



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2017-2018**

Processus d'élaboration du CLS :
Le diagnostic vecteur du déploiement des
politiques publiques de santé
territorialisées

Béatrice CADOU-PLANTE

Juillet 2018

Remerciements

Je tiens à remercier **Gérard Boussin**, qui m'a accueilli au sein du service de Santé Publique de la ville d'Angers.

Je remercie, tout particulièrement **Claire Cornelissen** pour son accompagnement, et sa transmission de savoirs qui m'ont personnellement enrichie au cours de ces 5 mois.

Je remercie, également **Alain Jourdain**, qui m'a accordé beaucoup de temps de discussion, pour m'avoir accompagné, soutenue et suivie dans la réflexion et la rédaction de ce mémoire.

Merci à **Mr Campéon** de m'avoir offert cette opportunité de réaliser cette année au sein de l'EHESP, ainsi qu'à tous les enseignants pour la transmission de ces nouvelles connaissances.

Un remerciement tout particulier à ma famille, et amis(es)

- Mon conjoint, **Philippe** qui a assumé une « *étudiante du plus à la maison* ».
- Mes enfants, **Ombeline, Solenne, Raphaël et Ronan** qui m'ont soutenue au cours de cette année de transition.
- Mon amie, **Aude Midy**, pour sa disponibilité chaque fois renouvelée, la relecture attentionnée, ses conseils et son soutien permanent.

Enfin, je remercie l'ensemble de l'équipe du service de Santé publique pour son accueil bienveillant, particulièrement **Linda Papin**, toujours disponible à tout moment, et ceci dès le premier jour d'accueil.

Sommaire

Introduction	1
PARTIE I : L'évolution des Politiques publiques de santé à destination des populations ; agir sur les déterminants de santé et les territoires d'intervention	7
A- L'action sur les déterminants sociaux de la santé	7
1. Les politiques publiques sont construites autour des concepts définis par l'OMS : soins primaires, promotion de santé et déterminants sociaux de la santé.	7
2. En France, la loi HPST intègre ces concepts en donnant aux Agences régionales de santé des compétences en matière de prévention et d'accompagnement médico-social.....	10
B-L'importance des territoires avec le déploiement des contrats locaux de santé (CLS)	13
1. Ces CLS se nourrissent des politiques de décentralisation, de territorialisation..	13
2. Les CLS sont le fruit d'une participation sociale d'acteurs dont les représentations sociales sont diverses.	17
PARTIE II : L'élaboration d'un CLS à l'échelle d'une communauté Urbaine pour une approche territorialisée en santé ;	19
A-Mission du stage	19
1. L'élaboration du CLS dans le cadre d'un EPCI.....	19
2. La Communauté Urbaine Angers Loire Métropole comme territoire des politiques intersectorielles pour le « Bien-être » des habitants.	21
B-Méthodologie d'Action développée sur le territoire d'ALM	23
1. Une phase diagnostic territorial Primordiale : Un diagnostic quantitatif croisé avec le diagnostic qualitatif par la sollicitation des élus et des habitants.	23
2. Sollicitation des ARS, via un questionnaire : rôle d'acteur social et animateur des politiques publique territoriale. (Annexe8).....	28
3. Approche systémique pour décliner les indicateurs d'évaluation	30

Béatrice CADOU-PLANTE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

C- Données et résultats : confrontation des hypothèses à la réalité.....	32
1. Elus et acteurs politique mobilisés : Expression des actions multidimensionnelles et intersectorielles en lien avec les déterminants de la santé pour une approche en santé globale.....	32
2. L’expression « de la santé » par les habitants à travers un questionnaire et des « café-débats », confrontation avec les données du diagnostic quantitatif socio démographique.....	36
3. Un recueil de pratiques ARS à l’échelle nationale via un questionnaire pour comprendre le déploiement de CLS en infra-territoriale.	44
PARTIE III : Discussion	46
A-Un diagnostic territorial partagé : outil pédagogique pour une démarche partenariale.	47
B-Construction d’une représentation sociale commune de la santé pour une appropriation du CLS.....	50
C-La mobilisation d’acteurs diversifiés dans l’élaboration des CLS pour la promotion des politiques territoriale et intersectorielle : objectif final de réduction des Inégalités sociales de la Santé.....	54
Conclusion	59
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I
ANNEXE 1 : Lettre de Mission du stage	I
ANNEXE 2 : Cahier méthodologique CLS-ALM	II
ANNEXE 3 : Plan d’actions de la démarche de construction d’un CLS	V
ANNEXE 4 : Courrier de Présentation du CLS aux Mairies.....	VIII
ANNEXE 5 : Présentation du CLS, Réunion des Maires et DGS à ALM.....	IX
ANNEXE 6 : Plan D’action Rencontre Habitants et Questionnaire	XV
ANNEXE 7 : Enquête Santé, questionnaire.....	XVII
ANNEXE 8 : Questionnaire ARS	XXVI
ANNEXE 8 bis : Grille d’analyse du questionnaire ARS	XXXII
ANNEXE 9 : Grille d’entretien semi- directifs des mairies	XXXV
ANNEXE 10 : Exemple de compte-rendu d’entretien mairie	XXXVI

ANNEXE 11 : Grille d'analyse des entretiens mairie	XXXVII
ANNEXE 12 : Liste des Entretiens mairies.....	XXXVIII
ANNEXE 13 : Analyse des questionnaires habitants	XXXIX
Note réflexive	XLVIII

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
ALM	Angers Loire Métropole
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASV	Atelier Santé Ville
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés Pluri professionnelles Territoriales de Santé
CRAM	Caisse Régionale Assurance Maladie
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSP	Catégorie socio-Professionnelle
CTSM	Conseil Territoriaux en Santé Mentale
CU-ALM	Communauté Urbaine-Angers Loire Métropole
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVU	Contrat Ville Unique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DOM /TOM	Département d'Outre-Mer/Territoire d'Outre-Mer
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoires
INSERM	Institut National de la Santé, de la recherche Médicale
IREPS	Institut Régional d'Éducation et de Prévention à la Santé
IRIS	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

Béatrice CADOU-PLANTE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

LMSS	Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluri professionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoires Régionaux de Santé
PCAET	Plan Climat Air Energie Territoriale
PDU	Plan de Déplacement Urbain
PISSTER	Panier d'Indicateurs Socio-Sanitaires Territoriaux
PLH	Plan Local de l'Habitat
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PMI	Protection Maternelle Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RSA	Revenu de Solidarité Active
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Sécurité
SROS	Schéma Régional d'Organisation de la Santé
SWOT	Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats
TAP	Temps d'Activités Périscolaires
URCAM	Union Nationale des Caisse d'Assurance Maladie.

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit les soins primaires comme les « *soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* »¹. La prise en charge des soins primaires mondiale est très différente d'un Etat à un autre, elle est souvent liée à son histoire : développement industriel, guerres, périodes de croissance et de crise, et orientations politiques. Cette prise en charge des soins primaires ne constitue qu'une petite partie du domaine de la santé, alors même que « la santé » dans sa définition la plus large est un sujet régulièrement évoqué que ce soit par la population elle-même, par les médias ou bien par les politiques des pays. Les principales revendications ou demandes des personnes portent sur l'accès aux soins permettant le maintien de leur état de santé afin de faire face à la maladie, tout en assurant une vie en pleine capacités de leurs moyens tout au long de leur existence, les différents gouvernements à travers les différentes politiques et l'élaboration de nouvelles lois tentent d'élaborer de nouvelles modalités du « prendre soin », axées sur la promotion et la prévention de la santé pour tous.

En France, la santé est également une préoccupation de l'Etat depuis de nombreuses années, traduite par des réformes des politiques publiques dans de nombreux champs d'actions. Dernièrement, les difficultés d'accès aux soins pour les populations et plus particulièrement les plus démunies, sont souvent associées à la pénurie de ressources en « offre de soins » sur le territoire, avec un ratio praticien/habitants insuffisant pour faire face à la demande de proximité, ou aux coûts des consultations. Les « déserts médicaux » sont souvent évoqués comme responsables d'inégalités sociales d'accès aux soins. De nombreuses réformes ont été tentées pour améliorer le système de protections sociales garantissant un revenu aux personnes ne pouvant subvenir à leurs besoins du seul fait de leur maladie et problèmes de santé. En complémentarité, de nouvelles lois viennent transformer l'offre ou l'accès aux soins, tout en valorisant **les concepts de soins primaires et la promotion de la santé** par des actions plus préventives, toujours dans un souci de contrôle des dépenses de santé qui ne cessent de croître. L'état inscrit à l'agenda de grands Plan : Plan Autisme, Plan Alzheimer, Plan Cancer souvent sous l'impulsion de l'opinion. L'enseignement supérieur concernant la formation des professionnels de la santé s'adapte. Les modalités de formations médicales ou paramédicales, sont régulièrement en discussion et réformées. Les modes d'accès et les dispositifs d'enseignement par des tronc communs permettent des pratiques interdisciplinaires entre les professionnels de santé par la suite.

¹ OMS, Alma Ata, 1978, *les soins de santé primaires*.

Béatrice CADOU-PLANTE-

Cette volonté de travail interdisciplinaire et partagé entre professionnels de santé, est fortement incitée depuis la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » de 2009, et réaffirmée par la loi réformant notre système de santé du 26 janvier 2016, mettant ainsi l'accent sur la prévention et la promotion de la santé et ceci à tous les niveaux d'intervention et de décision. L'incitation à la création de nouveaux dispositifs de soins tels que des Pôles de santé, de Maison de santé pluri-professionnelle (MSP), de plateforme territoriale d'Appui (PTA), doit faciliter le travail coordonné interprofessionnel tout en modifiant considérablement le portrait de l'offre de soins sur le territoire français, mais également le parcours de soins de la personne et ceci tout au long de son existence. Mais on peut se demander si toutes ces nouvelles politiques sont intégrées par les populations à qui elles s'adressent leur permettant une prise de conscience du « *capital santé* » détenu qu'il est important de maintenir. Et comment chaque personne, peut-elle se représenter la « santé » comme un bien personnel qu'il est possible d'entretenir par des actions de prévention au quotidien, limitant ainsi l'impact sur leur santé ?

Enfin, les professionnels de santé sont-ils prêts à modifier leurs pratiques professionnelles pour appréhender au mieux le virage ambulatoire qui s'amorce avec un changement prégnant de leurs pratiques axées plus sur la promotion de la santé par des actions de prévention a priori que sur les soins a posteriori ?

La santé ne se limite pas au champ médical et au soin, et concerne également l'implication des collectivités territoriales qui deviennent des acteurs clés dans le déploiement de nouvelles politiques territoriales avec une volonté d'agir sur les déterminants de la santé responsables d'inégalités sociales. Au niveau démographique, il y a une réelle transition épidémiologique avec le vieillissement de la population responsable de perte d'autonomie associée à de nouvelles maladies intriquées, ou l'apparition de maladies chroniques telles que la prévalence de l'obésité, les troubles cardio-vasculaire, le diabète ou la maladie d'Alzheimer. En parallèle, le champ de la précarité est à prendre en considération, pour assurer une réelle équité de traitement, et diminuer les écarts. Les collectivités territoriales doivent prendre conscience de l'impact de cette mutation sur la société et des conséquences à long terme sur l'offre de soin et d'accompagnement spécialisé des populations qui en découleront. L'exemple du vieillissement des personnes aura nécessairement un impact au niveau social et environnemental, entraînant une réflexion autour du « Care », le prendre soins au sens large. Mais cette réflexion doit pouvoir s'étendre également à toutes les catégories déterminées comme les jeunes, les familles, les étudiants, ou les personnes en situation de précarité, et ainsi permettre des politiques publiques coordonnées pour agir de manière plus large sur les déterminants de la santé.

En tant que professionnelle de santé, j'ai exercé dans diverses organisations : milieu hospitalier universitaire, cabinet libéral et établissements médico-sociaux associatifs. Au cours de ces années de pratique que ce soit comme soignante ou cadre de proximité, je pensais pratiquer une « approche globale » de la personne, c'est-à-dire une approche clinique centrée sur le patient, ses besoins et sa demande mais au final j'agissais selon une logique de professionnel du soin, selon les missions attendues de l'établissement. Confrontée à de nombreuses situations complexes où aucune réponse n'était possible, je me suis rendue à l'évidence d'une organisation en silo, sans transversalité possible et avec un cloisonnement omniprésent du fait de la tarification, de la logique d'intervention des professionnels, et des administrations gestionnaires issues de secteurs d'intervention différents. Si L'amendement « Creton »², dans un premier temps a permis à de jeunes adultes d'être maintenu dans leur établissement d'accueil d'origine en attendant une place en structure adulte, et éviter une rupture de parcours. Un nouveau rapport plus récent nous révèle que les problématiques sont toujours présentes quand il s'agit d'accompagner sans ruptures les personnes en situation d'handicap les plus complexes³.

Depuis 2009, La loi Hôpital patients santé et territoire (loi HPST), dite loi Bachelot vient modifier ce système et pose les bases d'un nouveau système de santé plus intégré. Avec cette loi, le soin sort d'une logique hospitalo-centrée pour un « virage ambulatoire », et la reconnaissance des équipes de soins primaires comme référent dans le parcours des personnes (Marin, 2017). Ceci doit permettre une nouvelle modélisation du travail interdisciplinaire des professionnels de soins. L'articulation sanitaire, médico-sociale et sociale est recherchée pour une meilleure régulation dans le cadre de situations complexes telles que les situations des personnes âgées en perte d'autonomie, ou dans le champ de la santé mentale. Cette loi va beaucoup plus loin que la simple approche par le soin et propose également de nouveaux outils à destination des collectivités territoriales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et permettre la réduction des inégalités sociales de la santé. Le concept de la promotion de la santé est l'axe central des nouvelles politiques de santé.

J'ai souhaité faire mon stage au sein d'une collectivité territoriale et plus particulièrement sur le dispositif du Contrat Local de Santé⁴. Le contrat Local de santé est inscrit dans le

² L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (Diverses mesures d'ordre social) a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et créé l'alinéa suivant dit "amendement Creton" : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

³ Rapport Piveteau, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

⁴ Un contrat Local de Santé est un contrat conclu par l'Agence Régionale de Santé, 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.

Béatrice CADOU-PLANTE-

cadre de la loi HPST de 2009, et décline le Plan Régional de Santé (PRS) des ARS. Il a été conçu pour les collectivités territoriales leur permettant une approche transversale, territoriale et populationnelle de la santé en agissant sur les déterminants de la santé. Alors même que les collectivités territoriales n'ont pas de compétences propres dans le champ de la santé, elles peuvent s'en saisir, et bénéficier de ce contrat. De nombreuses questions persistent, en ce qui concerne la nature même de ce contrat et sa valeur juridique, l'obligation de contractualisation pour les collectivités territoriales avec les ARS afin de répondre à la loi HPST tout en tenant compte du territoire auquel il est destiné, de l'implication indispensable de différents acteurs pour son élaboration afin de permettre une meilleure appropriation par les populations à qui il est destiné.

Ainsi, je cherche à savoir **comment le processus d'élaboration d'un contrat local de santé par la mobilisation d'une diversité d'acteur, contribue-t-elle à une approche « en santé globale » territorialisée ?**

Je fais l'hypothèse que la phase d'élaboration est l'étape primordiale de connaissance et d'appropriation du CLS par les acteurs garants des politiques de santé. L'élaboration d'un CLS par la mobilisation d'une diversité d'acteurs, contribue au développement d'une représentation commune de santé globale c'est à dire « la santé comme état de bien-être », garantie par les déterminants de santé du territoire. La mobilisation d'acteurs diversifiés dans l'élaboration du CLS, contribue à développer une politique de santé territoriale et intersectorielle afin de réduire les inégalités sociales de la santé.

Cette réflexion est constitutive des missions engagées au cours de mon stage : en effet, la mission principale est la réalisation du diagnostic quantitatif et qualitatif en préalable, comme aide à la décision, à l'élaboration des axes stratégiques du CLS à l'échelle d'une communauté urbaine de 31 communes (Annexe 1). Plus qu'une simple compilation de données chiffrées sociodémographiques et d'offre de soins permettant la réalisation d'une cartographie du territoire d'intervention, une méthodologie d'action a été arrêtée afin d'organiser l'action tout au long de ces 5 mois et croiser plusieurs données auprès d'un triptyque d'acteurs : élus, délégués territoriaux d'ARS, ou habitants des territoires concernés (Annexe 2). En fonction de la place qu'ils occupent, des préoccupations qui les animent, ou de la représentation de la santé qu'ils se font, chacun **peut donc participer et contribuer au développement d'une politique de santé territorialisée**. Si le CLS est un outil de politique publique, pensé par l'état et dont les collectivités territoriales peuvent se saisir pour déployer leurs politiques de santé sur le territoire, **une représentation sociale commune** est nécessaire pour une meilleure appropriation par les habitants, collectifs ou associations à qui il est destiné.

Dans un premier temps, je présenterai l'évolution des politiques publiques promues par la collectivité territoriale intégrant la notion de la santé. La loi HPST en créant les Agences Régionales de Santé (ARS) vient impacter leurs compétences de chacun. Le contrat local de santé, décliné dans le cadre des PRS, permet également une action territoriale en santé de proximité à destination des habitants, en agissant sur les déterminants de la santé, contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé.

Pour cela, je vais m'appuyer sur les différentes recherches documentaires qui m'ont été nécessaires pour comprendre l'essence même des CLS, et de leur déploiement sur le territoire français. L'analyse croisée des entretiens menés auprès des élus des collectivités territoriales, avec les questionnaires à destination des habitants et celui des ARS, m'aideront dans ma réflexion autour du concept de représentation de la santé. L'intérêt de développer une représentation commune pour se saisir du CLS apparaîtra comme outil d'animation territoriale pour développer une politique territorialisée en santé.

PARTIE I : L'évolution des Politiques publiques de santé à destination des populations ; agir sur les déterminants de santé et les territoires d'intervention.

A- L'action sur les déterminants sociaux de la santé

1. Les politiques publiques sont construites autour des concepts définis par l'OMS : soins primaires, promotion de santé et déterminants sociaux de la santé.

La santé reste complexe à définir, et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). La santé apparaît comme un capital, une ressource de la vie, plus qu'un simple « état de bon fonctionnement de l'organisme »⁵ aussi elle ne doit pas être abordée par le seul prisme de la maladie, et l'accès aux soins des personnes.

Il faut attendre la déclaration d'Alma-Ata du 12 septembre 1978, avec la promotion des soins de santé primaires puis la première conférence de l'OMS, et la Charte d'Ottawa qui la suit en 1986 pour poser le point de départ du « *mouvement de la santé pour tous* »⁶, et positionner la santé comme « *un droit fondamental de l'être humain* »⁷. A cette époque, la conférence insiste sur « *la responsabilité des gouvernements vis-à-vis de la santé des populations d'assurer les prestations sociales adéquates* »⁸. Les collectivités territoriales doivent penser les lois, en intégrant la santé en dehors des institutions ou organisations la prenant en charge. La charte liste les conditions indispensables à la santé comprenant le logement, l'éducation, l'alimentation convenable, le revenu, la justice sociale et le traitement équitable entre les individus : il y a donc un intérêt à considérer les déterminants énoncés pour agir sur le terrain. On évoque deux grandes catégories de déterminants sociaux de la santé⁹ : les déterminants structurels qui relèvent du contexte politique et socio-économique du pays et les déterminants intermédiaires qui se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'aux rôles de l'accès aux systèmes de santé. (Figure 1)

⁵ Définition Larousse de la « Santé » : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/santé/70904>

⁶ <https://promotionsante.wordpress.com/2009/03/23/declaration-dalma-ata-12-sept-1978/>

⁷ ibid

⁸ ibid

⁹ Définis par l'OMS comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leurs sont offerts. A leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique »

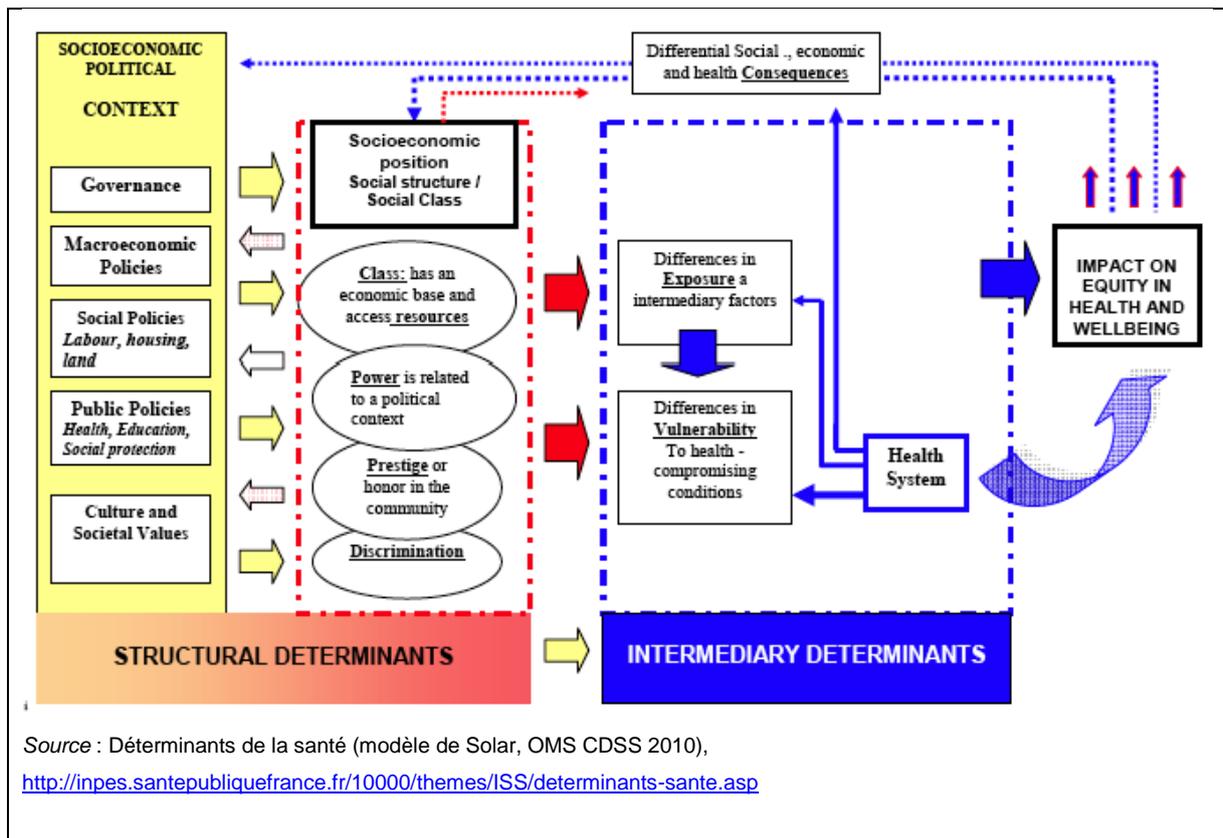


Figure 1 : Déterminants Sociaux de la Santé

Si les déterminants de la santé ne sont pas indépendants des uns des autres, ils existent dès le plus jeune âge et ils s'accumulent et s'enchaînent tout au long de la vie. Les actions menées doivent agir sur la chaîne de causalité des causes les plus fondamentales et universelles destinées à un plus grand nombre, et ceci jusqu'au causes les plus proximales. (Actions ou campagne destinées aux populations concernées, anti-tabac, plan cancer...). On peut imaginer que la période de l'enfance est la période sur laquelle les interventions auront plus d'impact ; l'influence des premières années sur la santé de l'adulte est maintenant bien connue et elle est dans plusieurs domaines très difficilement réversible.

La notion de déterminants sociaux de la santé est depuis de nombreuses années développées au Canada, en France il a fallu attendre les années 2000 et un rapport de l'INSERM sur les inégalités sociales de santé, pour voir apparaître de nouvelles orientations politiques de santé les prenant en compte. Comme le souligne Thierry Lang, « la France est le pays où les inégalités sociales de mortalités et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale, et celles-ci n'ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années, contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé » (Lang, 2014). Par la prise de conscience de l'importance des déterminants de la santé pour les personnes, la France amorce alors un changement de paradigme : passage de la vision de la santé basée sur les besoins, son système de couverture et de prise en charge financière

et la mise en place d'une extension de prévention médicale vers les actions politiques prenant en compte les inégalités sociales de santé, et la volonté d'agir sur les déterminants. Penser « la santé » c'est prendre en compte les divers facteurs qui « *peuvent favoriser ou porter atteinte à la santé* »¹⁰ de la population, et nécessite donc une coordination d'actions intersectorielles : politiques, économiques, sociales culturelles, environnementales et biologiques. Pour cela les politiques et stratégies d'actions construites pour la santé positionnent le concept de soins primaire associé à celui de la promotion de la santé comme centrale afin d'assurer l'articulation avec les actions des autres secteurs d'interventions et ceci selon un territoire déterminé. Alors, l'enjeu territorial se pose dans le cadre du développement des politiques publiques prenant en compte la santé et s'appuyant sur les Projets Régionaux de Santé (PRS), qui depuis leur existence mettent en évidence « *les inégalités sociales et territoriales de santé de la population ainsi que les inégalités d'offre de soins* » (Evin, janvier-février 2017).

Si la politique de santé est une fonction régaliennne, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé¹¹ (SROS), sa déclinaison se fait au niveau régional sous la responsabilité des ARS. Sa mise en œuvre se fait quant à elle en infra-territorial en fonction du découpage. C'est la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS), qui instaure deux périmètres d'intervention, « la zone » qui permet la répartition des activités de soins, et équipement lourd, et « **le territoire de démocratie sanitaire** » qui permet une **intervention en infra territoire**. Ce dernier doit couvrir l'ensemble du territoire de la région, en accord avec le préfet, la conférence régionale de santé et l'avis des collectivités territoriales concernées. Il se dote d'un conseil territorial de santé représentatif de l'ensemble des acteurs potentiels de ce même territoire, qui contribue par la suite à l'élaboration, la mise en œuvre et au suivi du Plan Régional de Santé (PRS), véritable feuille de route de l'ARS avec des objectifs pluriannuels à 5 ans ou 10 ans (Figure 2).

¹⁰ <https://promotionsante.wordpress.com/2009/03/27/charte-dottawa-1986/>

¹¹ CSP, art L. 1411-1-1

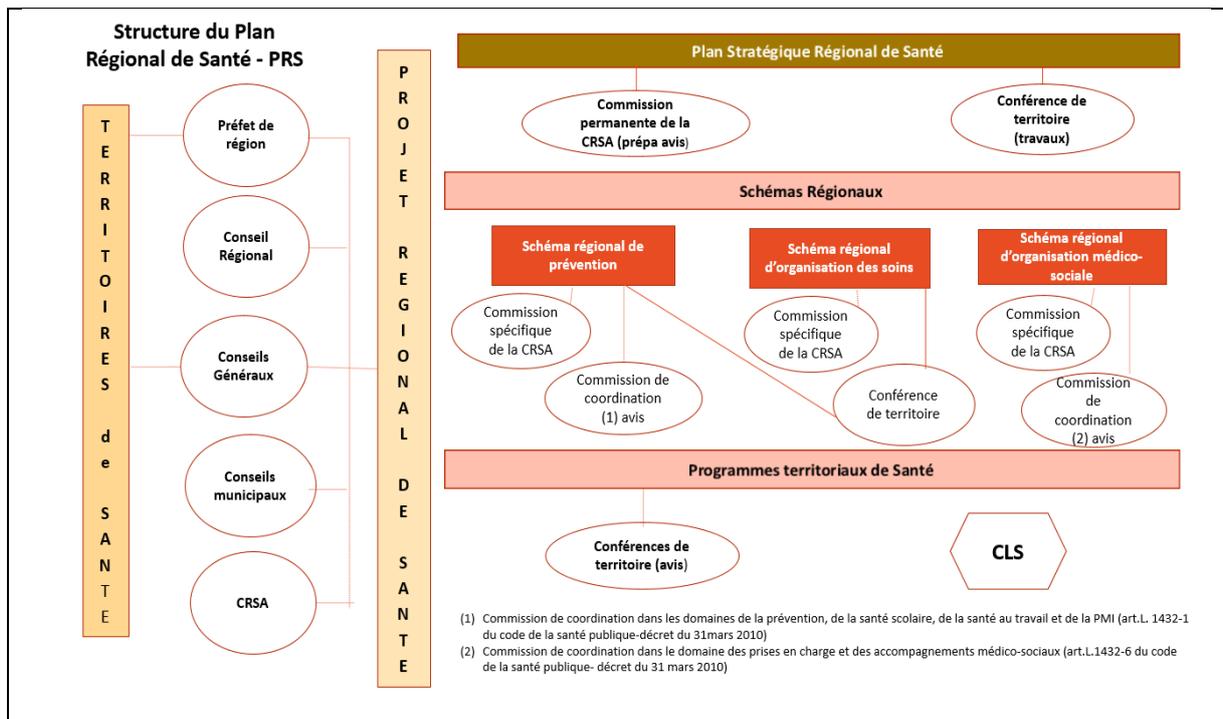


Figure 2 : (EL Ghazi, 2012), modifié par B.CADOU pour introduire le CLS.

Les objectifs opérationnels sont également inscrits dans le cadre du SROS, avec la possibilité de nouveaux outils tels que le contrat territorial de santé, le Contrat territorial en santé mentale (CTSM) ou le Contrat Local de Santé (CLS). Si pour les deux premiers, la contractualisation se fait entre l'ARS et tous les acteurs de santé, pour le CLS elle est effective entre l'ARS et les collectivités locales et leurs groupements.

2. En France, la loi HPST intègre ces concepts en donnant aux Agences régionales de santé des compétences en matière de prévention et d'accompagnement médico-social.

Le CLS est annoncé pour la première fois dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire dite HPST de 2009, ou loi d'organisation du système de santé, avec comme volonté d'intervenir sur les déterminants de la santé dans un but de réduction des inégalités sociales de santé. Les grands piliers du CLS reposent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques d'offre de soins et l'accompagnement médico-social.

De manière plus globale, si la loi HPST se décline à travers quatre titres de volume très inégaux ¹², le quatrième apparaît comme étant le plus important et portant sur la création des Agence Régionales de Santé ¹³(ARS), des objectifs ciblés sur la réduction des

¹² La loi HPST se décline en 4 chapitres : les trois premiers sont axés sur l'organisation et la réforme de l'offre de soin avec la reconnaissance des soins de premiers recours, alors le quatrième titre présente à lui seul « l'Organisation territoriale du système de santé »

¹³ Les ARS, sont une concentration de sept institutions existantes, que sont les ARH, DRASS, MRS, URCAM, DDASS, GRSP, CRAM

inégalités de santé sociales et territoriales, la démocratie sanitaire, la territorialisation des politiques, la rationalisation de l'offre, et la coordination entre offre de soins hospitalière, ambulatoire, prévention, promotion de la santé, et médico-sociale. C'est par cette nouvelle organisation autour de la santé, que de nouveaux outils de démocratie sanitaire sont créés où les élus locaux, mais également les associations, ou les usagers peuvent s'impliquer : les Conférences régionales pour la santé et l'autonomie (CRSA), des commissions de coordination, de prévention et d'organisation des soins, ou les Conférences de territoires. Selon El Ghazi (EL Ghazi, 2012), si ces instances existent et donnent la place à de nouveaux acteurs pouvant agir sur la santé à l'échelle d'un territoire de proximité, elles restent malgré tout consultatives, et leur importance ne dépend que du Directeur général de chaque ARS.

Pour chaque ARS, l'élaboration du Plan Régional de la santé (PRS) est primordiale : c'est dans ce cadre que les programmes territoriaux de santé donnent lieu à des Contrats Locaux de Santé (CLS). En effet l'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique précise que « *la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de **contrats locaux de santé** conclus entre 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* ». Ainsi La loi HPST positionne les collectivités territoriales comme un « lieu de mise en œuvre interinstitutionnelle des politiques sectorielles de l'état » (EL Ghazi, 2012) par la possibilité de contractualiser un CLS.

Mais en quoi consiste « le contrat local de santé ? Quel est son périmètre d'action ? Quelle est la gouvernance possible pour permettre une efficience territoriale ? Quelle est la place et le rôle des chacun des acteurs intervenant au sein même des CLS ?

La loi HPST n'encadre pas plus la définition des CLS, dont la réflexion, l'élaboration et la mise en œuvre restent de l'appréciation des différents acteurs qui souhaitent s'en saisir, en laissant malgré tout une marge de manœuvre importante pour chacun. Chaque CLS est un objet construit entre plusieurs acteurs, « considérant l'action publique comme une construction collective d'acteurs publics et privés en interactions et capables d'impulser des changements » (Genieys & Hassenteufel, 2012).

Pour qu'un CLS existe il faut une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle »¹⁴ associant des partenaires signataires, le plus souvent les représentants des ARS, et les collectivités territoriales engagées. De manière beaucoup plus aléatoire on pourra retrouver comme signataire le Conseil départemental, la CPAM, voir des représentants d'établissements de santé. Le CLS est « un contrat d'action publique,

¹⁴ ARS, région Île de France, Référentiel Contrat local de santé (CLS). 2016.
Béatrice CADOU-PLANTE -

démarche de partenariat expérimentée puis généralisée le plus souvent de manière empirique », (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). (Figure 3)

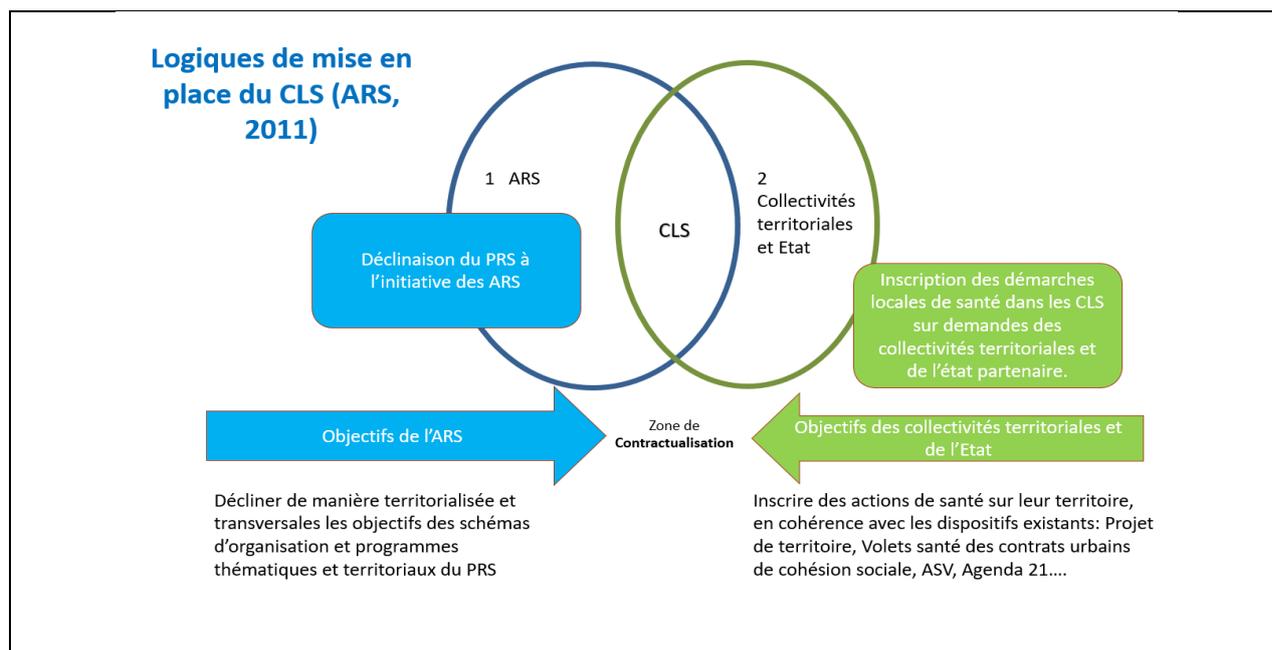


Figure 3 : Logique de mise en place du CLS ; Source : ARS Bretagne.

Sa construction repose sur une démarche projet structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, permettant par la suite de déterminer des axes stratégiques et un plan d'action, ainsi que les modalités de son suivi et de son évaluation.

Si le CLS apparaît comme un instrument construit permettant l'action publique à destination de la santé, cela peut être différent en fonction de la place de chacun des acteurs impliqués dans son élaboration et sa construction. Pour les acteurs locaux, tels que les élus ou les acteurs associatifs, cela peut être une opportunité de valoriser les actions et orientations déjà existantes sur un territoire, et pérenniser toutes les démarches en santé déjà engagées. Pour les ARS, le CLS apparaît comme « l'instrument de territorialisation du PRS de type *top down*, lui permettant d'affirmer son leadership sur les questions sanitaires et médico-sociales, et de mettre en œuvre, en contexte budgétaire contraint, ses objectifs prioritaires et schémas régionaux ». (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). Enfin, la participation effective des habitants est encouragée et valorisée quand elle est effective. Cette participation doit être plus qu'une simple représentativité au sein des associations de proximité (culturelle sportive ou du troisième âge), ou à la participation de grande campagne d'enquête, justifiant d'une « démocratie sanitaire ». Elle doit contribuer à une meilleure compréhension de l'environnement local, et renforcer les capacités d'action des citoyens. Leur participation possible au sein même des comités de pilotages d'élaboration des CLS, permettant le diagnostic territorial indispensable à la compréhension de l'environnement,

contribue à une meilleure représentation sociale du CLS en lui-même, mais également des objectifs attendus par les actions proposées.

A l'échelon local, le CLS s'inscrit donc dans une démarche territoriale de politiques publiques coordonnées impliquant nécessairement des acteurs multiples et motivés. Ainsi, « le fait même d'élaborer des contrats locaux de santé constitue une évolution notable...qui pourrait conduire vers une véritable construction locale de la santé » (Fleuret, 2016). Cette mobilisation active d'acteurs diversifiés doit permettre d'actionner différents leviers pour agir sur les déterminants de la santé, et proposer ainsi des réponses adaptées aux besoins et aux parcours en santé des habitants du territoire basé sur le principe d'universalisme proportionné.

Car dans le cadre des nouvelles politiques publiques de santé la notion de « parcours » est également recherchée : « *cette médecine de parcours impose une meilleure coordination territoriale entre l'ensemble des offreurs de soins afin de faciliter la continuité des prises en charge* »¹⁵. Pour faire suite à l'organisation en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), il est préconisé aux professionnels du premier recours et du second déjà organisé dans le cadre de pôle de santé d'élargir leur compétence d'action et de « *concourir à la structuration des parcours de santé* »¹⁶, de créer des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces nouveaux dispositifs plus axés sur l'offre de soins complètent donc les CLS sans pour autant qu'il n'existe réellement de liens entre les deux. Cette organisation territoriale en santé s'impose de plus en plus pour mailler les différentes modalités de prise en charge sanitaire entre établissements et professionnels de santé, mais aussi sociale et médico-sociale, ainsi que les actions développées par les collectivités territoriales. Cette organisation assure ainsi la construction de parcours de santé garantissant une prise en charge continue.¹⁷ (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2012)

B- L'importance des territoires avec le déploiement des contrats locaux de santé (CLS)

1. Ces CLS se nourrissent des politiques de décentralisation, de territorialisation.

¹⁵ Ibid, p112

¹⁶ Les parcours de santé sont définis à l'art. ; 1411-1 CSP. Ils visent, « par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'égalité territoriale ».

En France, la notion de territoire est abordée au cours des années 2000, et fait suite à la carte sanitaire (1970), ce qui permet ainsi l'organisation des soins à partir d'un projet médical de territoire. C'est un espace de concertation entre les différents acteurs de santé et la conférence sanitaire de territoire. Tout au long de ces années, la notion de territorialisation de la santé est avancée. En 2009 avec la loi HPST, cette notion perdure et les domaines d'interventions d'abord centrés sur l'offre de soins hospitalière, sont élargis aux activités de la santé publique et de l'accompagnement médico-social. « Désormais territorialisés, les projets médicaux doivent faire l'objet d'une concertation entre les acteurs » de tous les champs d'interventions, en « y impliquant également les élus et les usagers » (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2012). Alors que « la santé, principalement le soin », n'est pas une compétence des collectivités territoriales, certaines villes interviennent depuis longtemps¹⁸ par différentes actions qu'elles ont pu mettre en place à destination de la population, mais ceci n'est vrai que pour les agglomérations de dimension suffisante.

Cette territorialisation de l'intervention de santé, amène quelques questions autour de la définition même du territoire, de la pertinence de sa délimitation et ceci malgré des limites administratives.

A l'échelle des territoires qui composent la France, il faut savoir que les conseils régionaux n'ont aucune compétence en matière de soins. Au niveau départemental, le conseil départemental est plus impliqué dans la politique d'offre de soins, et n'hésite pas à intervenir pour assurer les services de prévention maternelle et infantile, et la promotion de certaines campagnes de santé telle que le dépistage de cancer par des conventions passées avec l'état. Malgré tout, les champs d'interventions des communes, ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont très diversifiés car les EPCI ou « les pays ¹⁹» n'ont aucune obligation de se doter de la compétence santé. Il en est de même des outils d'intervention en lien avec l'état : au niveau des collectivités territoriales chacun s'accorde à affirmer qu'ils doivent être différents en fonction du territoire, et que cette différence doit

¹⁸ Au début du XIXème siècle, les villes et les communes se saisissent des problèmes de santé, et « sont à l'origine des premières politiques d'assistance et de santé avec l'adoption de mesure d'hygiène, l'assistance et les soins aux indigents » (Bourgueil, 2017). A la suite d'une épidémie de Choléra en 1832, les premières politiques d'hygiène et la loi relative à la protection de la santé publique sont adoptées le 15 février 1902, ce qui oblige les communes à élaborer un règlement sanitaire municipal, imposant la création de bureaux municipaux d'hygiène dans toutes les villes de plus de 20000 habitants. Les municipalités s'engagent dans la construction et la gestion de dispensaires municipaux. Par la suite, l'avènement du système de protection sociale universelle, puis le déploiement de la médecine individuelle libérale, entraîne « l'effacement progressif du rôle sanitaire des villes et de leurs centres de santé » (Bourgueil, 2017). Malgré tout, cent ans plus tard, les services environnement-cadre de vie, et Santé Publique des grandes agglomérations ont pris la place des anciens services, et les missions déployées sont axées sur la sensibilisation, l'information, et la prévention à destination des populations.

¹⁹ « Les pays » : sont issus des lois d'orientations pour l'aménagement et le développement du territoire de 1995 et 1999, ni collectivités territoriales, ni EPCI, ce sont des territoires de projet, un cadre dans lequel les acteurs locaux peuvent élaborer un projet de développement local durable.

être maintenue pour permettre à chaque collectivité territoriale d'adapter ses politiques en fonction des besoins répertoriés. Dans le cadre d'intercommunalité, ou d'EPCI à grande échelle, cette différence d'actions bien ciblées permet de s'adresser plus spécifiquement aux publics des territoires concernés.

A ce niveau de proximité d'intervention, les élus locaux ont un double enjeu : permettre l'adhésion des populations aux politiques publiques qu'ils déploient à l'échelle du territoire, et faire que ces politiques de santé soient repérées par la population par des résultats escomptés visibles, permettant la réduction des inégalités sociales de santé, et réduisant le sentiment d'injustices sociales. Laurent El Ghozi le confirme lors d'un séminaire de la DRESS de 2015 : « *Observer pour mieux décider, mobiliser et coordonner les acteurs, donner du sens, les politiques sont là pour que leurs actions fassent sens et que la population les comprenne pour y adhérer* ». ²⁰ Dans le cas contraire, il y a un risque de désintérêt des habitants concernés, entraînant de fait un territoire fragile, présentant des indicateurs sociaux démographiques caractéristiques de quartier ou territoires socialement défavorisés, et des conséquences néfastes sur la santé, le niveau scolaire, la formation, l'emploi et l'activité économique globale.

Pour la population, les élus locaux sont responsables du bien être des habitants, c'est naturellement vers eux, que les citoyens se tournent quand ils rencontrent des difficultés liées à leur situation sociale ou de santé, et le plus souvent face à des difficultés d'accès aux soins et plus largement d'accès aux droits. Pour la santé il existe trois registres d'intervention et ceci de manière très variable : on y retrouve le plus souvent des actions de préventions, d'accès aux soins, et d'accompagnement des publics spécifiques. Par exemple, des actions de prévention seront plus engagées sur un territoire urbain, alors que des problématiques d'accès aux soins seront ciblées pour des territoires ruraux associées à des problématiques de transport. Les actions des politiques publiques doivent être adaptées de manière très précises aux territoires d'intervention en fonction de la population et de ses besoins pour éviter une politique « globale », la même pour tous. Le diagnostic quantitatif doit être suffisamment fin et précis en fonction de chaque territoire pour comprendre le territoire, pour expliquer ce qui est observé. Car selon Christophe Bernard, secrétaire général de l'Assemblée des communautés de France : « *Quand on construit un*

²⁰ Intervention de M ; Laurent EL Ghozi, président de l'association Elus, santé publique et territoires, lors du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, sur la thématique « les Inégalités sociales de santé », www.drees.solidarite-sante.gouv.fr

*contrat local de santé (CLS), un « agenda 21 »²¹ local ou un contrat de ville²², les données sont mobilisées en particulier en échangeant avec l'ARS. La vision sociale différenciée des territoires n'est pas trop complexe à appréhender. Quand on passe à l'analyse et l'évaluation des politiques publiques, et de leurs impacts au regard de la santé, il devient plus difficile d'étayer l'intervention dans ces domaines lourds de compétences ».*²³ Mais ces interventions différenciées selon les territoires, sont de fait une intervention discriminante auprès des populations puisque l'ensemble du territoire ne sera pas couvert par les mêmes actions.

Enfin, l'action ou le maintien de l'engagement de certaines villes dans le domaine du soin, et de la santé en général, repose essentiellement sur leur volonté et leur investissement ancien. La santé s'inscrit comme objet de politique municipale, surtout sous l'impulsion de l'OMS, et l'émergence du programme Ville Santé : la promotion de la santé devient alors un moyen d'action possible sur 5 axes différents²⁴. Par exemple, certaines grandes villes ont su développer des actions très spécifiques dans le cadre des contrats de ville permettant « à l'état et aux villes de cofinancer des actions sanitaires et sociales dans des quartiers concernés » (Clavier, 2009). A travers ses contrats spécifiques, les élus locaux légitiment leurs interventions territoriales. Pour de nombreuses collectivités territoriales, les CLS²⁵ semblent être un vecteur de territorialisation des objectifs nationaux et régionaux de santé. De nombreuses régions s'en sont saisies, avec le soutien des ARS, et le plus souvent de manière différenciée en fonction des collectivités territoriales (EPCI, ou ville). Ce nouveau dispositif ne nécessite pas d'enveloppe financière trop importante, hormis une coordination d'acteurs permettant une complémentarité d'actions sur le territoire, et permettant une intersectorialité dans le but de la réduction des inégalités sociales de la santé.

²¹ Un « Agenda 21 » local est un projet territorial de développement durable, répondant aux principes de l'Agenda 21 de Rio qui est un programme d'action pour le XXI^e siècle orienté vers le développement durable.

²² Un contrat de ville est un projet de renouvellement urbain qui s'inscrit dans une démarche intégrée devant tenir compte à la fois des enjeux de développement économique, de développement urbain et de cohésion sociale. L'état et ses établissements publics, l'intercommunalité, les communes, le département et la région, ainsi que les autres acteurs institutionnels (organismes de protection sociale, acteurs du logement, acteurs économiques) et l'ensemble de la société civile, en particulier les associations et les habitants de quartiers prioritaires, sont partie prenante.

²³ Intervention de Mr Christophe Bernard Secrétaire général de l'Assemblée des communautés de France, lors du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, sur la thématique « les Inégalités sociales de santé », www.drees.solidarite-sante.gouv.fr

²⁴ La promotion de la santé se caractérise par une intervention selon 5 axes que sont, l'élaboration d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, et la réorientation des services de soins. (Bourgueil, 2017)

²⁵ Un contrat Local de Santé est un contrat conclu par l'Agence Régionale de Santé, 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.

2. Les CLS sont le fruit d'une participation sociale d'acteurs dont les représentations sociales sont diverses.

Si de nombreuses collectivités territoriales et EPCI se sont saisies de l'opportunité de contractualiser un CLS, les bilans des premières générations de CLS mettent en évidence des résultats souvent mitigés, peu mesurables, sans impact réel sur la finalité première de réduction des inégalités sociales de santé par une action ciblée sur les déterminants. De plus la question du renouvellement du contrat se pose ainsi que les modalités d'élaboration, les axes stratégiques à développer, la continuité d'actions déjà existantes selon leurs pertinences. La phase préliminaire et préparatoire à l'élaboration permet la sollicitation à nouveau de nombreux acteurs ayant des places et rôles différents et dont les enjeux différenciés impacteront la construction même du CLS. Par conséquent, intégrer les représentations des acteurs semble être un préalable au succès d'une « co-construction » de CLS, tout en reconnaissant également la légitimité politique ou administrative des institutions porteuses de la gouvernance.

Le concept de « représentation » est vaste et il doit permettre la compréhension d'un objet quel qu'il soit, ou la possibilité de s'en faire une image. Ainsi si « la définition de représentation souligne la nécessaire présence d'un objet à re-présenter dans une situation d'interaction. En conséquence, la spécificité d'une représentation dépendra de l'objet à représenter et des caractéristiques de l'interaction » (Blin, 2002, p. 69). Elles ne se font pas n'importe comment car elles sont conditionnées par les perceptions, le corps, par le langage, par la structure culturelle et sociale, et parfois par la construction identitaire de chacun en fonction de la confrontation avec d'autres environnements : cadre de vie, histoire familiale, éducation scolaire, et à travers la formation professionnelle. Elles sont dépendantes de la nature des relations inter-individus et selon un contexte : « une représentation est toujours une représentation de quelque chose pour quelqu'un » (Abric, 1994, p. 12), et c'est dans ce cadre qu'on parlera du concept de représentation sociale et selon MOSCOVICI S. (1961), « les représentations sociales sont le guide pour l'action », (Abric, 1994, p. 64).

La représentation est donc considérée comme un ensemble d'éléments essentiellement cognitifs structurés et hiérarchisés. On évoque à ce niveau la notion de « noyau central » (Abric, 1994) comme une hypothèse selon laquelle l'organisation d'une représentation présente une mobilité particulière, spécifique : non seulement les éléments de la représentation sont hiérarchisés mais par ailleurs « toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donne à la

représentation sa signification » (Abric, 1994, p. 21). C'est la constitution de ce « noyau central » qui donne et qui assure la stabilité de toute représentation. Autour du « noyau central » s'organisent les éléments périphériques qui constituent l'essentiel du contenu de la représentation, sa partie la plus accessible mais aussi la plus vivante et la plus concrète ; ils sont « l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation » (Abric, 1994, p. 25). Ainsi nous pouvons avancer l'idée que les éléments périphériques d'une représentation sont contingents du contexte et des individus, et permettent donc des modulations individualisées. Citant Moscovici, J-C ABRIC (Abric, 1994) parle de la représentation sociale qui se structure par deux processus majeurs. L'objectivation qui permet le passage d'éléments abstraits théoriques à des images concrètes : on parlera de « noyau figuratif ». Il s'agit d'élément essentiel permettant l'ancrage qui est le deuxième élément et qui permet l'intégration d'objet représenté dans un système de pensée préexistant. En conséquence, par l'ancrage, la représentation devient donc un système d'interprétation.

S'il n'existe pas de consensus en ce qui concerne la nature exacte des éléments qui constituent une représentation, la plupart des auteurs s'accordent à dire que la représentation est un univers de croyances, d'opinions, d'attitudes organisées autour d'une signification centrale, et que la plupart du temps les représentations « élaborées ou induites dans les situations d'interaction jouent un rôle souvent plus important que les caractéristiques objectives dans les comportements adoptés par les sujets ou les groupes » (Abric, 1994, p. 7). On peut considérer alors « La représentation » comme un système sociocognitif et contextualisé. L'objet repéré et connu, a du sens pour la personne (composante cognitive), mais la composante sociale ne donnera pas le même sens à l'objet (composante sociale). Ce sont bien ces deux composantes dans la représentation qui seront à l'origine à la fois de rationnel et d'irrationnel, voir des incohérences ou des contradictions. Ce système sociocognitif n'a de sens que s'il est inscrit également dans un contexte. Enfin, le discours élaboré pour donner du sens ou une explication de l'objet en question permet la production de l'image et donc d'accéder aux représentations. A travers un discours on peut emmener un auditoire, faire passer un message, rendre représentatif un objet qui semble de premier abord aléatoire, non circonscrit.

La notion de « CLS » reste pour la majorité des personnes abstraite. Ainsi, même dans les textes de loi la mise en œuvre n'est pas élaborée laissant « une liberté » à chacun de sa mise en œuvre, en fonction de ce qu'il convient de faire sur le territoire donné et à destination de la population qui le constitue. L'importance ici est la construction du discours, et des présentations qui en seront faites, qui donneront du sens et permettront à chacun de

se construire sa représentation du CLS, de ce qu'il peut y inclure, pour être conforme à la loi. Le discours devra être adapté à l'auditoire, et la représentation sociale dépendra « en partie des rapports concrets qui se déroulent le temps d'une interaction » (Abric, 1994, p. 15), mais également en fonction de la place occupée dans la société par les individus ou groupe de personnes à qui l'on s'adresse et que l'on souhaite toucher.

Mais cette notion de « représentation » a-t-elle une fonction propre ? Quelles sont les fonctions des représentations sur les individus ? Pour les individus ?

Est-ce qu'une représentation du CLS doit être commune à tous les acteurs²⁶, comme élément essentiel pour l'élaboration, sa mise en œuvre et sa réussite sur le territoire concerné ?

PARTIE II : L'élaboration d'un CLS à l'échelle d'une communauté Urbaine pour une approche territorialisée en santé ;

A- Mission du stage

1. L'élaboration du CLS dans le cadre d'un EPCI.

La communauté Urbaine d'Angers Loire Métropole (ALM), dispose de deux contrats locaux de santé, contractualisés de manière autonome et individuelle par deux des communes la composant. Ces contrats arrivent à échéance en 2018, la question de leur renouvellement respectif se pose. Le premier situé sur la commune de Trélazé a été signé en 2012 autour de la thématique d'addictologie centrée sur l'alcool. Le second, concerne la ville d'Angers et date de 2013, d'abord monothématique autour de la santé mentale, les deux avenants faisant suite ont permis d'élargir les actions du CLS à des actions plus larges.

Au regard des nouvelles orientations de santé sur le territoire, et dans la continuité du PRS en cours de renouvellement, le président d'ALM s'est engagé à la signature d'un nouveau CLS pour fin 2018, mais cette fois-ci à l'échelle de la communauté urbaine englobant l'ensemble des communes. La coordinatrice en charge du CLS angevin, et rattachée au service de santé publique de la ville d'Angers est missionnée pour l'élaboration et la construction même de ce futur CLS. C'est dans ce contexte que j'ai été amenée à réaliser mon stage afin de l'accompagner dans la méthodologie d'action comprenant la phase de diagnostic préalable à la constitution du contrat lui-même et à sa signature programmée pour décembre 2018.

²⁶ Dans ce cadre, nous définissons les acteurs, comme les différentes instances ou personnes morales pouvant être sollicités dans le cadre de la réflexion, élaboration et mise en œuvre d'un CLS sur le territoire prédéterminé : on entend donc par acteurs, les ARS ; les collectivités territoriales, le Département, tous types d'administration de l'état- CPAM/ CAF- les associations, et les habitants.

A partir du cadrage de la loi HPTS, la phase d'élaboration d'un CLS est le préalable nécessaire à la construction du contrat lui-même en axes stratégiques et actions opérationnelles pour le terrain.

Au-delà du déploiement des actions du CLS en lui-même et de l'impact attendu auprès des populations, je m'intéresse plus particulièrement à cette première phase qui constitue l'essentiel de ma mission de diagnostic par la mise en œuvre d'actions diversifiées auprès de multiples personnes du territoire.

Cette étape préliminaire si elle impose de solliciter de nombreux acteurs d'horizons divers, politiques, habitants, représentants d'associations, ou agents administratifs représentants de l'état, demande une construction réfléchie des différentes étapes et un positionnement en « mode projet » (Louazel & Bernheim, 2018), en amont. S'il n'existe pas de démarche projet unique et universelle, chaque démarche projet est particulière et répond nécessairement « à une suite ordonnée d'opérations ou d'actions réalisées pour atteindre un résultat précis à une date donnée »²⁷ (Louazel & Bernheim, 2018, p. 3). (Annexe 3)

Chacun des acteurs sollicités, agit dans le cadre et au sein même de la société soit au nom de l'état comme garant des politiques (délégués départemental de l'ARS par exemple), ou en tant que personne politique engagée au service des administrés. Ces acteurs politiques n'ont de cesse d'agir pour les habitants afin de leur garantir un environnement stable, agréable et assurant leur « santé globale ». Car à chaque étape, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel : c'est ce qui caractérise les déterminants de la santé²⁸. Ils forment de véritables chaînes de causalité.

Aussi : La phase d'élaboration caractérisée par différentes actions auprès d'acteurs diversifiés²⁹ permet une représentation commune de « la santé », garantie par les déterminants de santé du territoire. Cette représentation commune est l'assurance d'une appropriation des politiques de santé territoriale et intersectorielle et attendue par le déploiement de nouveaux dispositifs tels que le CLS.

Au cours de la période d'élaboration du CLS, les différentes étapes des actions déployées vont être le support permettant l'analyse et la compréhension de ce processus.

²⁷ Norme Afnor (X50-115)-Projet : processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entreprises dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques.

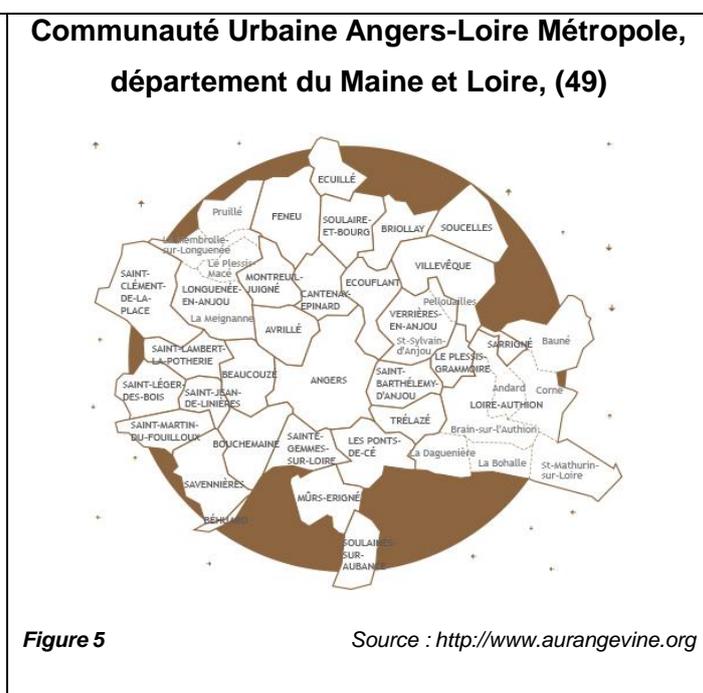
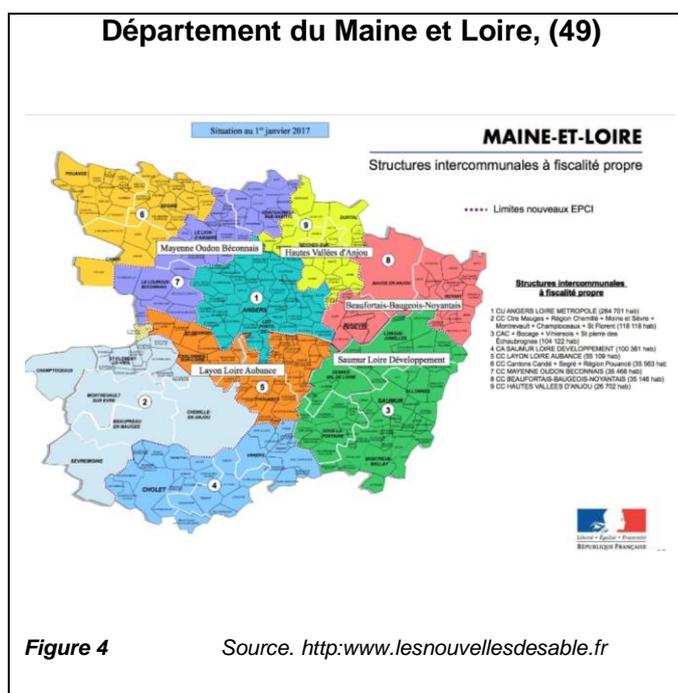
²⁸ Définis par l'OMS comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leurs sont offerts. A leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique ».

²⁹ Acteurs diversifiés : Origine, implication et actions diverses à des niveaux multiples de la société-habitants, homme politique ou agent de l'état en charge du déploiement des politiques de l'état.

2. La Communauté Urbaine Angers Loire Métropole comme territoire des politiques intersectorielles pour le « Bien-être » des habitants.

« Précédemment dénommée Angers Agglomération, la communauté d'agglomération a été créée au 1^{er} janvier 2001 par transformation du District, créé en 1968. Elle a ensuite été transformée en communauté urbaine, le 1^{er} janvier 2016 »³⁰.

La Communauté Urbaine d'Angers Loire Métropole (CU-ALM) est située de manière centrale au niveau du département du Maine et Loire au nord de la Loire, et sur la région des Pays de la Loire. Ce territoire d'environ 51 000 hectares comprend 31 communes depuis le 1^{er} janvier 2018, dont 3 Communes Nouvelles³¹ (Figure 4 et 5). La communauté urbaine est organisée autour de la ville d'Angers, et fait partie du syndicat mixte pôle métropolitain Loire Angers (2013) et est également membre du pôle métropolitain Loire-Bretagne³². Cet établissement ne constitue pas une métropole au sens de la réforme des collectivités territoriales françaises et de l'acte III de décentralisation, mais un projet en ce sens est en cours.



³⁰ <http://www.angersloiremetropole.fr/decouvrir/angers-loire-metropole/index.html>

³¹ Commune Nouvelle : La création de commune nouvelle a été prévue par la loi du 16 décembre 2010 de réforme territoriale afin de permettre une fusion plus simple des communes et de mieux lutter contre l'émiettement communal. Des communes nouvelles peuvent être créées à la demande d'au moins les deux tiers des conseils municipaux des communes d'un même établissement public de coopération intercommunale (EPCI), à la condition qu'ils représentent plus des deux tiers de la population totale ; pour encourager la création de communes nouvelles, la loi du 16 mars 2015 qui vise à améliorer le dispositif instauré au préalable par la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010 donne plus de place aux conseillers municipaux des anciennes communes. <http://www.vie-publique.fr/focus/que-sont-communes-nouvelles.html>

³² En 2012, Angers Loire Métropole s'associe avec d'autres agglomérations de l'Ouest, Brest, Nantes, Rennes et Saint Nazaire, qui créent le pôle métropolitain Loire-Bretagne. Son rôle est de renforcer les liens dans les domaines du développement économique, des infrastructures de transports, de la promotion du développement durable et de l'innovation.

Béatrice CADOU-PLANTE -

Elle comptabilise environ 290 000 habitants, avec des répartitions très inégales. Bien qu'on retrouve une forte concentration sur la seule ville d'Angers qui comptabilise 150 000 habitants à elle seule, une majorité des communes comptabilisent moins de 3000 habitants, et donne un caractère plutôt rural à ce territoire.

Véritable établissement public de coopération intercommunale (EPCI), elle centralise et « exerce de nombreuses compétences réparties dans cinq domaines d'interventions »³³ à travers l'économie basée sur le développement économique général, et l'enseignement, la formation et le tourisme. Soucieuse de l'environnement de nombreux projets sont développés avec une recherche d'amélioration, de protection et de mise en valeur du cadre de vie (gestion de l'eau, de l'assainissement, des déchets de l'énergie, de l'air et du bruit). Un intérêt est porté sur le territoire et ses aménagements dans le respect des aménagements des espaces communautaire et espaces vert et le développement des modes de déplacements par l'amélioration des voies et de la voirie, transports urbains (Tramways) et ceci de manière intercommunautaire.

Si la communauté d'Angers Loire Métropole ne dispose pas de compétence propre en termes de Santé, sa politique développée y concourt largement par le développement d'actions améliorant les conditions de vie des habitants tout en tenant compte de son territoire très diversifié. Il suffit pour cela de prendre connaissance du dernier Projet de Territoire 2016-2030³⁴, véritable feuille de route « et de référence commune qui, sur la base d'un diagnostic définit et qui décline les ambitions pour le territoire pour les 15 ans à venir »³⁵ et ceci pour le « Bien-être » des populations. Sa construction a pu se faire de manière collaborative entre tous les élus du territoire et des partenaires associés. La prochaine étape est sa mise en œuvre sur le territoire et ceci de manière coordonnées avec d'autres contrats ou projets tels que le Projet Alimentaire de Territoire et le contrat de ville unique (CVU) 2015-2020. Ce dernier a pour objectif de « croiser davantage les approches

³³ <http://www.angersloiremetropole.fr/decouvrir/angers-loire-metropole/index.html>

³⁴ Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire : « Dans une aire urbaine comptant au moins 50 000 habitants et dont une ou plusieurs communes centre comptent plus de 15 000 habitants, le ou les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière d'aménagement de l'espace et de développement économique * ... élaborent un projet d'agglomération. Ce projet détermine, d'une part, les orientations que se fixe l'agglomération en matière de développement économique et de cohésion sociale, d'aménagement et d'urbanisme, de transport et de logement, de politique de la ville, de politique de l'environnement et de gestion des ressources* ... et, d'autre part, les mesures permettant de mettre en œuvre ces orientations »

³⁵ http://www.angersloiremetropole.fr/fileadmin/plugin/tx_dcdownloads/projet_agglo_50p_bd_double-13_07_16.pdf

urbaines, sociales et économiques au travers d'un dispositif intégré »³⁶ aux diverses politiques développées. Le CVU de ALM détermine des actions prioritaires ciblées sur sept quartiers concentrés sur seulement deux agglomérations les plus urbaines. Reprenant les orientations nationales autour de 3 piliers (cohésion sociale, développement économique et insertion, cadre de vie, renouvellement urbain), les actions engagées sont transversales et ciblées sur la jeunesse, l'égalité hommes-femmes et la lutte contre les discriminations. La mise en cohérence de ces contrats et projets de manières transversales à l'échelle d'un EPCI, permet à l'ensemble des acteurs des politiques et partenaires de partager les connaissances et les dynamiques des territoires prioritaires au regard des autres territoires de l'agglomération, et de déterminer les priorités pour réduire les inégalités sociales constatées »³⁷. Si cela n'est pas annoncé de manière directe, la cohérence et l'intersectorialité des politiques permettant une véritable dynamique d'action sur les déterminants de la santé concourant de fait à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ne peuvent être effectifs.

B- Méthodologie d'Action développée sur le territoire d'ALM

1. Une phase diagnostic territorial Primordiale : Un diagnostic quantitatif croisé avec le diagnostic qualitatif par la sollicitation des élus et des habitants.

Le CLS doit être pensé comme un outil de contractualisation intersectorielle, une mise en action des politiques publiques de santé en infra-territorial. Son élaboration et sa structuration se mettent en place à partir d'une démarche initiée par la coordinatrice en charge du projet et en partenariat avec l'ARS et la collectivité territoriale concernée. Ceci fait l'objet d'un cahier méthodologique soumis aux décisionnaires pour validation (Annexe 2). Sa structuration s'organise dans le cadre d'une « démarche projet » pour cela il est posé comme principe d'élaborer un diagnostic local de santé partagé, afin de réaliser un plan d'action et penser les modalités de suivi et d'évaluation. Le CLS, tel qu'il est défini par la loi HPST et renouvelé dans le cadre de la Loi de Modernisation de notre système de santé développe une approche globale de la santé portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et sur les déterminants sociaux de la santé. Il se définit par une démarche contractuelle, partenariale et intersectorielle, associant des partenaires signataires obligatoire que sont l'ARS et le représentant de la Collectivité territoriale de

³⁶<http://www.aurangevine.org/etudes-et-projets/cohesion-et-renovation-urbaines/contrat-de-ville-unique/>

³⁷<http://www.aurangevine.org/etudes-et-projets/cohesion-et-renovation-urbaines/contrat-de-ville-unique/>

l'EPCI. A ce niveau d'intervention, la décision d'un CLS est saisie par le président d'ALM, et imposé de fait à l'ensemble des communes composantes de cet EPCI.

Le diagnostic territorial quantitatif est le point de départ de toute démarche de construction d'un CLS, mais peut parfois ne pas s'imposer de manière systématique, car il existe souvent de nombreux diagnostics sociodémographiques du territoire concerné et déjà réalisés précédemment dans divers projet et rapport. Mais, la modification du territoire depuis janvier 2018 avec l'entrée d'une commune nouvelle au sein ALM vient modifier la configuration de ce territoire et impose ce travail. Il est finalement inscrit dans le « cahier méthodologique », porté par les collectivités territoriales et Il se présente selon deux axes. Le premier axe est un diagnostic quantitatif sur des données sociodémographiques et d'offre de soins. Le second venant compléter le premier est un diagnostic qualitatif et doit éclairer les chiffres, il se compose d'un recueil d'appréciations et d'observations portés sur le CLS par des acteurs du territoire qu'ils soient élus, acteurs sociaux ou habitants par des entretiens semi-directif, questionnaires.

Le diagnostic quantitatif se base sur une approche chiffrée à partir de sources déjà répertoriées d'origine diverses. La compilation selon des variables claires doit permettre l'aide à la décision.

Au début de mon stage en février 2018 l'Observatoire Régional de Santé des pays de la Loire, a publié une étude chiffrée, de manière associée à l'ARS, et comprenant également des données de l'INSEE : Etude PISSTER³⁸. Ce diagnostic récent comprend de nombreux critères actualisés pour élaborer de prime abord la nouvelle cartographie à l'échelle de l'EPCI de ALM, en comparaison avec le reste du département et la région. Si cette étude quantitative apparait comme complète, elle nécessite malgré tout la sollicitation d'autres partenaires afin d'avoir un niveau de recueil plus fin surtout en ce qui concerne des données de santé qu'on ne peut obtenir de manière libre et au niveau des IRIS³⁹. Pour cela des temps de rencontre ont été possible avec des partenaires ou administrations comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), le Département, ou le pilote MAIA⁴⁰ du territoire pour présenter le CLS et engager l'échange

³⁸ PISSTER : <http://link.orspaysdelaloire.com>

³⁹ IRIS : Îlots Regroupés pour l'Information Statistique.

⁴⁰ MAIA : Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. C'est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants. Cette démarche d'intégration fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. L'intégration va au-delà de la coopération, car elle conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'actions, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions et la responsabilité de leur conduite. <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

de simple chiffre. Les entretiens obtenus sont un premier niveau de collaboration caractéristique d'acteurs sociaux.

Les indicateurs démographiques permettent d'avoir un critère chiffré marquant le profil des habitants d'ALM en fonction de chaque territoire. Ces données analysées avec les chiffres du diagnostic lors de l'élaboration du Projet de territoire permettent de fixer une courbe d'évolution sur les dernières années ce qui est souvent réclamé par les élus.

Les différents critères et indicateurs retenus permettent une cartographie du territoire autour d'indicateurs centrés sur des données sociodémographiques, l'offre de soins complétée par des indicateurs de santé en terme de consommations et recours aux systèmes de santé, mais également des indicateurs de précarité et pauvreté. Les indicateurs concernant l'habitat (années de construction) sur le territoire, permet également de connaître le niveau social des familles ou personnes présentes sur le territoire. L'unité de consommation situe le niveau de vie des habitants, et la corrélation est souvent établie entre bas niveau de l'Unité de consommation, et fort taux de logements sociaux, ou fort taux de personnes bénéficiant du RSA, comme revenu principal. Si ce premier niveau permet de caractériser le territoire, cela ne donne aucune indication quant à la connaissance des habitants sur leur état de santé, sur leur environnement comme déterminant de la santé.

C'est pourquoi, dans le cadre de la mise en œuvre du CLS, il est organisé de manière simultanée un **diagnostic qualitatif** à partir de la mobilisation des collectivités territoriales dans un premier temps par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des maires et toutes personnes mandatées, puis la sollicitation des habitants dans un second temps par des rencontres-habitants et questionnaire. L'objectif est de recueillir leur représentation de la santé et les éléments qui concourent à la santé selon-eux, et ceci à deux niveaux d'interventions différents à savoir les promoteurs de politiques publique et les habitants.

Les modalités des entretiens semi-directifs, présentées lors du bureau consultatif des Maires de ALM, ont fait l'objet par la suite d'un envoi officiel d'un courrier (Annexe 4) et d'une réunion d'information à l'ensemble des directeurs des services généraux (DGS) des communes afin de les informer et les sensibiliser à la démarche engagée autour du CLS comme outil pouvant agir sur les déterminants de la santé. (Annexe 5)

La sollicitation des habitants s'est réalisée via des rencontres- habitants et un questionnaire généralisé sur la communauté urbaine. L'organisation d'ateliers rencontres sur la santé permet de recueillir leurs représentations de la santé, leurs attentes vis-à-vis des politiques qui leur sont destinées (Annexes 6). Il s'agit d'une phase exploratoire permettant par la suite la construction du questionnaire (Annexe 7).

Les « rencontres-habitants » ont fait l'objet d'une construction en « mode projet » permettant de déterminer les territoires test, la chronologie de la réalisation de ces rencontres, la campagne d'information et de communication, et la réalisation in-situ. Ces rencontres sous forme de « Café-débats » ont été organisées sur trois territoires différents, afin d'être le plus représentatif de l'ensemble des communes. Il s'agit d'un territoire Urbain englobant une partie d'un quartier inscrit dans le Contrat Ville Unique, avec le support d'une Maison de santé pluridisciplinaire et la présence de « collectif d'habitants ». Un territoire sub-urbain, représenté par un fort taux de collectifs d'habitants ou de résidents très actifs socialement. Un territoire rural, composé de cinq communes ayant l'habitude de fonctionner ensemble autour des propositions d'animation sociale par le support d'un Centre social intercommunal. Des affiches dans l'ensemble des commerces et lieux de passages invitaient les habitants à venir échanger autour de leurs attentes, leurs envies pour leur santé de demain. Un temps d'animation organisé autour du « Losange de la Santé » devait permettre l'expression des habitants autour de la thématique « santé », aboutissant à la construction d'une représentation de la santé autour des déterminants de la santé. Ces rencontres n'ont pu finalement se réaliser que sur deux des territoires. Ce mode d'animation n'a mobilisé que très peu de personnes du fait de la thématique trop généraliste ne permettant pas aux habitants de savoir exactement la teneur de la rencontre et ce qu'on attendait d'eux. Une personne, habitante du quartier, s'est présentée sur le temps organisé aux Hauts de St Aubin, et 4 personnes (3 étant professionnels de santé) ont participé au temps à St Martin du Fouilloux. Nous avons adapté la méthodologie au vu du nombre et des profils des personnes participantes. A la maison de santé, nous avons rempli le questionnaire avec l'habitante afin d'avoir un support à l'échange. A St Martin du Fouilloux nous avons échangé sur les difficultés de santé identifiées sur le territoire. Ces deux temps ont permis un recueil de données qui viendront compléter les autres modes de recueil (entretien-semi directif des acteurs des politiques publiques et questionnaire).

Le questionnaire pour les habitants est numérique et informatisé, et a été élaboré en simultané (Annexe 7). Il a pour objectif de connaître les attentes et les besoins sur la thématique de la santé. Les questions, au nombre de 14, sont construites de telle manière à recueillir leur représentation spontanée quand on aborde l'état de santé (Q1 et Q3), ainsi que les éléments et les actions favorables à la santé (Q2 et Q4) ou la définition qu'ils peuvent en donner. Nous recherchons également à connaître les habitudes de recours à l'offre de soins (Q 5 à Q10), et à l'aide sociale (Q11 et Q12), qu'ils peuvent trouver sur leur territoire de vie, ou à proximité, ainsi que les difficultés à l'accès aux soins et aux aides. Des questions viennent interroger leur représentation du cadre de vie autour du logement, de la qualité de l'air, la pollution en générale, les nuisances sonores et la propreté de

l'environnement (Q13). L'objectif étant à ce moment d'élargir la « santé » au versant « santé environnementale », et d'avoir une action pédagogique auprès de la population comme aide à l'élaboration d'une représentation plus large de la santé. Enfin, les dernières rubriques interrogent leurs attentes et leurs orientations d'actions (Q14). Le profil des répondants, ainsi que leur commune d'origine voire de certains quartiers ciblés comme prioritaires viendra compléter le diagnostic quantitatif sociodémographiques, et apporter des indicateurs plus précis en infra territoire.

Avant sa diffusion sur l'ensemble des communes d'ALM, un test est fait auprès d'un panel de 10 habitants de communes et de quartiers différents, mais également de catégories socio-professionnelles et d'âges différents afin de nous assurer que les questions étaient compréhensibles avec une durée de saisie n'excédant 10 minutes. Par les retours, des réajustements ont été réalisés, en limitant les questions ouvertes. Le questionnaire a fait l'objet d'une présentation générale à l'équipe du service de santé publique de la ville auprès de professionnels intervenants dans divers secteurs et quartiers : leurs remarques ont permis également des ajustements, surtout de vocabulaire, afin de toucher le plus de personnes possible.

Au regard de l'étendue du territoire, de la diversité des communes multiples constituant le territoire, il nous a semblé judicieux d'utiliser le questionnaire dématérialisé, avec un accès en ligne. Cet outil présente de nombreux avantages : une diffusion rapide auprès de la population via les DGS des communes, déjà sensibilisées lors des réunions de présentation générale du déploiement du CLS, et pour certains, par leur participation aux « rencontres Mairies » que nous avons déjà réalisées. Le déploiement peut se faire selon les moyens qui leur semblent les plus opportuns tels que bulletin communal, affichage externe, newsletter, journal de la ville, site internet de la ville et mailing habitants. Chaque personne peut le remplir selon ses disponibilités, et l'enregistrement des données est automatique s'agrégeant automatiquement dans un fichier Excel ce qui a l'avantage de faciliter l'exploitation et l'analyse des données. Il a été également proposé aux communes de bénéficier des résultats de l'enquête pour leur commune.

Néanmoins, ce mode de recueil présente de nombreux biais non négligeables, à prendre en compte dans l'analyse des données : le choix du logiciel gratuit et en ligne n'assurant pas le maximum de sécurité dans le retour de réponse « unique par personne », un biais de discrimination sociale du fait d'une diffusion en ligne qui oblige les répondants à avoir accès à internet, entraînant de fait une participation moindre des personnes de plus de 70 ans et les personnes en situation de précarité. La diffusion sur le territoire dépend également de l'implication et volonté des communes elles-mêmes pour la diffusion et la communication qu'elles sont prêtes à faire sur leur territoire. Malgré tout, le questionnaire a fait l'objet d'une publication dans journal local d'ALM, ainsi qu'un affichage permanent sur la page d'accueil du site internet⁴¹ avec un lien direct pour le renseigner. (Figure 4)



Figure 4 : Publication Questionnaire via les sites des communes, Source : <http://www.angersloiremetropole.fr>

Enfin, nous avons également utilisé des temps tels que les « Mardis de la Santé », rencontre d'information autour de thématique de la santé initiée par le CHU et le service de santé publique dont l'accès est libre et gratuit où des formulaires papiers ont été distribués, ce qui nous a permis de récolter 180 questionnaires, mais 10 formulaires n'ont pu être traités du fait de l'origine des personnes hors ALM.

La participation active des habitants doit être encouragée tout au long du processus de réflexion car au-delà du simple fait de recueillir leurs attentes, cela contribue également à une meilleure compréhension de l'environnement local (problématique, ressources et leviers d'actions possibles) tout en renforçant leurs capacités d'agir en tant que citoyens, et permettre ainsi l'inclusion sociale. Pour cela des prérequis s'imposent, une information adaptée, une réelle prise en compte de leur point de vue, pour assurer une prise de position et de propositions d'actions, et ainsi une appropriation de l'objet CLS à leur niveau.

2. Sollicitation des ARS, via un questionnaire : rôle d'acteur social et animateur des politiques publique territoriale. (Annexe 8)

Depuis leur création en 2010, les agences régionales de la santé ont pour mission d'assurer la mise en œuvre des objectifs nationaux de réduction des inégalités, d'amélioration de

⁴¹ <http://www.angersloiremetropole.fr/actualites/detail/article/3211-un-questionnaire-est-en-ligne-pour-elaborer-le-contrat-local-de-sante-dalm/index.html>

l'efficience et de la démocratie dans le champ de la santé, mais également du médico-social (Hudebine, Jourdain, & Munoz, 2014). Ainsi la Loi HPST a fortement remodelé l'organisation du système de santé en France par la création des ARS aux compétences étendues. Pour cela, les « ARS mobilisent des acteurs, en leur sein et à l'extérieur, pour répondre à une série d'injonctions (législatives, temporelles, fonctionnelles), impliquant une coordination et une organisation de l'activité » (Hudebine, Jourdain, & Munoz, 2014).

Si pour chacune des ARS présente sur l'ensemble du territoire français, le niveau exécutif et décisionnaire est régional, c'est bien en infra territorial que se déploient des actions coordonnées pour l'élaboration de nouveaux outils comme le CLS, pouvant prendre des formes différentes en fonction des régions. Si très peu de consignes déterminent les modalités de construction et de déploiement, de grands principes existent et sont souvent repris comme feuille de route par les ARS. Ceux-ci s'articulent autour de la prévention et promotion de la santé en agissant sur les déterminants de la santé, dans un but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, tout en tenant compte des territoires concernés. Ainsi les politiques et actions déployées doivent agir selon le principe d'universalité proportionnée. C'est l'outil de déploiement du PRS de chaque région. La couverture totale du territoire français par des CLS ne semble plus systématique du fait de bilans mitigés de CSL de première génération. Les modalités de contractualisation, et la détermination du « territoire adapté » pour leur déploiement sont des éléments qui restent de l'appréciation de chacune des ARS.

Dans le cadre de l'élaboration du CLS sur ALM, la question de l'opportunité du territoire est souvent reprise par les différents acteurs, ainsi que la notion « d'obligation » et « d'engagement » d'un tel contrat. Pour les ARS, quelle est l'obligation du déploiement des CLS ? Quel est le bon « territoire », pour permettre une efficacité d'action sur les déterminants de la santé ?

S'il existe de multiples CLS très différents les uns des autres sur le territoire français cela s'opère à divers niveaux que ce soit au niveau de la méthodologie d'élaboration, de la construction du contrat lui-même en axes stratégiques ou actions opérationnelles, ou encore lors de l'évaluation.

Il m'a semblé important de solliciter les délégués territoriaux en action sur le terrain, qu'ils soient en charge ou non du déploiement des CLS afin de recueillir leur connaissance de l'objet même du CLS, leur représentation de l'outil, du déploiement tel qu'il est pratiqué sur leur territoire, et d'en faire une explication à l'aune des recommandations de chacune de leur ARS et de leur PRS. Mon objectif principal est de comprendre la réalisation même du CLS au sein de chacune des ARS, les modalités du déploiement, et la place de l'ARS,

Béatrice CADOU-PLANTE -

comme décideur, négociateur ou coordinateur dans l'animation territoriale des politiques publiques mais toujours en tant que promoteur dans le respect des axes des politiques inscrites dans le PRS. Enfin, la construction de CLS dans un cadre législatif laisse-t-elle suffisamment d'espace de négociation entre les différentes instances pour un projet adapté à chacun, et permet-elle une mise en coordination d'acteurs complémentaires ? L'ARS est-elle « le principal acteur décisionnaire » dans la phase d'élaboration ?

Afin de cibler l'ensemble des ARS, un questionnaire dématérialisé a été réalisé autour de trois thématiques principales : la connaissance générale que les agents peuvent avoir du CLS, l'élaboration et la construction même du CLS telle qu'elle est pratiquée dans leur ARS, la traduction des besoins répertoriés sur le territoire en axes stratégiques et actions repérable par les différents acteurs que sont les collectivités territoriales et les habitants. Le questionnaire comprend 31 questions, dont les 6 premières sont « ouvertes » pour permettre l'expression spontanée des personnes. Les questions des sections suivantes sont avec des variables prédéfinies, ce qui induit nécessairement l'orientation des réponses. L'enquête est anonyme, chaque répondant peut se positionner pour recevoir les résultats, une rubrique mentionnant la région permet de connaître la destination des réponses pour mieux repérer les différences. (Annexe 8)

Avant sa diffusion au niveau national, un rendez-vous est convenu avec les représentants territoriaux du département pour en faire une présentation, mais également recueillir leur avis et leurs remarques. Le déploiement est réalisé au niveau des directions générales des douze ARS de la métropole ainsi que des ARS des DOM-TOM. Chaque direction ayant la charge de le diffuser par la suite au niveau des délégations territoriales. Deux entretiens semi-directifs auprès d'une directrice d'agence et d'un inspecteur complètent la démarche.

3. Approche systémique pour décliner les indicateurs d'évaluation

L'élaboration précédant la construction du CLS en contrat décliné en axes stratégiques et actions opérationnelles en infra-territoire, est l'étape du CLS qui permet de développer pour chacun des acteurs, une représentation commune du CLS lui-même comme étant un outil agissant sur la santé de manière globale. Selon la définition de l'OMS, l'approche des politiques publiques de santé s'organise autour des déterminants de la santé dans un but de réduction des inégalités sociales de santé, et ceci sur un mode d'intervention basé sur l'universalisme proportionné des actions déployées.

Ainsi on peut déterminer qu'il y a une logique d'interaction entre les différents éléments posés dans les hypothèses retenues ; par conséquent on se situe plus sur une approche de concepts systémiques dont « leur construction repose sur la logique des relations entre les éléments d'un système théorique » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p. 118). Dans le

Cas présenté, la connaissance et l'appropriation par une multitude d'acteurs se déduit de la phase d'élaboration, puis assure la représentation commune de la santé, et permet d'adapter l'action sociale par la suite pour agir à partir des déterminants sociaux de la santé dans un but de réduction des inégalités sociale de santé ; Ces différentes étapes contribuent de fait à l'élaboration de politiques publiques. (Figure 5)

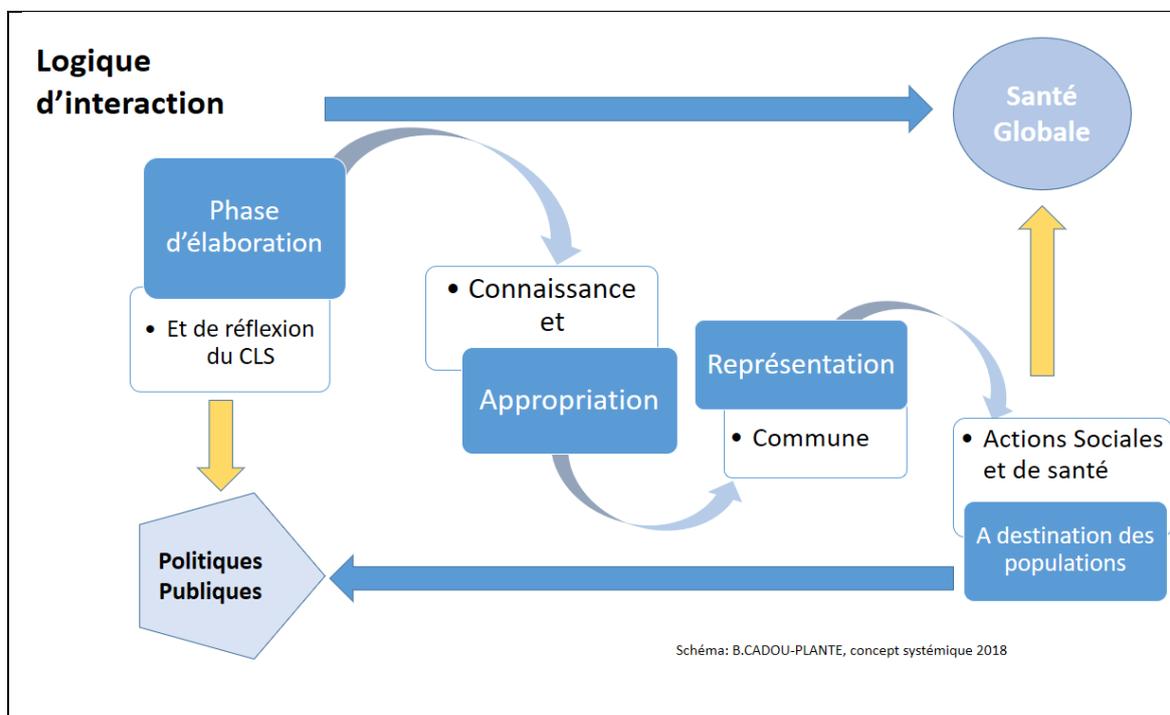


Figure 5 : Schéma causalité des éléments de l'hypothèse : « l'élaboration est la phase primordiale permettant une connaissance et appropriation du CLS et La représentation commune de la santé globale concourent aux politiques publiques en Santé territorialisée ».

Construire un concept « c'est ensuite en préciser les indicateurs grâce auxquels les dimensions pourront être mesurées » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p. 115). Les indicateurs sont des aides à l'analyse des données recueillis par les moyens tels que le questionnaire ou l'entretien semi-directif.

Le croisement des données des différents recueils doit être une aide à l'analyse et à la compréhension de l'articulation des actions menées sur le terrain, des orientations politiques prises, des différences ou écarts remarquables.

Dans le cas étudié, le tableau ci-dessous permet de fixer les dimensions repérées et les indicateurs qui serviront par la suite à l'analyse des données recueillies à partir des questionnaires et des entretiens semi-directifs.

Hypothèse	Dimensions	Critères d'analyses
Phase d'élaboration par une multitude d'acteurs permet :	La connaissance du CLS	<ul style="list-style-type: none"> - Référence au Cadre législatif : loi HPST et Loi de Modernisation du Système de santé connu par les acteurs. - Changement de paradigme : promotion et prévention des actions de santé - Un Portage politique déterminé, et associé avec l'ARS pour répondre aux objectifs du PRS - Une gouvernance déterminée permettant une opérationnalité de d'élaboration du CLS en contrat.
	L'appropriation du CLS	<ul style="list-style-type: none"> - Phase de diagnostic au préalable et diversifié permettant la connaissance du CLS, et le recueil des attentes des acteurs - Construction partagée du CLS, en axe stratégiques et actions mutualisées sur le territoire : démarche partenariale - Ciblage des actions existantes pouvant intégrer les axes du CLS - Capable de faire des demandes vis-à-vis du CLS au regard des problématiques de santé repéré sur le territoire.
	Une représentation commune des déterminants de santé ayant une action sur la réduction des Inégalités sociales de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Enonciation et repérage de la santé en lien avec la définition de l'OMS - Représentation des déterminants de la santé sur le territoire, structurel mais également d'ordre personnel. - Repérage des problématiques d'inégalité sociale de santé, avec une volonté de les réduire par des actions collectives ou individuelles. - Garant d'une approche en santé globale - Concept d'universalisme proportionné : équité d'action en ciblant les priorités.
	Des politiques publiques de la santé territorialisées.	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des acteurs dans les instances de participation, représentatif de plusieurs secteurs d'intervention : intersectorialité. - Capacité de délimiter un territoire d'action. - Penser les actions de manière coordonnées en fonction des besoins du territoire - Faciliter la mutualisation des actions - Agir pour tous en fonction des besoins de chacun : notion d'équité.

C- Données et résultats : confrontation des hypothèses à la réalité.

1. Elus et acteurs politique mobilisés : Expression des actions multidimensionnelles et intersectorielles en lien avec les déterminants de la santé pour une approche en santé globale.

Le CLS, bien que décidé à l'échelle d'une communauté urbaine d'agglomération doit permettre à chacune des communes de s'en saisir pour développer sa politique de santé sur son territoire. Mais ceci semble loin d'être une évidence au regard des premières

réflexions évoquées lors des réunions de présentation du CLS, qui semblent reposer sur une méconnaissance du CLS et la difficulté de faire le lien avec les besoins de leur propre territoire. L'intérêt de l'inscription à l'agenda de rencontrer les acteurs des communes est double. La rencontre dans leur mairie en se déplaçant sur le territoire permet « d'aller vers », provoquer la rencontre pour se rendre compte de la diversité de la communauté urbaine de l'agglomération dans son ensemble, le caractère géographique rural et urbains, et découvrir l'environnement pour mieux comprendre le discours.

Chacune des rencontres ou entretiens, même téléphonique se réalise à partir d'un support : grille d'entretien (Annexe 9). Le choix de l'entretien semi-directifs construit a permis de recueillir des données pouvant se rapprocher des déterminants de la santé. Si cette action est d'ordre politique et donc assurée par la coordinatrice, j'ai cependant assisté à quatorze des vingt-huit entretiens, ce qui m'a permis par la suite d'en élaborer les comptes rendus (Annexe 10) et analyses au regard de la grille et des variables retenues (Annexes 11). Les entretiens se sont déroulés de février à avril 2018 pour vingt-huit communes sur les 31 composants la communauté urbaine. Deux communes n'ont pas donné suite aux sollicitations (Annexe 12). Enfin une seule a refusé cet entretien prétextant un contexte non favorable pour de nouvelles démarches et actions de santé à leur niveau.

La prise de contact a été facilité par la présentation lors des instances politiques de la communauté urbaine, ainsi que par le support du courrier officiel du représentant politique en charge du dossier qui a permis un bon accueil et une mobilisation des acteurs. Le soutien logistique de la directrice de l'animation du projet de territoire a permis de relayer l'information auprès des DGS de chacune des communes, personnes à l'interface des politiques centrées sur la communauté urbaine et des projets développés sur chacun des territoires.

Les personnes rencontrées ont des profils sociaux, politiques ou professionnels différents ce qui impacte nécessairement la teneur des entretiens en terme d'approche thématique, populationnelle ou compréhension de la santé globale, rattachée à la notion de déterminants de la santé. Ainsi pour 20 communes le maire était présent, soit seul (6), ou entouré d'un ou plusieurs adjoints ou élus en charges des affaires sociales et familiales (7) : le discours est plus axé sur les orientations politiques déployées. Parfois le maire est accompagné du DGS uniquement (2) ou avec la présence d'autres professionnels de la commune (5), ainsi que de professionnels en charge du développement et de l'animation territoriale (directeur du Centre social, du CCAS, des services des sports). Enfin pour 8 rencontres, seuls des adjoints ou élus accompagnés des professionnels de la commune (DGS ou responsable de CCAS) ont assuré la rencontre et l'entretien. Le plus souvent il s'agissait des personnes en charge des affaires sociales et familiales.

Béatrice CADOU-PLANTE -

Après un bref rappel de la présentation du cadre de la rencontre et la présentation de la démarche CLS, les personnes présentes sont invitées à présenter leur territoire, la perception qu'elles en ont au regard des déterminants de la santé, d'évoquer les problématiques et les besoins présents ainsi que les moyens déployés pour le repérage, et les actions existantes vis-à-vis des besoins de la population de chacun des territoires.

Les sujets abordés au cours des entretiens sont multiples pouvant être regroupés en 6 thématiques mais ceci de manière non uniforme sur chacun des territoires. On retrouve ainsi l'offre de soins, la problématique du vieillissement de la population, les addictions et les maladies chroniques, l'accès aux droits et les problématiques de non-recours, l'accompagnement des populations enfance, famille et jeunesse, et les thématiques concernant l'environnement et l'amélioration du cadre de vie.

L'ensemble des communes a évoqué systématiquement les problématiques d'offre de soins et celle du vieillissement. Si actuellement le territoire présente une densité de praticien égal à la densité départementale et régionale, ne pouvant être qualifié de « désert médicaux », les élus ont conscience de la moyenne d'âge élevée des professionnels et des problématiques de renouvellement à venir. Certaines communes sont mobilisées pour soutenir les initiatives de regroupement en maison de santé pluridisciplinaire, voir la mise à disposition de locaux communaux. Une recherche de mutualisation de l'offre de soins avec les communes de proximité est favorisée, tout en tenant compte des habitudes de déplacement et de vie des populations. Ceci est caractéristique des territoires excentrés, la collaboration s'organise avec les territoires extérieurs à ALM.

Le vieillissement de la population est également évoqué sur l'ensemble des territoires et ceci de manière plus prégnante sur les communes les plus petites et rurales, avec des problématiques de repérage des fragilités, la perte d'autonomie l'isolement et la perte de lien social entraînant de fait des difficultés de maintien à domicile, des besoins d'aides à domicile ou de soins adaptés de plus en plus importants. Ces municipalités développent des actions telles que le portage de repas, le transport solidaire, avec les partenaires de proximité (CCAS, Services de soins, Service d'aide à domicile, centre sociaux) et souhaitent se mobiliser sur une réflexion commune autour du « parcours de vie de la personne âgée, et déterminer un plan gérontologique » à l'échelle d'ALM.

Sensibles à l'environnement et au cadre de vie, les élus sont capables d'énoncer les actions d'aménagements urbains favorisant l'accès aux établissements accueillant du public, les projets de renouvellement de l'habitat en partenariat avec les bailleurs sociaux, l'aménagement des circuits de circulation et chemins piétonniers favorisant les « les

déplacements doux » et la mise en place de « parcours santé » à destination des populations. Les problématiques de l'air en milieu urbain, ou la qualité de l'eau du fait d'un territoire rural font partie des sujets abordés. Enfin la notion de recours aux droits des personnes jeunes, ou des populations en situations de précarité sont plus souvent évoquées par les élus des communes dont le taux de logements sociaux est très important, entraînant de fait une politique adaptée d'accompagnement spécifique, et d'aide financière.

Au cours des entretiens des collectivités territoriales, les personnes interrogées ont pu nous faire l'état des lieux de l'existence régulière de groupes ou de collectifs d'habitants mobilisés, sur les territoires autour des questions de santé, comme « Bien vieillir », l'alimentation, et le sport par exemple, ou des structures associatives type Centre sociaux, CCAS, agissant au service des populations. Ces acteurs de terrain bien repérés, permettront par la suite du déploiement du CLS d'être mobilisés pour développer des actions de prévention, ou s'investir dans des groupes de travail et de partage des pratiques. L'analyse des différents entretiens permet donc l'élaboration d'une matrice SWOT⁴² que l'on peut traduire en Atout-Faiblesses-Opportunités-Menace (Figure 6).



Figure 6 : SWOT, Le CLS selon les collectivités Territoriales ; B.CADOU-PLANTE, mai 2018.

Cette analyse permet d'énoncer les attentes et demandes des collectivités territoriales vis-à-vis du CLS en terme de mutualisation de moyens et de réflexions concernant des problématiques communes telles que le vieillissement, de la population, les problèmes liés

⁴² Matrice Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats, que l'on peut traduire en Atouts/Faiblesses, et Menaces et opportunités.

à l'addiction, le recours aux droits ou aux soins, notamment pour les populations en situation de précarité. Cela permet également de mettre en évidence leurs craintes de mise en concurrence, et de la difficulté de poser des actions mutualisées sans que les orientations soient décidées uniquement par les communes les plus organisées et ayant plus de moyens matériels et financiers. Au final, l'ensemble des communes a exprimé leur volonté d'un CLS qui s'adapte au territoire, d'où la nécessité d'une implication différenciée selon leurs besoins et leurs préoccupations. Elles souhaitent un dispositif qui s'articule avec l'existant, et non d'un énième plan, permettant ainsi de partager, mutualiser les réflexions, les connaissances, les pratiques et innover sur des actions. Enfin, le plan d'action doit être raisonnable, permettant une à deux actions réalisables et efficaces, offrant une lisibilité dès les premières années d'existences. Le besoin d'une coordination à l'échelle de l'agglomération leur semble indispensable pour assurer une communication adaptée autour de la thématique de la « santé globale », diffuser les informations, et assurer un soutien dans le cadre d'appel à projets, ou évènement santé sur le territoire permettant ainsi une meilleure visibilité des politiques publiques qu'elles « *tentent de déployer, mais dont les effets demandent de nombreuses années, sans que les populations en aient réellement conscience* ». (Maire d'une commune d'ALM).

2. L'expression « de la santé » par les habitants à travers un questionnaire et des « café-débats », confrontation avec les données du diagnostic quantitatif socio démographique.

Les usagers, la parole des habitants, l'expression des besoins des personnes : comment en tenir compte, afin de déployer des actions qu'ils soient en mesure de repérer, d'en comprendre le déploiement, et de s'en saisir pour assurer le maintien de leur santé tout en profitant de l'environnement de vie où ils se trouvent ? La loi HPST, complétée par la Loi de modernisation de notre système de santé pose une nouvelle stratégie nationale de santé par la reconnaissance de l'intervention du premier recours, comme acteur principal dans la définition du parcours de santé, et ceci jusqu'aux interventions les plus spécialisées. Comme le précise Philippe Marin, « le développement des parcours en santé a contribué à renforcer la place et le positionnement des usagers ...et l'utilisateur est devenu au fur et à mesure des réformes successive un acteur à part entière du système de santé » (Marin, 2017), qu'il ne faut pas négliger. Les orientations des politiques de santé s'organisent en local dans le but de permettre « une démocratie en santé et visant à faire participer mais aussi à responsabiliser l'utilisateur, bénéficiaire du système de santé » (Marin, 2017). Mais qu'en est-il réellement sur le territoire de proximité, en dehors de la représentativité où le positionnement des habitants déjà investis dans des instances ou associations militantes ? Aussi, avant que chaque personne puisse se saisir des nouveaux outils des politiques

publiques qui lui sont destinés, il semble important de connaître sa propre représentation de la santé, si elle identifie les déterminants qui la constituent, et repérer les décalages ou non.

Les modalités de construction et d'élaboration du CLS, impliquent d'y associer les habitants du territoire d'ALM, aussi deux dispositifs différents et complémentaires sont élaborés : un questionnaire sur la thématique très « générale de la santé », et des ateliers type « café débat » avec le support d'animation également sur la santé.

Le déploiement du questionnaire auprès des communes d'ALM, s'est déroulé du 14 avril au 31 Mai 2018. A l'issue de cette première phase une extraction des résultats permet d'en faire une première analyse. Afin de maintenir la dynamique, il est décidé de relancer les communes pour maintenir la campagne de récolte jusqu'au 1^{er} juillet 2018. Au 31 mai 2018, 834 questionnaires sont renseignés, avec une participation des habitants de l'ensemble des communes. Le taux de réponses par question est compris entre 74% et 86% pour les deux questions ouvertes, et 96% à 98% pour les autres questions, 2 % de questionnaires n'ont pas été traités soit 24 questionnaires dont plus de trois questions n'étaient pas renseignées. Enfin, seulement 46 questionnaires ont été remplis totalement soit 5%, les réponses aux questions n'étant pas obligatoires dans la chronologie. La participation par commune est hétérogène et caractéristique des moyens de communication plus ou moins développés de chacune. Le traitement des réponses se fait via un fichier Excel, et un traitement croisé avec un logiciel de statistique, Sphinx Q2, mis à disposition par le Département de recherche ESO⁴³ de l'Université d'Angers, avec la collaboration d'une élève doctorante qui nous accompagne dans la démarche (son mémoire de thèse mobilise la notion des déterminants de la santé, circonscrit au même territoire d'ALM). L'analyse utilise les résultats chiffrés bruts recueillis, d'un codage lexical pour les questions ouvertes (Q1 et Q3), d'une analyse individuelle pour les autres questions, puis croisé par la suite (Annexe 13). L'analyse globale est faite par le prisme des piliers composants le CLS à savoir la connaissance et prise de conscience de la santé par les déterminants de la santé telles que définies par l'OMS et les freins et les leviers possibles pour maintenir la santé de chacune des personnes. Un second niveau d'analyse comprend le recours à l'offre de soins ainsi que le recours au droit social, cette thématique contribuant à la santé. Enfin, la question environnementale permet de comprendre le cadre de vie des personnes à travers

⁴³ESO Angers est une composante de l'Unité Mixte de Recherche « Espaces et Sociétés » (ESO 6590), sous la double tutelle du CNRS et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. La direction de l'UMR, assurée par Emmanuelle HELLIER, est installée dans les locaux de la Maison de la recherche en sciences sociales de l'Université de Rennes 2. L'UMR ESO est répartie sur cinq sites: ESO Angers, ESO Caen, ESO Le Mans, ESO Nantes et ESO Rennes. <http://eso-angers.cnrs.fr/fr/index.html>

leur propre appréciation. Sur ALM, les personnes ayant répondu au questionnaire (Q13 : 100% de répondant) reconnaissent bénéficier d'un cadre de vie globalement positif puisque les thématiques proposées de pollution, propreté des espaces, communs, sécurité publique nuisance sonores, et relation avec le voisinage et logement recueillent une cotation de 5/6 pour chacune.

La majorité des personnes se représente son propre état de santé, « bonne en général » (74%), et 22% se disent être « souvent en bonne santé ». Ceci est caractéristique des données nationales. L'expression de « la santé » dans le cadre de la première question ouverte est réalisée sur un mode positif, avec une vision élargie de la santé qui ne se limite pas à une approche « d'absence de maladie » (4^{ème} position). L'analyse du champ lexical reprenant des mots tels que « bien, être, vie, en forme, plaisir » et des mots associés tels que « bien-être, être en forme, prendre soin » bénéficie d'une classification selon le sens positif, et des mots comme « souffrir, maladie » seront classés dans le lexique négatif. La fréquence de l'utilisation de ces mots permet de faire la classification en tableau par genre puis d'en faire ressortir une tendance. (Figure 7)

Selon vous, la "santé" c'est quoi_Verbes		Selon vous, la "santé" c'est q_Adjectifs		Selon vous, la "santé" c'est quoi?_Noms	
Tous les verbes		Tous les adjectifs		Tous les substantifs	
	Nb		Nb		Nb
être	40	bien	147	être	121
vivre	33	physique	93	vie	67
pouvoir	18	mental	48	corps	55
être_en_forme	17	en_forme	28	bien	52
faire	15	psychologique	21	forme	42
sentir_bien	15	bon	20	état	34
sentir	11	psychique	20	maladie	34
bouger	8				
prendre_soin	8				

Figure 7 : Tableau de classification, Etude et analyse Sphinx iQ2

Une autre analyse est possible, celle de l'association lexicale, qui vient compléter l'analyse précédente et réintégrer les mots dans leur contexte. Ici il s'agit d'analyser les mots les uns par rapport aux autres dans une même réponse, et par rapport aux autres mots qui leur sont proche. Ainsi on peut établir la cartographie d'association lexicale ci-dessous : le verbe « être » est central, qui est le rapport principal à la vie, et est le plus évoqué. Sa position centrale l'associe indifféremment à tous les autres mots. Les mots proches les uns des autres, sont souvent évoqués ensemble. (Figure 8)

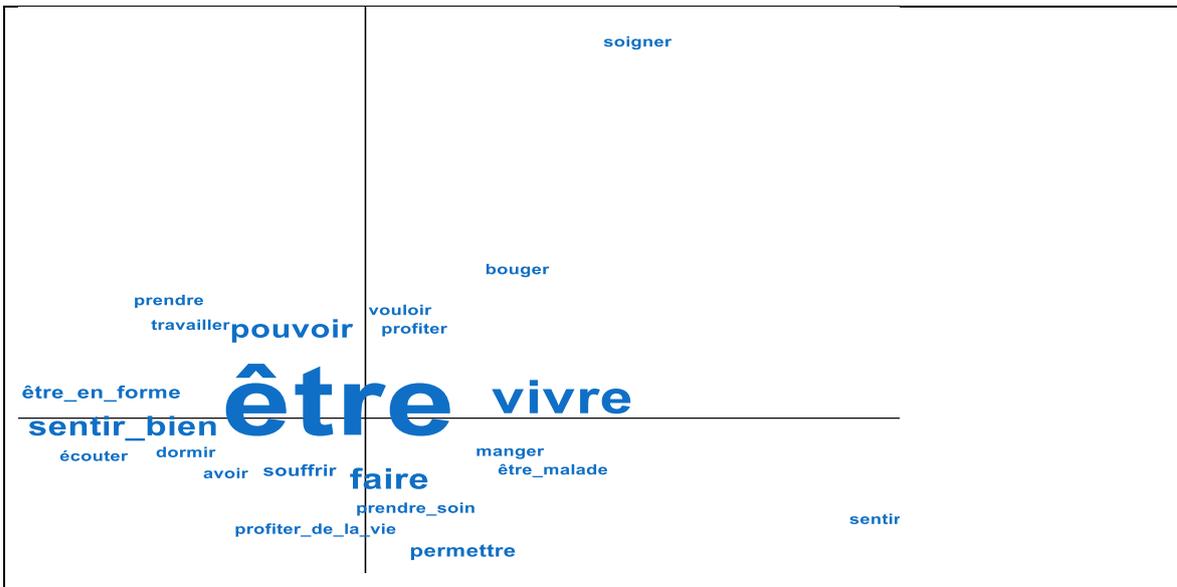


Figure 8 : Cartographie lexicale, Etude et analyse Sphinx iQ2

Enfin, après le repérage des 5 mots les plus utilisés, on peut associer les substantifs qui s’approchent, ou les verbes, pour déterminer là encore une carte significative permettant de donner une vision globale de la santé autour du « bien-être, de la vie, être en forme, prendre soin, corps et esprit », qui peut se rapprocher de la définition de la santé faite par l’OMS « un état de bien-être » dont il faut prendre soin. (Figure 9)

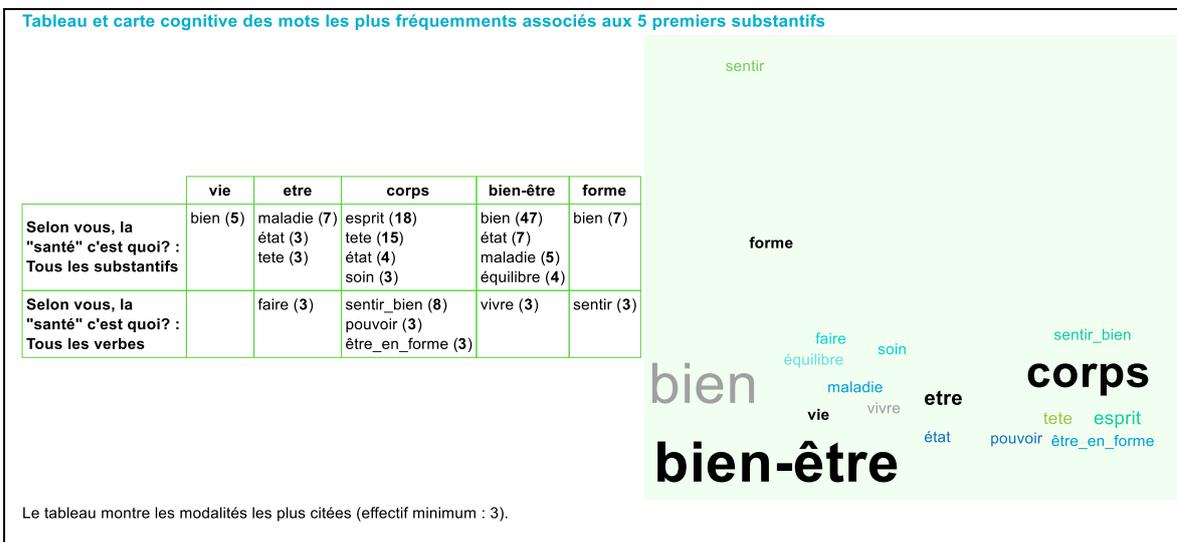


Figure 9 : Tableau et carte cognitive des mots, Etude et analyse Sphinx iQ2

La question 3 (ouverte) interroge leur comportement réel pour conserver leur état de santé : les leviers qu’ils utilisent au quotidien, sont axés autour de l’alimentation, du sport et de l’activité physique, tout en y associant la notion de « bien-vivre » par les expressions de « prendre du temps pour soi », « privilégier son sommeil », ou « s’accorder des vacances », « amis » et « activités culturelles ». Complétées par la question suivante (Q4), les réponses sont induites par le choix multiple (5 réponses possibles) autour des piliers constituant le CLS. S’il y a une cohérence avec l’alimentation, le sport et le sommeil, le

Béatrice CADOU-PLANTE -

cadre de vie et l'environnement sont évoqués ensuite, contribuant à la santé des personnes, devançant le recours aux soins à proprement parler.

Par ces premières questions, la représentation de la santé est exprimée à travers des déterminants sociaux plus que sur des problématiques d'état physique, psychique, ou de maladie. Un lien est également établi avec le cadre de vie, d'où la nécessité de réfléchir à des politiques publiques intersectorielles et transversales.

En cas de problème de santé rencontré, le médecin généraliste reste le professionnel le plus sollicité (Q5 : 46%), y compris la nuit ou le week-end où 45 % des personnes attendent le lendemain pour le joindre (Q6), voir pour 22% des personnes « *attendent que cela passe* ». Seulement 26% des personnes ont recours au numéro de médecin de garde. L'entourage (20%), les pharmaciens (15%), et des urgences (17%) sont sollicités à part égale. L'entourage des personnes, représenté par les familles ou les professionnels de proximité (médecins et pharmaciens), est à prendre en considération dans le déploiement d'éventuel actions de prévention, « *santé communautaire* », ou « *solidarité au sein des petites communes* », souvent énoncées.

L'accès aux consultations de spécialistes (Q7) se répartit de manière équitable entre service hospitalier public, service privé, et activité libérale (figure 10). ALM possède sur son territoire dans le cadre du GHT, le CHU d'Angers ainsi que le seul hôpital d'activité psychiatrique du département. En complément il existe également les deux gros pôles de cliniques privées, avec des regroupements d'exercices type « *maisons des spécialistes* » bien repérés. Le questionnaire ne permet pas de savoir s'il existe un lien entre lieu d'habitation, et accessibilité des structures du fait de leur répartition différente sur le territoire.

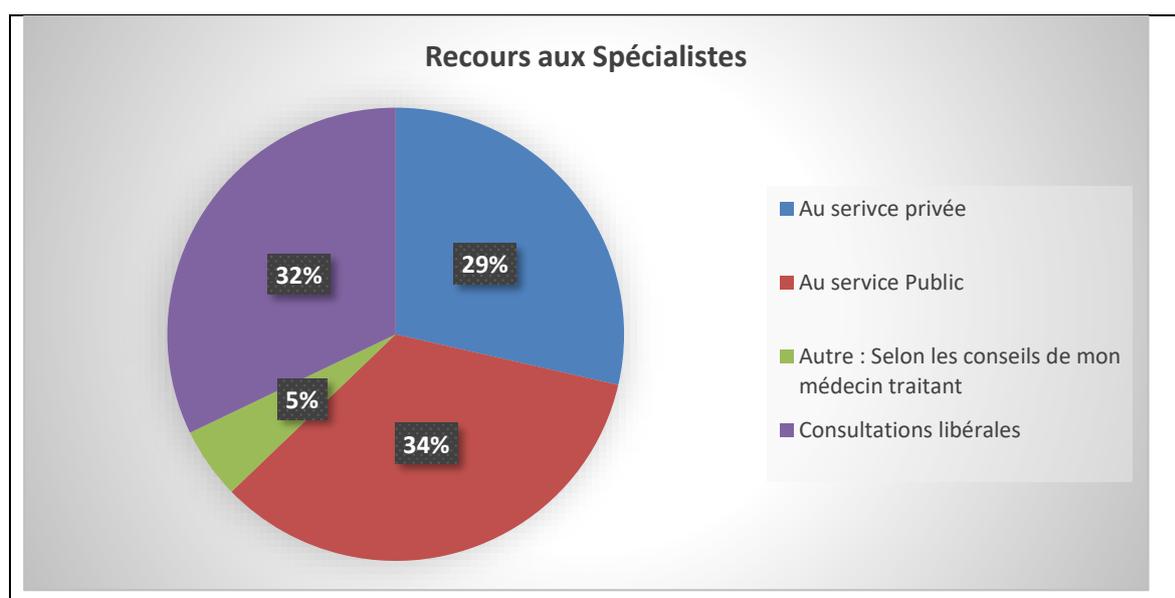


Figure 10 : Question 7, « pour des besoins de consultations spécialistes, vous vous adressez en priorités ?, questionnaire Habitants, ALM, 2018

Au cours des 12 derniers mois (Q8), 27% des personnes reconnaissent avoir eu des difficultés d'accès aux soins et ceci de manière significative pour les consultations de spécialistes tels que les dentistes, ophtalmologistes, gynécologues et dermatologues (Q9). Les raisons avancées sont surtout liées aux délais d'attentes de prise de rendez-vous, voire de refus de prise de nouveaux patients (Q10). Très peu de répondants évoquent des problèmes d'ordre financier. Cependant cette donnée est à prendre avec précaution, dans la mesure où 75 % des répondants sont en activité (Q20).

Si le diagnostic quantitatif n'a pas mis en avant de réel « désert médical » sur le territoire d'ALM, des difficultés d'accès aux soins existent par rapport aux consultations de spécialistes, s'expliquant par un changement de pratiques professionnelles dû à une féminisation de la profession et un choix de temps partiel.

Pour les difficultés d'ordre social, les personnes reconnaissent solliciter de préférence leur entourage (Q11 : 301) ou passer par internet (Q11 : 132). Cependant 200 personnes reconnaissent ne faire aucune demande par choix (59%), 26% d'entre elles reconnaissent ne pas avoir connaissance des aides, ou si elles en ont connaissance ne savent pas à qui s'adresser.

Enfin, chaque personne doit se positionner sur les thématiques prioritaires (Q14) devant être développées au regard des problématiques repérées et des centres d'intérêts. Il y a une égale répartition entre le sport, l'alimentation, le sommeil et la qualité de l'air, mais il y a également un intérêt à prendre en considération également la demande d'accès aux droits et à la santé. (Figure 11)

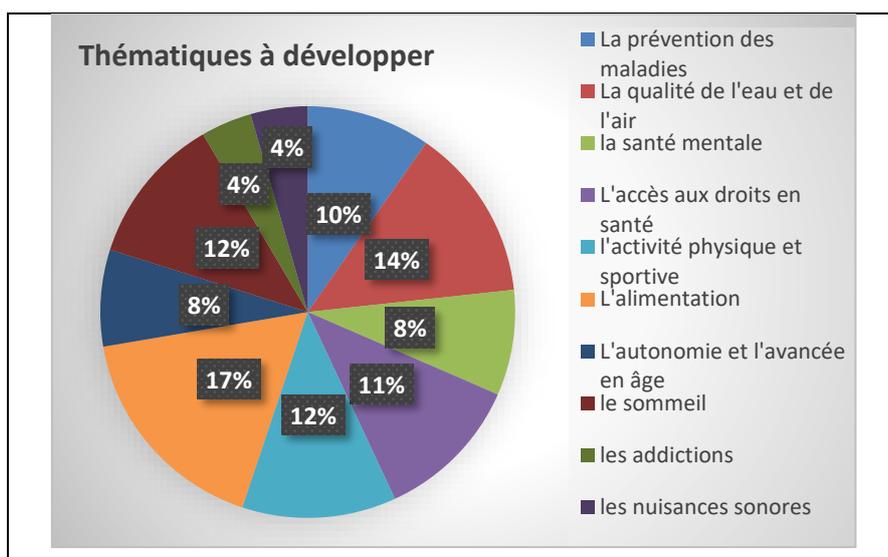


Figure 11 : Question 14, « Selon vous, quels sont les domaines qui vous semblent prioritaires? (Choix de 5 thématiques), questionnaire Habitants, ALM, 2018

L'analyse des questions ouvertes met en évidence un changement de représentation de la santé qui se fait de manière plus spontanée à travers les déterminants sociaux de la santé, sans que les personnes puissent les nommer comme tels. Si le médecin traitant de proximité garde une place prépondérante en cas de problème de santé avec des sollicitations en première intention, il y a une amorce de changement de pratiques, avec le recours et la sollicitation de l'entourage proche, mais également des non recours, voir des informations recherchées en direct via internet.

Un des temps « café-débat », malgré le peu de participant⁴⁴ complète cette première vision de la santé par les habitants. Ensemble, ils reconnaissent des difficultés d'information et de connaissance de tous les réseaux existants sur le territoire, qui permettraient aux professionnels de santé de mieux accompagner leurs patients, voire d'agir de manière préventive. L'organisation des nouveaux systèmes de soins et de parcours, l'émergence des maisons de santé pluridisciplinaires et pôle de santé sur le territoire modifient les pratiques professionnelles vers plus de coordination et de prévention. Par exemple les ateliers d'éducatifs thérapeutiques ne sont cependant pas toujours bien repérés par les patients, car « *même si on sait qu'on a beaucoup de patients qui peuvent être concernés, quand on leur propose des exercices, ils viennent mais sur les temps pour parler, en préventifs les gens ils ne viennent plus* » (habitant, Kinésithérapeute, travaillant au sein d'une MSP).

Les professionnels de soins présents ont souligné l'importance de coordination des acteurs de soins sur le territoire pour faciliter le parcours de soins des personnes, même si ces nouvelles pratiques sont parfois « *lourdes d'un point de vue administratif, ...on partage plus, on échange car on se retrouve sur le même lieu de travail, mais cela entraîne aussi de la confusion pour les patients entre MSP, centre de soins, maison médicale, ils ne savent plus à qui s'adresser* » (Kinésithérapeute et infirmière). La structuration des lieux de pratique permet de maintenir un certain degré d'attractivité pour l'installation de nouveaux praticiens qui ne souhaitent plus travailler isolément, et ceci peut être également porté par les collectivités territoriales de manière indirecte notamment dans le cadre des réaménagements urbains des communes : « dans l'accompagnement de nos communes, on aime bien savoir ce que les gens pensent pour mettre des choses en place il faut provoquer des temps d'échanges entre les professionnels du soins, pour leur permettre de se connaître, et connaître les pratiques et les besoins par exemple » et ceci est également vrai quand les questions du vieillissement et du maintien à domicile sont abordés. Le maire

⁴⁴Les participants au nombre de 4, habitants de trois communes différentes, et tous issus de catégorie socio-professionnelle de la santé à savoir Infirmier, Psychologue et Kinésithérapeute.

présent exprime les difficultés rencontrées quand il s'agit de traiter la question des aînés et les besoins de santé associés : « *demain il faudra qu'on nous donne des incitations, des orientations pour penser aux aînés à l'image des logements sociaux (en lien avec le PLU) ... en matière d'urbanisme on n'arrive pas à construire ou repenser pour les besoins, ... sans parler de maisons médicalisées mais des petites maisons avec tous les services avec, pour finir sa vie* ».

De manière unanime, ils ont pu exprimer la nécessité d'intervenir très tôt auprès des populations pour infléchir les habitudes de santé vers la notion de prévention : « *le préventif dans le scolaire et en centre de sport, c'est important, il y a beaucoup de jeunes qui se blessent en sport, ...il faut y réfléchir c'est un problème de prévention, les TAP devaient servir à cela aussi, montrer des choses sur la santé avec les ateliers cuisine par exemple*» (habitante, infirmière en centre de soin à domicile, et élue d'une commune d'ALM). En effet pour eux, « *les enfants sont les adultes de demain* » (habitant et Maire) et c'est eux qui doivent bénéficier le plus d'actions, ceci en lien avec l'éducation nationale.

Les échanges, puis les axes thématiques proposés comme la coordination et le travail en réseau, la prévention pour la santé des enfants, et l'adaptation du cadre de vie au vieillissement de la population mettent en évidence une nouvelle vision de la santé amorcée au sein de la population.

Ainsi les résultats obtenus à partir des deux modes de recueil (Questionnaire et « café-débat » peuvent faire l'objet d'une traduction suivante en atouts, faiblesses, opportunités et menaces de l'émergence d'une représentation de la santé par les déterminants de la santé des habitants. (Figure 12)



Figure 12 : SWOT, La santé, ses déterminants : selon les habitants ; B. CADOU-PLANTE, mai 2018.

Béatrice CADOU-PLANTE -

3. Un recueil de pratiques ARS à l'échelle nationale via un questionnaire pour comprendre le déploiement de CLS en infra-territoriale.

L'ensemble des ARS de la France a été sollicité par mail adressé à la direction générale, leur laissant la possibilité de le transférer auprès des délégations territoriales de chacune des régions (avril à mai 2018), le lien permettant l'accès à un questionnaire en ligne (Annexe 8). Les réponses au nombre de quinze, issues de huit régions différentes ne permettent pas de faire une étude statistique et d'en arrêter les principes d'élaboration des CLS. Deux entretiens semi-directifs avec des professionnels d'ARS de deux régions différentes viennent compléter ce questionnaire (Entretien A et entretien B). Les réponses apportées lors des entretiens apportent un complément d'information quant à la place et posture des ARS dans la construction des CLS, et leur articulation avec les autres acteurs. L'analyse qui suit reprend les réponses les plus significatives, et le nombre de répondants est inscrit entre parenthèse – (0)- (Annexe 8bis)

Les premières questions sont ouvertes, afin que chacun des professionnels s'exprime selon ses connaissances et représentations construites de ce que peut être le CLS pour lui et ainsi d'en donner une définition la plus personnalisée.

La majorité des répondants (12) situe le CLS comme un « *outil issu de la loi HPST* », permettant la mise en place « *d'une stratégie d'actions entre l'agglomération et l'ARS à 5 ans* » (10) et assurer « *la coordination et le déploiement de politique de santé* » (5), ainsi que « *la coordination, la coopération entre professionnels de santé et institutions* » (5), sur le territoire déterminé. Le CLS permet selon eux une « *synergie locale dans la coopération entre acteurs* », et permet également de « *développer une culture commune autour de la santé* » (7), ceci afin de d'agir sur les « *déterminants de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé* » (10). De manière spontanée, un seul évoque le lien avec le PRS.

Dans la phase décisionnaire du recours au CLS, un processus commun à toute les ARS n'existe pas. Si les deux principaux acteurs que sont l'ARS et les collectivités territoriales sont repérés comme étant les instances centrales de l'action plusieurs scénarios sont énoncés : « *Ars **ET** collectivité territoriales* », « *contrat donc deux parties prenantes* », en parlant également de « *prise de décision collégiale et partagée* ». Parfois il est précisé que l'élu du territoire peut faire la demande, mais le CLS est subordonné à « *l'accord de l'ARS* », ceci dépendra de la nécessité du territoire, reposant sur un « *diagnostic* ».

La signature de CLS est présentée comme une orientation prioritaire, inscrite dans le projet des ARS (11), mais il est précisé que « *L'ARS impulse mais rien ne se fait si la collectivité territoriale n'est pas d'accord avec les orientations* ». Si le CLS apparaît comme un outil à

la disposition des ARS pour animer sur le territoire la politique de santé, la coopération et la négociation sont recherchées pour éviter « *des coquilles vides, et cherche véritablement à couvrir le territoire de dispositifs et d'outils significatifs et signifiants* ». A l'unanimité, l'ensemble des CLS sont contractualisés entre l'ARS et une collectivité territoriale, parfois le Département (11) peut également être associé à la signature, ainsi que des administrations comme la CPAM (9) sur le déploiement de leur volet prévention de la santé. Chacune des parties signataires devant respecter les « *objectifs inscrits* » (14) en « *axes stratégiques devant faire le lien avec le PRS* » (12), afin de déployer des actions sur l'ensemble du territoire.

Pour l'ARS il y a un engagement contractuel qui lie les parties signataires, pour le déploiement d'actions, la prise de décisions stratégiques, la participation aux décisions publiques et le portage au niveau du territoire engageant de fait un pilotage coordonné entre les deux. Cependant, le financement de cette coordination reste de l'attribut des seules collectivités territoriales, l'ARS ne pouvant justifier de dépenses que sur les actions à destination de la santé.

Selon l'ARS la construction du CLS, son élaboration, repose sur une « *démarche partenariale* »(14), cependant cette traduction prend le plus souvent la forme d'un « *Copil exclusif ARS/Collectivités territoriale* » (9), qui peut parfois être ouvert à d'autres partenaires surtout institutionnel. La participation citoyenne n'est pas « *systématiquement sollicitée* » (11), excepté parfois lors du diagnostic pour recueillir leur demande en terme de besoins de soins. Les délégués des ARS questionnées reconnaissent la plus-value du CLS lorsque la participation des habitants est effective à tous les niveaux de construction, d'élaboration et de déploiement du CLS. L'élaboration repose sur « *les orientations du PRS* » (11) à partir d'un « *kit méthodologique* » (9), qui leur donne les grands axes de déploiement. La construction du CLS doit tenir compte du territoire, des besoins connus en terme d'offre de soins, d'accompagnement et parcours des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité, de l'environnement et du cadre de vie ; pour cela un diagnostic est recommandé mais pas systématique, réalisé le plus souvent par « *un cabinet extérieur* » (6), ou l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Pour l'ARS, ce diagnostic permet de mettre en évidence les « *atouts et faiblesses* » (7) du territoire, et ainsi élaborer un portrait à partir de données brutes telles que des indicateurs sociodémographiques, de précarité et de dépenses de santé permettant par la suite d'engager les négociations avec les collectivités territoriales dans la construction des axes stratégiques du CLS.

Ainsi à partir du recueil des questionnaires nous pouvons élaborer une matrice SWOT, permettant une mise en évidence des atouts, Faiblesses, opportunités et Menaces, du CLS et de sa construction. (Figure 13)

Béatrice CADOU-PLANTE -

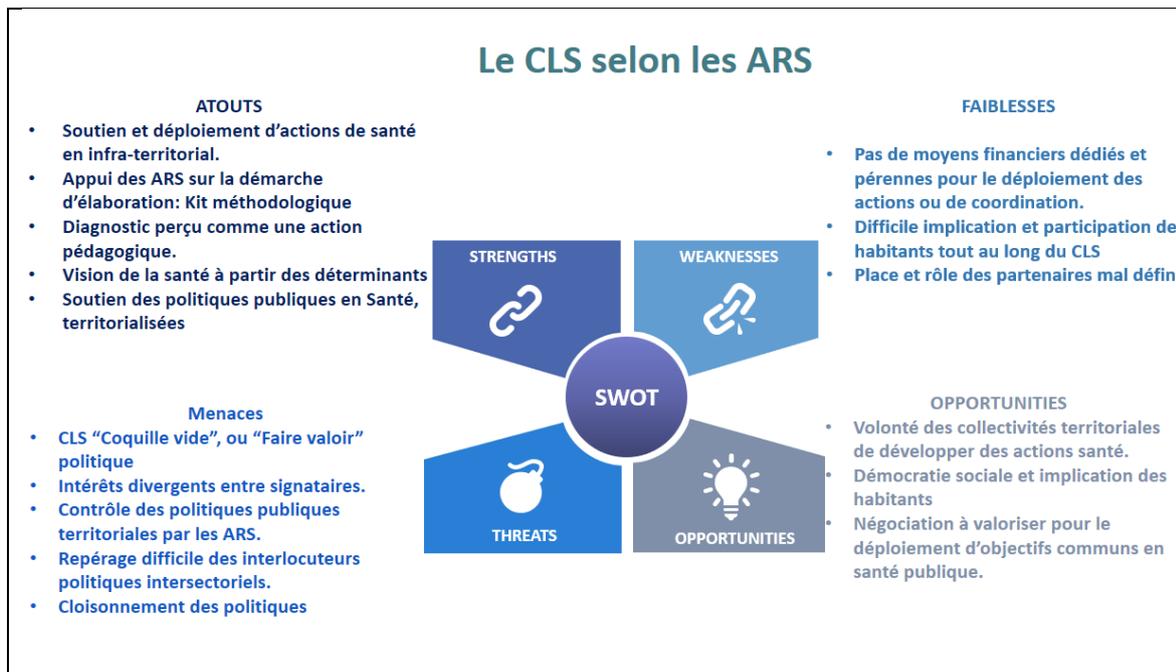


Figure 13: SWOT, Le CLS selon les ARS ; B.CADOU-PLANTE, mai 2018.

PARTIE III : Discussion

Le processus d'élaboration du CLS est une étape primordiale pour sa mise en œuvre sur un territoire prédéfini. Il se décompose en étapes intermédiaires comprenant un diagnostic partagé afin de définir les axes stratégiques, déterminer les objectifs et actions, permettre la validation et la signature pour son déploiement. (Figure 14)

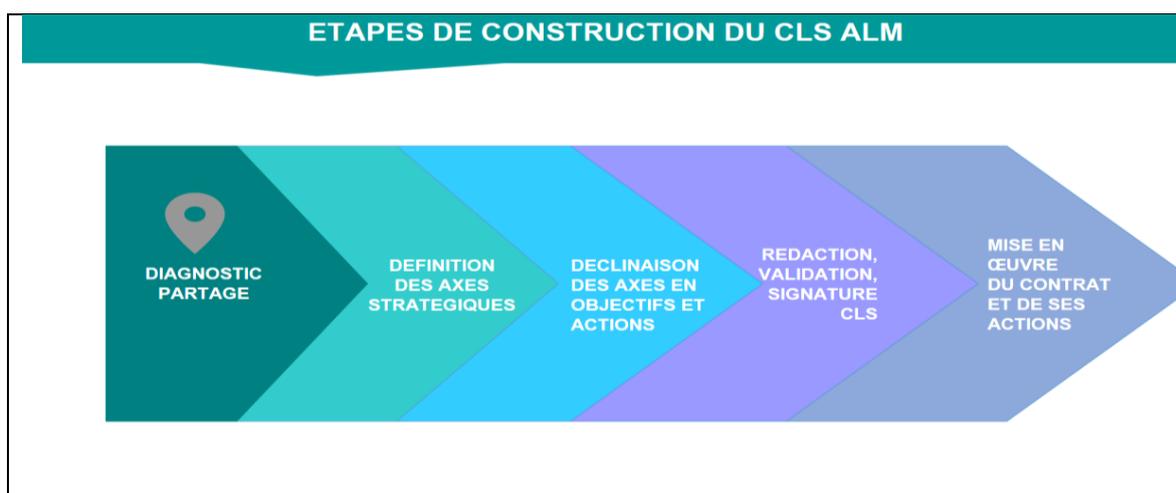


Figure 14: Étape de la construction du CLS.

Ces nombreuses étapes nécessitent des périodes de discussions et de négociation entre les promoteurs de la santé comprenant l'ARS, garant des politiques publiques, et les acteurs de la société civile œuvrant sur le terrain. Le diagnostic ne représente qu'une toute

petite étape du processus d'élaboration du CLS et s'il nécessite la mise en œuvre de plusieurs méthodes pour le recueil de données exhaustives pour sa construction, il ne peut être le seul élément à prendre en considération pour justifier d'une nouvelle représentation de la santé basée sur les déterminants sociaux, permettant ainsi le déploiement de nouvelles politiques intersectorielles dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. Seule l'analyse du processus dans sa globalité permettrait d'expliquer la réussite ou l'échec du CLS, d'en comprendre les points de rupture pour poser des actions d'amélioration. Malgré tout, l'action même du diagnostic partagé se présente comme un acte pédagogique, de discussion et d'échange des acteurs autour de la santé. Les différentes actions menées au cours du stage lors du diagnostic ont permis un recueil de données sur lequel l'analyse va se baser. A partir des entretiens et des deux questionnaires, l'analyse des données a permis la construction des matrices SWOT mettant en avant les atouts d'un CLS à l'échelle des collectivités territoriales et des ARS, mais également les faiblesses qu'il est important de connaître afin d'y remédier.

Enfin la connaissance des menaces potentielles mettant en péril le CLS, permet de valoriser les opportunités repérées comme des leviers d'actions pour la réussite de sa construction. L'analyse de ces matrices sera rapprochée de la matrice issue des résultats du questionnaire des habitants, mettant en évidence une nouvelle représentation de la santé axée sur les déterminants sociaux de la santé.

A- Un diagnostic territorial partagé : outil pédagogique pour une démarche partenariale.

Pendant de nombreuses années le domaine de la santé se limite à la relation maladie et accès aux soins. Les politiques publiques se sont organisées en ce sens autour du soin et de l'accès garanti par une logique institutionnelle de l'organisation du système de santé, les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie et régulée par les professionnels de santé eux-mêmes. L'état par la loi HPST renouvelle le virage qu'il souhaite prendre pour la construction d'une réponse aux besoins de santé par la mise en place de planification sanitaire, la territorialisation des politiques de santé par des « contrats » d'intervention publique, tels que les CLS, afin d'agir sur le terrain. Si la fonction de régulation des politiques de santé est transférée aux ARS de chaque région, ces dernières ont la lourde tâche d'engager des actions d'animation territoriale de la santé à l'échelle des territoires et ceci avec le partenariat des collectivités territoriales, tout en s'appuyant sur les orientations du PRS, qui « *doit être une trame globale de réflexion des actions prioritaires à mener* » (ARS-A).

La démarche partenariale n'est pas évidente à mettre en place, d'autant plus quand des acteurs de secteurs différenciés doivent se rencontrer et travailler ensemble à partir de compétences différentes dans le cadre du CLS. La phase diagnostic partagée, au-delà d'établir un portrait de territoire permet cette première rencontre et met en évidence les éléments propices au travail partenarial entre les ARS et les collectivités territoriales et ceci pour une action adaptée aux besoins des habitants.

Les collectivités territoriales ne détiennent aucune compétence santé. Cependant, lors des entretiens, les élus ou les professionnels présents sont capables d'exposer les multiples actions déployées sur leur territoire sans qu'ils aient conscience de la contribution à la santé pour leurs administrés et ceci en agissant sur les déterminants sociaux structurels. Par exemple, ils sont en mesure d'exprimer leurs inquiétudes quant au départ à la retraite prochaine de leur médecin qui ne peut trouver de repenseur allant jusqu'à proposer une mise à disposition de locaux favorisant l'installation sur leur territoire. La petite enfance, ou les enfants bénéficient d'actions de préventions autour de l'alimentation, et la restauration scolaire avec la consommation de produits « Bio », et de production locale favorisent les circuits courts. Des aides financières peuvent être accordées pour certaines familles afin d'assurer l'inscription aux activités sportives de leurs enfants. Des soirées débats sur des thématiques diverses contribuent à l'information et actions de prévention des populations telles que « comment bien-vieillir », ou « les adolescents et les écrans ». Un intérêt est porté également sur le cadre et l'environnement de vie, avec des aménagements urbains favorisant les déplacements doux et sécurisés. Dans ces situations exposées, les politiques d'actions sont plus que de simples réponses à des demandes, elles répondent à des besoins du territoire en agissant sur les déterminants sociaux. Mais *« agir sur les déterminants sociaux pour améliorer la santé des personnes, c'est l'objectif principal des CLS, mais c'est vrai ce n'est pas toujours repéré par les élus, les associations et les habitants »* (ARS-B).

Le traitement des réponses aux questionnaires des habitants montre que la notion de déterminants sociaux de la santé est également évoquée mais il s'agit plus des déterminants secondaires liés aux rapports individuels, et comportementaux ayant un impact sur la santé. Cette mise en évidence de la « santé » et « déterminants de la santé » se fait sans une réelle conscience des personnes. En effet, dans le cadre des réponses ouvertes demandant « Selon vous la santé c'est ... ? ». Les réponses ne sont plus systématiquement présentées comme « l'absence de maladie ». Il y a un discours plus positif, permettant d'en donner une définition proche de celle de l'OMS, comme étant un état de bien-être physique et psychique. La santé ou les problématiques liées à santé ne

sont plus évoquées également à partir des problèmes d'accès aux soins ou de services de proximité. Même si le médecin généraliste reste la personne la plus sollicitée en cas de besoins de santé (Annexe 13), l'entourage proche l'est également, et il apparaît de nouvelles pratiques liées à l'utilisation d'internet pour trouver des réponses seules aux problématiques rencontrées. Les habitants parlent spontanément d'actions contribuant à leur bien-être telles que la pratique du sport ou « *manger équilibrer, car manger n'importe quoi ce n'est pas bon, je fais tout... ma purée « maison » même avec les filets solidaires* » (Habitante/Café-débat). Ils sont également sensibles à leur cadre de vie et environnement favorisant des déplacements à pieds ou en vélo.

Cette vision de la santé des habitants par le prisme des déterminants est nouvelle et émergente. Parfois construite, voir améliorée par les campagnes de prévention et de promotion pour la santé, elle peut devenir une aide à la compréhension des politiques publiques. Mais pour cela il faut que les objectifs des politiques soient également repérés et connus par les habitants et agissent vraiment selon leurs besoins. Si les actions déployées par les collectivités territoriales agissent sur les déterminants sociaux de la santé alors elles auront une action sur les inégalités sociales de santé dans le but de les réduire et contribuer ainsi à l'amélioration de la santé. On se retrouve dans une chaîne de causalité, également reprise par l'épidémiologiste R.Wilkinson expliquant le lien entre les écarts de revenus, entraînant « la misère », qui entraînent à leur tour des difficultés de recours aux soins générant donc des problèmes de santé.(Dupuis, 2017)

L'ARS, par la proposition de déploiement de CLS avec les collectivités territoriales cherche également à agir sur les déterminants sociaux de la santé dans le but de réduire les inégalités sociales de la santé. Ce nouveau dispositif peut alors être considéré comme une opportunité de développer une coopération territoriale à destination des habitants.

Mais le préalable à toute construction d'un nouveau dispositif est la connaissance commune de l'action objectivée. Le diagnostic partagé permet d'établir la mise en évidence des inégalités sociales de santé territoriales, afin d'orienter et prioriser les actions en fonctions des besoins. Ce diagnostic est souvent demandé par les ARS, voir indispensable car « *repartir d'un diagnostic c'est s'adapter, c'est permettre une montée en compétence collective autour de la santé* » (ARS-A), pour l'ARS mais aussi pour les collectivités territoriales et les habitants également. Les acteurs, promoteurs du CLS, se positionnent plus sur un terrain de négociation à partir de ces données objectivées dans le cadre du diagnostic partagé. Le diagnostic est alors considéré comme le support d'une démarche pédagogique de sensibilisation. Cela contribue donc à la construction d'une connaissance et représentation commune des besoins du territoire, et des actions futures à déployer pour y répondre.

Béatrice CADOU-PLANTE -

Les ARS sont présents en soutien des collectivités territoriales, « avec la démarche PRS, cela permet de réinterroger le terrain au regard de problématique macro, et complète ainsi le diagnostic qui se fera au niveau micro » (ARS-A), dans une volonté commune de développer des actions de santé sur des territoires déjà liés par des habitudes de vie. Cette position de coopération stratégique et directe entre les promoteurs permet une collaboration dans les actions afin de répondre aux attentes des habitants. Pour l'ARS, le CLS se décline du PRS, autour de thématiques telles que la prévention de la santé, l'accompagnement de l'offre de soins, l'accompagnement des parcours de soins des personnes en situation de précarité, et la promotion du cadre et de l'environnement de vie des personnes. Les collectivités territoriales sont centrées exclusivement sur les besoins en infra territorial en lien avec les besoins déterminés des habitants. Cette divergence de définition de périmètre d'action peut être source d'incompréhensions, et de discussions, qui devront être dépassées pour permettre aux acteurs de se rejoindre dans la zone de négociation et assurer ainsi la construction du CLS adapté au territoire : condition indispensable pour la pérennité de la collaboration dans le temps.

Au final le CLS est un contrat entre deux entités de niveaux différents d'interventions, comprenant l'ARS avec une fonction administrative garante de la politique de santé sur son territoire, et la collectivité territoriale qui est porteur et effecteur des actions. Il y a besoin d'harmonisation et de validation commune qui appelle donc à des négociations. La construction même du CLS s'appuie sur la connaissance de la place de chacun et des marges de manœuvres possibles. Cela permet la validation du cadre d'intervention de chacune des parties pour assurer une collaboration effective. L'identification, et la construction commune des axes de travail et d'actions du CLS répondent aux besoins des habitants, et sont en liens avec les objectifs du PRS.

B- Construction d'une représentation sociale commune de la santé pour une appropriation du CLS.

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴⁵ (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100). Cette définition de la santé telle que définit par l'OMS en 1946, n'a pas subi de modification depuis cette date, et devient de plus en plus centrale dans les nouvelles lois comme la loi HPST ou la LMSS. Ces lois, ainsi que les outils qui en

⁴⁵ Définition selon l'OMS : « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948 » (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100)

découlent tels que le Contrat local de Santé, les Communautés professionnelles territoriale de santé, ou les plateformes d'Appui Territorialisé, contribuent à intégrer de manière pérenne la notion des déterminants sociaux de la santé.

Cette nouvelle représentation sociale de la santé est déclinée dans le CLS par la définition des axes stratégiques et les actions qui en découlent, afin d'agir au plus près des besoins des populations.

Dans le cadre de ma mission, les différentes actions déployées pour assurer le diagnostic partagé, sont également utilisées pour recueillir la vision de la santé des habitants du territoire. En effet il nous a semblé important de connaître la représentation qu'ils pouvaient avoir de la santé en général, et mesurer si le discours de la santé était plus axé sur les problématiques de soins ou de maladie tel qu'on peut l'entendre au cours de discussion informelle. Les réponses aux premières questions du questionnaire demandant des réponses spontanées, ont permis de mettre en évidence un changement de discours concernant la santé qui se confirme lorsque les personnes énoncent les leviers contribuant au maintien de leur état de santé. Les actions de préventions permettant d'agir sur leur santé globale sont énoncées majoritairement, alors que disposer « d'un médecin traitant », ou « habiter à proximité des lieux de soins » ne sont plus aussi importants (Annexe 13). Ils accordent de l'importance au cadre de vie et à l'environnement qui les entoure, ce qui est également largement développé par les élus rencontrés au cours des entretiens (Annexe 11). La santé n'est plus présentée « comme une absence de maladie », mais plutôt comme un « capital » qu'il faut maintenir, pour assurer « un vieillissement le mieux possible ou avec le maximum de capacité physique mentale et psychique » (Annexe 13). Ainsi « la santé » n'est pas qu'un simple lien avec la notion de maladie et recours aux soins, mais est bien inscrite dans un contexte plus large comprenant les habitudes de vie, comportement individuel, ou construction identitaire et culturelle de chacun. L'analyse des réponses permet de remarquer des discours centrés sur les déterminants sociaux de la santé. (Annexes 13)

Le changement de représentation de la santé semble être amorcé par les habitants, cependant il faut rester toutefois prudent. En effet le questionnaire, et les réponses présentent de nombreux biais. La diffusion ne permet pas d'avoir de réponses significatives de personnes en situation de précarité (pour qui s'exprimer sur la santé de manière spontanée peut apparaître de prime abord plus compliqué). Les répondants sont majoritairement des femmes (78%) de 26 ans à 59 ans et en emploi. Là encore on peut supposer qu'elles ont une approche de la santé construite de par leur statut social et professionnel. Enfin, les questions fermées avec des propositions à choix multiples induisent significativement les réponses. Mais, la sollicitation des habitants par le

Béatrice CADOU-PLANTE -

questionnaire, et la réflexion qu'ils développent pour y répondre les oblige également à se poser des questions en lien avec leur santé, ce qui contribue à se représenter la santé de manière différente et ceci à partir des thématiques qui sont énoncées, ce qui peut également contribuer à la construction d'une nouvelle représentation de la santé.

L'action même d'aller à la rencontre des acteurs, et le discours adapté pour présenter le CLS contribuent également à cette nouvelle représentation construite de la santé. Enfin le retour des résultats demandé par les collectivités territoriales lors de la diffusion des questionnaires peut également contribuer à enrichir cette nouvelle représentation. La restitution dans le cadre d'un groupe entraîne des interactions entre les individus qui seront plus constructives que la simple réflexion individuelle face au questionnaire en ligne. Ce principe de construction collective de la représentation sociale de la santé est également souvent repris dans les programmes de prévention de la santé, par les colloques santé ou soirée débat thématiques autour de questions de la santé proposées aux habitants (Entretiens des Mairies). L'exemple des groupes d'éducation thérapeutique, faisant l'objet de nombreux appel à projet de la part de l'ARS, ou souvent déployé par les MSP, contribuent également à cette construction de nouvelles représentation de la santé. Le support du collectif permet l'échange d'idée et la confrontation pour aboutir à une nouvelle représentation individuelle construite et objectivée, pour aboutir par la suite à une modification des comportements individuels. Selon S. Moscovici (1961), les représentations sont indispensables pour guider les actions des individus. Pour exemple, un des responsables de CCAS d'une des communes rencontrées nous expose l'expérience d'atelier cuisine initié lors de la distribution des colis alimentaire, et permettant ainsi d'engager un travail sur l'équilibre alimentaire auprès des personnes présentes, modifiant par la suite leur rapport individuel à l'équilibre alimentaire indispensable à la santé.

Cette représentation de la santé par les habitants à partir des déterminants sociaux peut contribuer par la suite à un meilleur repérage des actions développées à leur intention sur le territoire de vie et assurer une adhésion, et une participation importante. Pour les politiques en charge des communes, cette représentation sociale de la santé se situe à un niveau décisionnel et de construction des politiques publiques sur leur territoire. Si ces dernières ne possèdent pas de compétence propre dans le domaine de la santé, par leurs actions adaptées aux besoins elles assurent « un volet santé » à tous les niveaux d'intervention et de manière transversale. Elles peuvent se saisir de nouveaux outils créés pour elles, tels que les CLS et venant en soutien de leurs actions. Mais l'objet « CLS », n'existe pas en lui-même, c'est un objet construit par l'ARS, et nécessite une collaboration avec une collectivité territoriale pour l'élaboration. L'ARS connaît bien le CLS, puisqu'il en

est le promoteur. Sa construction repose sur un « kit méthodologique » énonçant les grandes étapes de la création du diagnostic jusqu'à l'évaluation de son déploiement. La collectivité territoriale mobilisée pour l'élaboration et la mise en œuvre doit également développer la même représentation du CLS. Ceci est un préalable incontournable pour une articulation coordonnée entre deux acteurs de champs d'action différents, et en cas de réussite « dans la plupart des cas, les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute ». (Abric, 1994, p. 17)

L'objet « CLS », est un outil à destination des associations, acteurs de terrain, et population d'un territoire. Lors de l'élaboration du CLS, de nombreux acteurs complémentaires sont également mobilisés. La présentation qui leur est faite du CLS doit être claire, et précise. Le sens donné au CLS doit assurer et faciliter la compréhension de l'objectif attendu de ce dispositif par chacun des acteurs se situant à des places et rôles différents. Les échanges engagés ensuite pourront se faire à partir de cette représentation commune du CLS. Dans ce cas, « les représentations sociales jouent un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques, car elles répondent à des fonctions essentielles » (Abric, 1994, p. 15).

La fonction des ARS, associée à celle des collectivités territoriales, correspond au savoir, et permet de poser un cadre de référence, facilitant de fait la communication sociale et l'échange entre les acteurs. Par ce savoir commun du promoteur et de l'effecteur sur le terrain, chaque acteur mobilisé par la suite peut dans ce cas se raccrocher à un groupe identitaire soit celui du politique (en lien avec l'ARS), soit celui des collectivités territoriales en lien avec le terrain et le déploiement des actions. Les représentations guident les orientations en amont et permettent la construction des axes stratégiques du CLS, tout en apportant une justification (en aval) de la prise de position ou de l'implication possible de chacun, ceci est surtout vrai dans les relations intergroupes.

La représentation développée par les individus permet d'organiser une vision commune du réel, d'assurer la connaissance et l'interprétation de ce que le CLS peut permettre et apporter comme changement : il s'agit d'élaborer une fonction cognitive des changements potentiels initiés par la mise en place d'un CLS. La construction d'une représentation commune du CLS, permet une orientation des conduites et des comportements des acteurs mobilisés, quelle qu'en soit leur position. Ensemble, ils pourront négocier le déploiement d'axes stratégiques au niveau des déterminants de santé tout en tenant compte des besoins du territoire, dans le seul objectif de réduire les inégalités sociales de santé.

Au final, si les représentations sociales de la santé par les déterminants sociaux de la santé permettent aux habitants une meilleure compréhension de déploiement de dispositif comme le CLS. Celui-ci nécessite une représentation commune construite des signataires pour garantir un déploiement d'axes stratégiques en lien avec les déterminants sociaux du territoire et repérés par les habitants.

C- La mobilisation d'acteurs diversifiés dans l'élaboration des CLS pour la promotion des politiques territoriale et intersectorielle : objectif final de réduction des Inégalités sociales de la Santé.

La loi HPST de 2009, complétée par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 modifie considérablement l'organisation du système de santé dans le seul but d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé le plus largement possible. Les ARS sont responsables du déploiement des politiques sur leur territoire, en tenant compte des besoins. Cette territorialisation a le mérite de structurer l'offre de soin notamment en positionnant le premier recours comme indispensable dans la réponse à apporter aux besoins de santé des populations. Mais cette nouvelle organisation du système de santé redéfinit également le champ de la santé dans l'ensemble de ses composantes sanitaires, sociale et médico-sociale, et en y intégrant également la dimension de prévention. L'objectif alors, est de sortir de la logique institutionnelle du système de santé pour assurer une offre de parcours de soins intégrée, et valoriser ainsi toutes les démarches de préventions axées sur les déterminants sociaux de la santé dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. Cette nouvelle construction nécessite malgré tout l'implication et la coordination de nombreux acteurs de champs d'interventions différentes, y compris les collectivités territoriales, les représentants d'associations gestionnaires de structures sociales ou médico-sociales, contribuant par leurs actions à la prévention, mais également les habitants. Ces derniers, en tant qu'usagers sont des acteurs à part entière du système de santé et ils doivent être mobilisés dans la construction des nouveaux dispositifs qui leur sont destinés pour qu'ils puissent s'en saisir par la suite.

La santé des personnes est souvent abordée en première intention par les notions de « recours » et d'accessibilités aux offres de soins » de proximité (Annexes 11). Ceci est une préoccupation première des élus interrogés lors des entretiens réalisés dans le cadre du diagnostic territorial pour la mise en place d'un CLS. Soucieux du vieillissement de leur population, et des besoins en soins inhérents à cette situation, ils abordent la notion de la santé par cette difficulté d'absence de professionnels du premier recours sur leur propre commune. De nombreuses communes, malgré cette difficulté ont su s'organiser entre elles et assurer un recours « aux soins dans le respect des exigences de proximité, qui

s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (loi HPST, 2009) pour les habitants. Pour d'autres cela reste compliqué d'apporter une réponse concrète aux demandes, car elles n'ont pas de compétences « santé ». Malgré tout, elles tentent de répondre aux demandes par des actions complémentaires et se conformant de manière indirecte aux exigences de loi HPST. Pour exemple, le transport solidaire permet l'accès aux services de soins pour les populations les plus éloignées, ou n'ayant pas de moyens de déplacement. La mise à disposition de locaux pour faciliter l'installation de nouveaux praticiens. Ces solutions développées à l'initiative de collectivités territoriales ou associatives permettent de répondre aux demandes des habitants.

Les problématiques de santé ne se limitent pas à la simple offre de soins, qui est la plus repérable pour les élus et les populations. La transformation du système de santé depuis 2009 tente d'intégrer les autres champs d'intervention notamment celui du social et médico-social, dans sa dimension de prévention auprès des usagers que sont les habitants des territoires concernés mais également auprès des professionnels de soins du premier recours.

La présence de L'ARS est visible sur le champ du soin, avec l'accompagnement des professionnels de santé sur les territoires. Elle se positionne comme pilote des politiques de soins, incitant fortement ces derniers à se structurer pour répondre aux demandes et besoins des populations. Ainsi, l'ARS n'hésite pas à accompagner les nouveaux dispositifs territoriaux de soins dès lors qu'ils relèvent de l'assurance maladie, afin de donner une réponse visible aux demandes de moyens complémentaires. Les projets de maison de santé pluridisciplinaires modifient les pratiques des professionnels de premiers recours en travail coordonné. La création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), conforte la place et le rôle des équipes de soins primaires. Ces deux nouvelles organisations d'offre de soins doivent permettre une réponse coordonnée et structurée aux besoins des populations. Pour l'ARS, les difficultés d'accès aux offres de soins, ne relèvent pas simplement de la présence ou non de professionnels sur le territoire, mais à la façon dont ces derniers se sont organisés pour travailler ensemble de manière coordonnée, et limiter ainsi les interventions multiples. Toutefois leur déploiement reste de l'appréciation et de la volonté des acteurs de terrain sans que l'ARS puisse intervenir.

Mais la santé ne doit pas être traitée du seul côté de l'offre de soins, qui à elle seule ne peut résoudre tous les problèmes de santé des populations. En plus des inégalités de l'offre de soins, l'élaboration des PRS dans chaque région permet également la mise en évidence des inégalités sociales territoriales de santé, souvent dépendantes des déterminants qui doivent faire l'objet d'une mobilisation d'acteurs multiples pour tenter de les réduire. La création des CLS a été pensée pour agir en ce sens, et permettre un rapprochement entre

Béatrice CADOU-PLANTE -

les ARS (représentant de l'état et garant de la mise en œuvre des politiques de santé sur le territoire sans moyens dédiés) et les collectivités territoriales, n'ayant pas de compétence santé, mais dont le développement de nombreuses actions multisectorielles permet d'agir sur les déterminants sociaux pouvant agir sur la santé.

Penser la santé pour les collectivités territoriales c'est aussi agir sur tous les déterminants structurels qui relèvent du contexte politique et socio-économique du pays mais également sur les déterminants intermédiaires se rapportant aux conditions matérielles psychologiques, facteurs biologiques, et comportementaux. Pour cela, elles peuvent se saisir des CLS, définis par la loi HPST, sans que les modalités de construction et d'élaboration n'en soient déterminées. La construction reste de l'appréciation des différents acteurs mobilisés pour la contractualisation, mais également des instances associatives et partenariales œuvrant déjà sur le terrain, afin de coordonner les actions multisectorielles.

Les préconisations de construction de CLS, énoncées par les ARS lors des questionnaires et entretiens s'appuient toutes sur la nécessité d'un diagnostic territorial partagé permettant la mise en évidence des inégalités sociales de santé, souvent construites par de multiples facteurs, avec des effets cumulatifs tout au long de la vie. Les axes d'actions proposés sont souvent ciblés sur les déterminants sociaux de la santé caractérisés par des actions ciblant les habitudes de vie des individus - avoir une alimentation saine et équilibrée, faire du sport, privilégier un cadre de vie agréable... - et le plus souvent liés aux comportements des individus.

Plus que l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé définis par la charte d'Ottawa, il semble plus judicieux d'intervenir sur les déterminants sociaux des inégalités sociales de santé. Cette approche est défendue par Val Morrison (sociologue) qui détermine une approche du macro au micro sur 8 axes (dont éco-politique, intersectorialité, politique macro sociale) et des approches plus axées sur le parcours de la vie, sur les milieux des personnes, en visant les conditions de vie, les communautés et les personnes. Les différentes interventions mises en œuvre dans les domaines interagissent entre elles. Les actions macro, c'est-à-dire les plus politiques agissant de manière transversale dans différents champs d'intervention ont plus de potentiel de réduire les inégalités sociales de santé (Dupuis, 2017).

Le CLS dans sa conception n'a pas de moyens dédiés pour développer des actions sur le terrain et à destination des habitants directement, cependant sa mission première de coordination des actions intersectorielles déjà existantes doit assurer une mise en

cohérence des actions déployées, et une mutualisation de moyens si nécessaire, une mise en réseau. Il peut assurer une mission de cohésion sociale entre les différents secteurs d'intervention.

Le CLS, dans sa mission de coordination d'actions entre plusieurs porteurs, contribue donc à la construction de politiques intersectorielles pouvant agir sur les déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, plus que sur les déterminants sociaux de santé.

Conclusion

La santé, préoccupation de tout temps par les populations, mais surtout par les gouvernements successifs qui n'ont eu de cesse d'engager de nombreuses réformes pour faire face à l'inflation des dépenses inhérentes aux soins et prestations médicales. La loi HPST de 2009, complétée par la Loi de Modernisation de notre système de santé de 2016, modifie complètement l'organisation de la santé sur notre territoire en intégrant définitivement l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, ainsi que les champs de la prévention. Par la création des ARS, l'état détermine le territoire d'intervention de l'offre de soins à l'échelle de la région. La création d'outil tel que le CLS, permettra une action de proximité en lien avec les collectivités territoriales présentes. Si pour l'ARS, le déploiement de CLS, constitue une forme de territorialisation de la santé dans un budget contraint, pour les collectivités territoriales, plus qu'une mise en évidence des actions déployées, c'est se saisir de l'opportunité de la construction même du CLS pour développer une politique de santé territorialisée.

Dans le cadre de la mise en place d'un CLS à l'échelle d'une communauté urbaine de 31 communes, la phase de diagnostic est organisée selon trois axes : un diagnostic quantitatif, à partir du recours de données chiffrées et des études documentaires, un diagnostic qualitatif auprès des élus et représentants des collectivités territoriales, et un questionnaire à destination de la population. Le déploiement de deux de ces trois méthodes différentes a permis de recueillir la parole des élus, et la représentation qu'ils peuvent avoir sur la santé en générale à travers les actions qu'ils sont en mesure de développer sur leur territoire et en fonction des besoins repérés pour leur population. Le questionnaire des habitants permet de repérer les axes thématiques prioritaires à développer.

Ces deux méthodes de recueil, si elles ne permettent pas de justifier d'une construction de représentation commune de la santé, elles assurent néanmoins une action pédagogique de terrain : la rencontre des élus au sein même de leur commune a permis de repérer le territoire, et d'en comprendre le discours engagé par la suite. Le questionnaire, par ses questions ouvertes permettant une réponse libre et spontanée des répondants nous donne une vision de la santé des personnes qui se rapproche de celle donnée par l'OMS, et sur laquelle on pourra s'appuyer par la suite dans la continuité de déploiement du CLS.

Enfin le questionnaire à destination de l'ARS, permet de comprendre la place qu'elle occupe dans la construction même du Contrat : place d'animateur territorial en soutien des collectivités pour leur permettre la construction d'un CLS adapté aux besoins du territoire. Elle se positionne le plus souvent comme la garante du déploiement des politiques de santé sur le territoire, « comme le chef de file en matière de santé » (Haschar-Noé & Salaméro, 2016).

Au final, le diagnostic ne représente qu'une phase préliminaire du processus de construction du CLS dans son ensemble. Seule l'évaluation complète du processus de construction dans sa globalité permettra de déterminer la contribution réelle du diagnostic dans la réussite ou l'échec de la mise en œuvre du CLS.

Bibliographie

Ouvrages et Articles

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques Sociale et représentations*. Paris: puf.
- ANAP. (2016). *Organisations Territoriales au service la coordination. Tome 1: Cosntruction ddispositifs d'appui à la coordination des situations complexes*. Paris: ANAP.
- Béresniak, A., & G. Duru. (1997). *Economie de la santé*. Paris: MASSON édition.
- Blin, J.-F. (2002). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Bourdillon, F. (2009). La loi HPST et prévention. Dans E. Couty, C. Kouchner, A. Laude, & D. Tabuteau, *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé* (pp. 285-293). Presse de l'EHESP.
- Bourgueil, Y. (2017, 1). L'action locale en santé: rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels? Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 35, pp. 97-108.
doi:10.11684/sss.20170106
- Clavier, C. (2009, 2). Les élus locaux et la santé: Des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé*, 27, pp. 47-74. doi:10.391/sss.272.0047
- Coldefy, M., & Lucas-Gabrielli, V. (2012, Avril). Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé? Evolution de 2003 à 2011. *Questions d'économie de la santé*(175).
- Couty, E., Kouchner, C., Laude, A., & Tabuteau, D. (2009). *La loi HPST regard sur la réformre du système de santé*. Rennes: Presse.EHESP.
- Devreese, E. (2011). *Droit de la santé et réformes hospitalières*. Paris: les editions Demos.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, pp. 243-253.
- Dupuis, P. (2017, juillet). Réduire les inégalités:"ça suffit de se demander pourquoi, on veut savoir comment!". *Revue Education Santé*(335).
- EL Ghazi, L. (2012, 1). Les politiques municipales de santé publique. *Les Tribunes de la santé*(34).
doi:10.3917/seve.034.0019
- Evin, C. (janvier-février 2017). *LEs nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence*. Dalloz.
- Fieschi-Bazin, E. (2017). *contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale, Outils juridiques et stratégies de régulation*. Bordeaux: LEH Edition.
- Fleuret, S. (2016, 6). Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé? Commentaires. *Sciences sociales et santé*, 34(2), pp. 107-115.
doi:10.1684/sss.20160206
- Fouquet, A. (2013/4). L'évaluation des politiques publiques: Etat(s) de l'art et controverses. *Revue Française d'administration publique*, pp. 835-847. doi:10.3917/rfap.148.0835

- Genieys, W., & Hassenteufel, P. (2012, 2). "Qui gouverne les politiques publiques?" Par-delà la sociologie des élites. *gouvernement et action publique*, pp. 89-115.
- Haschar-Noé, N., & Salaméro, E. (2016, 06). La fabrication d'un contrat local de santé "expérimental". Négociations et compromis sous tensions. *Sciences sociales et santé*, 34, pp. 81-105.
- Hudebine, H., Jourdain, A., & Munoz, J. (2014). *Les premières années des ARS dans le secteur médico-social* (Vol. 32). (J. d. médicales, Éd.) ESKA. doi:10.3917/jgem.141.0081
- Lang, T. (2014, 2). Inégalités sociales de santé. *Les tribunes de la santé*, 43, pp. 31-38. doi:10.3917/seve.043.0031
- Louazel, M., & Bernheim, F. (2018). Formation Gestion de Projet.
- Marin, P. (2017, février). Le renversement du système de santé en France. *Les cahiers de la Fonction Publique*(374), pp. 58-63.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). Manuel de recherche en sciences sociales.
- Truchet, D. (décembre 2016). *Droit de la santé publique*, 9^{ème} édition. (L. m. DALLOZ, Éd.) Dalloz.

Sitographie :

Agence d'Urbanisme de la région angevine, AURA, <http://www.aurangevine.org/etudes-et-projets/cohesion-et-renovation-urbaines/contrat-de-ville-unique/> Consulté le 16/02/2018.

Angers Loire Métropole (site internet),

- <http://www.angersloiremetropole.fr/decouvrir/angers-loire-metropole/index.html>, (consulté le 15/02/2018).
- http://www.angersloiremetropole.fr/fileadmin/plugin/tx_dcdownloads/projet_agglo_50p_bd_double-13_07_16.pdf (consulté le 23/02/2018)
- <http://www.angersloiremetropole.fr/actualites/detail/article/3211-un-questionnaire-est-en-ligne-pour-elaborer-le-contrat-local-de-sante-dalm/index.html> (consulté le 31/05/2018)

Caisse Nationale des solidarités et de l'Autonomie, CNSA, <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia> (consulté le 5/06/2018)

Code de la Santé Publique, art L 1411.1.1,

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CA375F731508394FFBCCFE8C5A611A0C.tplqfr37s_1?idSectionTA=LEGISCTA000031927461&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180616 (consulté le 25/04/2018)

Déterminants de la santé (modèle de Solar, OMS CDSS 2010)

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>, (consulté le 15/02/2018)

DREES, www.drees.solidarité-santé.gouv.fr, (consulté le 22/02/2018)

LAROUSSE, dictionnaire de français
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sant%C3%A9/70904>
(Consulté le 25/03/ 2018).

ORS Pays de la Loire : <http://link.orspaysdelaloire.com> (consulté le 15/02/2018)

[Rapport Piveteau](#) : « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf,
(consulté le 5/06/2018)

Référentiel du contrat local de santé, ARS Ile de France
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>,
(consulté le (19/02/2018)

Unité Mixte de Recherche, UMR, ESO Angers
<http://eso-angers.cnrs.fr/fr/index.html>, (consulté le 5/06/2018)

Vie publique, (site), <http://www.vie-publique.fr/focus/que-sont-communes-nouvelles.html>,
(consulté le 23/02/2018)

WordPress : <https://promotionsante.wordpress.com/2009/03/23/declaration-dalma-ata-12-sept-1978/> (consultée le 20/03/2018)

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Lettre de Mission du stage

**Lettre de mission du poste de stagiaire
pour l'accompagnement dans le diagnostic préalable
à la mise en place d'un Contrat Local de Santé sur Angers Loire
Métropole au sein de la Direction Santé Publique.**

La ville d'Angers, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et la Préfecture de Maine et Loire ont signé un Contrat Local de Santé le 13 septembre 2013. Initialement ouvert uniquement à la thématique santé mentale, il s'est étendu à d'autres champs à partir de 2015. Sollicité par l'ARS, le Président d'Angers Loire Métropole a décidé la mise en place d'un Contrat Local de Santé à l'échelle de l'agglomération au plus tard en décembre 2018.

Il est attendu du stagiaire les missions suivantes :

Mission observation en santé – diagnostic :

- Compiler et analyser les études, données, permettant d'établir un état des lieux du territoire d'Angers Loire Métropole relatif à la santé
- Compléter l'état des lieux par une approche qualitative en recueillant l'expression de divers acteurs du territoire (communes, partenaires associatifs, établissements, habitants etc.)
- Identifier les enjeux de santé déterminants sur le territoire

Mission animation – conduite de projet

- Faciliter l'appropriation du diagnostic à l'ensemble des partenaires
- Participer à l'animation des groupes de travail et des instances de pilotage
- Contribuer à la diffusion d'une approche santé globale en prenant en compte notamment l'ensemble des déterminants de santé
- Penser le suivi et les indicateurs d'évaluation du contrat local de santé à venir

Le tuteur de stage

Le stagiaire,

Gérard Boussin
Directeur, Direction Santé Publique

Lettre de mission du 14/12/2017- Béatrice CADOU-PLANTE, Stagiaire à la Direction Santé Publique

Béatrice CADOU-PLANTE -

CAHIER METHODOLOGIQUE

A. Etapes clés de la démarche de construction du CLS ALM

Etapes	Contenu	Exemples
Réalisation d'un diagnostic partagé	<p>Identifier les atouts et faiblesses du territoire et les attentes des différents acteurs.</p> <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Etude des indicateurs santé ✓ Enquêtes/entretiens auprès de : <ul style="list-style-type: none"> • Communes • Professionnels, bénévoles • Habitants, usagers 	<p>Indicateurs santé, indicateurs sociodémographiques</p> <p>Ressentis des acteurs</p>
Définition des priorités santé	<p>Analyse des priorités repérées dans le diagnostic et hiérarchisation et validation</p>	<p>Approche thématique : réduction des risques, santé environnementale, nutrition etc.</p> <p>Et/ou approche par population : Santé des jeunes, des personnes âgées, personnes en situation de précarité</p> <p>Et/ou approche géographique : rural, urbain, territoire politique de la ville etc.</p>
Signature du contrat et mise en œuvre d'un plan d'actions	<p>Traductions des priorités en actions locales</p> <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Constitution de groupes de travail par axes ✓ Accompagnement de la mise en œuvre de coordination, d'actions 	<p>Construction d'un plan d'actions à mener pour chaque groupe de travail thématiques.</p>

B. Objectifs du diagnostic

La démarche de diagnostic santé fait partie intégrante de la mise en œuvre du Contrat Local de Santé.

L'objectif général du diagnostic est de définir des priorités de santé pour le territoire d'Angers Loire Métropole. Il constituera une base de connaissances en matière de santé commune pour les acteurs locaux du territoire.

Le diagnostic doit permettre d'identifier les déterminants de santé défavorables sur le territoire et d'observer la dynamique mise en œuvre sur le territoire en repérant notamment les structures agissant dans le domaine de la santé et du soin et repérer les actions développées sur le territoire.

C. Méthodologie

Dans le but d'avoir une photographie riche et diversifiée, plusieurs outils de recueils de données seront utilisés : analyse documentaire, entretiens semi-directifs avec les communes, enquêtes auprès des professionnels et des habitants.

Le diagnostic pourra également s'appuyer sur l'étude menée par l'AURA sur la santé en fonction de son avancée.

1) Le COPIL de suivi de l'élaboration

Le COPIL a pour but d'assurer :

- le suivi de la démarche diagnostic
- valider les différentes étapes de la démarche
- échanger sur les difficultés
- partager sur les conclusions du diagnostic
- prendre toute décision nécessaire à l'orientation de la démarche

Proposition de composition du COPIL :

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| - Elu référent CLS ALM | - Union des CCAS |
| - 2 ou 3 élus volontaires ALM | - Pilote MAIA |
| - ARS | - CPAM |
| - Département (MDS , PMI) | - MSA |
| - AURA | - Education nationale |
| - CAF | |

2) Etude documentaires

L'étude documentaire a pour objectif de recenser les données existantes sur le territoire. Les thématiques étudiées seront les suivantes : caractéristiques du territoire (démographie, logement ...), situation socio démographique, état de santé, offre de santé, environnement, accès aux soins et aux droits.

Le COPIL pourra également proposer s'il le souhaite d'affiner la recherche sur des populations spécifiques (enfants, personnes âgées, handicapées, vulnérable) ou des thématiques (addictions, prévention du suicide etc.)

3) Entretiens semi-directif auprès des communes

Les communes d'ALM peuvent être plus ou moins mobilisées sur les thématiques santé. Ainsi, un courrier leur a été envoyé fin décembre 2017 les informant de la mise en œuvre du développement d'un CLS sur le territoire d'ALM et les invitant à rencontrer la coordinatrice du contrat local de santé.

Les entretiens poursuivent les objectifs suivant :

- Connaître leurs préoccupations de santé sur leur commune
- Avoir leur perception sur la manière dont une commune peut participer à la promotion de la santé
- Découvrir les initiatives menées sur leur territoire

- Prendre connaissance des difficultés rencontrées

Ces entretiens seront également l'occasion de sensibiliser les élus/ communes à la santé et de valoriser leurs engagements dans le domaine de la santé.

4) Enquête auprès des professionnels / des habitants

Afin de pouvoir recueillir largement l'avis des professionnels, des habitants, une enquête par questionnaire sera diffusée largement. Cette enquête aura pour objectif de recueillir les thématiques santé, les problématiques identifiées par les professionnels et les habitants.

L'enquête sera soumise à l'avis du COPIL de suivi de l'élaboration du mois d'avril. Par ailleurs, les modalités de diffusion, le format et le contenu du questionnaire sont à définir.

5) Groupes de travail par thématiques

Les résultats de l'étude documentaire, des entretiens avec les communes et des enquêtes auprès des habitants et des professionnels permettront de dégager les thématiques les plus prégnantes à travailler.

Une restitution de ces travaux sera présentée à l'ensemble des partenaires, puis ceux-ci seront invités à réfléchir par groupe thématique afin de préciser les axes prioritaires à travailler et les actions à mettre en place.

La composition des groupes de travail et les modalités de travail restent à définir.

6) Calendrier de mise en œuvre

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
COPIL de suivi de l'élaboration												
Etudes documentaires												
Entretiens semi-directifs avec les communes												
Enquête auprès des habitants												
Enquête auprès des professionnels												
Installation de GT par thématique et priorisation d'actions												
Ecriture du contrat												

ANNEXE 3 : Plan d'actions de la démarche de construction d'un CLS

PLAN D' ACTIONS DÉTAILLÉES :				
Démarche de construction d'un CLS-Angers Loire Métropole				
Projet : CLS-ALM		Béatrice CADOU-PLANTE	Date : du 19 février 2018 au 15 juillet 2018	
Étape n° 1 : Déterminer un CLS comme outil de politique en santé (Qu'est-ce qu'un CLS ? La démarche de CLS permet-elle une politique en santé sur un territoire donné ?				
Tâche n°	Responsable	Mode opératoire	Calendrier Date début Date fin	
A. Déterminer ce qu'est un CLS	Béatrice	Recueil de données documentaires	Février 2018	Mars 2018
B. Déterminer ce qu'est une politique en Santé, de santé ou pour la santé ?	Béatrice	Recueil de données documentaires Littérature et Bibliographie	Février 2018	Mars 2018
C. La démarche de CLS, comme outil de politique en santé	Béatrice	Construction du modèle logique permettant de mettre en évidence le lien entre le CLS, et la politique en santé sur un territoire.	Février 2018	Mars 2018
Étape n° 2 : Diagnostic Partagé				
A. Diagnostic territorial quantitatif : Etude des indicateurs socio-démographique et de santé d'ALM.	Béatrice (Stagiaire EHESP)	Données documentaires, en prenant appui sur le diagnostic réalisé par l'AURA en 2016, pour l'élaboration du Projet de territoire d'ALM 2017-2033. A compléter par des données centrées sur la santé (indicateurs santé/ sociodémographiques)	Février 2018	Juin 2018

p. 1Béatrice Cadou-Planté- Stagiaire PPASP-
EHESP\angers.fr\data\profils\redirections\bcadouplante\Desktop\ANNEXE FINAL BIS\3.1 ANNEXE 3- 2018-02-20- Plan d'action[3284].docx

Béatrice CADOU-PLANTE -

Étape n° 3 : Analyse des données				
A. Analyse des données :	Béatrice (Stagiaire EHESP)	A partir des données quantitatives (documentaire) et de la confrontation des données selon trois sources : collectivités territoriales, professionnels/associatifs et attente de la population. - Assurer une compilation (L'orientation choisie doit être au préalable déterminé par le COPIL : thématique/ approche populationnel/ géographique)	Mai 2018	Juin 2018
Elaborer des conclusions	Claire - Béatrice	- Proposer des axes d'actions	Mai 2018	Juin 2018
Étape n° 4 : Mise en place de groupe de travail par thématiques				
Présentation des travaux du diagnostic	Claire		Septembre 2018	Novembre 2018
B. Proposition de groupe de travail par thématique afin de finaliser les actions opérationnel du CLS-ALM	Claire		Septembre 2018	Novembre 2018
Étape n° 5 : Ecriture du Contrat				
A. Rédaction du Contrat en lien avec le COPIL	Claire		Juillet 2018	Décembre 2018

p. 1Béatrice Cadou-Planté- Stagiaire PPASP-
EHESP\angers.fr\data\profils\redirections\bcadouplante\Desktop\ANNEXE FINAL BIS\3.3 ANNEXE 3- 2018-02-20- Plan d'action[3284].docx

Béatrice CADOU-PLANTE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

ANNEXE 4 : Courrier de Présentation du CLS aux Mairies



angers loire métropole
communauté urbaine

Affaire suivie par : Claire Cornelissen
Coordonnatrice du Contrat Local de Santé
Téléphone : 02 41 05 41 15

Angers, le 28 décembre 2017

«Civil»,

Dans une volonté de réduire les inégalités de santé sur le territoire, le Président d'Angers Loire Métropole et l'Agence Régionale de Santé se sont engagés à signer un Contrat Local de Santé pour la fin d'année 2018. Ainsi, les contrats locaux déjà existants à Angers et Trélazé seront réunis dans ce nouveau contrat.

Le Contrat Local de Santé participe à la construction des dynamiques territoriales de santé et permet la rencontre du projet régional de santé porté par l'Agence Régionale de Santé et les aspirations des collectivités territoriales. Le futur contrat sera notamment pensé en articulation avec le projet de territoire.

La santé de la population dépend des conditions de vie et de travail qui interagissent avec les caractéristiques individuelles. Les communes sont alors des actrices clés dans le développement des environnements favorables à la santé. En effet, en tant que collectivité territoriale, vous pouvez agir sur la santé publique grâce à vos compétences dans divers domaines (aménagement urbain, petite enfance etc.). De plus, vos connaissances fines des synergies locales, votre capacité à mobiliser les services municipaux et les réseaux d'acteurs font de vous un interlocuteur incontournable dans la mise en œuvre du Contrat Local de Santé.

C'est pourquoi, la coordinatrice du Contrat Local de Santé, Mme Claire CORNELISSEN, prendra prochainement contact avec vous pour vous proposer une rencontre afin que vous puissiez vous exprimer sur les actions relatives à la santé mises en place sur votre territoire et vos préoccupations en matière de santé. Ces rencontres seront déterminantes dans l'élaboration du contrat puisqu'elles participent pleinement à la phase de diagnostic et permettront de faire une photographie de l'existant mais également de recenser les besoins.

Je vous prie de croire, «Civil», en l'assurance de ma considération distinguée.

Stéphane PIEDNOIR

Angers Loire Métropole
44 rue du Mail - BP 60011 - 49020 Angers Cedex 02
M : 02 41 05 41 00 - F : 02 41 05 39 00

Béatrice CADOU-PLANTE -



Vers un Contrat Local de Santé Angers Loire Métropole



Réduire les inégalités sociales et territoriale de santé

Qu'est ce que le Contrat Local de Santé ?

Avec quoi s'articule le Contrat Local de Santé ?

Comment construire un Contrat Local de Santé au plus près des besoins?

Réduire les inégalités sociales et territoriale de santé

La santé d'une personne c'est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec les caractéristiques individuelles

Un modèle des déterminants de santé

Cette figure présente un modèle de l'influence des déterminants de santé (environnement de vie) concernant les divers facteurs « impactant » la santé s'inscrivant dans de plus larges cadres de l'équité sociale.

Source : Dahlgren G., Whitehead M., Poolev and Savelbergh A. *Revisiting Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 2002.



Les inégalités sociales et territoriales de santé sont socialement construites.

Il est donc possible d'agir, au-delà d'une vision purement médicale, pour les modifier.

Les communes sont des actrices clés par leurs compétences dans divers domaines tels que le logement, l'aménagement urbain, la cohésion sociale, la participation etc.

elles peuvent alors développer des environnements favorables à la santé et réduire les inégalités de santé.

Qu'est ce que le Contrat Local de Santé ?

Le Contrat Local de Santé est outil de mobilisation des acteurs en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriale de santé



Les signataires :
Agence Régionale de Santé - Collectivité territoriale



Les Partenaires,
autres services de l'Etat
Etablissements sanitaire,
social, médico-social
Associations
Usagers, habitants
...



Champs d'intervention
Prévention en santé
Santé environnementale
Accès à la santé et offre de soins
Améliorer les parcours santé des publics vulnérables

Qu'est ce que le Contrat Local de Santé ?

Le Contrat Local de Santé c'est ...

Une démarche contractuelle, partenariale et intersectorielle

Une démarche-projet à partir d'un diagnostic, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation

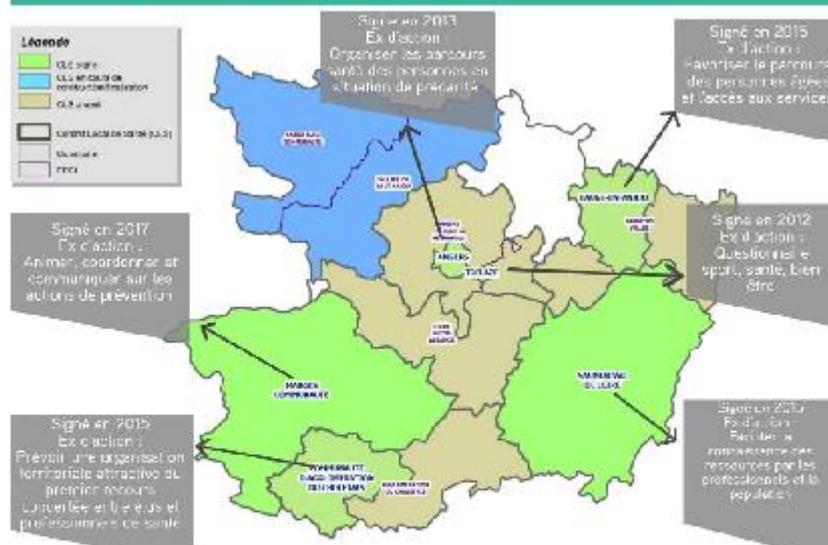
Une démarche territoriale mise en œuvre sur un territoire de proximité

La rencontre des besoins des acteurs du territoire et des besoins identifiés dans le cadre du Programme Régional de Santé



Programme Régional de Santé – feuille de route de la politique régionale de santé de l'Agence régionale de Santé

Quelles sont les actions d'un Contrat Local de Santé ?



Béatrice CADOU-PLANTE -

L'intérêt d'un Contrat Local de Santé à l'échelle d'Angers Loire Métropole?

Porter une vision commune de ce que recouvre la santé et garantir une meilleure santé possible.

Une montée en compétence collective.

Partager sur les réalités des territoires et les pratiques.

Un outil de coordination de politiques publiques permettant de mobiliser plusieurs partenaires autour de la thématique transversale de la santé.

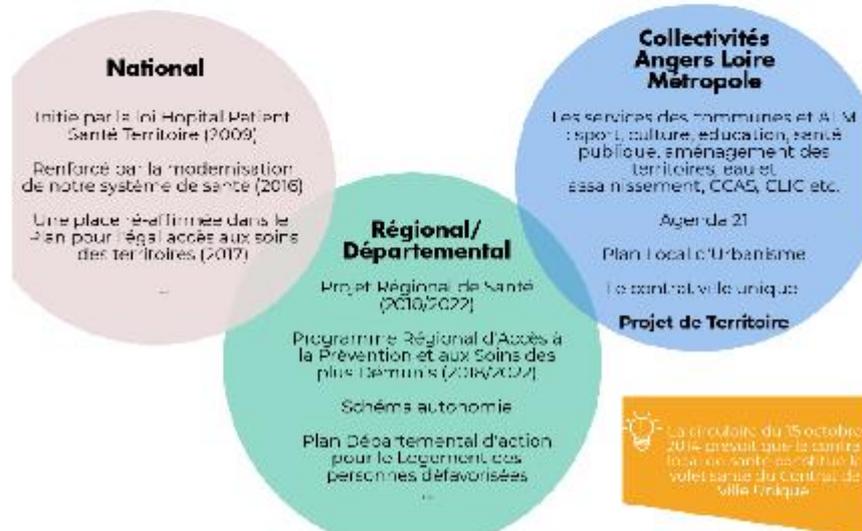
Créer des synergies autour de projets communs.

Soutenir les initiatives déjà existantes et développer des actions innovantes

Faire d'Angers Loire Métropole un territoire de démocratie sanitaire.

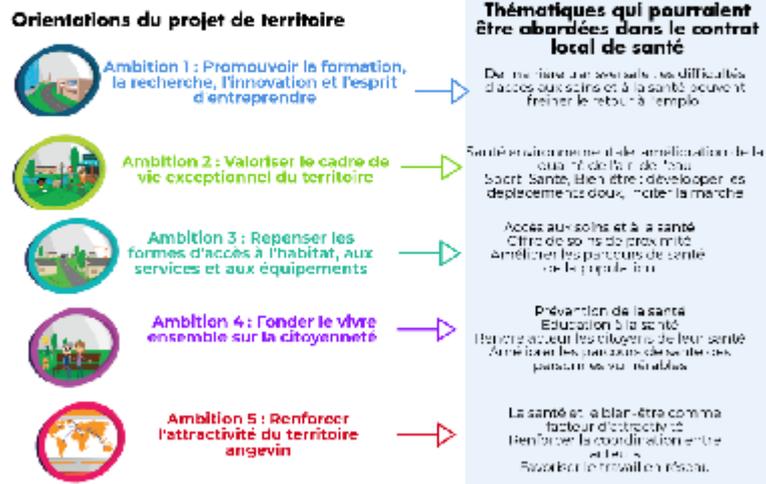
Travailler en cohérence à l'échelle du territoire.

Avec quel s'articule le Contrat local de Santé ?



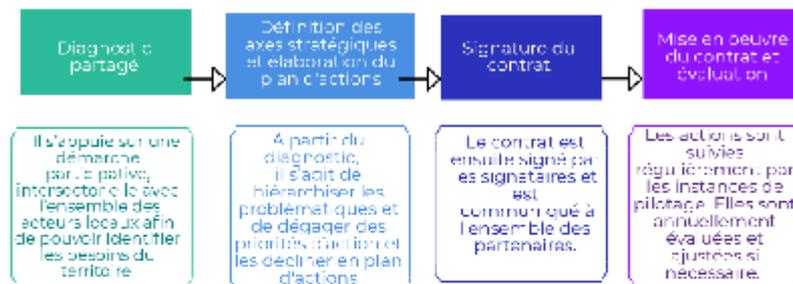
Béatrice CADOU-PLANTE -

Le Contrat local de Santé et le Projet de Territoire : des projets complémentaires étroitement liés



Un Contrat local de Santé au plus près des besoins

Le contrat local de santé résulte d'une démarche conjointe et participative



Béatrice CADOU-PLANTE -

Étapes de construction

Zoom sur la phase d'élaboration

1. Présentation de la démarche du Contrat Local de Santé

- Présentation du CLE à la commission permanente du 4 décembre
- Présentation du CLE à la réunion des DCS du 22 décembre
- Présentation du CLE à la réunion de direction élargie en janvier ou février

2. Sollicitation des communes par courrier à l'issue du 22 décembre

Sur la base du volontariat, les communes seront invitées à :

- Participer aux groupes de travail mis en place pour l'élaboration
- Rencontrer individuellement la coordinatrice du contrat afin que chaque commune puisse s'exprimer sur ses actions relatives à la santé, leurs partenaires de proximité et leurs attentes et besoins

3. Élaboration du diagnostic partagé - élaboration du contrat et du plan d'actions

De janvier à août :

Rencontre de la coordinatrice avec les communes volontaires

Capitalisation des données santé sur le territoire

Mise en place des groupes de travail déterminant les thématiques du contrat

De septembre à novembre : finalisation de la rédaction du contrat

Décembre : signature du contrat



Une attention particulière sera portée à l'implication des habitants dans toutes les étapes du Contrat de son élaboration à sa mise en œuvre.

Des groupes de travail (à l'appui d'élus, de professionnels des services des communes, des partenaires locaux) seront mis en place.

Les personnes identifiées dans la phase d'élaboration pourront intégrer les instances de pilotage du Contrat Local de Santé.

Merci de votre attention.

Béatrice CADOU-PLANTE -

Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

ANNEXE 6 : Plan D'action Rencontre Habitants et Questionnaire

PLAN D' ACTIONS DÉTAILLÉES				
Projet : Recueil auprès des habitants Groupe Focus et Questionnaire		Chef de projet : Coordinatrice, C. Cornelissen Béatrice Cadou- Planté(Stagiaire)	Date : Mars/Mai 2018	
Étape n° 1 : Elaboration de la Méthodologie et validation				
Tâche	Responsable	Mode opératoire	Calendrier	
			Date début	Date fin
Elaboration de la Méthodologie	Béatrice Cadou	Méthodologie de recueil auprès de la population : sollicitation des associations supports des territoires retenues. Présentation pour validation	Février 2018	Validation de la méthodologie : 21 Mars 2018 (DSP)
Cibler les territoires/ prendre contact avec Eux	Coordinatrice Béatrice Cadou	-Angers : support de la MSP pour le quartier des hauts de Saint Aubin -Territoire Ouest Angers : support CSI l'Atelier. Prise de contact - St Barthélemy : village Pierre Rabhi	Mars 2018	31 Mars 2018
Mise en place du COFIL	Coordinatrice	Contact avec Elu en charge du dossier CLS-ALM Programmation du Premier Copil Présentation de la Méthodologie globale et méthodologie intermédiaire --> Recueil auprès des habitants par un questionnaire et Focus-Group		10/03/2018
Étape n° 2 : Prise de contact et Organisation des rencontres Groupes d'habitants				
Prise de contact	Béatrice Cadou	-Contact mail, et téléphonique des structures supports. -Arrêter les dates de rencontres : appel téléphoniques	19/03/2018	31/03/2018
Convocation et invitation	Béatrice Cadou	Courrier d'invitation/ réalisation des affiches, et information auprès des mairies des territoires retenus avec - Lieu à déterminer (Salle). - Heure	4 Avril 2018	6 Avril 2018
Organisation des rencontres	Coordinatrice Béatrice Cadou	-Réservation des salles -Préparer le temps de rencontre -Recueil des données -Analyse des données	4 Avril	20 Avril 2018

Béatrice CADOU-PLANTE -

Étape n° 3 : Questionnaire à destination de la population				
Information des communes	Coordinatrice	Courrier à destination des communes : information du lancement du questionnaire (sollicitation des mairies)	20 Mars	25 Mars 2108
Elaboration du questionnaire	Stagiaire, avec support de la coordinatrice	Questionnaire dématérialisé, et papier	28 Mars	
Test du Questionnaire	Stagiaire	Test : panel de 10 personnes habitants sur 10 commune ou quartiers différents	3 Avril 2018	10 Avril 2018
Validation du questionnaire	Stagiaire	COPIL DSP		12 Avril 2018
Transmission du questionnaire	Coordinatrice	Mairie Associations CCAS	13 Avril 2018	13 avril
Réponses des questionnaires	Stagiaire	Réception des réponses et traitement au fur et à mesure	14 Avril 2018	31 Mai 2018
Relance	Coordinatrice	Mail à destination des Mairies	2 Mai	
Fin et traitement des données	Stagiaire	Création de fichier Excel	31 Mai 2018	6 Juin 2018

Enquête Santé - Habitants Angers Loire Métropole

Afin de répondre au mieux à vos besoins et vos attentes en matière de santé sur Angers Loire Métropole, nous souhaitons recueillir votre avis.

Cette enquête est entièrement anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Nous vous remercions par avance pour votre aide.



Votre Santé

Selon vous, la "santé" c'est quoi?

Donnez quelques mots qui représentent le mieux ce qu'est la santé

Pouvez-vous dire que vous vous sentez en "bonne santé"?

Une seule réponse possible.

- Oui, en général
- Souvent
- Jamais

Au quotidien, comment faites-vous pour rester en bonne santé?

Citez au maximum 3 exemples.

Ce qui favorise la santé

Dans cette liste, quels sont les éléments les plus bénéfiques pour votre santé?

Cochez les 5 propositions qui vous semblent les plus importantes.

Plusieurs réponses possibles.

- Prendre du temps pour soi
- Avoir un médecin traitant
- Etre proche de lieux de soins
- Bénéficier d'un cadre de vie agréable

- Avoir un emploi
- Manger équilibré
- Bénéficier de bilans de santé et de dépistages réguliers
- Avoir accès à une activité culturelle ou de loisir sur sa commune (accès au cinéma, bibliothèque etc.)
- Privilégier son sommeil
- Se faire plaisir
- être entouré
- Faire des activités physiques
- Pouvoir partir en vacances
- Autre :

La santé à côté de chez vous

En cas de problème de santé, à qui faites-vous appel de préférence ?

Cochez les 3 propositions les plus significatives pour vous.

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
- Pharmacien
- Votre entourage (famille, amis, proches)
- Les Urgences
- Pompier
- Infirmier
- SAMU/Urgence
- Autre :

Si vous êtes malade un Week-end ou la nuit, qui sollicitez-vous en premier ?

Donnez votre réponse selon ce que vous faites spontanément.

Une seule réponse possible.

- Vous appelez le 118/117 (médecin de garde)
- Vous vous rendez aux urgences
- Vous appelez les pompiers
- Vous attendez que cela se passe
- Vous attendez pour pouvoir joindre votre médecin traitant habituel.
- Autre :

Accès aux soins

Pour les besoins de consultations de spécialistes, vous vous adressez en priorité :

Une seule réponse possible.

- Au service public (ex : hôpital)
- Au service privé (ex : clinique)
- Consultations libérales
- Autre :

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des difficultés à vous soigner?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 9.
- Non Passez à la question 11.

Vous avez répondu avoir eu des difficultés à vous soigner.

Auprès de quels professionnels de soins avez-vous eu des difficultés ?

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
- Kinésithérapeute
- Infirmier
- Dentiste

- Psychiatre
- Dermatologue
- Gynécologue
- Ophtalmologue
- Je ne savais pas à quel professionnel m'adresser
- Autre :

Pour quelles raisons?

Plusieurs réponses possibles.

- Financières
- Délai d'attente des rendez-vous
- Je ne peux pas me déplacer
- Je n'ai pas de mutuelle
- Refus de prise de RV par le praticien
- Autre :

Aide et accompagnement social

En cas de besoin, si vous avez un problème à régler, qui sollicitez-vous en premier pour vous aider?

Une seule réponse possible.

- Mairie *Passez à la question 13.*
- CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) *Passez à la question 13.*
- Assistante de service social *Passez à la question 13.*
- Centre social sur le quartier ou commune *Passez à la question 13.*
- Votre entourage *Passez à la question 13.*
- La mission Locale *Passez à la question 13.*
- Point infos -Jeunesse *Passez à la question 13.*

- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) *Passez à la question 13.*
- Association que j'ai repérée(nommer) *Passez à la question 13.*
- Personne: je ne fais pas de demande *Passez à la question 12.*
- MDS (Maison Départementale des solidarités) *Passez à la question 13.*
- Internet *Passez à la question 13.*
- Autre : *Passez à la question 13.*

Vous avez répondu ne solliciter personne en cas de besoin.

Pourquoi ?

Une seule réponse possible.

- Je n'ai pas connaissances des aides
- J'ai connaissance des aides possibles mais je ne sais pas à qui m'adresser pour en bénéficier
- Je préfère me débrouiller tout seul
- Autre :

Environnement, cadre de vie et logement

Pour chaque domaine, notez de 1 à 6.

6 étant la meilleure note et 1 la moins bonne. Une réponse par ligne est demandée.

Plusieurs réponses possibles.

	1	2	3	4	5	6
Votre logement	<input type="checkbox"/>					
Les nuisances sonores autour de chez vous	<input type="checkbox"/>					
Les relations avec votre voisinage	<input type="checkbox"/>					
La sécurité publique dans votre quartier, votre commune	<input type="checkbox"/>					
La pollution dans votre environnement	<input type="checkbox"/>					

La propreté
des espaces
communs
autour de chez
VOUS

Propositions

Selon vous, quels sont les domaines qui vous semblent prioritaires?
Cochez 5 thématiques

Plusieurs réponses possibles.

- L'alimentation
- La qualité de l'eau et de l'air
- Les addictions (Alcool, tabac, drogues etc.)
- Les nuisances sonores
- L'activité physique et sportive
- La santé mentale
- Le sommeil
- L'autonomie et l'avancée en âge
- La prévention des maladies
- L'accès aux droits en santé (couverture sociale, mutuelle)
- Autre :

Profil

Vous êtes?

Plusieurs réponses possibles.

- Un homme
- Une femme

Âge,

Une seule réponse possible.

- Moins de 25 ans
- 26 à 45 ans

- 46 à 59 ans
- 60 à 74 ans
- 75 et plus

Votre lieu de résidence?

Une seule réponse possible.

- Angers *Passez à la question 18.*
- Avrillé *Passez à la question 20.*
- Beaucouzé *Passez à la question 20.*
- Béhuard *Passez à la question 20.*
- Bouchemaine *Passez à la question 20.*
- Briollay *Passez à la question 20.*
- Cantenay-Epinard *Passez à la question 20.*
- Ecoufiant *Passez à la question 20.*
- Ecuillé *Passez à la question 20.*
- Feneu *Passez à la question 20.*
- Le Plessis-Grammoire *Passez à la question 20.*
- Les Ponts-de-cé *Passez à la question 20.*
- Loire-Authion *Passez à la question 20.*
- Longuenée-en-Anjou *Passez à la question 20.*
- Montreuil-Juigné *Passez à la question 20.*
- Mûrs-Erigné *Passez à la question 20.*
- Saint-Barthélemy-d'Anjou *Passez à la question 20.*
- Saint-Clément-de-la-Place *Passez à la question 20.*

- Sainte-Gemmes-sur-Loire *Passez à la question 20.*
- Saint-Jean-de-Linières *Passez à la question 20.*
- Saint-Lambert-la-Potherie *Passez à la question 20.*
- Saint-Léger-des-Bois *Passez à la question 20.*
- Saint-Martin-du-Fouilloux *Passez à la question 20.*
- Sarrigné *Passez à la question 20.*
- Savennières *Passez à la question 20.*
- Soucelles *Passez à la question 20.*
- Soulaines-sur-Aubance *Passez à la question 20.*
- Soulaire-et-Bourg *Passez à la question 20.*
- Trélazé *Passez à la question 19.*
- Verrières-en-Anjou *Passez à la question 20.*
- Villevêque *Passez à la question 20.*

Si Angers, nommez le quartier

Une seule réponse possible.

- Belle Beille *Passez à la question 20.*
- Montplaisir *Passez à la question 20.*
- Hauts de Saint Aubin *Passez à la question 20.*
- La Roseraie *Passez à la question 20.*
- Madeleine-Saint Léonard-Justice *Passez à la question 20.*
- Centre *Passez à la question 20.*
- Doutre *Passez à la question 20.*

Section sans titre

Si Trélazé, nommez le quartier

Votre situation

Une seule réponse possible.

- En emploi
- En recherche d'emploi
- Etudiant(e)
- Retraité
- Autre :

Votre situation personnelle et familiale

Une seule réponse possible.

- Seul(e)
- Seul(e), avec enfant(s)
- En couple, sans enfant
- En couple avec enfant(s)
- Autre :

Merci de votre collaboration

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par
 Google Forms

Terminé à 0 %

Questionnaire "CLS: Elaboration, mise en œuvre et évaluation"

*Obligatoire

Questionnaire à destination des DDT des ARS en charge de l'accompagnement des collectivités territoriales pour l'élaboration de CLS

En formation de Master2 « Pilotage des Politiques et actions en santé publique » au sein de l'EHESP de Rennes, j'effectue actuellement mon stage au sein d'une collectivité territoriale pour l'élaboration d'un CLS à l'échelle d'une communauté urbaine. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite mettre en évidence le lien entre les différents acteurs que sont les ARS, Les Elus et les habitants dans la construction d'un CLS. Pour les ARS, je vous propose donc ce questionnaire. Il peut être renseigné par tous professionnels en charge d'un CLS, mais également par des professionnels travaillant au sein de l'ARS, mais n'étant pas nécessairement impliqué. Chaque professionnel doit exposer ce qu'est pour lui un CLS, ce qu'il connaît du pilotage et de la gouvernance d'un CLS, et des orientations prise par l'ARS pour la mise en place sur son territoire. Il ne s'agit pas d'un exposé d'un CLS type. N'hésitez pas à le diffuser largement au sein de votre ARS. Je vous remercie de votre collaboration
Béatrice CADOU-PLANTE- élève EHESP- M2 PPASP- 2017/2018

Présentation du CLS

Un CLS c'est quoi pour vous? *

Connaissez-vous son origine?

A qui est-il destiné?

Plusieurs réponses possibles.

- Aux professionnels de santé
- Aux habitants d'un territoire
- Aux collectivités territoriales
- Autre :

Quel est le territoire pertinent pour le déploiement d'un CLS?

Une seule réponse possible.

- La commune
- Communauté de commune EPCI
- Agglomération
- Pays

Béatrice CADOU-PLANTE -

Quels sont les objectifs d'un CLS? (3 max)

Qui prend la décision d'élaborer un CLS?

Est-ce une orientation prioritaire, inscrite dans le projet de votre agence?

Qui sont les signataires d'un CLS

Plusieurs réponses possibles.

	obligatoirement	Parfois	Jamais
ARS			
Collectivités territoriales			
Département			
Associations "porteurs" de projets			
Education Nationale			
CPAM			
Autre			

Quels sont les devoirs des parties signataires?

Plusieurs réponses possibles.

- Le respect du contrat : les objectifs inscrits doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un bilan chaque année
- Les axes stratégiques inscrits doivent être en lien avec le PRS
- Les actions citées doivent être mise en place et opérationnelle durant la validité du contrat
- Les parties signataires s'engagent à dédier des moyens de fonctionnement (humains et financiers) pour appuyer les groupes de travaux
- Il y a un engagement contractuel, donc juridique qui lie chacune des parties signataires
- Autre :

Quelles sont les obligations des signataires

Plusieurs réponses possibles.

- Maintenir les actions tout au long de la durée du contrat
- Etre présent ou se faire représenter lors des groupes de travail
- Participer aux décisions publiques
- Porter le CLS à l'échelle du territoire
- Autre :

GOVERNANCE

Qui doit piloter le CLS selon vous?

Plusieurs réponses possibles.

- ARS
- Collectivités territoriales
- Les établissements sanitaires du territoire
- Les associations
- Les professionnels du premier recours
- Autre :

Sur quelles bases se construit un CLS?

Plusieurs réponses possibles.

Sur quelles bases se construit un CLS?

Plusieurs réponses possibles.

- Un diagnostic territorial établi par l'ARS seule
- La collectivité territoriale s'appuie sur son propre diagnostic qualitatif et quantitatif
- Les orientations du PRS
- L'ensemble d'un territoire de santé doit être couvert par un CLS
- Les demandes des habitants
- Les demandes des professionnels de soins
- Sur une démarche partenariale entre l'ARS, les collectivités territoriales, et les porteurs de projets concernés
- Autre :

Comment la démarche est-elle formalisée?

Plusieurs réponses possibles.

- Par une procédure
- Un cahier des charges
- Un document interne
- Un kit méthodologique
- Une directive nationale modélisant le CLS
- Autre :

Est-ce qu'un diagnostic territorial est réalisé?

Une seule réponse possible.

- **Oui** *Passez à la question 15.*
- **Non** *Passez à la question 18.*

Passez à la question 18.

Diagnostic

si oui par qui

Une seule réponse possible.

- ARS
- Collectivité territoriale concernée
- Le coordinateur CLS
- Cabinet de conseil extérieur
- Autre :

Quel est l'objectif de ce diagnostic?

Quels sont les indicateurs les plus pertinents?

Plusieurs réponses possibles.

- Indicateurs socio-démographiques
- Indicateurs de précarité
- Indicateurs sur l'offre de soins
- Indicateurs de dépenses de soins
- Autre :

Pilotage

Un COPIL d'élaboration du CLS est-il mis en place ?

Une seule réponse possible.

- **oui** *Passez à la question 19.*
- **non** *Passez à la question 24.*

Si oui, par qui?

Quels sont les partenaires sollicités?

Plusieurs réponses possibles.

- Elus
- MSA
- CPAM
- ARS
- Education Nationale
- Habitants
- Autre :

En général, le COPIL permet de :

Plusieurs réponses possibles.

- Solliciter les élus des communes concernées par le CLS, en cours d'élaboration
- Solliciter les habitants, pour recueillir leurs avis et besoins
- Déterminer les axes stratégiques
- Déterminer les actions à développer
- C'est le COPIL qui rédige le contrat qui sera soumis à la signature
- Détermine seul la gouvernance
- Autre :

Le COPIL, pour élaborer le contrat peut-il s'appuyer sur un budget dédié?

Une seule réponse possible.

- **Oui** *Passez à la question 23.*
- **Non** *Passez à la question 25.*

Budget dédié?

A quoi sert le budget?

Une seule réponse possible.

- Financer le coordinateur du CLS
- Financer les actions inscrites dans le CLS
- Financer les deux
- Permet de mettre en place de nouvelles actions?
- Autre :

La mise en Œuvre et les Actions du CLS

Le fonctionnement du CLS s'appuie uniquement sur les axes stratégiques du contrat?

Une seule réponse possible.

- **Oui** *Passez à la question 26.*
- **Non** *Passez à la question 25.*

Le fonctionnement

Si Non, Pourquoi?

Actions

Dans un CLS, est-ce que la participation citoyenne est systématique?

Une seule réponse possible.

- **Oui** *Passez à la question 27.*
- **Non** *Passez à la question 28.*

Participation citoyenne.

Si oui, pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour recueillir leurs demandes et besoins autour de la santé
- Obligation d'une participation citoyenne dans toute démarche d'élaboration d'un CLS
- Assure l'adhésion des habitants aux actions proposées
- Pour participer au groupe de travail
- Pour participer au diagnostic préalable à la mise en place du CLS
- Pour adapter les actions en fonctions de leurs demandes
- Autre :

Participation citoyenne.

Si Non, Quels sont les leviers possibles permettant cette participation?

Evaluation et Suivi des CLS

Une évaluation du CLS est-elle faite systématiquement?

Une seule réponse possible.

- **Oui** *Passez à la question 30.*
- **Non** *Passez à la question 31.*

Evaluation

Si oui, par qui?

Plusieurs réponses possibles.

- Le coordinateur de CLS
- Les collectivités territoriales
- Les porteurs des actions
- L'ARS
- Autre :

Evaluation

Qu'est ce qui caractérise la plus-value d'un CLS?

Plusieurs réponses possibles.

- Réalisation des actions inscrites dans les axes stratégiques du contrat.
- La participation effective des habitants
- La coordination et la mise en réseau des différents acteurs d'un territoire
- L'inscription de nouvelles actions
- Autre :

Y-a-t-il des attentes spécifiques de la part de l'ARS, vis-à-vis d'un CLS?

Profil du répondant

Vous répondez en qualité de...?

Une seule réponse possible.

- Directeur d'ARS
- Délégué territorial en charge du déploiement des CLS
- Agent de l'ARS sans action propre dans le cadre de CLS
- Médecin
- Autre :

Avez-vous géré la mise en place d'un CLS avec une collectivité territoriale?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre :

Retour d'enquête

Souhaitez-vous recevoir les résultats?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 36.*
- Non *Passez à "Merci pour votre collaboration".*

Section sans titre

Adresse Mail?

Merci pour votre collaboration

beatrice.cadou-olante@eleve.ehesp.fr

Fourni par

Lien direct pour accéder au questionnaire en ligne

<https://goo.gl/forms/Xj9NYQNIPvWUyArR2>

ANNEXE 8 bis : Grille d'analyse du questionnaire ARS

18/04/2018

Questionnaires à destination des ARS

Dans le cadre de la loi HPST de 2009, les ARS se sont vu doté d'un nouvel outil, qu'est le CLS. En effet afin d'avoir une action concertée avec les collectivités territoriales, les ARS ont la possibilité d'engager un Contrat Local de santé avec ces dernières, à destination des populations, et dans le but de diminution des inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants de la santé d'un territoire.

Le contrat Local de santé est la rencontre opérationnelle sur le territoire entre les orientations des ARS et les politiques des collectivités territoriales, afin de répondre aux objectifs du PRS.

Au regard des CLS présent sur le territoire Français, leur construction, et la multiplicité de différences de contrats signés (Territoire, population, acteurs signataires), mais également l'autonomie des ARS, je souhaite comprendre comment le CLS est réalisé au sein de chacune des ARS ?

A savoir :

- La représentation sociale de l'outil CLS par les agents des ARS, qui sont en charge de leur déploiement.
- La traduction du CLS à partir de la Loi HPST 2009, au sein de chaque ARS ?
- L'importance ou non de la phase d'élaboration du CLS ? Comment cette réflexion permet une opérationnalité sur un territoire prédéterminé ?
- Comment les ARS s'en saisissent positionne le CLS comme un outil d'action sociale et de soins pouvant agir sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités sociales de la santé : le CLS comme outil des politiques publiques de santé

Thématique		Questions	Thématiques sous-jacentes recherchées	
Le CLS, outil de la loi HPST= Connaissance générale permettant une représentation sociale du CLS	1	Un CLS c'est quoi ?	Représentation personnelle du CLS, à partir de ses connaissances	Identification connaissance Appropriation de l'Outil CLS
	2	Connaissez-vous son origine ?	Connaissance de la Loi HPST, et de la Traduction du CLS, inscrit comme l'outil permettant la réduction des inégalités sociales de santé	
	3	A qui est-il destiné ?	Orientation du CLS : à qui s'adresse le CLS, pour quelle population ?	
	4	Quels sont les objectifs d'un CLS ?	Quels sont les objectifs d'un CLS selon vous ? A quoi sert un CLS ? A-t-il une action directe sur les populations des territoires, ou est-ce simplement un outil contractuel entre ARS et collectivité territoriales,	

	6	Est-ce une orientation Prioritaire inscrite dans votre agence ?	Obligation des ARS ? au regard de la loi HPST ? Est-ce une orientation du CPOM des ARS ?	Législation/obligation/engagement
	7	Qui sont les signataires ?	Est-ce uniquement un contrat entre ARS représentant de l'état et les collectivités territoriales ? Ou peut-il y avoir d'autres signataires ?	
	8	Quels sont les devoirs des parties signataires ?	Engagement des parties signataires ? Obligations d'actions, obligation de résultats au regard des moyens alloués ? (financiers/Moyens Humains)	
	9	Quelles sont les obligations des parties signataires		
	10	Qui doit piloter le CLS ?	Portage du CLS ? comment est décidée la gouvernance du CLS ? outil de l'ARS ? ou outil pour les collectivités territoriales avec organisation de la gouvernance ? Gouvernance Anticipée ? Co-construite Indispensable pour l'élaboration du CLS	Gouvernance
Elaboration du CLS :	11	Sur quelles bases se construit un CLS ?	Méthode générique de la construction d'un CLS : à partir de la définition d'un CLS et les résultats attendus	Construction partenariale
	12	Comment la démarche est-elle formalisée ?		Pilotage
Diagnostic Obligatoire, pour une compréhension des besoins du territoire ?	13	Est-ce qu'un diagnostic territorial est réalisé ?	Généralisation du diagnostic indispensable pour cartographier les besoins du territoire, et repérer les inégalités sociales de santé sur lesquelles le CLS devra agir.	
	14	Si oui par qui ?		
	15	Quel est l'objectif de ce diagnostic ?	Indicateurs pertinents	
	16	Quels sont les indicateurs les plus pertinents ?		
Pilotage ?	17	Un COPIL d'élaboration du CLS est-il mis en place ?	Réflexion partagée sur l'élaboration du CLS, entre ARS et la collectivité territoriale	
	18	Si oui, Par qui ?		
	19	Quels sont les partenaires sollicités ?	Ouverture du COPIL, pour un travail en réseau et appropriation par les acteurs de différents champs. Lisibilité du CLS sur le territoire concerné.	
	20	En général le COPIL, permet de ?		
	21	Le COPIL, pour élaborer le contrat peut-il s'appuyer sur un budget dédié ?		
				Moyens alloués facilitateur d'action ?

	22	A quoi sert le budget		
Fonctionnement : Axes stratégiques/ actions et mise en œuvre	23	Le fonctionnement du CLS s'appuie uniquement sur les axes stratégiques du Contrat ?	Permet de savoir si les axes stratégiques sont fixés une fois la signature du contrat ; possibilité d'ajustement du contrat en fonction des besoins sur le territoire.	Action du CLS
	24	Si non pourquoi ?		
	25	Dans un CLS est ce que la participation citoyenne est systématique ?	Savoir si la participation citoyenne est recherchée ? Est-ce une obligation ? Est-ce qu'elle est inscrite dans l'élaboration et la mise en œuvre des CLS dans le cahier des charges des ARS ?	
	26	Si oui, Pourquoi ?		
	27	Si non, quels sont les leviers possibles permettant cette participation ?	Savoir si les ARS, et les collectivités territoriales se donnent les moyens de recueillir l'avis de la population ? Existent-ils des leviers pour faciliter cette participation citoyenne ?	
Evaluation et Suivi des CLS	28	Une évaluation est-elle faite systématiquement ?	Inscription des modalités de l'évaluation du CLS, pour favoriser le réajustement.	Suivi Effets Evaluation
	29	Si oui par qui ?	Responsabilité de l'évaluation	
	30	Qu'est ce qui caractérise la plus-value d'un CLS	Quels sont les indicateurs pertinents retenus pour caractériser la plus-value du CLS, et faciliter la communication.	
	31	y-t-il des attentes spécifiques de la part de l'ARS, vis à vis d'un CLS ?	Quels sont les facteurs de réussite d'un CLS, Quels sont les attendus d'un CLS, à court, moyen et long terme ?	

ANNEXE 9 : Grille d'entretien semi- directifs des mairies

Guide d'entretien des rencontres communes

L'entretien semi-directif est ouvert et adaptable. Dans la grille d'entretien présentée ci-dessous les questions qui figurent dans la colonne « Question principale » seront en priorité posées. L'ordre des questions posées dépendra des échanges. La colonne « thématique sous-jacente » constitue les thématiques qui devraient être abordées lors des entretiens. Elles pourront éventuellement posées si l'interviewé ne fait à aucun moment référence à ces thèmes.

Thématiques	Question principale	Thématique sous-jacente
Déterminants de santé, conditions de vie, Perception du territoire	Quels sont les atouts de votre territoire ?	
	Quelles sont les faiblesses de votre territoire ?	
Préoccupation santé sur la commune	Avez-vous identifié des problématiques santé sur votre territoire ?	<i>Quelles problématiques ? quels publics sont concernés ?</i>
		<i>Comment les avez-vous identifiées ? comment s'organise le repérage des difficultés ?</i>
		<i>Avez-vous déjà réalisé des diagnostics, études santé ?</i>
		<i>Comment faites-vous remonter les besoins ?</i>
Initiatives menées sur la commune Perception dont la commune peut participer à la promotion de la santé	Comment intéressez-vous à la santé ?	<i>Comment la collectivité est organisée pour travailler la santé ? (Service dédié, élu santé...)</i>
		<i>Quelles actions en faveur de la santé sont menées sur le territoire ? (Actions menées par la collectivité et actions menées en partenariat)</i>
		<i>Les habitants sont-ils mobilisés sur la question de la santé (collectif d'habitants etc.)</i>
Dynamiques territoriales	Quels sont vos partenaires privilégiés lorsque vous travaillez la santé ?	

ANNEXE 10 : Exemple de compte-rendu d'entretien mairie

COMPTE RENDU RENCONTRE « Entretien M » (28-02-2018)

THEMATIQUES	Etaient présents : Mr D. maire, Mr M. Adjoint action sociale et des solidarités, et Mr B. CCAS.
Atouts du territoire	Territoire dynamique, avec beaucoup d'actions développées contribuant au bien vivre et à la santé Bien structuré, avec un tissu associatif conséquent Soutien de la Mairie : un budget santé et prévention dédié.
Faiblesses /enjeux du territoire	Absence de contrat « volet santé ». Peu de communication entre les collectivités voisines pour une cohérence de développement d'offre de soins.
Problématiques santé prise en charge par la commune	Prévention : « compétence dans la prévention au travail » à plusieurs communes, reprise par l'agglomération sur les sujets de sécurité au travail et prévention troubles psychiques et troubles psychosociaux. <ul style="list-style-type: none"> - Action au niveau du Village Pierre Rabbi - Population vieillissante et accès aux soins - Lutte contre la solitude et isolement - Participation « semaine Bleue » : actions diverses, « comment bien vieillir », « atelier mémoire ». - Bilan de santé proposés aux habitants/ partenariat IRSSA. Actions du CCAS comme promoteur et coordinateur d'action : <ul style="list-style-type: none"> - Approche populationnelle : enfants, familles, ado, P.âgées, et personnes handicapées. - Support des 5 collectifs. Offre de santé de premier recours : Présente sur le territoire, mais demande une harmonisation avec les communes de proximité, car la mairie reçoit régulièrement des demandes d'installations de praticiens libéraux.
Problématiques santé identifiées	Diagnostic difficile en direction de la santé Pas de repérage précis des besoins en santé Absence d'accès aux soins dentaires +++ Absence d'un comportement de prévention de la population en général : A développer. Précarité et troubles psychique : absence de coordination institutionnelle, entraînant des problèmes de l'ordre public, difficultés des collectivités territoriales d'accompagner ces personnes. (Absence de collectif santé pour développer un accompagnement adapté)
Mobilisations / Partenariats autour de la santé	Support du Village Pierre Rabbi CCAS Association collectifs
Attentes envers le CLS	Communication Echange des pratiques
Espace d'exercice de la citoyenneté	

Béatrice CADOU-PLANTE -

ANNEXE 11 : Grille d'analyse des entretiens mairie

Analyse de l'enquête qualitative des Mairies

Objectifs :

Recueillir auprès des élus, leurs perceptions de leur commune, territoire d'intervention autour de la thématique principale de la santé.

Comment :

Questionnaire semi- directifs (cf grille de suivi des entretiens)

Puis compte rendu individuelle à partir d'une grille commune, afin d'en effectuer l'analyse par la suite (cf grille de CR)

Personnes concernées :

Auprès des élus des communes, ou toutes personnes mandatés par le Maire pour nous rencontrer : Adjoint aux affaires sociale, salariés et responsable de CCAS, ou services dédiés à la jeunesse quand elle est inscrite dans la politique de la commune.

Thématiques abordées :

Chaque entretien fera l'objet d'une retranscription autour de 3 axes,

	Thématiques	Objectifs	Critères
Axe 1	Perception du territoire concernant les conditions de vie des habitants	On cherche à mettre en évidence les déterminants structurels (relevant du contexte politique et socio-économique) et les déterminants intermédiaires (conditions matérielles, psychologiques, facteurs biologiques, et génétiques, aux comportements et accès aux soins...)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire apparaître les atouts et faiblesses en terme de santé sur le territoire, dans un objectif de prospective futur. - Mise en avant des habitudes des élus (communes de moins de 3000 habitants) et des habitants, et association - appui sur les actions déjà existantes ;
	Thématiques	Objectifs	Critères
Axe 2	Repérage des problématiques de santé sur le territoire	Déterminer les modalités de repérage des problématiques de santé sur le territoire, et comment ils sont objectivés ; Comment les besoins en terme de santé sont repérés et connus pour permettre aux élus d'avoir une politique en santé globale.	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que les pb de santé spécifiques sont connus ? - Quelles sont les préoccupations les plus prégnantes ? - Comment ? Modalités - Par qui ? - Est ce que le repérage est objectivé. (Circuit d'information/ Mairie/procédure...)
			Critères
Axe 3	Quelle est la position de la commune quant à la Santé sur le territoire	Connaitre la posture de la commune, et les actions menées par la commune pour la santé globale des habitants	<ul style="list-style-type: none"> - Comment ces pb sont-ils pris en considérations par la commune? - Quels actions sont menées et proposées ? - Qui porte les actions ? Portage - Quels partenaires - quels champs d'intervention ? Modalités Conventions ? ou autres mode de participations sociales

ANNEXE 12 : Liste des Entretiens mairies

Listes des entretiens MAIRIES

ville	DATE RV	Personnes rencontrées
A	16/02/2018	Maire
B	20/02/2016	Maire et adjointe aux affaires sociales
C	30/01/2018	Ajointe aux affaires sociales et familiales
D	07/02/2018	Maire
E	12/02/2018	Maire
F	13/02/2018	Maire
G	13/02/2018	Maire
H	14/02/2018	Maire + adjointe service social
I	14/02/2018	Annulation du RV
J	14/02/2018	Maire/ Adjointe Pôle social et solidarité / Vice-Présidente du CCAS
K	15/02/2018	Maire
L	15/02/2018	Maire
M	28/02/2018	Maire + adjoint + directeur service social
O	28/02/2018	RV téléphonique
P	01/03/2018	Maire et DGS
Q	01/03/2018	Adjointe aux affaires sociales + conseillère CCAS
R	06/03/2018	Maire + Adjointe aux affaires familiale
S	14/03/2018	Maire
T	19/03/2018	Maire, DGS, adjointes aux affaires sociales et responsable CCAS et responsable du CSI
U	22/03/2018	Maire
V	29/03/2018	Adjointe aux affaires sociales et DGS
W	09/04/2018	Maire + Adjointe aux affaires sociales et familiales
X	10/04/2018	Adjoint aux affaires sociales, Responsable CCAS, et responsable du services aux personnes
Y	13/04/2018	Maire+ adjointe aux affaires sociales, et Elu responsable de la voirie
Z	13/04/2018	Maire + DGS
AA	16/04/2018	Adjoint aux affaires sociales et directeur du CCAS
AB	19/04/2018	Adjointe aux affaires sociales
AC	19/05/2018	Adjointe aux affaires sociales
AD	pas de réponse	
AE	pas de réponse	

Béatrice CADOU-PLANTE -

ANNEXE 13 : Analyse des questionnaires habitants

Analyse Questionnaires-Habitants/ALM au 30/05/2018

Au 31/05/2018 : 834 répondants, 817 questionnaires pris en compte.

Traitements des résultats :

Traitement à partir des thématiques suivantes :

- La représentation et la connaissance de la santé, exprimé de manière spontanées : questions ouverte et questionnant le « sentiment d'être en bonne santé » (Q1-Q2)
- Repérer les leviers et les freins exprimés pour « être » ou se sentir en bonne santé : (Q3-Q4)
- Les recours aux soins, en fonction de l'offre de soins (Q5-Q6), et en fonction des habitudes des répondants (Q7)
- L'accès aux soins (Q8-Q9-Q10),
- Le recours aux droits (Q11-Q12)
- Perception de l'environnement et du cadre de vie (Q13)
- Les thématiques santé prioritaires selon les habitants (Q14)

Importance de mise en évidence de l'ancrage territorial, selon les habitudes de vie et de déplacements sur ALM.

Complément d'analyse :

- Profil des répondants
- Profil selon l'âge
- Profil selon le caractère social

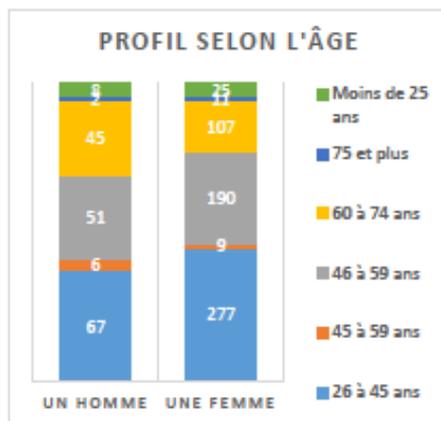
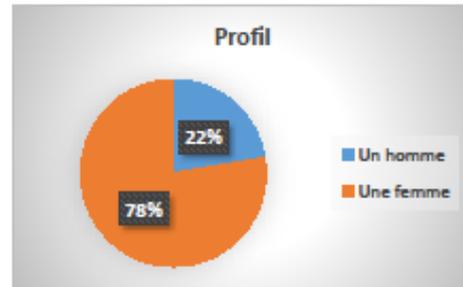
Faire le point avec des études complémentaires

- Etude de l'approche en santé en fonction du genre ?
- Etude de santé : rapport à la santé et offre de soin en fonction du sexe ? et de l'âge.

Profil des répondants :

Question 15- Sexe ? / Question16-Âge/ Question 20-Situation professionnelle/ Question 21- Situation personnelle et familiale.

Q15 :
 Total de répondants : 817
 Hommes : 121
 Femmes : 679
 Taux de réponses : 97%



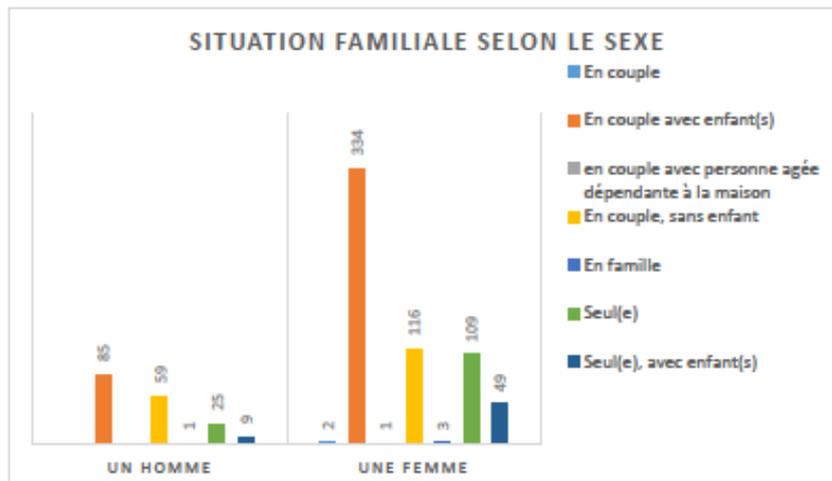
Q16 :

Les répondants sont majoritairement des femmes de 25 ans à 59 ans : catégorie ou la vision de la santé est plutôt positive.

Vivant en couple et ayant des enfants.

Les personnes de plus de 75 ans sont très peu à avoir répondu

Q.20

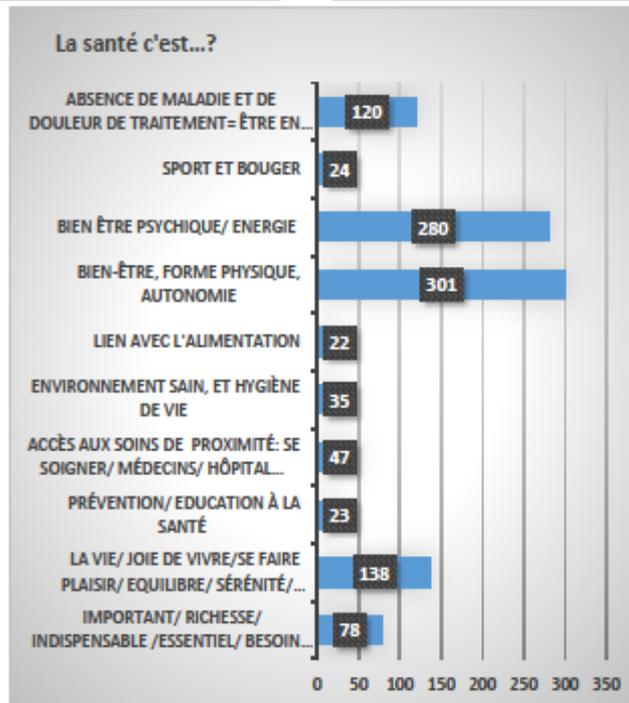


Représentations et connaissances de la thématique de la Santé.

Question 1 : Selon-vous, « la santé » c'est quoi ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 593
Taux de réponse : 73%

Une vision de la santé exprimée de manière positive (représentation Sphinx iO2), expression autour du bien-être physique et psychique, avec une définition de la santé qui se rapproche de la définition de l'OMS.



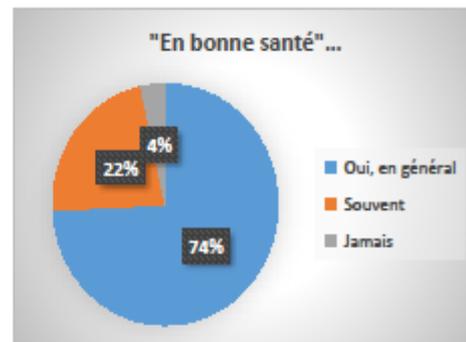
Question ouverte permettant l'expression libre des personnes sur la thématique de la santé en générale. Expression spontanée des personnes concernant la thématique de la santé Association des mots « corps » et « esprit » : bien-être physique et psychique.

L'absence de maladie n'arrivant qu'en 4ième position (Lien avec la définition de la santé de l'OMS)

L'accès au soins n'est que peu évoqué, la santé n'est pas nécessairement liée au soin.

Question 2 : Pouvez-vous dire que vous vous sentez en bonne santé ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 788
Taux de réponse : 96.5%
Une majorité des personnes exprimant leur impression de se sentir « en bonne santé » = à la moyenne nationale, une vision positive, qui se représente physiquement et psychiquement en bonne santé.

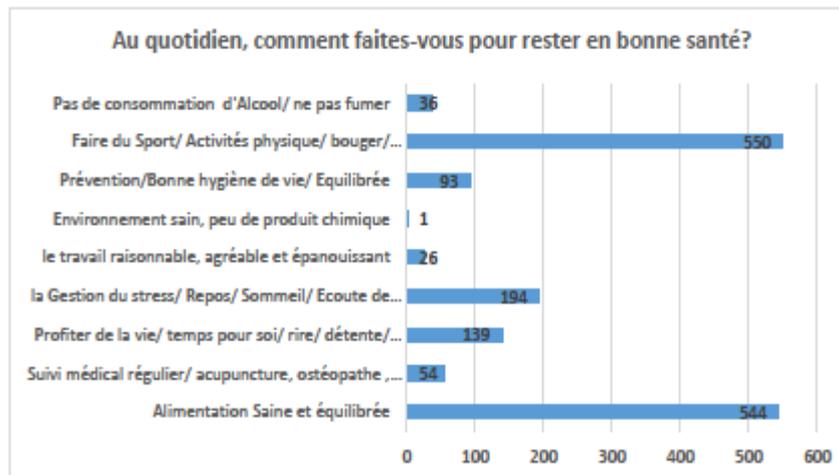


Les leviers et les freins pour « être » ou se sentir en bonne santé ?

Question 3 : Comment faites-vous pour rester en bonne santé ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 725
Taux de réponse : 89%

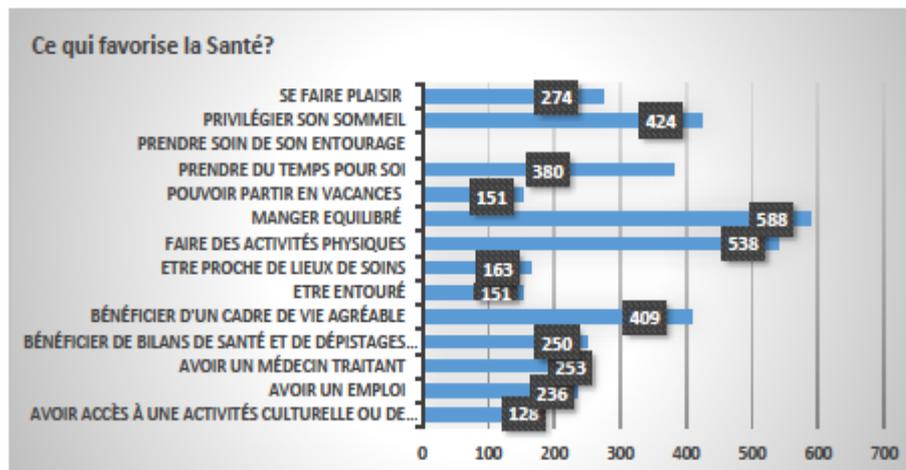
Question ouverte : l'expression spontanément des leviers pouvant agir sur la santé ; le sport et l'alimentation sont les éléments le plus énoncés au maintien de leur santé, et cela se confirme dans la question 4.



Question 4 : Quels sont les éléments les plus bénéfiques pour votre santé ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 790
Taux de réponse : 96,7 %

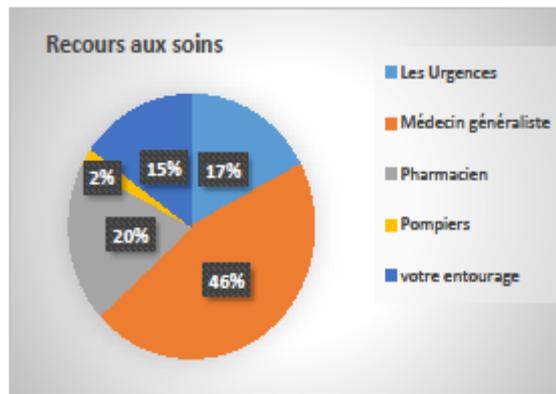
Les leviers pour la santé sont : le sport et l'alimentation
Le cadre de vie, environnement permettant une hygiène de vie,
Recours aux soins/ Avoir un emploi, La dimension sociale et culturelle,
n'est pas identifié comme un facteur central pouvant agir la santé.



Le Recours aux soins ?

Question 5 : En cas de problème de santé, à qui faites-vous appel de préférence ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 790
Taux de réponse : 96,7 %



Le médecin généraliste est majoritairement sollicité en première intention. Ensuite le pharmacien, l'entourage et les urgences occupent une place identique. Piste de réflexion pour des actions de prévention et d'actions ciblées : ne pas négliger les pharmaciens, associés à l'entourage : caractéristique de deux entités proches dans l'intervention des personnes.

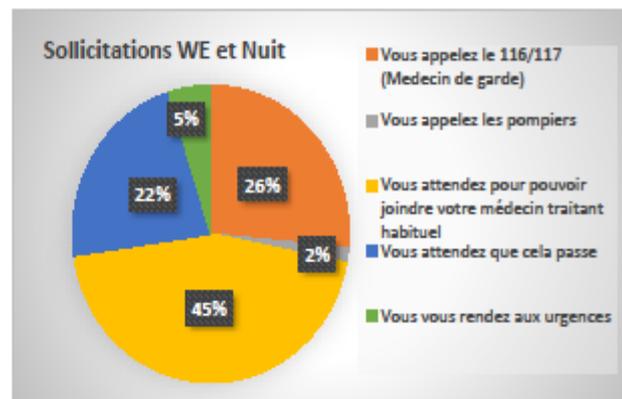
Notion de « santé communautaire » à réfléchir, avec la « solidarité de village », que certaines communes ont pu témoigner dans les entretiens.

Question 6 : Si vous êtes malade un WE ou la nuit, qui sollicitez-vous en premier ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 750
Taux de réponse : 92 %

Questionnement de la permanence des soins, et le repérage par les populations. Majoritairement, les personnes attendent pour rejoindre leur médecin habituel, ou renonce aux soins.

26% ont recours au n° de garde.
5% Urgence/
? de l'origine territoriale.



Question 7 : Consultations spécialistes

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 787
Taux de réponse : 96%



Répartition par tiers entre le service public, privé et libéral.

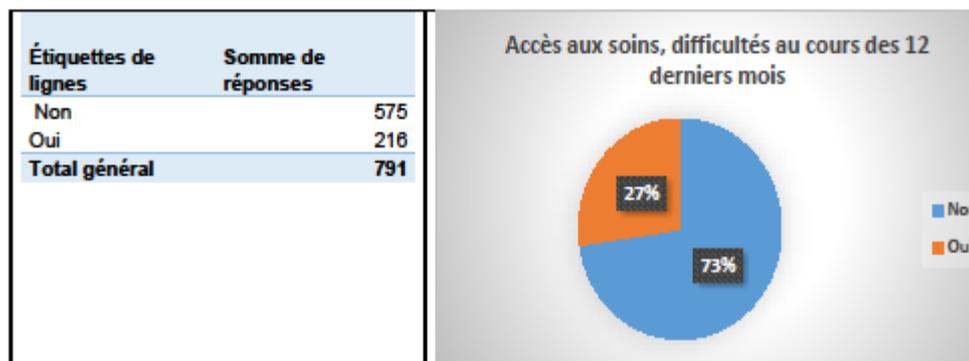
Qui peut s'expliquer par la présence sur le territoire ALM de l'offre hospitalière et de clinique avec trois services d'urgence, du positionnement du CHU, au nord de la ville d'Angers, et les deux cliniques au Sud et Sud Est

(Comparé l'origine des répondants/ mode déplacement sur le territoire).

L'accès aux soins ?

Question 8 : Difficultés d'accès aux soins. Au cours des 12 derniers mois....

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 791
Taux de réponse : 97%



Bonne couverture de l'offre de soins, sans réelle difficultés d'accès aux soins pour 73% d'entre-eux.
Seulement 27% exprime des difficultés rencontrées au cours des 12 derniers mois

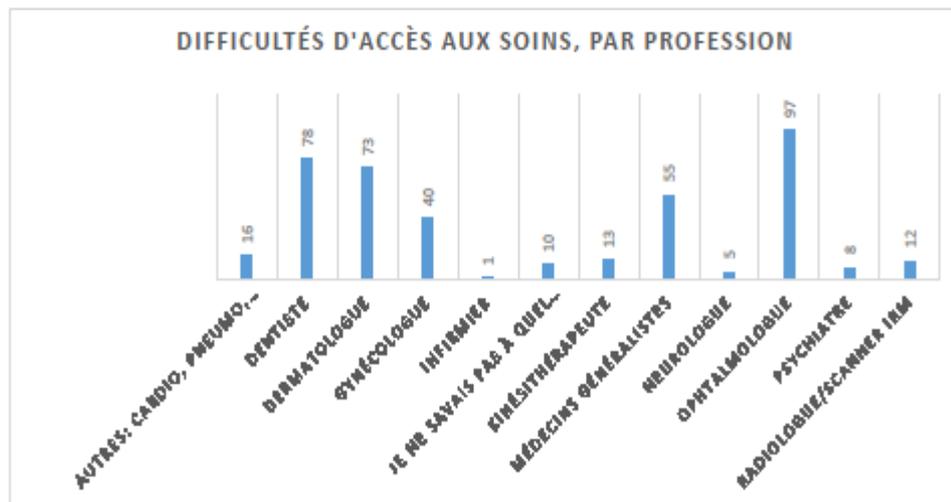
Question 9 : Vous avez répondu avoir eu des difficultés, Auprès de quels professionnels de soins ?

216 répondants (OUI)

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817

Nbre de répondants : 213

Taux de réponse : 99%



Question 10 : Pour quelles raisons

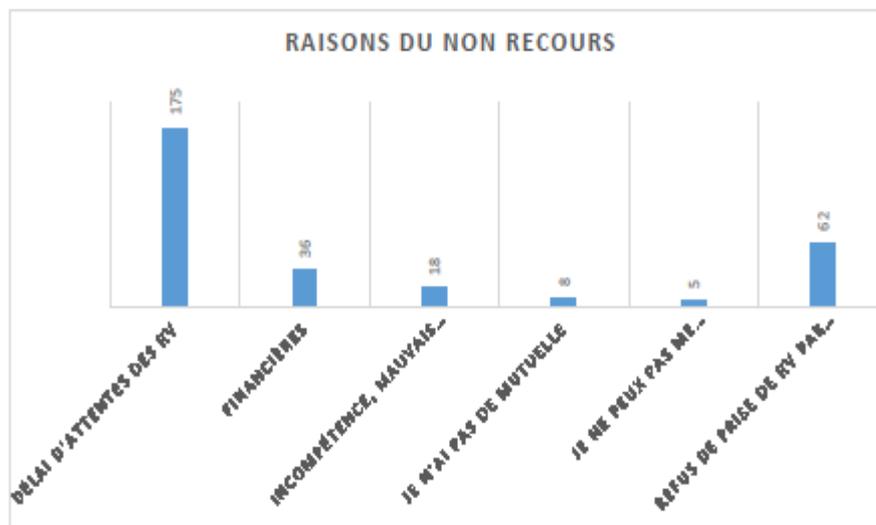
Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817

Nbre de répondants : 213

Taux de réponse : 99%

Renoncement aux soins, surtout pour les spécialistes : délais d'attente, Dentiste, ophtalmologue et dermatologue.

Raisons : délais d'attente, refus de prise en charge, ou de nouveau patient.

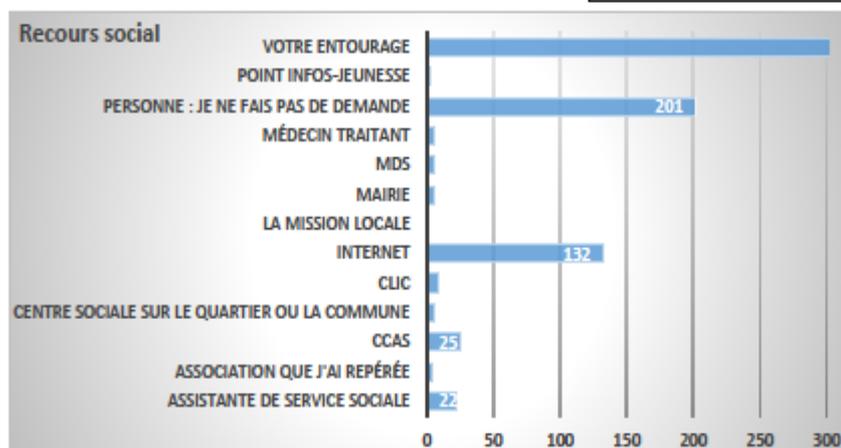


Béatrice CADOU-PLANTE -

Le Recours social ?

Question 11 : En cas de besoins si vous avez un problème...

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
 Nbre de répondants : 775
 Taux de réponse : 94%

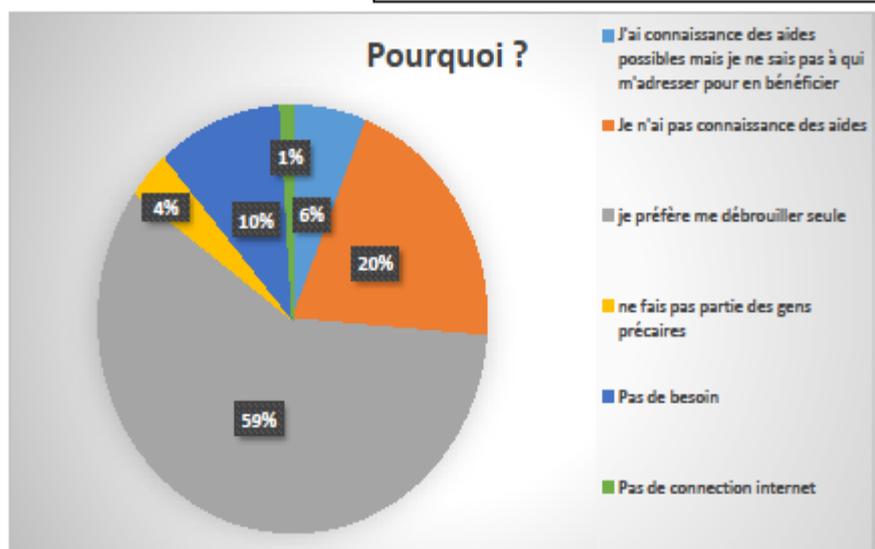


Question 12 : Pourquoi ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
 Nbre de répondants : 200 (personnes affirmant ne pas faire de demande parmi les 775 personnes ayant répondu à la question précédente)
 Taux de réponse : 26%

Importance de la place de l'entourage et internet : Pas de sollicitation d'aide extérieur

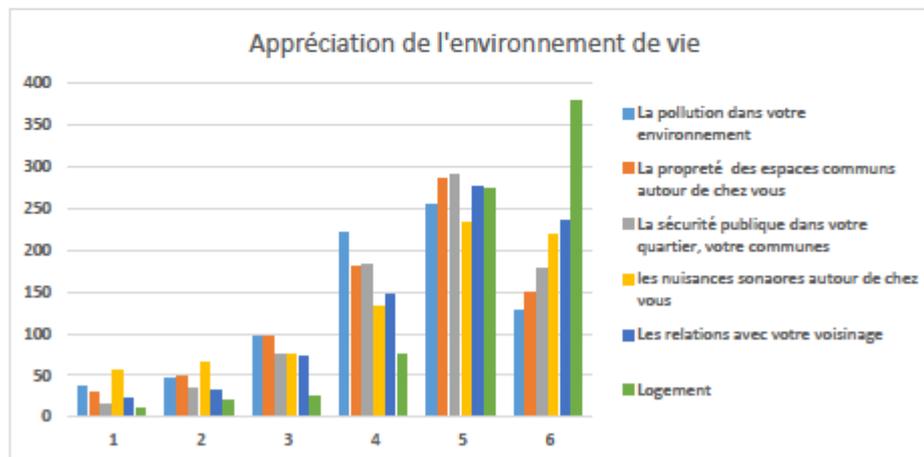
200 personnes affirment ne pas faire de demandes, pour 26 % d'entre eux, ils auraient besoins d'aide mais y renonce soit par méconnaissance soit parce ce qu'elles ne savent pas à qui s'adresser. Piste de travail : Actions de communication et d'informations (Recouper avec des villes d'origine)



Perception de l'environnement et du cadre de vie

Question 13 : Environnement

Notation des domaines de l'environnement de vie des personnes

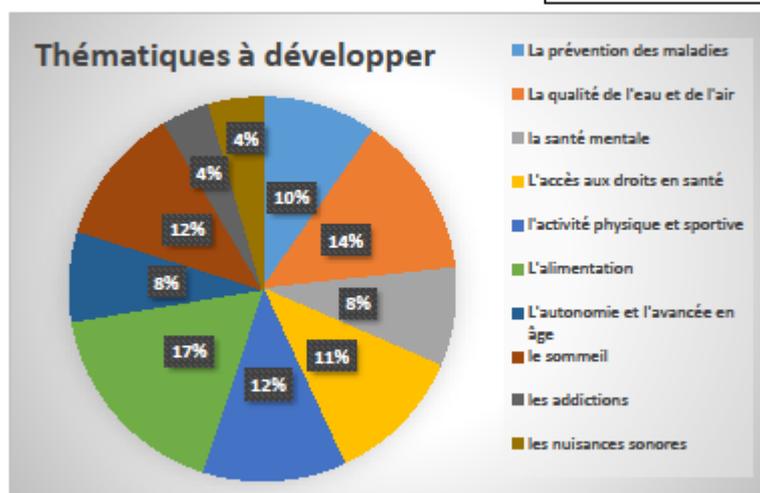


Cadre de vie favorable et bien identifié dans la majorité des domaines questionnés

Les thématiques santé prioritaires selon les habitants

Question 14 : Selon vous, quels sont les domaines qui vous semble prioritaires ?

Nbre de questionnaire au 30/05/2018 : 817
Nbre de répondants : 763
Taux de réponse : 94%



Note réflexive

J'ai effectué mon stage de fin de cursus du 15 février 2018 au 14 juillet 2018 au sein du service de Santé Publique de la ville d'Angers, afin d'accompagner la démarche de diagnostic territorial pour le nouveau contrat local de santé à l'échelle de la communauté urbaine d'Angers Loire Métropole.

Présentation du contexte Politique :

Actuellement il existe deux contrats locaux de santé sur le territoire d'Angers Loire Métropole :

- La ville de Trélazé a signé un Contrat local de santé en 2012, uniquement sur la thématique d'addictologie et plus particulièrement les risques liés à l'alcool. Les actions déployées dans le cadre du CLS sont réalisées par l'ANPAA⁴⁶ qui assure la coordination sur le territoire et perçoit directement les financements de l'ARS. Un chargé de mission « politique de ville » assure le lien avec le CLS. Un retour annuel est réalisé chaque année auprès du collectif santé de la ville. Le CLS de Trélazé ne sera pas renouvelé en 2019.
- La ville d'Angers, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et la Préfecture de Maine et Loire ont signé un Contrat Local de Santé le 13 septembre 2013. Initialement ouvert uniquement à la thématique santé mentale, il s'est étendu à d'autres champs à partir de 2015. Ce contrat fait l'objet d'un bilan annuel qui fait office de bilan de clôture, pour permettre la pérennité des actions en cours, et le basculement par la suite de ces actions sur le prochain CLS. Il est animé par une coordinatrice, présente à mi-temps sur cette fonction. Employée à temps complet par une association de soins et d'aide à domicile, une convention de mise à disposition existe entre ce service et le service de Santé Publique de la Ville pour permettre le financement de ce poste. (Refacturation à la ville et prise en charge financière par l'ARS dans le cadre d'une prise en charge FIR- fonds d'interventions régionaux). Il n'y a pas de budget dédié et pérenne, pour le fonctionnement du CLS angevin, l'ensemble des actions déployées font l'objet d'un bilan annuel et du renouvellement de demande de budget par les fiches FIR en fonction de l'opportunité de chacune des actions déployées.

⁴⁶ Association Nationale en Prévention en Alcoologie et Addictologie.
Béatrice CADOU-PLANTE -

Sollicité par l'ARS, le Président d'Angers Loire Métropole (ALM), a décidé la mise en place d'un Contrat Local de Santé à l'échelle de la communauté urbaine d'Angers Loire métropole.

La signature doit avoir lieu au plus tard en décembre 2018, pour une opérationnalité dès janvier 2019.

Il faut savoir que le président d'ALM, est également le Maire d'Angers. Le Maire délégué au dossier et nommé par le président est le Maire de la ville de Trélazé.

Présentation du cadre d'intervention :

Angers Loire Métropole est constituée de 31 communes, dont trois communes nouvelles récentes. La dernière en date vient juste d'intégrer ALM en janvier 2018 et devient ainsi la deuxième plus grosse agglomération (15 000 habitants, avec une configuration rurale), après celle d'Angers qui comprend 150000 habitants, caractérisé par une configuration plutôt urbaine). ALM n'a pas de compétence santé. Pour le projet du nouveau CLS-ALM, un maire délégué est nommé afin de suivre le dossier (d'octobre à janvier), mais suite à l'élection sénatoriale, il a été remplacé en février 2018.

L'ARS, sur le Maine et Loire est en cours de signature de plusieurs CLS, deux nouveaux CSL à l'échelle de communauté de communes très rurales. A terme, l'ensemble du territoire sera couvert avec la signature prochaine du CLS-ALM. Si l'ARS est présente pour entériner la décision d'un nouveau CLS à l'échelle d'ALM fin 2017, les nombreux changements au sein même de l'ARS Pays de Loire, ainsi que de la Délégation Territoriale (DT) du Maine et Loire, ne facilitent pas les rencontres et les temps de travail partagés. La délégation territoriale du Maine et Loire est en attente de nomination de sa direction générale depuis janvier. Les délégués en place faisant fonction de direction, et répondant aux nombreuses sollicitations autres.

La position de la coordinatrice du CLS : mise à disposition à mi-temps par une association pour coordonner le CLS d'Angers elle est rattachée au service de Santé publique de la Ville d'Angers. Elle a été mandatée pour organiser l'élaboration du CLS à l'échelle d'Angers Loire Métropole de janvier à décembre 2018, tout en continuant d'animer le CLS Angers, et d'en assurer le bilan de clôture.

Face à la charge de travail, la demande de stagiaire a été initiée par le service de Santé Publique et pris en compte par les services de la Ville d'Angers afin d'accompagner la coordinatrice dans les différentes étapes de l'élaboration du CLS, mais plus particulièrement sur l'élaboration du **diagnostic territorial**.

Béatrice CADOU-PLANTE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

La commande et les missions

Le lieu de rattachement se situe dans les locaux du service de santé publique, avec une mise à disposition de la logistique matérielle nécessaire : bureau, poste informatique, adresse mail, ligne téléphonique.

Une lettre de mission est établie et un calendrier de présence également.

La coordinatrice étant à temps partiel, dès le premier jour un calendrier informatisé est créé afin d'organiser le travail en partenariat, pouvoir échanger et se coordonner, ainsi que partager l'ensemble des documents déjà en sa possession.

Un état des lieux de l'avancement du projet est réalisé dès le premier jour par une présentation chronologique des actions ayant été déjà réalisées : présentation du projet CLS-ALM à l'ensemble des maires des communes, présentation de la méthodologie qui sera déployée au cours des 6 prochains mois. Information auprès des DGS de prise de rendez-vous par la coordinatrice pour mener les entretiens semi-directifs.

Les missions du stage s'articulent sur deux axes, en lien direct avec un « cahier méthodologique » déjà établi par la coordinatrice en partenariat avec l' élu référent, mais en attente de validation par l'ARS :

➤ **Mission d'observation en santé**

- *Compiler et analyser les études, données, permettant d'établir un état des lieux du territoire d'Angers Loire Métropole relatif à la santé*
- *Compléter l'état des lieux par une approche qualitative en recueillant l'expression de divers acteurs du territoire (communes, partenaires associatifs, établissements, habitants etc.)*
- *Identifier les enjeux de santé déterminants sur le territoire*

➤ **Mission animation – conduite de projet**

- *Faciliter l'appropriation du diagnostic à l'ensemble des partenaires*
- *Participer à l'animation des groupes de travail et des instances de pilotage*
- *Contribuer à la diffusion d'une approche santé globale en prenant en compte notamment l'ensemble des déterminants de santé*
- *Penser le suivi et les indicateurs d'évaluation du contrat local de santé à venir*

Le déroulement du stage.

Après une période de recherches et d'études documentaire sur le CLS, les textes législatifs, et leur déploiement sur le territoire de proximité mais également national, j'ai débuté vraiment ma mission tout en m'appuyant sur la lettre de mission qui a été pour moi un guide. A partir des missions présentées, et de l'état d'avancement, j'ai ressenti le besoin d'élaborer mon propre calendrier d'actions, en déclinant l'ensemble des tâches telles qu'elles m'avaient été présentées : compilation de recherche documentaire, diagnostic quantitatif socio-démographique et d'offre de soins, comparaison avec des données brutes à l'échelle départementale, et nationale. L'enquête qualitative auprès des mairies ayant débuté m'a été présentée comme étant du seul ressort de la coordinatrice avec des « enjeux politiques ». J'avais besoin de comprendre ma place et la possibilité d'y participer malgré tout, afin de faire le lien avec le portrait de territoire que j'allais effectuer. Après présentation de mes arguments, il a été convenu que je puisse finaliser la prise de rendez-vous auprès des DGS de chacune des mairies, et être présente afin d'assurer une observation de terrain, prise de note, et compilations d'éléments de compréhension du territoire venant compléter les entretiens et les thématiques abordées. Enfin, la participation citoyenne n'étant pas déclinée, j'ai proposé d'élaborer un questionnaire à destination des populations, associé à des atelier-rencontres sur la thématique santé. Ces nouvelles actions devaient également être programmées sur la période de stage tout en permettant suffisamment de temps pour la compilation des données et leur traitement.

L'importance des actions à réaliser dans un temps contraint a nécessité une organisation en mode projet, avec des mises au point régulières et des rendus-compte hebdomadaires afin d'adapter les actions. L'écriture, la prise de note, et la rigueur dans la programmation des tâches le plus précisément permettent d'organiser le travail et le chevauchement de différentes actions qui, si elles sont distinctes dans un premier temps, devront au final être recoupées et analysées ensemble pour en élaborer la tâche finale. Dans ce cas, arriver à finaliser un diagnostic territorial référencé et le plus exhaustif possible afin d'en déterminer des axes stratégiques de déploiement du CLS.

La présence de la coordinatrice seulement à temps partiel, et de manière irrégulière a nécessité de ma part une autonomie de travail et d'organisation individuelle, avec des échanges réguliers chaque jour, ce qui n'a pas posé réellement de difficultés, mais a demandé une grande rigueur dans le rendu-compte et la programmation de chacune des actions.

Difficultés rencontrées :

- Stratégies politiques pas toujours repérées de ma part, du fait sûrement de la non-connaissance de l'historique et de la place de chacun.
- Rattachement fonctionnel à la ville d'Angers, pour une mission Angers Loire Métropole qui a suscité des questions, et du scepticisme (léger malgré tout) sur l'action menée.
- Partage des tâches, fonctionnelles et organisationnelles pour moi, et actions plus stratégiques et politiques pour la coordinatrice dont je n'avais pas toujours connaissance, qui pouvait susciter parfois des inquiétudes quant à la nécessité de l'engagement à établir le diagnostic de sa part sans que j'en ai conscience.
- Rencontre et articulation avec l'ARS très tardive (8 juin 2018) en présence des politiques afin de déterminer les objectifs et attendus des deux parties signataires, ce qui a retardé la construction de la gouvernance, avec en suspend des questions des missions de la coordination, le rattachement fonctionnel, quel service, quels moyens alloués ? Lors de cette rencontre la question du territoire se posait encore : quel territoire pour un CLS efficace ? Ce qui remettait en question le travail engagé.
- Nécessité d'articulation avec de nombreux services d'Angers Loire Métropole en responsabilité de nombreux projets transversaux : Projet de territoire, projet Alimentaire de territoire, Plan Local d'Urbanisme, ...qui ne fonctionnent pas nécessairement entre-deux non plus, voir qui ne se connaissent pas.
- Période de zones d'incertitudes souvent liées aux enjeux politiques repérables ou non.

Compétences déployées :

- Capacités d'observation et d'analyse des situations.
- Rigueur d'organisation et de programmation des tâches afin de tenir le calendrier prévu.
- Mise en situation en « mode projet » à partir de la mission de diagnostic inscrite dans la lettre de mission.
- Proposition d'un plan d'action détaillé, de nouvelles actions complémentaires à la commande, et développement d'une communication adaptée.
- Travail partenarial et de réseau.
- Mobilisation des unités d'enseignements de manières transversales à savoir :
 - o L'unité d'enseignement « Observation et épidémiologie », associée à l'unité « Stratégie, territoire et conduite de projet en santé publique ».
 - o L'unité « Approche interdisciplinaire des systèmes de santé », associée à celle des « Politiques sociales et de santé en France et en Europe », ont permis également une analyse et gestion législative, pour situer le

Béatrice CADOU-PLANTE -

déploiement du CLS dans l'environnement politique, tout en faisant le lien avec les besoins du territoire et des populations.

Tout au long de la période, les différentes actions déployées dans le cadre du diagnostic ont permis d'élaborer une méthodologie de travail structurée. Dans un premier temps, chacune des tâches a demandé un traitement individualisé, que ce soit le recueil des données brutes, la consultation documentaire, ou l'élaboration des questionnaires et leurs modalités de traitements et les modalités de diffusion. Par la suite, la compilation des données et leur analyse nécessitent un recoupement et un croisement : là encore le choix des méthodes statistiques doit être réfléchi et priorisé afin de donner du sens aux conclusions et écrits à réaliser. Elles sont une aide à l'élaboration et la structuration de l'animation territoriale à déployer auprès des acteurs du territoire : élus, habitants ou association. Cette étape est en court de réalisation avec le soutien du service « Conseil en Organisation et Qualité » de ALM pour une mise en œuvre en septembre 2018.

Ceci m'a permis de prendre conscience de l'importance de multiplier les sources de recherches, les méthodes de recueil des données et leur traitement.

Enfin,

Enfin, il me semble très important de travailler dans le cadre d'une démarche partenariale et de mise en réseau, et ne pas hésiter à solliciter la collaboration des services et établissements présents sur le territoire.

Opportunités :

La réalisation de mon stage sur un dispositif « CLS » au sein même d'un service d'une collectivité, m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de celle-ci, et d'avoir un regard sur le développement possible des politiques publiques sur le territoire et d'en saisir les modalités possibles en fonction des contraintes et opportunités existantes. La démarche d'enquête auprès des élus des communes, m'a également permis d'apprécier la dynamique d'action déployé sur les territoires par les élus présents et impliqués.

L'accompagnement par une professionnelle de formation universitaire plus sur le champ de l'action sociale et solidaire, m'a donné l'opportunité de rencontrer de nombreux professionnels travaillant dans ce cadre :

- Visite du Point Accueil Santé pour personne en situation de précarité géré par le CCAS de la Ville,
- Rencontre avec des enseignants chercheurs de l'université d'Angers du département de géographie, l'un pour affiner le diagnostic quantitatif, et recueillir des informations quant à la méthode la plus judicieuse d'analyser les questionnaires engagée auprès de la population, et l'autre dans le cadre de la mise en forme d'une

Béatrice CADOU-PLANTE -

convention de collaboration avec une jeune Doctorante afin de mutualisée les travaux engagés sur le territoire d'ALM (Cette dernière travaillant à la définition des déterminants sociaux de la santé , et d'une possibilité d'y associer une pondération en fonction du territoire très précis).

- Enfin collaboration avec la professionnelle pilote MAIA de ALM, venant juste d'être embauchée, et devant également faire un diagnostic territorial de l'offre de services pour les personnes âgées sur le même territoire.

En Conclusion :

En tant que professionnelle soignante, je souhaitais aller à la découverte d'un environnement de travail différent de celui du soin. Ce stage m'a permis d'appréhender une autre facette de la santé, et le déploiement des politiques de santé sur le territoire. Tout au long de cette période il m'a été nécessaire de faire le lien entre les méthodes à déployer et la théorie enseignée au sein de l'EHESP, ainsi que la nécessité d'être toujours vigilante à l'actualité des événements du territoire, de l'actualité politique et législative afin d'adapter ma pratique. Ce stage m'a permis de faire le lien entre les trois secteurs du sanitaire, du social et du médico-sociale et d'en comprendre davantage les stratégies d'actions à déployer pour faciliter l'accompagnement des personnes au plus près de leurs besoins.

CADOU-PLANTE	Béatrice	2 juillet 2018
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Le processus d'élaboration du Contrat Local de Santé : le diagnostic vecteur du déploiement des politiques publiques de santé territorialisées.		
Promotion 2017-2018		
<p>Résumé :</p> <p>Le CLS est annoncé pour la première fois dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire dite « Loi HPST » de 2009. Il a comme objectif la réduction des inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Les grands piliers du CLS reposent donc sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques d'offre de soins et l'accompagnement médico-social.</p> <p>La loi HPST n'encadre pas la définition des CLS, dont la réflexion, l'élaboration et la mise en œuvre restent de l'appréciation des différents acteurs qui souhaitent s'en saisir c'est à dire les ARS, en partenariat avec les Collectivités territoriales. La phase d'élaboration d'un CLS est le préalable nécessaire à la construction du contrat lui-même en axes stratégiques et actions opérationnelles pour le terrain.</p> <p>La démarche de diagnostic qui la constitue relève plus d'une action pédagogique partenariale contribuant ainsi à un début de construction d'une représentation sociale commune de la santé garantie par les déterminants sociaux de la santé. La mobilisation d'acteurs diversifiés dans l'élaboration du CLS participe au développement d'une politique de santé territorialisée et intersectorielle en agissant sur les déterminants sociaux des inégalités sociales de santé.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>CLS - Déterminants sociaux de la santé - Représentation sociale - Diagnostic partagé - Inégalités sociales de santé- Politique territorialisée.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		