santé publique. Par ailleurs, la DT constitue le relai de terrain de l'Agence auprès des décideurs du territoire. Il lui appartient donc, dans l'optique de la réduction des ISTS, d'impliquer les élus locaux dans le champ de la santé et de renforcer leurs compétences et savoirs en matière de PSP.

Les animateurs territoriaux de la DT étant en charge de la démocratie sanitaire sur le territoire, il leur revient d'encourager voir de systématiser la participation des usagers aux diagnostics de territoire et à la conception des politiques de PSP. Ainsi, par leur compréhension et leur appropriation de ces outils, ils contribuent à faire émerger des programmes locaux efficaces pour la réduction des ISTS et la prise en compte des populations spécifiques. L'écoute et la considération des besoins des citoyens permettent également de mener des interventions adaptées au terrain.

Par ailleurs, le fonctionnement interne et le rayonnement de la DT peut constituer un levier pour son action en PSP. Elle peut tout d'abord s'impliquer dans l'ensemble des champs touchant à la santé et intervenir dans des politiques autres que sanitaire en s'appuyant sur des études d'impact sur la santé. En termes d'orientations politiques, il revient à l'ARS d'inscrire la promotion de la santé comme axe prioritaire de son PRS qui sera décliné dans les territoires ; dans les priorités 2018-2023 du SRS Grand Est, l'axe stratégique n°1 est d'ailleurs intitulé « Orienter résolument et prioritairement

⁴² Conférence nationale de santé, « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé », adopté en assemblée plénière le 08/02/2018

la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé ». Par ailleurs, telle que présentée précédemment, l'animation territoriale et le développement des compétences associées constitue un levier pour l'action de la DT sur le territoire. Elle permet notamment de donner à la coordination et au pilotage de l'importance face aux actions de PSP en elles-mêmes, afin d'adopter une vision globale.

Finalement, les choix des financements de promoteurs et d'actions sur le territoire peuvent également guider la politique de la DT vers la promotion de la santé. D'une part, elle peut s'appuyer sur les dispositifs existants au niveau local pour orienter les démarches. D'autre part, il peut être intéressant d'analyser sur quelles caractéristiques sont portées les actions de PSP : prévention primaire, éducation pour la santé, approche ciblée sur les déterminants de la santé, mise en réseau, entrée par population ou par milieux de vie, ... Dans ce sens, le recensement des actions de PSP tel que réalisé lors de mon stage constitue un appui car il permet d'avoir une vision exhaustive des démarches en cours pour la santé sur le département. Il fait également émerger un questionnement quant à l'articulation des actions menées sur le territoire. D'après les principes de promotion de la santé, il serait en effet pertinent de construire un ensemble d'actions cohérentes, adapté à l'identification préalable des besoins. Or, il apparaît que l'intervention en PSP sur le département correspond plutôt à une compilation d'actions uniques, menées par des opérateurs sans liens entre eux et qui ne sont pas réellement ancrées dans un programme co-construit d'objectifs. L'une des ambitions à atteindre pour la DT est donc de mettre en cohérence les actions recensées sur le territoire avec, d'une part, les besoins diagnostiqués de la population et d'autre part les orientations stratégiques de son PRS. Bien que cela paraisse complexe, du fait notamment de nombreux partenariats historiques entre l'ARS et des promoteurs de terrain, la DT peut s'appuyer sur la mise en œuvre de contrats locaux de santé pour répondre à cette nécessaire mise en adéquation.

2.3. Le contrat local de santé, un outil de promotion de la santé sur les territoires

Un exemple pertinent de dispositif répondant à une logique de territorialisation est le contrat local de santé (CLS), qui permet une mise en œuvre du Projet régional de santé adapté aux besoins et spécificités du territoire.

Institutionnalisé par la loi HPST en juillet 2009, le CLS est un contrat « *conclu par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »⁴³. Cette contractualisation

⁴³ Article L1434-17 du Code de la santé publique

regroupe des stratégies et des objectifs définis en commun pour une durée de 3 à 5 ans et aboutissant à un programme d'actions co-construit, dans une démarche participative, à partir des besoins et ressources du territoire.⁴⁴

En instituant les collectivités locales comme cosignataires et donc partenaires « horizontaux » de l'ARS, le CLS accentue leur pouvoir pour la santé sur le territoire et établit leur place face à l'administration déconcentrée de l'Etat. L'élaboration d'un CLS associe également de nombreux collaborateurs parmi lesquels des partenaires institutionnels (Conseil départemental, Préfecture, CPAM, Education nationale, ...), des acteurs locaux du champ de la santé (professionnels de santé, associations de prévention, ...) et enfin des représentants des usagers et des habitants du territoire. Ils œuvrent ensemble à en élaborer les objectifs et plans d'actions et participent à un pilotage unifié et décloisonné du dispositif. Dans ce sens, comme mentionné par l'une des personnes interrogées, « les CLS sont des outils de la coordination des politiques publiques d'une force incroyable, parce qu'ils rassemblent des gens autour d'une même table dans un cadre défini et dans lequel ils sont tous impliqués ».

2.3.1. Un moyen d'adapter le PRS au territoire

Le CLS est considéré comme l'outil privilégié de mise en œuvre de la politique régionale de l'ARS en matière de santé. En effet, son élaboration est précédée d'un diagnostic approfondi du territoire qui permet d'en cerner les ressources ainsi que les besoins en santé de sa population. Les priorités retenues de ce diagnostic permettent de définir les objectifs du CLS et de les décliner en propositions d'action. Ces enjeux émergeant du territoire doivent en parallèle être priorisés au regard des orientations définies au niveau régional par le PRS. Ainsi, le CLS permet de décliner la politique régionale de l'ARS sur le territoire en l'adaptant à ses besoins spécifiques et en interrogeant la pertinence de chaque action au regard des problématiques de terrain. On peut ainsi considérer le CLS comme un moyen de « *participer à la construction d'une dynamique territoriale de santé. Il favorise la rencontre du projet porté par l'ARS Grand Est (le PRS) et des aspirations d'une collectivité pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations, en tenant compte des besoins et des leviers existants sur les territoires* »⁴⁵

De manière intéressante, on relève que l'initiation d'un CLS peut émerger soit d'une volonté exprimée par les collectivités territoriales envers l'ARS (suite au repérage d'une problématique spécifique ou par un souci de dynamisme en santé sur le territoire), soit d'une demande exprimée par l'ARS en vue de la mise en œuvre du PRS sur le territoire. Du point de vue de l'Agence, on peut se

⁴⁴ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, « Contrats locaux de santé. Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires », octobre 2012

⁴⁵ Contrat local de Santé II de la ville de Strasbourg, 2015-2020

questionner sur cet équilibre entre perspective ascendante ou descendante pour l'efficacité de la démarche CLS, où l'attachement à la déclinaison des objectifs stratégiques régionaux pourrait risquer de dépasser la nécessaire adaptation de l'action aux spécificités locales.

Par ailleurs, le CLS permet une mutualisation des moyens et la mobilisation de différents acteurs du territoire autour d'un projet commun et d'enjeux partagés. Dans une logique transversale et appliquée à tous les champs de la santé, il vise en effet la convergence des ressources et la cohérence des différentes politiques publiques et actions de proximité sur le territoire. Cette nécessité de travail partenarial avec des acteurs aux compétences variées sur le territoire peut remédier au manque de moyens à disposition des ARS pour œuvrer dans des champs plus éloignés de la santé.

La doctrine régionale du CLS de l'ARS Grand Est définit ses objectifs comme « *l'articulation, la coordination et la mise en cohérence des politiques de santé et des dynamiques locales sur les questions de santé tout en tenant compte des besoins et des leviers existants sur les territoires. Il vise à mettre en œuvre localement une approche transversale de la santé en rapprochant les secteurs du soin, de la promotion de la santé, de la prévention, de l'accompagnement médico-social et de la santé environnementale* »⁴⁶. Cet outil semble donc pertinent pour répondre aux enjeux de la territorialisation, en consolidant les partenariats locaux autour de la santé dans une logique de décroisement. La création de cet espace collaboratif et de partage intersectoriel œuvre également au service de la valorisation du territoire par le soutien des dynamiques locales et des actions qui y sont entreprises. En inscrivant les démarches dans la durée par un engagement et un soutien financier pluriannuel, le CLS contribue à affirmer l'engagement des acteurs locaux en faveur de la santé.

2.3.2. Un levier pour la réduction des ISTS

Finalement, la vision globale de la santé adoptée dans le CLS constitue un levier au service de la promotion de la santé et de la réduction des ISTS. Il peut en effet agir à différents niveaux pour une amélioration globale de l'état de santé de la population : par le développement des compétences individuelles, le renforcement des communautés, l'amélioration des conditions de vie et de travail et l'orientation des politiques publiques en faveur de la santé. Le soutien aux dynamiques locales de santé permet également d'améliorer les contextes sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la population et de favoriser l'accès aux services de santé, aux soins et à la

⁴⁶ Département Stratégie régionale de santé et démocratie sanitaire de l'ARS Grand Est, « Doctrine régionale du Contrat local de santé. Guide d'appui à la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'un Contrat local de santé », ARS Grand Est, 2018

prévention pour tous⁴⁷. Il est à noter que ces mêmes objectifs sont intégrés via le PRAPS dans le PRS Grand Est.

Ce dispositif appuie également la sensibilisation de l'ensemble des politiques à l'influence des déterminants de la santé et l'importance de l'introduction du concept de santé dans toutes les politiques publiques (emploi et revenu, urbanisme, transport, éducation, ...) pour l'amélioration des conditions de vie. Par ailleurs, le CLS prend en compte les inégalités territoriales de santé puisqu'il privilégie en premier lieu les zones définies comme prioritaires et s'appuie sur la connaissance fine des besoins du territoire.

Considéré comme un outil au service de la territorialisation et de la promotion de la santé, le CLS s'intègre dans les orientations stratégiques de l'ARS Grand Est avec l'ambition politique d'en couvrir tout le territoire régional d'ici 2020. 19 CLS sont actuellement en cours sur le Grand Est ; ce constat interroge les modalités de déploiement de ce dispositif, en particulier la sensibilisation des acteurs de terrain et leur mobilisation pour la définition d'objectifs en commun. Ainsi, il apparaît que le développement de cette démarche de contractualisation constitue l'un des défis majeurs à relever pour les équipes d'animation territoriale.

⁴⁷ Molas Gali N., *art. cit.*

3. La territorialisation dans le contexte politique de l'ARS Grand Est

Comme mentionné précédemment, la démarche d'animation territoriale en santé a pour objectif d'accompagner la mise en œuvre territoriale du PRS. Toutefois, dans une optique de promotion de la santé, il paraît intéressant de s'interroger sur le PRS comme instrument de l'amélioration de la santé de la population régionale et sur l'intérêt d'une interface de proximité pour sa déclinaison ; cette réflexion prend d'autant plus de sens dans le contexte de la réforme territoriale où, depuis janvier 2016, trois anciennes régions ont fusionné pour former le vaste territoire du Grand Est.

3.1. La mise en œuvre du PRS sur le territoire

3.1.1. L'enjeu d'une déclinaison adaptée au terrain

Lorsqu'on considère l'adaptation du PRS au territoire, il émerge la problématique de la balance entre les objectifs qu'il définit, à décliner sur l'ensemble de la région Grand Est, et les besoins des territoires qui relèvent des DT. Ces spécificités sont prises en compte par la démarche d'animation territoriale qui constitue, via les relations de proximité aux acteurs de terrain, une interface entre la conception des politiques et leur mise en œuvre sur le territoire. De cette nécessité d'adapter sur le territoire les grands axes stratégiques définis pour toute la région découle l'éventualité d'un décalage entre objectifs descendants et réalité de terrain. Les orientations données par le PRS doivent permettre, au regard des diagnostics de territoire, de guider les choix pour renforcer, réorienter ou expérimenter. Dans l'idéal, il est donc nécessaire de considérer les axes du PRS sous l'angle de ces diagnostics pour voir si l'action sur un territoire répond bien à ses besoins spécifiques.

Dans ce sens, la mission de stage qui m'a été confiée peut contribuer à interroger cette négociation entre dynamiques ascendantes et descendantes. En effet, l'un des objectifs de mon travail était d'analyser l'adéquation entre les actions de PSP portées par des promoteurs sur le territoire et les objectifs définis dans le nouveau PRS. Les résultats de ce travail peuvent amener la priorisation des financements des actions selon leur niveau de cohérence avec le PRS ; ainsi, une action de prévention qui répond spécifiquement à l'un des objectifs ou sous-objectifs opérationnels est à prioriser d'un point de vue budgétaire par rapport à une action qui ne s'inscrit pas dans ce cadre. Ce recensement des actions est également à mettre en regard des premiers états des lieux des territoires d'action réalisés par les équipes territoriales de la DT 67. Une action répondant à une problématique de santé spécifique sera plus pertinente sur un territoire où ce sujet se distingue particulièrement. Finalement, les différents aspects de cette mission démontrent en pratique la balance complexe à équilibrer entre besoins d'un territoire et orientations politiques ; il apparaît que

la priorisation semble être le moyen de supporter un maximum d'actions tout en se conformant aux contraintes budgétaires.

Les interrogations quant à l'adéquation entre les priorités stratégiques définies dans le PRS et les réalités du terrain sont également à mettre en lien avec l'élaboration de ce plan. Il s'appuie en effet sur un diagnostic préalable faisant état des besoins du territoire, mais doit également être cohérent avec les orientations émises au niveau national dans la Stratégie nationale de santé (SNS).

3.1.2. Les fondements de l'élaboration du PRS

Le PRS spécifie que la construction du Schéma régional de santé doit s'appuyer sur une évaluation préalable des besoins. A cet effet, en amont de la rédaction du Projet, l'ARS Grand Est réalise avec l'ORS un état des lieux de l'état de santé de la population et l'offre de santé en Grand Est⁴⁸. Plus précisément, cette étude permet de caractériser :

- Le contexte territorial, démographique, socio-économique et environnemental (qualité de l'eau, des airs et accidents du travail)
- L'état de santé de la population (espérance de vie, mortalité générale et prématurée, maladies chroniques, problèmes de santé, nutrition, tabagisme)
- L'organisation de l'offre de santé (sanitaire, médico-social, soins de proximité, biologie médicale)
- La promotion de la santé et la prévention (au niveau régional et infrarégional)
- La télémédecine
- La coopération transfrontalière
- Les dépenses de santé

Ces travaux rendent compte des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux de la population et des réponses existantes dans une dimension prospective. Ils considèrent les déterminants de la santé, les risques sanitaires et les ISTS pour favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs qui la composent. Les résultats de l'état des lieux et les problématiques de santé qu'ils mettent en lumière constituent le point de départ de la rédaction des objectifs déclinés dans le SRS. Ceux-ci sont par la suite construits conjointement lors de groupes de travail rassemblant professionnels de santé, partenaires institutionnels, représentants des usagers et agents de l'ARS. Toutefois, il est à noter que des différences existent entre la réflexion en amont de l'élaboration d'un objectif (découlant de l'étude du terrain) et sa formulation rédigée dans le document officiel. En

⁴⁸ ARS Grand Est, Synthèse de l'état de santé de la population et de l'état de l'offre de la région Grand Est (dans le cadre du Projet régional de santé 2018-2028), avril 2017

effet, la rédaction du PRS nécessite un travail de « lissage » qui peut entraîner une perte des nuances qui confèrent pourtant à un objectif ses spécificités, notamment territoriales.

Par ailleurs, au-delà de l'état des lieux et de la concertation sur lesquels il repose, le PRS est un document co-construit avec l'ensemble des acteurs du territoire. Le projet est en effet arrêté par le directeur général de l'ARS après avis réglementaire, dans leurs champs de compétences respectifs, de nombreux partenaires : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, le Préfet de région et les collectivités territoriales de la région. Ces partenaires disposent de trois mois, à compter de la publication de la consultation, pour transmettre leur avis qui doit légalement être pris en compte par l'ARS. Dans ce délai les membres du conseil de surveillance de l'ARS sont également saisis pour donner leur avis.

En parallèle de cette volonté de construire le PRS en accord avec les besoins du territoire, celui-ci doit se conformer aux orientations définies pour la santé au niveau national. De fait, il est convenu que le PRS porte la déclinaison opérationnelle de la Stratégie nationale de santé en prenant en compte les spécificités régionales ; tel qu'il est construit, le PRS doit donc proposer des plans d'actions en cohérence avec les orientations de la SNS. Cela souligne le degré relatif d'autonomie des ARS puisque dans la théorie, leurs programmes régionaux servent la mise en œuvre des directives nationales. Toutefois, en pratique, la SNS actuelle a été publiée fin d'année 2017⁴⁹ et concerne ainsi la période 2018-2022. Dans ce sens, elle devait être mise en œuvre dans les territoires par le biais des PRS au premier semestre 2018. Or le PRS Grand Est ayant été élaboré en parallèle, la superposition de ces plans aux temporalités différentes rend complexe leur mise en cohérence.

La question de l'adéquation des plans stratégiques aux réalités des territoires auxquels ils se rapportent dépend également de l'échelle et de la taille de ces espaces. Il est particulièrement intéressant de considérer cela dans le contexte de la région Grand Est, formée par fusion de l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne à l'issue de la réforme territoriale.

3.2. Le contexte spécifique de la réforme territoriale

Adoptée en 2015, la réforme territoriale propose plusieurs mesures pour transformer l'organisation territoriale de la République et ainsi répondre aux besoins de baisse des dépenses publiques et de lisibilité face au « mille-feuille territorial » des différents échelons administratifs.

Elle comprend plusieurs volets relatifs à l'affirmation des métropoles, à la nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) et à la délimitation des régions. Plus précisément, la loi du

⁴⁹ Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral⁵⁰ a acté la réduction du nombre de régions métropolitaines françaises de 22 à 13, effective au 1^{er} janvier 2016. Les anciennes régions Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne ont alors fusionné pour former la nouvelle région Grand Est, regroupant plus de 5,5 millions d'habitants et s'étendant sur tout le quart Nord-Est de la France (avec une superficie de 57 441 km²).

La fusion a logiquement entraîné l'unification de plusieurs institutions propres à chaque anté-région, comme l'ARS Grand Est qui regroupe désormais les anciennes ARS Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne. Le PRS 2018-2028 concerne donc, pour la première fois, l'ensemble du territoire du Grand Est. Cette particularité est à prendre en compte lorsque l'on s'intéresse à la mise en adéquation de ses objectifs stratégiques avec la réalité du terrain. En effet, les caractéristiques propres à chaque anté-région du Grand Est en font un territoire très hétérogène, de même que sa grande taille peut accentuer la complexité de l'adaptation au terrain.

3.2.1. L'hétérogénéité du territoire, accentuée par la fusion

Au sein des anciennes régions et notamment en Alsace, la fusion a largement été contestée par les élus locaux. Cette réticence s'explique par une forte identité régionale, du fait de singularités historiques ou culturelles, et rappelle les nombreuses disparités entre l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne.

Une illustration de ces divergences a d'ailleurs été directement rencontrée à la DT du Bas-Rhin dans le champ de la prévention en nutrition. En Alsace, les enfants ont pour habitude de prendre une collation au cours de leur matinée à l'école, entre leur petit déjeuner et le déjeuner. Un programme de prévention porté par l'ARS Alsace a donc été mis en place pour sensibiliser à l'inutilité de cette collation matinale, préjudiciable pour l'équilibre alimentaire, au sein des écoles de la région et à destination des familles. Lors de la fusion des trois ARS, la pertinence de la campagne a été remise en cause au niveau du Grand Est car cette spécificité culturelle n'était pas reconnue dans les deux autres anté-régions. Cet exemple démontre que des interventions peuvent trouver leur légitimité dans certains territoires, du fait de leurs caractéristiques et de leur historique culturel, mais ne pas paraître judicieuses à l'échelle de la région. Il est donc compliqué d'appliquer la même planification, dont les objectifs tendent à former des pistes d'actions concrètes, sur un territoire hétérogène comme la région Grand Est. Cette complexité est renforcée dans le contexte d'une fusion où les trois anciennes régions possèdent déjà leurs propres dynamiques, parfois difficiles à concilier.

⁵⁰ Loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

Au-delà des aspects culturels, la réunion de trois territoires contribue à renforcer les inégalités territoriales de santé. En effet, l'hétérogénéité de la région s'exprime également en ce qu'elle regroupe des territoires ruraux (comme le département de la Meuse ou de la Haute-Marne) et des zones fortement urbanisées, notamment en Alsace avec les villes de Mulhouse ou Strasbourg comprenant plusieurs quartiers prioritaires de la ville⁵¹. Il apparaît ainsi que les problématiques et priorités de santé se distinguent profondément selon les différents types de territoire et y rendent délicate la déclinaison d'objectifs communs. En outre, l'état des lieux précédant l'élaboration du SRS considère la situation sur l'ensemble du territoire et présente des moyennes à l'échelle du Grand Est. Or, la distribution des indicateurs de l'état de santé est en réalité très inégale entre les différents départements ; pour la mortalité dite prématurée (décès avant 65 ans), des écarts sont par exemple très marqués entre le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et dans une moindre mesure la Moselle et les autres départements de la région⁵².

3.2.2. Les problématiques liées à un territoire très vaste

Par ailleurs, il convient de souligner que la nouvelle région Grand Est s'étend sur une superficie très vaste, de la frontière allemande à l'Île-de-France. Or, il apparaît que plus un territoire est important et plus les contrastes d'état de santé y sont masqués car cela accentue l'hétérogénéité entre les différentes zones géographiques aux caractéristiques propres. Dans ce sens, les décalages entre les objectifs du PRS et les besoins du terrain risquent d'être accentués lorsque la taille du territoire augmente car cela entrave la prise en compte des spécificités du territoire, des acteurs de la santé et de la population. Ce constat renforce l'importance de la réalisation de diagnostics locaux approfondis pour cibler les territoires prioritaires et définir leurs besoins avec précision. L'adaptation des politiques régionales aux spécificités locales constitue de fait un levier pour l'amélioration de la santé des populations.

La fusion des anté-régions entraîne également le regroupement des institutions et des instances, processus qui nécessite un temps d'harmonisation des pratiques au cours duquel une standardisation à l'échelle régionale peut émerger. Cet alignement normatif encourage l'abandon des spécificités des anciens territoires et interroge l'influence de ces restructurations sur la préservation des cohérences territoriales.

⁵¹ Les quartiers prioritaires de la ville (QPV) s'inscrivent dans le cadre de la Politique de la Ville, qui est une politique de cohésion urbaine et sociale envers les quartiers les plus défavorisés. Elle vise à réduire les écarts de développement au sein des villes, à restaurer l'égalité républicaine dans les quartiers défavorisés et à améliorer les conditions de vie de leurs habitants.

⁵² ARS Grand Est, Synthèse de l'état de santé de la population et de l'état de l'offre de la région Grand Est (dans le cadre du Projet régional de santé 2018-2028), avril 2017

Face à un changement de dimension de l'Agence, désormais en charge d'un territoire régional très étendu, le rôle et les responsabilités de la DT sont renforcés. En effet, comme décrit précédemment, sa position d'ambassadrice de proximité contribue à pallier au risque d'éloignement de la politique régionale des réalités de terrain. Cela implique un changement d'approche, un renforcement de l'action et des partenariats sur le territoire via de nouvelles formes de travail telles que l'animation territoriale.

Finalement, par la formation de la nouvelle région Grand Est, on assiste à une multiplication d'échelles de territoires imbriquées (subdivisions infra départementales, département, anté-région, nouvelle grande région) tout en augmentant la taille de la zone géographique relevant du même programme de santé. On peut donc s'interroger sur l'articulation entre ces différents territoires et sur l'échelle de travail la plus pertinente pour agir en faveur de la santé.

3.3. Quelle échelle pertinente pour la territorialisation en santé ?

Lorsqu'on considère la territorialisation de la santé, il a souvent été question du choix de la meilleure échelle pour l'action. Bien qu'il n'existe pas de réponse évidente à cette question, le territoire infra départemental et local a souvent été reconnu comme l'échelle adéquate pour tenir compte de la santé, de ses déterminants et des ISTS mais aussi pour mobiliser les acteurs de terrain et articuler toutes les politiques publiques en faveur de la santé⁵³. Dans ce sens, l'animation territoriale telle que déployée dans le pôle PPAT confirme l'importance de l'intervention de proximité à un niveau local.

Le sujet de l'échelle pertinente en santé amène par ailleurs plusieurs réflexions à son propos. D'une part, elle interroge la mise en adéquation des différents niveaux territoriaux et des dynamiques qui leur sont propres : la France avec la SNS, la région avec le PRS, le département avec un schéma départemental qui lui est propre et finalement la DT avec un plan d'objectifs et d'actions spécifique. Comme discuté précédemment, cette superposition de plans et de dispositifs publics s'expose à des incohérences ou des contradictions réduisant l'efficacité optimale des interventions en faveur de la santé.

D'autre part, cela questionne la définition même d'un territoire de référence. En termes d'accès aux soins par exemple, on constate dans le Bas-Rhin que certaines populations résidant à la limite du département privilégient parfois l'accès aux services dans le département voisin (par souci de distance, d'habitudes ou d'organisation). La lecture spatiale des pratiques des usagers est, dans ce sens, très intéressante pour interroger la pertinence des délimitations géographiques que l'on

⁵³ David O., « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », La santé de l'Homme, 2006, n°383, p. 18-20

assigne à des territoires. Cela ramène également à l'une des définitions premières du territoire, espace vécu et approprié par des groupes humains pour répondre à leurs besoins. Les découpages territoriaux ainsi que les plans stratégiques qui les concernent ont donc tout intérêt à s'adapter aux caractéristiques, aux pratiques et aux ressentis de la population.

Conclusion

L'analyse des contours et des enjeux de la territorialisation de la santé montre comment cette démarche peut contribuer à la promotion de la santé ; à partir de la connaissance d'un territoire, le déploiement de l'action peut ainsi participer à l'amélioration de la santé des populations.

Les ARS, acteurs-clés de la territorialisation en santé, disposent de moyens pour s'emparer de ce sujet au plus proche du terrain et de ses ressources et besoins. A cet effet, les DT représentent l'Agence sur les territoires pour y assurer la déclinaison pertinente de ses orientations stratégiques et pour y animer les partenariats de proximité. Elles peuvent donc se rendre actrice de la promotion de la santé et renforcer des actions cohérentes et efficaces pour la réduction des ISTS. Dans le cadre de la région Grand Est, leur importance semble par ailleurs renforcée par l'ancrage dans un territoire élargi et très hétérogène.

Dans ce contexte institutionnel, les enjeux de la territorialisation résident principalement dans la mise en adéquation des plans d'objectifs régionaux avec les besoins des territoires à l'échelle départementale ou infra départementale. Cet alignement peut être porté par les fonctions d'animation territoriale, et notamment par le biais des contrats locaux de santé signés entre l'ARS et les partenaires de terrain.

Toutefois, si l'animation territoriale représente pour l'ARS le moyen de déployer avec pertinence sa volonté politique et sa présence dans les territoires, l'analyse du terrain met en évidence certaines difficultés de mise en pratique. En effet, le développement de l'animation territoriale au sein de la DT 67 semble entraîner d'importantes restructurations et une évolution des missions qui implique la formation et l'adaptation des agents. Bien que plusieurs éléments démontrent la plus-value qu'apporte l'animation territoriale en promotion de la santé, il convient donc de reconnaître que son développement se heurte à plusieurs limites. Dans ce sens, l'un des leviers en faveur de l'animation territoriale dans les DT réside en l'accompagnement du changement afin d'apporter aux agents les compétences d'adaptation de leur cadre de travail face à l'évolution de leurs missions.

Par ailleurs, au sein de la DT 67, l'animation territoriale a été fusionnée aux pôles de PSP et de soins de proximité ; on peut alors se demander s'il ne serait pas pertinent de la considérer comme une tâche transversale à tous les pôles de la DT, se démarquant ainsi dans l'organigramme fonctionnel. Reconsidérer la place de l'animation territoriale au regard des autres pôles de la DT permettrait d'encourager tous les agents à s'intéresser et à s'impliquer dans la démarche, en démontrant qu'elle

ne concerne pas que le champ de la prévention et promotion de la santé (contrairement à une croyance souvent relayée).

D'autre part, l'élargissement de la définition de la santé appelle au décloisonnement des champs et au travail intersectoriel pour considérer l'impact global d'un environnement sur la santé. Si ce principe s'applique en externe par des partenariats étendus en vue de la coordination des politiques publiques, la considération transversale de l'animation territoriale participerait également au décloisonnement au sein même de l'Agence.

Dans ce sens, le contexte organisationnel de l'ARS peut également être interrogé. Alors qu'au sein des DT on tend à un travail en transversalité, les missions des DM au siège semblent quant à elles cloisonnées dans leurs champs de compétence. En considérant les fondements de la promotion de la santé, il semblerait pertinent de réorienter l'organisation interne vers l'intersectorialité et le partage entre les domaines. Dans cette optique, la notion de parcours introduite dans le nouveau PRS est intéressante car elle se réfère au parcours de vie d'un individu, allant de la prévention aux soins. En recoupant tous les champs de la santé, elle incite au décloisonnement pour une approche globale de la santé.

Finalement, la volonté de l'ARS Grand Est d'orienter la politique de santé dans une démarche de promotion de la santé⁵⁴ est à mettre en regard de l'action concrète sur les territoires. L'analyse du détail des objectifs du PRS ainsi que de la teneur des actions financées démontrent que la pratique peut parfois se limiter à la prévention des comportements défavorables à la santé sans pour autant la considérer comme un état de complet bien-être physique, mental et social⁵⁵.

➤ **Retour sur l'expérience d'immersion professionnelle**

En conclusion, cette expérience de stage au sein de la DT 67 de l'ARS Grand Est a été l'occasion de découvrir l'environnement des politiques publiques au sens large et du champ de la santé, et ainsi de saisir les enjeux stratégiques et organisationnels d'une institution telle que l'ARS. J'ai eu l'occasion de comprendre la place qu'elle occupe sur un territoire et le rôle qu'elle y tient vis-à-vis de la santé, mais aussi les attentes particulières envers les DT en tant qu'ambassadrice de proximité dans les départements.

Il a été particulièrement intéressant de réaliser ce stage dans le contexte de la restructuration de la DT 67 et de la transformation des missions des agents du pôle PPAT vers l'animation territoriale.

⁵⁴ ARS Grand Est, « Axe n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé », Schéma régional de santé 2018-2023 du Projet régional de santé 2018-2028, juin 2018

⁵⁵ Tel que défini dans la charte d'Ottawa

Cette situation m'a permis d'analyser de manière approfondie la démarche et plus largement les enjeux de la territorialisation de la santé pour l'amélioration de la santé des populations dans une approche de promotion de la santé. D'autre part, ma mission de stage m'a donné à réfléchir sur l'articulation de différents types d'actions de PSP sur un territoire, au regard de ses besoins mais aussi des orientations stratégiques de l'Agence. Ainsi, j'ai pu prendre la mesure de l'influence des plans d'objectifs tels que le PRS sur le portage concret d'actions sur le terrain et discuter ainsi des intérêts et des limites à leur déclinaison rigoureuse.

Finalement, les nombreuses rencontres auxquelles j'ai eu la chance de participer m'ont donné à voir la diversité des relations que l'ARS entretient avec un grand nombre de partenaires du territoire et ainsi de me construire une représentation de l'articulation des acteurs dans le champ de la santé. Dans ce sens, cette expérience aura été très formatrice pour la suite de mon parcours professionnel.

Bibliographie

Textes juridiques

Article L1434-17 du Code de la santé publique

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales

Charte européenne de l'autonomie locale, 1985

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 158)

Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

Articles universitaires

Amat-Roze J.M., « Territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 2011/4, n°143, p. 13-32

Berry P., « Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir ! », *La santé de l'Homme*, 2006, n°383, p. 27-28

Combeau P., « Territorialisation de la politique de santé en France » dans C. Castaing (dir.) « La territorialisation des politiques de santé », *Les Etudes Hospitalières*, Collection Actes et séminaires, 2012, p. 35-44

Dahlgren G. et Whitehead M., « Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health », *Stockholm Institute for Further Studies*, 1991

David O., « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », *La santé de l'Homme*, 2006, n°383, p. 18-20

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

Laurent-Beq A. et Le Grand E., « Développer une approche territorialisée de la santé », *La santé de l'Homme*, 2006, n°383, p.16-17

Marmot M., « Strategic Review of health inequalities in England. Fair society, healthy lives: the Marmot review », 2010

Molas Gali N., « Les démarches locales en santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé », *Global Health Promotion*, 2014, Vol. 21 supp. 1, p.46-49

Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa », 17-21 Novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

Littérature grise

Conférence nationale de santé, « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé », adopté en assemblée plénière le 08/02/2018

Contrat local de Santé II de la ville de Strasbourg, 2015-2020

INPES, Elus, Santé Publique & Territoires et Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêt d'une approche locale de transversale », document de plaidoyer à destination des élus de communes et de leurs regroupements, 2013

INPES, « Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon, 2009

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, « Contrats locaux de santé. Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires », octobre 2012

Document internes à l'ARS Grand Est

Dans le cadre du Projet régional de santé 2018-2028 de l'ARS Grand Est :

- Synthèse de l'état de santé de la population et de l'état de l'offre de la région Grand Est, avril 2017
- Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, juin 2018
- Schéma régional de santé 2018-2023, juin 2018

Département Stratégie régionale de santé et démocratie sanitaire de l'ARS Grand Est, « Doctrine régionale du Contrat local de santé. Guide d'appui à la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'un Contrat local de santé », ARS Grand Est, 2018

Sites internet

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-1>

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-decentralisation.html>

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-deconcentration.html>

Liste des annexes

[Annexe n°1](#) : Organigramme de l'ARS Grand Est

[Annexe n°2](#) : Organigramme de la délégation territoriale du Bas-Rhin (DT 67) de l'ARS Grand Est

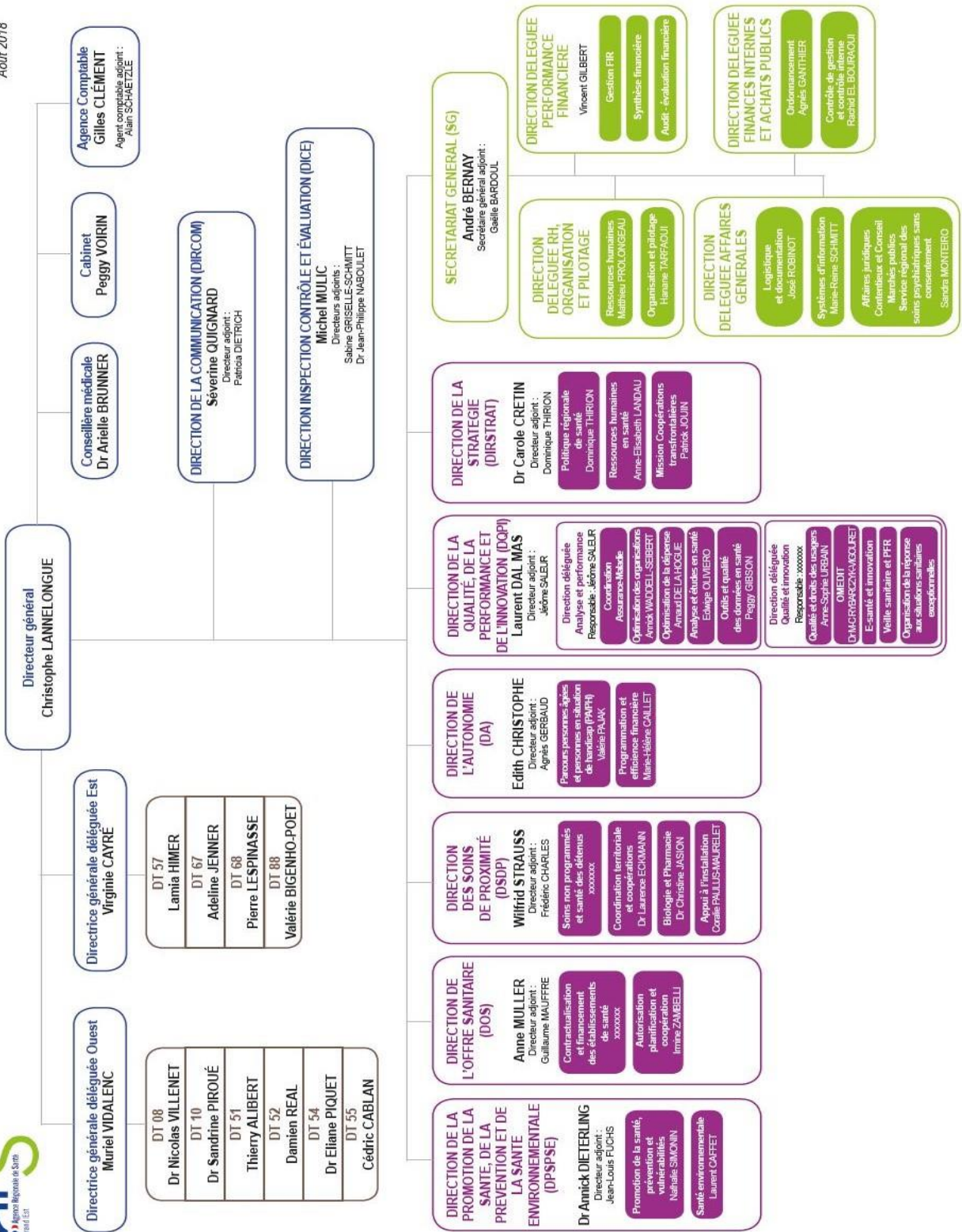
[Annexe n°3](#) : Les projets prioritaires du Schéma régional de santé 2018-2023 de l'ARS Grand Est

[Annexe n°4](#) : Méthodologie de la mission de stage

[Annexe n°5](#) : Méthodologie du recueil de données

[Annexe n°6](#) : Guide d'entretien avec les chefs de projet Coordination et animation territoriale du pôle PPAT (ARS Grand Est / DT 67)

[Annexe n°7](#) : Cartographie du découpage du Bas-Rhin en territoires d'action



DÉLÉGATION TERRITORIALE DU BAS-RHIN
Déléguée territoriale du Bas-Rhin : **ADELINE JENNER**
Adjointe : Clémence DE BAUDOUIIN
Assistante : Isabelle SPEYSER



Adeline JENNER

CONSEIL MEDICAL
Dr Catherine BERGMANN-VATRAN (Nord-Est)
Dr Laure PAIN (Ouest)
Dr Monique BOGEN (Sud + Eurométropole)

PRÉVENTION PROXIMITÉ ET ACTION TERRITORIALE

Françoise SIMON, responsable p.i.

// CELLULE ADMINISTRATIVE
Isabelle PUISOYE
Marie-Jeanne KULAWICK
Caroline CHAPUS
Arkam LATAHY

// ANIMATION TERRITORIALE
Marie DANIEL, soins de proximité
Françoise SIMON, prévention
Dr Patrice FERRE
Arantra HUREAUX (Sud)
Assia LAHME (Ouest)
Marie-Christine LAURENT (Nord-Est)
Grazia MANGIN (Eurométropole Strasbourg)

// ADELI
Geneviève BIETH

// TRANSPORT SANITAIRE
Patrick LUX

VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTALES

Clémence DE BAUDOUIIN, responsable

// ASSISTANTES
Michèle BECKER
Nicole SANTOS

// EAU POTABLE
Hervé CHRETIEN, responsable
Muriel KAMMENTHALER
Michèle MALLET

// EAUX DE LOISIR, LÉGIONELLES, DASRI, AMIANTE...
Karine ALLEAUME, responsable
Valérie HUBER
Alain SCHMITT
Nicolas ZAHM

// HABITAT
Sabine GERDOLLE, responsable
Alexandra DANOBER
Laurence OBERLE

// ENVIRONNEMENT EXTERIEUR / URBANISME
Christophe PIEGZA, responsable
Alain SCHMITT
Nicolas ZAHM

// VEILLE ET CRISE
Martine VARNEY

AUTONOMIE

Antoine PIED, responsable

// ASSISTANTES
Muriel LE GOFF
Muriel ZELLMAYER

// CORRESPONDANTS PERSONNES ÂGÉES
Marie ABORD-HUGON (réfèrente)
Isabelle BAERST
Laurent BOULLAY
Olivier LAURENT
Stephanie SCHEID
Caroline STREB
Simone TRAUTMANN

// CORRESPONDANTS PERSONNES HANDICAPÉES
Séverine BENDER (réfèrente)
Nicolas AMIGOU
Véronique CASPAR
Marie FACCHINI
Claire MAGGI
Sophie SCHAUNGER

// FINES
Brigitte BARTH
Chantal STOCKHAUSEN

// REFERENTE EN SOINS INFIRMIERS
Christine FERNBACH

// REFERENT JURIDIQUE ET BUDGETAIRE
Maxime CHOMETON

OFFRE SANITAIRE

Frédéric JUNG, responsable

// ASSISTANTES
Samia AIT BOUNOUNOU
Nadine LUTTMANN

// CORRESPONDANTS SANITAIRES
Marie LANTUEJOL
Martine PASTOR
Eliane TONDEUR

// RÉFÉRENTS SOINS SANS CONSENTEMENT
Dominique FERRY
Annie KLEIN

Annexe n°3

Les projets prioritaires du Schéma régional de
santé 2018-2023 de l'ARS Grand Est

10 projets prioritaires

« Parcours »

- Parcours « Personnes âgées »
- Parcours « Personnes en situation de handicap »
- Parcours « Santé des enfants et des adolescents »
- Parcours « Personnes en situation sociale fragile – PRAPS » et « soins aux détenus »
- Parcours « Santé mentale »
- Parcours « Maladies chroniques »
- Parcours « Maladies cardio-neuro-vasculaires »
- Parcours « maladies neurodégénératives »
- Parcours « Maladies rares »

7 projets prioritaires

« Transformation de l'organisation de l'offre de santé »

- Prévention / promotion de la santé et lutte contre les addictions (*tabagisme, activité physique adaptée, vaccination et santé environnement*)
- Soins de proximité (*y compris « biologie médicale » et « soins palliatifs / fin de vie »*)
- Virage ambulatoire et soins spécialisés (*chirurgie, médecine, HAD, SSR, imagerie, soins critiques et périnatalité*)
- Ressources humaines en santé
- Innovation et e-santé
- ORSAN
- Coopérations transfrontalières

Annexe n°4

Méthodologie de la mission de stage

Etat des lieux des actions de prévention/promotion de la santé (localisation, public, thématique) dans le Bas-Rhin en fonction des parcours du Projet Régional de Santé et par zone d'animation territoriale

Contexte

- Publication du nouveau Projet régional de santé 2018-2028 comme feuille de route pour la région Grand Est
- Nouvelle organisation du pôle PPAT de la DT 67 de l'ARS Grand Est : répartition des missions par territoires d'action du Bas-Rhin, avec le développement de l'animation territoriale

Problématique

Comment sont réparties les actions de prévention/promotion de la santé financées par l'ARS sur le territoire du Bas-Rhin, et dans quelle mesure cela répond-il aux objectifs stratégiques du PRS 2018-2028 ?

Finalité

- Conduire en mode projet une étude permettant l'analyse des actions de prévention/promotion de la santé menées sur les territoires du Bas-Rhin au regard des orientations du Projet régional de santé 2018-2028
- Etablir une cartographie des actions sur le Bas-Rhin en prenant en compte leurs caractéristiques thématiques et populationnelles
- Analyser dans quelle mesure les actions menées sont en adéquation avec le PRS ainsi que leur répartition géographique, thématique et populationnelle

Enjeux de la mission

- Préparer, dans le cadre de la prévention, la déclinaison du nouveau PRS dans le Bas-Rhin
- Appuyer le développement de l'animation territoriale au sein du pôle PPAT
- Identifier les manques au niveau géographique, thématique ou populationnel
- Proposer des recommandations

- Aider à la décision par la priorisation des actions définies comme « pertinentes »

Phasage général

| Phases | Modalités |
|-------------------------|---|
| 1. Cadrage | Précision de la mission |
| 2. Diagnostic | Recueil de données (actions de prévention et PRS) |
| 3. Mise en œuvre | Construction des outils d'analyse et choix des variables |
| | Analyse de la répartition des actions |
| | Elaboration d'une synthèse et de recommandations |
| | Mise en regard avec le PRS 2018-2028 |
| 4. Evaluation | Adaptation de la mission au fur et à mesure de l'avancement |

Phase 1 : Cadrage

Objectif : Définir avec précision le cadre, les objectifs et les attendus pour la mission de stage

Méthodologie :

- Entretien avec les encadrants de stage
- Rédaction d'une courte note de cadrage de la mission

Livrable : Note de présentation de la mission présentée en CODIR à la DT 67 le 16/04/18

Phase 2 : Diagnostic

Objectif : Comprendre le sujet et recueillir des données mobilisables dans l'étude

Méthodologie :

- Lecture et appropriation du PRS
- Extraction des objectifs du SRS relevant du champ de la prévention et promotion de la santé
- Obtention de la liste des actions financées par l'ARS dans le Bas-Rhin pour le pôle PPAT
- Définition du périmètre : retrait des actions relevant des soins de proximité et de certaines actions portées dans le Haut-Rhin relevant encore de la DT 67

Livrables : Fiche synthétique des objectifs du PRS et tableau regroupant les actions à analyser

Phase 3 : Mise en œuvre

A. Construction des outils d'analyse

Objectif : Disposer d'outils pour l'analyse des données recueillies

Méthodologie :

- Création d'un support modèle pour le recensement : tableau synthétique des actions
- Recueil des caractéristiques de chaque action : objectifs, modalités de mise en œuvre, localisation et public cible
- Choix des variables à analyser :
 - ➔ *Lieu de l'action* : territoire Nord, Sud, Ouest et/ou Eurométropole de Strasbourg, ou alors tout le département du Bas-Rhin
 - ➔ *Thématique de l'action* : accès aux soins, alimentation et activité physique, autonomie, cancer, conduites à risques et addictions, dépistage, maladies chroniques, pathologies autres, périnatalité, promotion de la santé, santé bucco-dentaire, santé environnementale, santé mentale, santé sexuelle, vaccination, violences faites aux femmes
 - ➔ *Public cible de l'action* : enfants et adolescents, femmes, patients, personnes âgées, personnes en situation de handicap, professionnels de santé, public en difficulté spécifique et public précaire, tout public

A noter que chaque action peut concerner plusieurs thématique ou public cible à la fois, et être présente sur plusieurs territoires.

Livrable : Tableau détaillé des actions et de leurs caractéristiques

B. Analyse des actions selon plusieurs critères

Objectif : Analyser la répartition géographique, thématique et populationnelle des actions de PSP dans le Bas-Rhin

Méthodologie :

- Analyse de la répartition territoriale des actions, de la proportion d'actions existantes pour chaque thématique ou chaque groupe populationnel (nombre d'actions pour chaque territoire d'action, thématique ou public)
- Analyse croisée des différentes caractéristiques. Par exemple : nombre d'actions de nutrition à destination des enfants et des adolescents sur le territoire Nord, répartition des actions à destination des publics précaires sur les quatre territoires d'action du Bas-Rhin, ...

Livrable : Tableaux croisés dynamiques et histogrammes faisant état des différentes analyses

C. Synthèse des résultats et recommandations

Objectif : Utiliser les résultats de l'analyse pour identifier d'éventuels manques, notamment au regard des états des lieux des territoires, et en tirer des recommandations

Méthodologie :

- Synthèse des différentes analyses
- Mise en regard des résultats avec les premiers états des lieux des territoires d'action (notamment les données relatives à l'état de santé)
- Identification de manques au niveau géographique, thématique ou populationnel
- Elaboration de recommandations

Livable : Note de synthèse faisant état des conclusions de l'étude et des recommandations

D. Mise en regard avec les objectifs du PRS 2018-2028

Objectif : Définir un système de priorisation des actions vis-à-vis de leur correspondance avec les objectifs du PRS (considéré comme référentiel)

Méthodologie :

- Association de chaque action avec des items du PRS selon 4 niveaux de correspondance (du plus général au plus précis)
 - ➔ 0 : aucune correspondance avec le PRS
 - ➔ 1 : correspondance avec un axe stratégique du PRS
 - ➔ 2 : correspondance avec un chapitre de l'un des axes stratégiques
 - ➔ 3 : correspondance avec un objectif opérationnel de l'un des chapitres
 - ➔ 4 : correspondance avec un sous-objectif de l'un des objectifs opérationnels
- Priorisation des actions financées selon le score attribué : une action avec un score de 4 sera priorisée par rapport à une action avec un score de 0 ou de 1

Livable : Tableau de priorisation des actions

Phase 4 : Evaluation

Objectif : Ajuster la mission au fur et à mesure de son avancement

Méthodologie :

- Points réguliers avec les encadrants de stage
- Retour réflexif sur le travail mené

Livable : Synthèse de l'évolution de la mission

Annexe n°5

Méthodologie du recueil de données

| Analyse des contours et des enjeux de la territorialisation en santé | | | |
|--|---|---|--|
| Objectif | Général | Dans le contexte des ARS | |
| | | En externe | En interne |
| Cadre d'analyse | L'environnement des politiques publiques et de la territorialisation en santé | Le travail partenarial sur le territoire et les relations aux acteurs de terrain | Le cadre stratégique (le Projet régional de santé) et sa mise en œuvre sur le territoire |
| Catégories d'analyse | | | Le contexte organisationnel de l'ARS Grand Est |
| | | | La démarche d'animation territoriale (périmètre, intérêts, difficultés) |
| Eléments méthodologiques | | | |
| Recherches bibliographiques | Textes juridiques, articles universitaires, ... (historique, définition et enjeux de la territorialisation) | Littérature grise : rapports, conventions, notes méthodologiques et de cadrage (CLS, DLS, partenaires, ...) | Le PRS et ses différentes composantes : état des lieux, COS, SRS, PRAPS |
| Observations participantes | Rencontre et travail avec de nombreux partenaires du territoire (Ville de Strasbourg, Préfecture du Bas-Rhin, Conseil départemental du Bas-Rhin, Education nationale, IREPS, ...) | Appui au pilotage d'un DLS et séminaire de travail sur les CLS | Documents internes de cadrage de la démarche en DT67 |
| | | | Premières réunions d'équipes territoriales |
| Recueil qualitatif de témoignages | | Entretien avec le chargé de mission référent CLS à la Direction de la Stratégie | Entretiens avec les chefs de projet « Coordination et animation territoriale » de la DT67 |
| | | | Entretiens avec les pôles Animation territoriale des DT55 et 88 |
| | | | Documents actant les modalités organisationnelles |
| | | | Réunions de pôle PPAT et avec la Direction Métier « Prévention » |
| | | | Echanges informels avec les agents (contexte de la fusion des régions, de la scission entre DT 67/68, répartition des missions DT/DM, ...) |
| | | | Entretien avec l'un des référents « pilote » du PRS à la Direction de la Stratégie |

Annexe n°6

Guide d'entretien avec les chefs de projet
Coordination et animation territoriale du pôle
PPAT (ARS Grand Est / DT 67)

Thématique : L'animation territoriale et la restructuration du pôle PPAT dans la DT 67
Personne rencontrée : Chef de projet Coordination et animation territoriale du pôle PPAT

1. Origine de la restructuration

- D'où émane le changement d'organisation du pôle ? Qu'est-ce qui l'a motivé ?
- Comment cela s'est mis en place concrètement ?

2. Implications de l'évolution des missions

- Qu'est-ce qu'être animatrice territoriale ? Comment définir les fonctions et missions ?
- Qu'est-ce que cela implique ? En quoi est-ce un changement dans la définition du poste ?
- Comment comprenez-vous l'importance d'adopter cette façon de travailler ?
 - ➔ En interne : Qu'est-ce que cela apporte par rapport à l'ancienne organisation (missions thématiques) ?
 - ➔ En externe : Quel impact ça peut avoir sur le terrain, vis-à-vis des partenaires mais aussi de la population ?
 - ➔ Quels sont les résultats attendus ?
- Dans quelle mesure est-ce que ça permet de développer la promotion de la santé ?

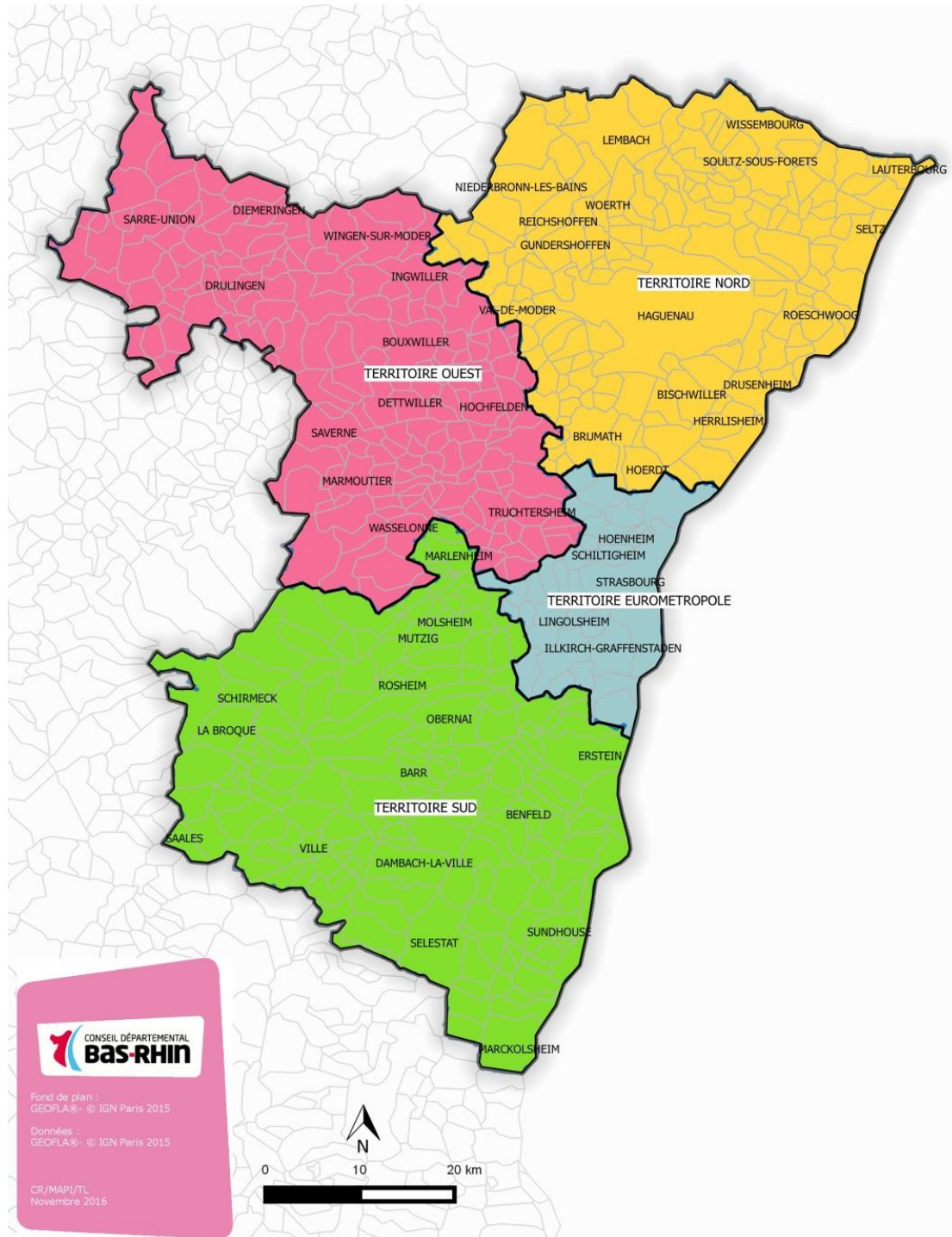
3. Freins et leviers, intérêts

- Quels sont les freins potentiellement rencontrés dans cette démarche ? Et les leviers sur lesquels vous pouvez vous appuyer ?

Annexe n°7

Cartographie du découpage du Bas-Rhin en
territoires d'action

Les territoires d'action du Bas-Rhin



| | | |
|---|---------|------------|
| SEYS | Eliabel | 20/09/2018 |
| Master 2 Promotion de la santé et Prévention Promotion 2017-2018 | | |
| Les enjeux d'une démarche territorialisée en promotion de la santé | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Dans le champ de la santé, la territorialisation apparaît comme un levier pour la réduction des inégalités sociales et territoriales, par le développement d'actions de proximité menées en adéquation avec les besoins et ressources d'un territoire. Lors d'une immersion professionnelle au sein de la délégation territoriale Bas-Rhin de l'ARS Grand Est, mon étude du terrain permet d'analyser les contours, les enjeux et les limites de la territorialisation de la santé.</p> <p>Cette réflexion explore premièrement les moyens dont dispose une délégation territoriale pour se saisir de la territorialisation, notamment par l'analyse de la démarche d'animation territoriale développée dans la DT 67. Elle démontre ensuite les plus-values qu'apporte la territorialisation pour la promotion de la santé, en s'appuyant sur l'exemple des contrats locaux de santé. Finalement, elle met ces différents éléments en regard de la politique menée par l'ARS, notamment pour la déclinaison de son Projet Régional de Santé sur les territoires.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>Agence régionale de santé, délégation territoriale, Projet régional de santé, territorialisation, animation territoriale, promotion de la santé, contrat local de santé</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> | | |