

Le contrat local de santé comme stratégie intersectorielle : capacités d'action et limites

*Etude de cas multiples sur la mobilisation des porteurs
d'action dans les CLS de Bretagne et du Pays-de-la-Loire*

Solène Lefèvre

Stage de recherche sous la
direction du professeur Eric
Breton

EHESP – ARS Bretagne et ARS
Pays-de-La-Loire

Mémoire de Master 2 de Promotion de la Santé et

Prévention

Promotion 2020-2021

Remerciements

Mes remerciements les plus vifs vont à Eric Breton, professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour l'encadrement de mon travail, les nombreux conseils méthodologiques et techniques, la confiance, sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pu être produit.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de l'équipe de recherche d'Eric Breton, Yann Le Bodo, Céline Bergeran, Elodie David, Joel Mateo, pour leur soutien, leurs conseils et leur bonne humeur constante. Mon unique regret est de ne pas avoir pu partager ces temps de réunion et d'échange en présentiel.

Je n'oublie pas non plus Esther Amenyitor, assistante pédagogique de l'équipe, pour son extraordinaire patience, son attention envers chaque membre.

J'adresse par ailleurs mes remerciements aux porteurs d'action des différents CLS qui se trouvent au cœur de l'étude menée dans le cadre de ce mémoire. Au-delà du temps qu'ils ont accepté de m'accorder pour mener des entretiens, la richesse de leur expérience et leur bienveillance ont été des éléments particulièrement stimulants pour mon travail.

Je remercie également l'ensemble des coordinatrices de CLS, qui ont su témoigner de disponibilité et de réactivité pour établir des contacts plus aisément avec les porteurs d'action.

Je tiens à remercier l'ensemble de mes camarades de l'EHESP, qui m'ont magnifiquement soutenue à distance en ce cadre parfois difficile de télétravail.

Sommaire

Glossaire.....	1
Introduction	3
1.1 Contextualisation générale	3
1.2 Etat des connaissances sur les CLS.....	6
1.3 Cadre de travail	7
2 Méthodologie.....	8
2.1 Sélection des cas : motivations et limites	8
2.2 Sources et Collecte de données	9
2.2.1 Source de données secondaires.....	10
2.2.2 Conduite d'entretiens semi-directifs.....	12
2.2.3 Analyse et traitement des données	13
2.2.4 Profil détaillé des répondants	13
2.2.5 Aspects éthiques, anonymisation.....	14
3 Résultats.....	15
3.1 Contextualisation : profils des CLS investigués et des porteurs d'action interrogés	15
3.2 Modes de coordination et d'animation territoriale des CLS	17
3.2.1 Rôle, missions et place de la coordinatrice	17
3.2.2 Place des élus dans la coordination et l'animation	18
3.2.3 Rôle perçu de l'ARS.....	20
3.2.4 Mobilisation des porteurs d'action	21
3.3 Enjeux et défis de la mise en œuvre du programme d'actions des CLS dans la réalité du territoire	23
3.3.1 Eléments contextuels et modes de pilotage facilitant le déploiement des fiches actions	23
3.3.2 Freins contraignant le déploiement des actions du CLS	25

3.4	Motivations, bénéfices et coûts relatifs à la mobilisation des porteurs d'action des fiches actions	26
3.4.1	Motivations	26
3.4.2	Bénéfices observés par les porteurs d'action.....	27
3.4.3	Coûts perçus par les porteurs d'action.....	30
4	Discussion	32
4.1	Réponses aux objectifs de l'étude et mise en perspective	32
4.2	Enseignements pour la pratique donnés par l'expérience des porteurs d'action et apports de la littérature.....	36
4.3	Limites de l'étude	42
4.4	Recommandations.....	44
	Conclusion	48
	Bibliographie.....	50
	Annexes.....	55

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 - Inventaire des CLS actifs en Bretagne et Pays-de-La-Loire extrait du rapport Diallo, Le Bodo et Breton (2021)	11
Tableau 2 - Descriptif des CLS retenus	15
Figure 3 - Type de collectivités portant les CLS en régions Bretagne et Pays-de-La-Loire, extraite du rapport Diallo, Le Bodo et Breton (2021)	16
Tableau 4 - récapitulatif des entretiens menés avec les porteurs d'action	16
Tableau 5 - Suggestions d'actions pour les ARS	44
Tableau 6 - Suggestions d'actions pour les élus locaux.....	45
Tableau 7 - Suggestions d'actions pour les coordinatrices.teurs	46

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Ateliers Santé Ville

CARESP : Cellule d'animation régionale des soins palliatifs

CC : Communauté de communes

CCAS : Centre communal d'action sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CIS : Comité Interministériel pour la Santé

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CTS : Conseil Territorial de Santé

DIREES : Dispositif Inter-régional de Recherche, d'Evaluation et d'Expertise en Santé

DLS : Diagnostic Local de Santé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HiAP : Health in All Policies

HPST (loi dite) : Hôpital, patients, santé et territoire

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

MAIA : Mission d'accueil et d'information des associations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PETR : Pôle d'équilibre territorial et rural

PS : Promotion de la Santé

PAT : Projet Alimentaire Territorial

Introduction

Les Contrats locaux de santé (CLS) occupent une place croissante dans la politique de santé de la France. Véritables instruments de promotion d'une approche intersectorielle de santé dans toutes les politiques, on connaît encore peu comment en pratique ces dispositifs mobilisent les acteurs locaux au service de la santé de la population. Dans ce mémoire, nous tenterons d'analyser les enjeux relatifs à la mise en œuvre des CLS, au travers d'une étude de cas multiples portant sur l'expérience des porteurs d'action.

1.1 Contextualisation générale

Santé et politiques publiques : nécessité d'une conception intersectorielle

La volonté de placer la santé au cœur de toutes les politiques pour améliorer significativement la santé globale des populations et réduire les inégalités sociales de santé (ISS) fait l'objet d'un consensus international.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ainsi défini la santé dans toutes les politiques comme *"une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé"* (OMS, 2014). L'Union Européenne a en ce sens été précurseur (Guigner, 2016), puisqu'elle a officialisé une telle approche par le biais de l'HiAP (Health in All Policies) dès 2006, cherchant à reconnaître que *"les politiques au niveau européen ont une incidence sur les systèmes de santé et sur la portée de la réglementation liée à la santé au niveau national"* (Koivusalo, 2010). Cependant, au-delà de l'HiAP, l'UE a mis en place un *"régime de visibilité" dédié à la santé* (Guigner, 2016), *"pour faire accepter l'intégration de la santé dans toutes les politiques"* qui a consisté à *"inverser la logique HiAP en n'insistant pas tant sur les impacts des autres politiques sur la santé que sur les impacts de la santé sur les autres politiques"*.

Dans cette perspective, en 2014, la France a mis en place un Comité interministériel pour la santé (CIS) pour donner *"une nouvelle impulsion en faveur de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et de la réduction des inégalités de santé comme priorité du gouvernement"* conformément aux aspirations de la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Vallet & Guilbert, 2016).

Cependant, pour garantir un ancrage de la santé dans toutes les politiques, l'intersectorialité doit surtout être appréhendée à l'échelle locale, *"afin de prendre en compte les besoins et les contextes, toujours spécifiques, des territoires et de leurs habitants"* (Honta et al., 2018).

Apports de la loi HPST

La loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) a tenté d'apporter des dynamiques intersectorielles à l'échelon local, pour identifier des réponses à *"la question de la présence de l'offre de soins, de leur qualité et de leur accessibilité"* sur l'ensemble des territoires, notamment ceux ruraux et isolés (Barthe & Lima, 2012). En a résulté la création d'une Agence Régionale de Santé (ARS) dans chaque région française, avec pour but de *"mettre en application localement les politiques de l'État en matière de santé et d'exercer un contrôle financier sur les dépenses de santé au niveau local"* (art.cit). Ces nouvelles administrations se sont notamment vues confier *"l'élaboration et la conduite d'un projet régional de santé, [PRS], transversal à l'ensemble des champs, de la prévention et de la promotion de la santé, des soins ambulatoires et hospitaliers et de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées et âgées"* (Blaise et al., 2013).

Or, selon l'article L.1434-17 du Code de la santé publique, *"la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un [contrat local de santé], CLS, conclu notamment avec les collectivités locales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social"* (Article L1434-17 - Code de la santé publique - Légifrance, 2009). Ainsi, *"cette possibilité confirme la place croissante des collectivités territoriales (CT), lieu de mise en œuvre interinstitutionnelle des politiques sectorielles de l'État, exigeant coordination, partage, synergie, transversalité et donc outils de connaissance et de pilotage partagés, mais sans transfert de financements correspondants."* (Ghozi, 2012).

Contrat local de santé : définition et enjeux

Le CLS est défini par le Ministère des solidarités et de la Santé comme un *"outil souple, modulable, qui établit le lien entre le PRS et les projets portés par les collectivités"* (2018), dont les caractéristiques sont *"une stratégie et des objectifs définis en commun", "un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux", "un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints"* avec pour objectif global de lutter contre les ISS dans deux milieux d'application en particulier : les *"zones rurales isolées"* et les *"quartiers urbains en difficulté"* (Ibid.) Il se traduit par *"une démarche contractuelle, partenariale et intersectorielle"* associant *"des partenaires signataires"* (à minima Collectivité territoriale, ARS, Préfecture – et selon les territoires Conseil départemental, CPAM et établissements de santé), *des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques*

impactant favorablement la santé (éducation, logement, habitat...) et des habitants" (ARS Ile-de-France, 2016).

Pour ce qui est du territoire, tout d'abord, les "*zones rurales isolées*" renvoient à la complexité de définition du *rural*. En 2020, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) proposait de redéfinir ce concept "*pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations*" (INSEE, 2021)¹ : désormais, "*sont rurales toutes les communes peu denses ou très peu denses*" en termes de densité de population, soit 88% des communes, qui abritent 33% de la population française. Les "*quartiers urbains en difficulté*", quant à eux, renvoient aux "*quartiers de la politique de la ville*", créés par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 (INSEE, 2016). Ces deux types de territoires sont confrontés à des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) de façon accrue et sont ainsi retenus pouvant faire l'objet de CLS.

Au sujet de modalités de construction et de déploiement du CLS, on observe un flou juridique et définitionnel apparent qui donne une importante marge de manœuvre aux acteurs investis (Salaméro & Haschar-Noé, 2017). On constate cependant certaines constantes en termes d'organisation du pilotage et de la gouvernance ainsi que de la mise en œuvre.

Le CLS est ainsi structuré par une "*instance stratégique*", un comité de pilotage "*chargé de formuler les orientations stratégiques du contrat*"². Sont également retrouvables des "*instances techniques*", un "*comité technique*", "*instance de réflexion méthodologique*" qui "*soutient les groupes thématiques en apportant une aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation et veille à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé*". Des groupes de travail thématiques, qui "*constituent la structure de base de la production du CLS*", sont "*organisés autour d'axes thématiques*" et "*portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents*". Enfin, un poste de coordinateur dédié au CLS, ayant un rôle "*d'animation de la démarche projet*" et "*une mission de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité*" est également retrouvable dans la majorité des CLS. (ARS Ile-de-France, 2016).

¹ Jusqu'en 2020, l'INSEE "*définissait le rural comme l'ensemble des communes n'appartenant pas à une unité urbaine qui est caractérisée par le regroupement de plus de 2 000 habitants dans un espace présentant une certaine continuité du bâti, censée caractériser les « villes ».*" (INSEE, 2021)

² Le comité de pilotage est composé, à minima, des "*représentants des différentes parties contractantes : le Maire/Président d'intercommunalité et/ou l' élu en charge des questions de santé, le directeur général adjoint et/ou le directeur de la santé référent du dossier CLS, le coordinateur CLS pour la collectivité, le délégué territorial adjoint et le référent CLS pour l'ARS, le sous-préfet et/ou ses collaborateurs pour la Préfecture et des représentants CPAM et Conseil départemental.*" (ARS Ile-de-France, 2016)

La structuration du CLS repose également sur l'élaboration d'un diagnostic local de santé (DLS), partagé par l'ensemble des partis du CLS, visant à mettre en lumière les besoins spécifiques au territoire (Muziotti, 2016). Par la suite, le comité opérationnel est chargé "*de la fabrication des fiches-actions du CLS*" (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). Ces fiches-actions, réparties selon différents axes thématiques, fixent des objectifs vers lesquels tendre et permettent d'identifier des porteurs d'action qui seront en charge du pilotage.³

1.2 Etat des connaissances sur les CLS

Les CLS ont été peu étudiés dans la littérature présente actuellement (Harpet et al., 2019). Dans les articles retenus, mobilisés dans l'analyse de la présente étude et cités en bibliographie, les CLS sont décrits comme des instruments d'action publique à la logique dite institutionnelle (Bourgueil, 2017), des formes "*[d'appropriation] locale de la santé*" (Fleuret, 2016). Les chercheurs en retiennent des intérêts majeurs dans le cadre de la diffusion de la santé dans toutes les politiques au moyen d'une consolidation de la légitimité des élus, acteurs phares de ces dispositifs, dans l'action en santé (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). Cependant, des éléments de littérature rapportent un manque de décloisonnement des protagonistes des CLS, qui continuent leurs actions en silo plutôt que de favoriser des dynamiques intersectorielles, ce qui provoque une superposition des actions de lutte contre les inégalités de santé qui n'atteignent alors pas leur but (Honta et al., 2018). En outre, la population des territoires concernés par les CLS n'apparaît pas mobilisée au cœur du dispositif et plus encore, s'en trouve même souvent écartée selon Muziotti (2016), ce qui ne permettrait pas la stimulation d'un empowerment quelconque et n'inviterait donc pas le citoyen à devenir acteur de sa santé.

On rapporte aussi des incohérences dans les découpages territoriaux des CLS avec des territoires s'enchevêtrant, ce qui freinerait leur capacité de déploiement selon Fleuret (2016). Est notée la difficile place occupée par les coordinateurs de CLS, trop souvent tiraillés entre ARS, élus et implication auprès des acteurs de terrain (Jabot & Laurent, 2018). Malgré ces limites apparentes, le CLS continue de séduire en raison de sa capacité à décliner au niveau local des politiques nationales et régionales. Néanmoins, il apparaîtrait nécessaire de ne pas demeurer dans une phase de diagnostic seul, mais bien de proposer une politique locale commune à l'ensemble des acteurs mobilisés pour favoriser l'action intersectorielle (art.cit.).

³ En fonction des CLS, l'intitulé des "*porteurs d'action*" varie. Ils peuvent ainsi être qualifiés de "*promoteurs de l'action*" ou encore de "*pilotes*"

1.3 Cadre de travail

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité du rapport d'étude de Diallo, Le Bodo et Breton (2021), produit entre mai et septembre 2020, répondant à *"un mandat CLS octroyé par les ARS Bretagne et Pays de la Loire dans le cadre du Direes"* qui visait à avoir *"une meilleure appréhension de l'impact et de la plus-value en matière de promotion de la santé et de santé environnement des CLS déployés sur leur territoire"*⁴.

Il a été constaté que la littérature actuelle ne décrivait pas le rôle occupé par les porteurs d'action des fiches-actions des CLS, alors même que ces derniers se présentent comme particulièrement influents. En outre, l'état de connaissances n'apporte pas non plus de réponse sur les enjeux relatifs aux fiches-actions. Dès lors, l'absence de maîtrise fine de ces dynamiques amène aux questionnements suivants : Quels sont les coûts et bénéfices de la participation des porteurs d'action dans l'élaboration des fiches-actions ? Quelles raisons poussent les porteurs d'action à adhérer à un CLS plutôt qu'à un autre dispositif ? Quelle plus-value en attendent-ils ?

Cette étude vise donc à mieux comprendre les enjeux relatifs au pilotage et à la mobilisation des acteurs au sein d'un CLS afin de tendre vers une amélioration de leurs actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Les objectifs suivants ont été fixés dans la Fiche projet (Annexe 1).

Objectif 1 : Caractériser les modes de coordination et d'animation territoriale des CLS afin de déterminer comment sont mobilisés les porteurs d'action.

Objectif 2 : Identifier les enjeux, défis de la mise en œuvre du programme d'actions des CLS dans la réalité du territoire pour comprendre ce qui facilite et contraint le déploiement des actions prévues.

Objectif 3 : Comprendre les motivations et retombées pour les porteurs d'action mobilisés par les CLS pour identifier les bénéfices et coûts pour les structures locales et régionales d'intégrer un CLS.

Les résultats obtenus *"informeront le pilotage local et régional des CLS en améliorant la visibilité des enjeux de la traduction du programme d'action de ces dispositifs dans la réalité des territoires. Les résultats permettront également d'améliorer le pilotage des CLS en permettant une meilleure prise en compte des bénéfices et coûts pour les structures porteuses de leur mobilisation dans les CLS"*.

⁴ Des précisions seront apportées en méthodologie.

2 Méthodologie

Pour cette étude, nous avons opté pour un devis de recherche par étude de cas multiples. Alors que l'étude de cas unique semble "*surtout conseillée pour vérifier une théorie, spécialement lorsqu'il s'agit d'invalider cette théorie ou encore de la distinguer de théories concurrentes*" (Gagnon, 2005), l'étude de cas multiples, elle, apparaît comme particulièrement utile dans le cadre de l'analyse en profondeur d'un "*phénomène d'intérêt complexe*", "*en tenant compte de son contexte*", via "*une approche de recherche flexible recourant à la triangulation de sources de données multiples*" (Corbière & Larivière, 2020). L'étude de cas multiples suppose la délimitation d'un nombre de cas, ce qui peut s'avérer complexe. De fait, une trop grande quantité de données collectées induirait une compréhension de surface, au détriment de l'appréhension fine de l'ensemble des cas retenus (Gagnon, 2005), tandis qu'un nombre trop faible de cas empêcherait de parvenir à cerner pleinement la pluralité du contexte d'étude.

2.1 Sélection des cas : motivations et limites

Cette étude capitalise sur les données recueillies dans le cadre d'un premier mandat réalisé pour le DIREES. La reprise partielle de l'échantillon de CLS du rapport Diallo et al. (2021) apparaissait, de façon préliminaire, comme particulièrement judicieuse. En premier lieu, de cette façon, les entretiens semi-directifs réalisés avec les porteurs d'action pouvaient être remobilisés et approfondis. Le guide d'entretien ayant servi de base pour leur réalisation (Annexe 2) a par ailleurs permis d'avoir un socle de réflexion et a été enrichi, en vue de mettre en lumière les bénéfices et les coûts d'adhésion au CLS pour chaque porteur d'action, selon les objectifs retenus. Ainsi, l'échantillon initial était constitué de 12 CLS, soit 6 par région. La mise en regard des CLS des régions Bretagne et Pays-de-la-Loire invitait en effet à une analyse croisée équilibrée, avec un nombre équivalent de cas d'étude par région. Afin d'obtenir une certaine représentativité et pluralité en termes de profils, les porteurs d'action interrogés devaient être entre 2 et 4 par CLS.

Pour la région Bretagne, ont été conservés de façon prioritaire les CLS ayant amené à des entretiens avec des porteurs d'action dans le rapport Diallo et al. (2021). Ce choix permettait en effet d'approfondir une analyse précédemment conduite auprès d'acteurs avec qui le contact était déjà établi, tout en offrant la possibilité d'élargir l'étude à de nouveaux porteurs d'action. Pour la région Pays-de-La-Loire, l'absence d'entretien semi-directif avec des porteurs d'action dans le premier rapport (op.cit.) a modifié les critères de sélection. Ont été priorisés les CLS ayant amené au recensement de la plus grande variété de données, afin de comparer CLS de 1^{ère} génération et CLS de 2^{ème} génération. De même, le choix des porteurs d'action s'est effectué dans un souci de sauvegarde

d'une forme de pluralité en termes de profil. L'inscription dans des axes variés du CLS a également été privilégiée. Afin d'obtenir une meilleure représentativité de la région Pays-de-La-Loire, le CLS F⁵ a été ajouté à l'échantillon. En effet, les CLS retenus pour l'analyse approfondie du rapport Diallo et al. (2021) s'étendaient exclusivement sur un périmètre rural. Or, une alternance entre rural, semi-rural et urbain a semblé être judicieuse pour notre étude, pour ne pas induire de biais d'analyse.

Pour entrer en contact avec les porteurs d'action, il a été défini qu'il était plus aisé de passer par les coordinatrices⁶ des CLS, qui connaissent bien les acteurs du territoire et ont par ailleurs pu être contactées dans le cadre du rapport Diallo et al. (2021). Ainsi, l'établissement d'un lien ayant déjà eu lieu, il semblait plus facile d'obtenir les coordonnées des porteurs d'action ciblés suite à la consultation des fiches actions des CLS. De fait, ces dernières sont bien souvent inaccessibles. Ont donc été exclus certains porteurs d'action retenus initialement, alors même qu'il eut pu être intéressant de connaître la nature de leur expérience et les raisons les ayant conduits à une démobilisation malgré leur mention dans les fiches actions. En outre, malgré nos relances, aucun porteur d'action de l'un des CLS de la région Bretagne n'a accepté d'entretien, réduisant notre échantillon dans cette région à 3 CLS. De même, une coordinatrice de la région Pays-de-La-Loire est demeurée injoignable, nous contraignant à revoir notre échantillon au profit d'un nouveau CLS. La coordinatrice de ce dernier a donc été jointe postérieurement aux autres, ce qui a retardé notre prise de contact avec les porteurs d'action de ce CLS et n'a donc permis d'obtenir qu'une seule réponse positive.

Les coordonnées transmises par les coordinatrices ont majoritairement été des adresses mails des structures auxquels étaient rattachés les porteurs d'action ciblés. Cet écrit permettait de présenter les enjeux de l'étude aux porteurs d'action. Ce mode de contact s'est toutefois présenté comme un frein, puisque les porteurs d'action ne prenaient pas toujours immédiatement connaissance de l'email envoyé. On a ainsi pu noter une prise de contact plus rapide avec les porteurs d'action dont le numéro de téléphone nous avait été transmis.

2.2 Sources et Collecte de données

Notre corpus de données a été constitué à partir de 39 sources de données primaires et secondaires soit des entretiens semi-directifs⁷, la documentation relative aux contrats locaux de santé signés, et les résultats des analyses du profil des actions portées par les CLS.

⁶ Les acteurs en charge de la coordination étant toutes des femmes dans les CLS interrogés, le féminin a été retenu.

⁷ Le détail des entretiens ayant fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre de notre étude est présent dans le tableau 4. Les autres entretiens ont servi de base réflexive, sans qu'ils ne soient intégrés dans la grille d'analyse puisqu'ils étaient menés avec d'autres acteurs que des coordinatrices de CLS ou des porteurs d'action.

2.2.1 Source de données secondaires

Le rapport Diallo et al. (2021), notre source de données secondaires, visait à analyser *"l'impact du dispositif CLS sur la capacité locale d'action dans le champ de la promotion de la santé dans les Régions Bretagne et Pays-de-la-Loire"*. Dès lors, ce dernier constitue une source de données secondaires pouvant être dites internes, puisqu'elles ont les mêmes commanditaires que la présente étude. La mobilisation de ces données a permis de constituer une *"base empirique"* (Baumard et al., 2014) apportant une large vision des modes d'action dans les CLS des deux régions cibles. Ce rapport met en effet en lumière les facteurs susceptibles d'influencer l'action en promotion de la santé et en santé environnement durant l'élaboration et la mise en œuvre d'un CLS. La première partie du chantier contient une analyse documentaire des CLS, dans la continuité de l'étude CLoterras⁸. Elle a ainsi permis de *"présenter un portrait descriptif des CLS actifs par région (profil, thématiques prioritaires en promotion de la santé et en santé environnement), incluant d'éventuelles particularités départementales"* et de proposer *"une discussion comparative entre les 2 régions permettant de souligner des points communs, différences et originalités en matière de CLS"*.

Ainsi, cette étape de l'étude a fait état d'un total 54 CLS (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} génération confondus) *"signés de 2012 à 2020 sur le territoire inter-régional, dont 34 CLS sont actifs"*. Le tableau 1 présente les CLS actifs au moment du rapport Diallo et al. (2021).

⁸ Cette dernière, menée entre 2017 et 2020, est aussi le fruit d'un mandat du DIREES et visait à *"analyser la déclinaison d'actions de prévention et de promotion de la santé à l'échelle locale à travers les CLS"* (rapport 1)

**TABLEAU 1 - INVENTAIRE DES CLS ACTIFS EN BRETAGNE ET PAYS-DE-LA-LOIRE EXTRAIT DU
RAPPORT DIALLO, LE BODO ET BRETON (2021)**

Région Département (n°)	Nombre des CLS signés de 2012 à 2020	Nombre des CLS actifs au 30 Avril 2020**
Bretagne	25	17
Côtes d'Armor (22)	9	6
Finistère (29)	5	3
Ille et Vilaine (35)	6	5
Morbihan (56)	4	2
Plusieurs départements	1	1
Pays de la Loire	29	17
Maine et Loire (49)	9	4
Vendée (85)	7	4
Mayenne (53)	4	4
Loire Atlantique (44)	4	3
Sarthe (72)	3	2

La seconde partie du chantier, consacrée à une analyse approfondie sur 12 CLS, n'était pas achevée au moment du lancement de la présente étude, en raison d'un retard induit par le contexte sanitaire. Cependant, le matériel collecté entre juillet et septembre 2020, constitué de 26 d'entretiens menés auprès d'acteurs locaux (coordinateur de CLS, élus, référents DT ARS et porteur/ partenaire d'action) était accessible. Lorsqu'ils n'avaient pas déjà été retranscrits et analysés, les entretiens ont été réécoutés pour être ajoutés à la présente grille d'analyse lorsqu'ils s'inscrivaient dans le nouvel échantillon défini dans cette étude.

2.2.2 Conduite d'entretiens semi-directifs

Le mode de collecte retenu a été l'entretien semi-directif. De fait, ce dernier permet de "*saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens. L'entrevue implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction*" (Imbert, 2010). Or, le principal enjeu de notre étude était d'obtenir une appréhension des CLS au travers de l'expérience des porteurs d'action, sujet jusqu'alors inexploité dans la littérature. L'entretien semi-directif individuel se présentait donc comme particulièrement adéquat pour établir un lien de confiance avec les interrogés et les amener à se livrer sur leur expérience. La volonté d'obtention d'entretiens semi-directifs dits "*centrés*", permettant de "*communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en [influençant] très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité*" (Romelaer, 2005) a été centrale durant l'élaboration du guide d'entretien. Ce dernier (Annexe 3) a été constitué autour de grandes thématiques avec des questions d'amorce ayant pour but d'initier un dialogue général avec l'interrogé. La visée plus fine, en corrélation avec les objectifs fixés préliminairement dans le cadre de l'étude, était rattachée à un fil conducteur contenu dans une liste de mots-clefs à ne pas omettre, tout en veillant à ce que chaque entretien puisse "*suivre sa dynamique propre*" (Combessie, 2007).

Une série de 25 entretiens a donc été réalisée entre juin et juillet 2021. Leur durée allait de 40 à 90 minutes.⁹ Ils ont été menés exclusivement en distanciel, via Zoom, en raison du contexte sanitaire. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio, après l'obtention du consentement des interrogés.¹⁰ Un tel déroulement s'est présenté comme un moyen de contourner les contraintes générées par les mesures mises en œuvre pour contrôler la propagation du coronavirus. Cependant, le distanciel s'est avéré être une contrainte sous bien des aspects. En premier lieu, les interrogés (notamment bénévoles associatifs) n'étaient pas tous familiers de ce mode de communication, ce qui a provoqué le report ou l'annulation de plusieurs entretiens programmés. Par ailleurs, "*lors d'un entretien à distance, les deux interlocuteurs ne se trouvent pas dans un même lieu et ne sont donc pas a priori dans les mêmes conditions pour échanger. Cette caractéristique même du distanciel trouble les conditions de l'entretien : sur son lieu de travail, l'enquête peut par exemple être interrompu par un collègue ou l'arrivée d'une mission urgente, alors que l'enquêteur se trouve entièrement investi dans ce binôme*" (Theviot, 2021). Ainsi, plusieurs entretiens ont connu des interruptions, des interventions de collègues extérieurs, des problèmes de connexion, qui ont pu perturber leur déroulement. Enfin, l'établissement

¹⁰ Voir 2.2.5

d'une relation de confiance avec les interrogés a pu être altérée par le distanciel (art.cit.), ce qui a empêché d'obtenir une véritable exposition de l'expérience de ces derniers.

2.2.3 Analyse et traitement des données

Chaque enregistrement audio des entretiens a fait l'objet d'une retranscription permettant de répondre aux objectifs initiaux de l'étude. Nous avons retranscrit au mot à mot les segments d'entretien qui apparaissaient pertinents pour illustrer le propos de l'interrogé. Puis, les retranscriptions ont fait l'objet d'un codage et d'une intégration dans une grille d'analyse thématique (Annexe 5)¹¹. Le codage thématique présente selon Miles & Huberman (2003), notamment l'intérêt de réduire "*de grandes quantités de données en un petit nombre d'unités analytiques*" et d'aider le chercheur à "*construire une carte cognitive, un schéma évolutif lui permettant de comprendre ce qui se passe sur le site*".

Chaque CLS s'est alors vu attribuer une couleur pour faciliter la lecture d'une grille dense, dont l'intérêt devait être la mise en corrélation des différents interrogés, selon le principe de l'étude de cas multiple. Cette grille contient des grands thèmes, étayés de méta-catégories qui visent à "*mettre en évidence les « patterns », les récurrences, et à comprendre les pourquoi de ces « patterns »*" (Allard-Poesi, 2003)¹².

2.2.4 Profil détaillé des répondants

Dans la région Bretagne, pour les trois CLS retenus, six entretiens ont été conduits par visioconférence entre juin et juillet 2021. Ont également été intégrés à la grille d'analyse cinq entretiens qui proviennent du rapport Diallo et al. (2021) et qui ont été menés entre juin et septembre 2020. Dans la région Pays-de-La-Loire, 8 entretiens ont été conduits sur les 4 CLS retenus. Ils ont été menés exclusivement entre juin et juillet 2021, le rapport Diallo et al. (2021) ne comportant pas d'entretiens avec des porteurs d'action de cette région. On observe donc un total de 19 entretiens avec des porteurs d'action.

¹¹ La grille a fait l'objet d'une anonymisation, pour ne pas révéler le nom des territoires, des structures et des acteurs interrogés, conformément à notre formulaire de consentement. Voir 2.2.5.

¹² "*Ce type de codage de second niveau, appelé « codage thématique » par Huberman & Miles (1991 : 117), ou « codage axial » par Strauss & Corbin (1990 : 96), regroupe et classe les catégories descriptives initialement développées en catégories supérieures dites « méta-catégories » (ou métacodes). Ces catégories réfèrent alors à : - des phénomènes récurrents (les patterns ou thèmes, Huberman & Miles, 1991 : 117 ; ou l'idée centrale, l'événement, l'incident, sur lequel les actions ou les interactions sont focalisées, Strauss & Corbin, 1990 : 96) ; - des causes/explications (les événements ou incidents ayant conduit à l'occurrence du phénomène étudié, Strauss & Corbin, 1990 : 91) ; - des relations interpersonnelles (les réseaux sociaux au sein de l'entreprise par exemple, Huberman & Miles, 1991 : 120) et/ou plus largement des éléments de contexte (les conditions particulières au sein desquelles les actions et interactions prennent place, Strauss & Corbin, 1990).*" (Allard-Poesi, 2003)

Les entretiens réalisés avec les coordinatrices des CLS retenus, conduits dans le précédent volet de l'étude, entre août et septembre 2020, ont également été analysés. Ceci a permis de mettre en regard les visions et expériences des coordinatrices et des porteurs d'action au sein d'un même CLS. Le CLS F n'ayant pas été étudié dans l'échantillon du rapport Diallo et al. (2021), un guide d'entretien dédié a été établi (Annexe 4) et un entretien conduit en juillet. La coordinatrice a en effet témoigné d'une grande disponibilité ainsi que d'une flexibilité, ce qui a permis de convenir d'un temps d'entretien malgré le faible laps de temps restant au moment du choix d'étude du CLS F. En revanche, la coordinatrice du CLS D n'a pas pu être interrogée. Bien que ce CLS figurait dans le rapport Diallo et al. (2021), aucun n'entretien n'avait été mené avec cette coordinatrice. Le choix tardif de réorientation de notre présent échantillon d'étude ainsi que l'impossibilité de contact de cette coordinatrice par téléphone ne nous a donc pas permis de conduire d'entretien. Un récapitulatif des entretiens menés avec les coordinatrices est présent en annexe 6.

Au total, on dénombre donc 25 entretiens.¹³

2.2.5 Aspects éthiques, anonymisation

Chaque personne interviewée s'est vu remettre une fiche décrivant les objectifs de l'étude et de l'entretien et les mesures prises pour garantir la confidentialité des données tirées des entretiens. Il s'agissait de permettre aux répondants de formuler un consentement éclairé (annexe 7). De fait, afin de garantir l'anonymat des porteurs d'action interrogés notamment vis-à-vis des ARS commanditaires, il a été convenu qu'aucun nom de CLS ou de structure ne serait divulgué. Aucun verbatim n'a été cité sans l'accord de l'interrogé, conformément à ce qui était établi dans la fiche de consentement.

¹³ Le détail des entretiens est présenté dans le tableau 2

3 Résultats

Nous présentons ici les résultats en présentant le profil des CLS investigués ainsi que des porteurs d'action interrogés. Puis, notre exposé est structuré en fonction des objectifs posés au début de l'étude. Il s'agit de caractériser la coordination de l'animation territoriale des CLS afin de déterminer de quelle façon les porteurs d'action sont amenés à être mobilisés. On s'intéressera aux leviers et les aux freins facilitant ou freinant les actions des CLS. Enfin, l'expérience des porteurs d'action sera présentée pour identifier les bénéfices et coûts perçus.

3.1 Contextualisation : profils des CLS investigués et des porteurs d'action interrogés

Le Tableau 2 offre un portrait des CLS retenus dans notre étude. Afin de faciliter la lecture des résultats qui font référence de façon systématique aux différents CLS, nous avons mis en vert les CLS de la région Bretagne et en bleu, ceux de la région Pays-de-La-Loire.

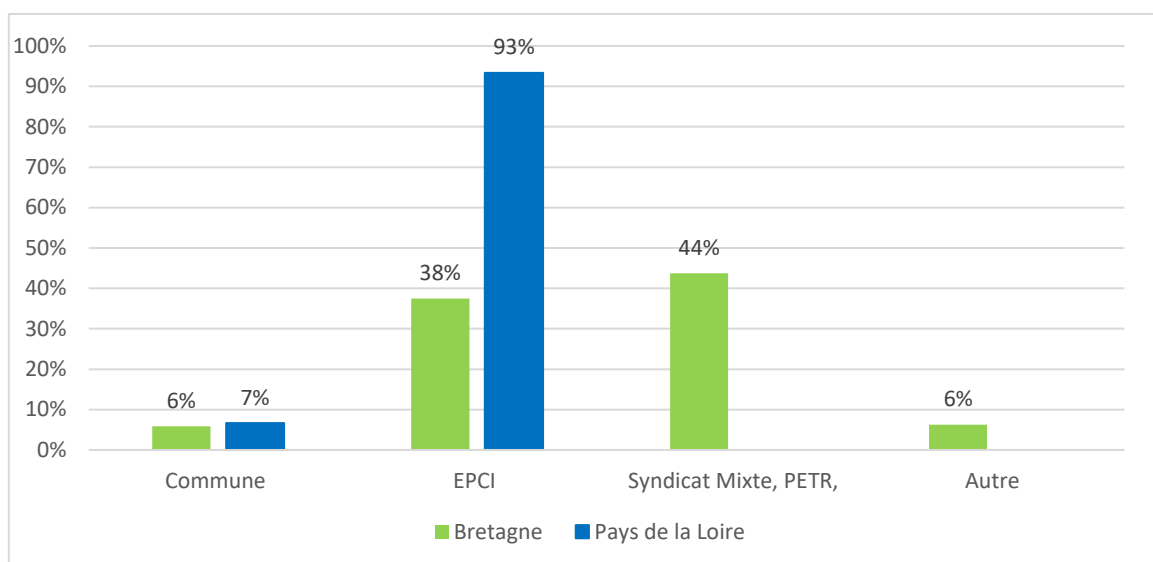
TABLEAU 2 - DESCRIPTIF DES CLS RETENUS

	CLS A	CLS B	CLS C	CLS D	CLS E	CLS F	CLS G
Année de signature	2020	2020	2020	2019	2018	2019	2019
Durée du contrat	5 ans	5 ans	4 ans	5 ans	3 ans	3 ans	3 ans
Type de collectivité porteuse	EPCI	Syndicat Mixte	EPCI	EPCI	EPCI	Commune	Syndicat Mixte
Nombre d'habitants	[50 000 ; 100 000 [[50 000 ; 100 000 [[50 000 ; 100 000 [>100 000	< 50 000	< 50 000	< 50 000
Génération du CLS	2 ^{ème}	1 ^{ère}	1 ^{ère}	2 ^{ème}	1 ^{ère}	2 ^{ème}	1 ^{ère}
Nature du territoire	rural	semi-rural comptant des quartiers prioritaires	semi-rural	semi-rural, comptant des quartiers prioritaires	rural	urbain, comptant des quartiers prioritaires	rural

Les profils des CLS retenus s'inscrivent dans la continuité des résultats du rapport Diallo et al. (2021), dans lequel on pouvait constater qu'en régions Bretagne et Pays-de-La-Loire, "le CLS est majoritairement porté à l'échelle intercommunale, souvent par un établissement public de coopération

intercommunale (EPCI) en Pays de la Loire et par un pôle d'équilibre territorial (PETR) ou un EPCI en Bretagne. Dans les deux régions, la commune est très rarement porteuse du CLS alors qu'au niveau national, la plupart des CLS sont portés par une commune (47%) ou par un EPCI (36%)".

FIGURE 3 - TYPE DE COLLECTIVITES PORTANT LES CLS EN REGIONS BRETAGNE ET PAYS-DE-LA-LOIRE, EXTRAITE DU RAPPORT DIALLO, LE BODO ET BRETON (2021)



Les entretiens menés avec les porteurs d'action sont quant à eux présentés dans le tableau 4, qui montre qu'une majorité d'entretiens ont été conduits avec des porteurs d'action de type associatif.¹⁴

TABLEAU 4 - RECAPITULATIF DES ENTRETIENS MENES AVEC LES PORTEURS D'ACTION

Nom codé	Type de structure	Durée de l'entretien	Date d'entretien
A1	Etablissement public dépendant de la commune	1h01	01/06/2021
A2	Association loi 1901	42min30	21/09/2020
A3	Association loi 1901	58min30	24/09/2020
A4	Société Mutualiste	54min46	09/07/2021
B1	Organisme de droit privé rattaché à la Sécurité sociale	1h16	29/06/2021
B2	Pôle rattaché à une intercommunalité	1h31	01/09/2020
B3	Service rattaché à une intercommunalité	49min03	23/06/2021
B4	Service dépendant du département	58min34	05/07/2021

¹⁴ A la lecture des fiches-actions des CLS, ils n'apparaissent pourtant pas comme majoritaires. Ce phénomène peut peut-être trouver une explication dans le fait que les bénévoles, majoritaires dans les associations interrogées, aient eu plus de temps à nous consacrer pour un entretien.

C1	Etablissement hospitalier	43min11	22/09/2020
C2	Service rattaché à une intercommunalité	42min02	22/09/2020
C3	Etablissement hospitalier	59min50	26/06/2020
D1	Etablissement hospitalier	48min14	22/06/2021
E1	Association loi 1901	1h16	22/06/2021
E2	Association loi 1901	1h00	14/06/2021
F1	Association loi 1901	1h08	15/06/2021
F2	Association loi 1901	1h02	24/06/2021
F3	Service rattaché à une commune	54min05	06/07/2021
G1	Plateforme d'accompagnement et de répit	1h29	08/06/2021
G2	Service rattaché à une intercommunalité	1h03	15/06/2021

3.2 Modes de coordination et d'animation territoriale des CLS

Pour comprendre les enjeux relatifs à la coordination et à l'animation des CLS, il semble nécessaire de prendre en compte le caractère tripartite de ces fonctions. De fait, si la coordinatrice du CLS est supposée être une forme de chef d'orchestre de l'ensemble des partis, son champ d'action est en vérité partagé avec les élus locaux, hissés au rang de pilotes. Par ailleurs, l'ARS remplit un rôle majeur qui, dépassant le simple co-portage, s'avère particulièrement influant sur la nature de l'animation pratiquée dans le CLS. Le déploiement d'actions est ainsi véritablement conditionné par l'implication de "trois contractants" (entretien G3).

3.2.1 Rôle, missions et place de la coordinatrice

Au regard des importants enjeux d'harmonisation et de mise en dialogue, un poste dédié à la coordinatrice est retrouvable dans l'ensemble des CLS de l'échantillon. Ainsi, la coordinatrice est décrite par les porteurs d'action comme celle en charge de faire réseau dans un dispositif où la planification s'avère nécessaire au déploiement de toute action (entretiens du CLS A, B, entretiens C1, G2 et F4). L'intelligence collective est de fait décrite comme un levier important, puisque selon la coordinatrice du CLS F "*c'est le prisme qui fait l'intérêt des actions*" (entretien F4). Dans cette perspective de cette mise en lien d'acteurs pluriels, la coordinatrice s'appuie sur une dimension intersectorielle de la santé en brisant les logiques de silo, et en invitant chaque structure à sortir de son champ d'action initial (entretien B4). La coordination se traduit en outre par l'organisation de réunions ainsi que par une prise de contact régulière avec les différents acteurs, de manière informelle, pour marquer une présence et se tenir informé de l'avancement des actions menées (entretiens A4, D1, B1 et B4).

Par ailleurs, on rapporte que des thématiques d'actions développées dans le CLS ont été orientées par la sensibilité personnelle de la coordinatrice, qui est alors force de proposition dans le montage de projets (entretiens des CLS A, B, E et F). Le CLS A a ainsi connu des évolutions d'écriture et de mise en œuvre en fonction des coordinatrices qui se sont succédées (entretien A5), avec un recentrage sur certaines thématiques et une diminution progressive du nombre d'axes et de fiches actions (entretien B4). Un porteur d'action décrit que la coordinatrice est en charge totale du pilotage, "*mène la danse*", en décidant de l'orientation que doivent prendre les actions, de telle sorte que les porteurs d'action ont le même statut que des partenaires (entretien E1). Les autres porteurs d'action s'accordent plutôt sur une coanimation des projets avec la coordinatrice qui demeure à leur écoute.

Ainsi, l'appui de la coordinatrice aux porteurs d'action est décrit comme fondamental. Il représente alors pour eux une ressource et permet de faire avancer les actions (entretiens des CLS A, E et F). Elle accompagne les porteurs dans la recherche de nouveaux lieux et locaux, participe à la gestion du financement et propose différents types de soutien d'ordre méthodologique, technique et logistique.

Cependant, la fonction de coordination du CLS semble parfois précarisée par plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, un important turn-over est décrit comme venant ralentir l'animation et empêchant la création de partenariats pérennes (entretien A2). De fait, les modes de coordination diffèrent grandement en fonction de la coordinatrice (entretien F4). De plus, la coordinatrice peut être confrontée à une forme d'isolement et connaître des difficultés à trouver une place face à d'importantes institutions telles que le CCAS (entretiens des CLS A et F). Or, un tel manque d'ancrage du poste de la coordinatrice a d'importants retentissements sur le CLS qui, n'ayant pas de référent identifié à sa tête, peut manquer d'appui et d'accompagnement collectif. Les actions initiales contractualisées ne sont alors que difficilement mises en œuvre (entretiens du CLS A).

3.2.2 Place des élus dans la coordination et l'animation

Le CLS est impulsé avant tout par une volonté politique et les élus sont alors dépeints par les porteurs d'action comme les vrais décisionnaires, les vrais pilotes (entretiens des A, B, C, E, F et G). Ils sont fréquemment à l'origine même du lancement du CLS, suite à une manifestation d'intérêt sur une thématique donnée de santé propre au territoire, les conduisant à un rapprochement avec l'ARS. Lorsqu'ils ne sont pas à l'origine du lancement du CLS, leur influence sur la programmation d'actions est renforcée par leur présence dans le comité de pilotage (entretiens B3, B4 et E3), alors même que certains porteurs d'action n'y sont pas systématiquement associés : "*ce sont les élus qui portent le projet*" (entretien B3). Aussi, la déclinaison du CLS dépend des positionnements politiques de l'ensemble des élus du territoire couvert et est également influencée par leurs sensibilités propres.

Cette animation politique est en vérité dépeinte comme déterminante puisque sans portage marqué des élus, il ne peut y avoir d'impulsion de dynamique dans les collectivités dans le cadre des actions du CLS (entretiens des CLS A à E). La mobilisation des élus garantit une plus grande interconnaissance des acteurs mobilisés dans le CLS et facilite le déploiement des actions (entretien C3). Sans portage politique local, il ne peut y avoir d'aboutissement des actions contractualisées, puisque ce sont les élus qui disposent du pouvoir d'insertion dans les collectivités (entretiens B4 et E4).

Pour caractériser les modes de coordination des CLS, il est nécessaire de prendre conscience de l'existence de jeux de gouvernance et de pouvoir entre les élus, l'ARS et la coordinatrice du CLS (entretiens des CLS A, B et CLS C). La définition du périmètre d'action peut par exemple faire l'objet d'un désaccord entre élus et ARS. Dans le cadre de l'entretien C4, on remarque que si les élus avaient la volonté d'avoir une échelle géographique limitée, l'ARS souhaitait plutôt étendre davantage le territoire du CLS, qui a finalement été défini selon le souhait des élus. Cependant, dans l'entretien A2, la tendance a plutôt été inverse. Une tension observable sur le plan de l'établissement de priorités d'action entre accès aux soins (volonté des élus) et développement de la promotion de la santé (demande de l'ARS) a finalement amené une priorisation selon les préconisations de l'ARS. Cette entrée en opposition avec l'ARS est également identifiable dans le cadre du poste de coordination, comme le met en lumière l'entretien avec la coordinatrice du CLS C : *"c'est nous les chefs de file. Parfois, l'ARS veut imposer un modèle et nous, on ne voulait pas rentrer dans ce modèle-là"*. Un désaccord a notamment eu lieu dans ce même CLS au moment du diagnostic, en cela que l'ARS souhaitait une appréhension uniquement quantitative, quand les élus et la coordinatrice, eux, voulaient également une dimension qualitative.

Le CLS peut également se présenter comme un affichage politique, sans pour autant que les élus, qui ne s'approprient pas toujours cet outil, soient investis dans son déploiement effectif (entretiens des CLS B, G et F). Ainsi, les porteurs d'action notent un manque d'ancrage du CLS dans la culture locale en raison d'un manque de participation des élus, qui ont encore du mal à concevoir la santé dans toutes les politiques.

Dès lors, pour favoriser le portage politique et l'investissement dans la coordination du CLS de la part des élus, l'acculturation et la sensibilisation aux problématiques de santé globale est nécessaire (entretiens des CLS A, B, E et F). La coordinatrice peut alors les rencontrer en amont de toute décision pour mesurer leur soutien potentiel, (sans lequel les actions ne pourraient trouver de légitimité sur le territoire) au travers de stratégies de plaidoyer (entretien E3). Il peut aussi mettre en place des temps de formation pour les élus sur des thématiques ciblées telles que la prévention de la crise suicidaire ou la qualité de l'air intérieur. Un groupe de travail peut également être dédié à la sensibilisation des

élus (entretien B4). Les participants sont alors amenés, via une démarche de sensibilisation par les pairs, à légitimer le CLS dans leurs communes.

3.2.3 Rôle perçu de l'ARS

En premier lieu, il apparaît que l'ARS assure un soutien en termes d'accompagnement des acteurs (entretiens des CLS A, C, E et F). Elle propose en effet des réponses concrètes à des besoins rencontrés sur le terrain, tels que l'ouverture d'un centre de santé avec des médecins retraités assurant des vacances suite au repérage d'une baisse d'accessibilité des médecins généralistes sur le territoire (entretien F4). Les liens entre ARS et porteurs d'action étaient souvent déjà établis avant le lancement du CLS et s'inscrivent donc dans une continuité, avec une relation de confiance déjà solide (entretiens du CLS A, E et F). L'ARS représente également une aide pour mutualiser les connaissances entre les différents CLS existant dans des territoires proches, à la manière du CLS A qui a pu s'appuyer sur des diagnostics en santé environnement déjà réalisés, mis à disposition par l'ARS (entretien A2). Elle permet aussi d'entrer en lien avec d'autres dispositifs comme les CPTS (entretien C3).

Dans le cadre de la coordination du CLS, l'ARS peut être amenée à choisir elle-même des acteurs clefs pour porter des actions, ce qui est légitimé par le fait qu'elle dispose d'un regard large sur les actions menées sur le territoire ainsi que d'une maîtrise des besoins présentés par ce dernier (CLS B, E et G). C'est ainsi le cas du porteur d'action B1, qui s'est vu investi par l'ARS sur des actions bucco-dentaires jusqu'alors absentes du CLS, en cela que l'investissement de sa structure constituait le plus fort levier du territoire pour créer des parcours prenant en charge des personnes en situation de grande précarité. De même, la définition des territoires d'action des CLS est soumise au regard de l'ARS : si le territoire ne présente pas de problématiques spécifiques, il peut tout de même être amené à contractualiser un CLS en cas d'enjeux d'investissement collectifs, à la manière de ceux présentés par une intercommunalité nouvellement créée (entretien E3).

L'ARS est vue comme un décideur avec un fort poids décisionnel dans l'orientation des actions développées, ce qui engendre parfois chez les porteurs d'action un sentiment d'imposition de direction à adopter (entretiens des A, B et CLS E). Ainsi, la programmation des actions est soumise à la validation de l'ARS, ce qui conduit les porteurs d'action à lui faire des propositions d'actions, qui sont également exposées à la coordinatrice (entretien B1). En outre, l'ARS peut également favoriser le déploiement d'actions n'ayant jusqu'alors pas trouvé d'ancrage local, en effectuant un travail de plaidoyer auprès des collectivités. Ainsi, suite à la sensibilisation au risque radon faite à l'initiative de l'ARS, le porteur d'action E2 décrit un sentiment d'obligation d'action dans les collectivités. Par ailleurs, l'ARS ne retient pas toujours les actions les plus prioritaires soulevées par les acteurs, car ces actions nécessitent un financement jugé indisponible (entretien A4). L'ARS peut également être amenée à décider de l'arrêt

ou de la réorientation d'actions présentes dans les fiches actions, ayant un contrôle sur les moyens financiers délivrés (entretiens des CLS A et E). Un tel pouvoir peut conduire certains porteurs d'action à connaître des incertitudes quant au maintien même de leur structure dans le CLS (entretien E2).

Cependant, les contacts directs entre ARS et porteurs d'action demeurent parfois limités aux demandes de financement (entretiens des CLS A, B et C). L'ARS, décrite par un porteur d'action comme une "*grosse machine*" (entretien B2), est alors perçue comme peu accessible, éloignée des réalités de terrain. Un porteur d'action décrit ainsi n'avoir aucun contact avec l'ARS dans le cadre du CLS, malgré ces relances régulières pour connaître l'avancement d'une demande de financement et d'un appui technique (entretien A1).

3.2.4 Mobilisation des porteurs d'action

Le contexte de mobilisation des porteurs d'action apporte lui aussi des informations quant au mode de coordination des CLS. On observe ainsi deux grandes tendances : l'investissement des porteurs d'action dans le CLS peut s'opérer dans la continuité d'actions déjà menées par les structures, sur demande de la coordinatrice, des élus ou de l'ARS (entretiens des CLS A, B, C, D et E), tout comme il peut être décidé en fonction du territoire, selon des besoins qui ressortent au moment du diagnostic (CLS B).

Dans le cadre d'une mobilisation dans la continuité d'actions déjà mises en place, l'investissement est perçu par les porteurs d'action comme naturel, permettant de renforcer une dynamique en bénéficiant d'un élan nouveau (entretiens A4, D1 et F2).

Quand l'association se fait pour répondre à des besoins du territoire, ces derniers ont souvent été mis en lumière au travers du diagnostic précédant la contractualisation du CLS (entretien A1, entretien B2). Le type d'approche adoptée par la coordinatrice du CLS ou l'ARS pour signifier aux porteurs d'action l'intérêt d'une mobilisation est également un marqueur des enjeux de coordination et influence l'animation. Si la majorité des porteurs d'action interrogés ont été contactés par des personnes qu'ils avaient déjà identifiées par le passé (délégué territorial, coordinatrice du CLS déjà rencontré dans un autre cadre), ils peuvent aussi être investis de façon contrainte, sans avoir été précédemment consultés, ce qui engendre un sentiment d'incompréhension (entretien B3).

Lorsqu'ils sont intégrés dès les prémices du CLS, l'association aux étapes de diagnostic et l'intégration dans le COPIL sont deux leviers permettant d'asseoir la collaboration des porteurs d'action avec la coordinatrice et d'instaurer un climat de confiance (entretiens des CLS B, C, D et G). Une mobilisation dans le cadre du diagnostic peut donner aux porteurs d'action un statut de co-pilotes de l'ensemble du CLS, et non plus seulement des fiches actions. Les porteurs d'action peuvent en effet

apporter leur expertise technique et fournir des données (entretien G2, entretien F3), ce qui est perçu comme une expérience valorisante. L'association précoce au CLS semble avoir une incidence sur la communication avec la coordinatrice, qui peut alors être renforcée en dehors des temps formels, permettant un appui méthodologique plus fort (entretien C2). Si au contraire, l'association au diagnostic puis aux instances décisionnelles est trop tardive, les porteurs d'action peuvent avoir un sentiment de décalage et n'interviennent pas activement dans les réunions dans lesquels ils sont conviés, demeurant spectateurs, en observation (entretiens A3 et B3). Les porteurs d'action sont également mobilisés dans des groupes de travail dans lesquels ils apportent leur expertise et participent à la prise de décision dans l'orientation des actions à venir (entretiens des CLS A, D et B). Cette participation est perçue comme positive, permettant un apprentissage mutuel avec un partage de connaissances et l'impulsion d'une dynamique de travail cadrant les actions.

3.3 Enjeux et défis de la mise en œuvre du programme d'actions des CLS dans la réalité du territoire

La programmation et le déploiement d'actions établies dans le cadre du CLS s'opposent à des réalités territoriales. Ainsi, des éléments facilitateurs relatifs au mode de pilotage et de coordination ainsi qu'à la nature du territoire sur lequel le CLS est porté peuvent venir appuyer le développement des actions initialement pensées. Par opposition sont également identifiables des freins contraignant l'ancrage des actions du CLS, qu'il s'agit de mettre en lumière pour parvenir à les contourner.

3.3.1 Eléments contextuels et modes de pilotage facilitant le déploiement des fiches actions

Le territoire sur lequel est déployé le CLS peut avoir une grande influence sur la mise en œuvre des actions. Ainsi, il apparaît que les CLS portés par des communautés de communes et des syndicats communaux ont des acteurs qui avaient déjà développé des dynamiques d'interconnaissance avant la création des CLS, ce qui se présente donc comme un élément facilitateur sur lequel ils peuvent s'appuyer (entretiens du CLS E et G). Un accord antérieur entre les communes sur lequel s'étend le CLS peut de la sorte faciliter la prise de poste de la coordinatrice, comme dans le cadre du CLS G, dans lequel la coordinatrice a un temps partagé sur deux communautés de communes réunies en un syndicat, qui ont par ailleurs su mutualiser leur diagnostic. En outre, le CLS déployé à l'échelle d'une ville, comme dans le cas du CLS F, bénéficie d'un appui sur des réseaux d'acteurs précédemment établis, ce qui amène la coordinatrice à avancer : "*on se connaît tous*" (entretien F4). Le travail intersectoriel, en transverse, est alors déjà amorcé et se poursuit plus aisément dans le cadre du CLS.

Par ailleurs, les fiches actions dédiées permettent de formaliser un cadre, de garantir les engagements de chaque acteur en se fixant des objectifs clairs (entretiens des CLS A, B, C et F). De fait, l'établissement d'une fiche action apporte une lisibilité, fixe des objectifs clairs vers lesquels tendre et impose des échéances. Un tel cadre permet aussi de mettre en lumière des besoins jusqu'alors restés invisibles puisqu'aucune évaluation n'avait été conduite (entretien A4, entretien B1). La structure porteuse d'action peut de surcroît intégrer dans ses priorités le cadre fixé dans la fiche action et doit se tenir aux engagements fixés, tout comme les partenaires investis (entretien C3, entretien F4). Les porteurs d'action interrogés étaient donc désireux d'avoir une fiche dédiée à leur seule action, afin de s'appuyer sur ce qu'ils perçoivent comme un levier de sensibilisation des élus et du public à une échelle plus large, ainsi qu'un outil de communication intéressant pour entrer en dialogue avec les partenaires (entretien B4, entretien C2, entretien C3).

Le statut de pilote donne du poids dans les instances décisionnelles aux porteurs d'action, qui sont alors forces de proposition (CLS A, B, E). La programmation de nouvelles fiches actions est alors permise aux porteurs, qui disposent d'une liberté importante qu'ils emploient pour faire des propositions, généralement suivies par l'ARS et la coordinatrice (entretien B1, entretien A3). La coordinatrice du CLS E sollicite ainsi fréquemment les porteurs d'action pour avoir de nouvelles idées d'intervention.

Cependant, lorsqu'il n'y a pas de fiche action dédiée au projet qu'ils pilotent, les porteurs constatent un manque de marge d'action conduisant à une impossibilité de concrétiser leurs idées. C'est le cas du porteur d'action A1. Associé trop tardivement au CLS, il a vu ses actions rattachées à des fiches préexistantes plutôt qu'à une fiche dédiée, ce qu'il regrette actuellement puisqu'il n'a pu réussir à mettre en place une action pour les jeunes -comme il le souhaitait initialement en entrant dans le CLS-, puisqu'aucune des fiches déjà établies ne se rattachait à un tel projet. Dès lors, l'investissement des porteurs d'action dès le lancement du CLS permet de pérenniser leur engagement et de co-construire des fiches actions adaptées (CLS A, CLS C, CLS F), ce qui facilite par la suite le déploiement des actions envisagées.

Un pilotage souple des fiches-actions contractualisées initialement pour mieux répondre aux besoins du territoire se présente comme un levier (entretiens des CLS A, C et E). Ainsi, un élargissement du champ d'action mentionné initialement dans la fiche peut amener à construire des dynamiques de promotion de la santé globale. Le porteur d'action E2 a, de cette façon, pu travailler sur la qualité de l'air intérieur plutôt que sur le risque radon seul, tel qu'il était mentionné dans la fiche action, grâce à une flexibilité de la coordinatrice sur les fiches actions contractualisées. Une telle souplesse permet d'avoir un mode de pilotage collaboratif et participatif, de garder une porte ouverte à toute proposition pour que les acteurs puissent se positionner sur les fiches de leur choix (entretien CLS A, entretien D1). Le porteur d'action n'a alors plus nécessairement de rôle propre, les initiatives pouvant provenir des porteurs comme des partenaires, afin que chaque acteur puisse proposer ses idées. De cette façon, les fiches actions peuvent connaître des réajustements en fonction des problématiques et besoins rencontrés sur le terrain (entretien C2). De même, le rôle de la coordinatrice peut aussi être vu comme adaptable en fonction des réalités contextuelles. La coordinatrice du CLS F a pu être redéployée sur des actions de lutte contre la COVID-19 au moment des pics épidémiques, ce qui lui a donné l'opportunité de faire du réseau, de rencontrer de nombreux acteurs du territoire. Un tel découplage du poste de la coordinatrice pourrait donc selon elle s'apparenter à un levier.

3.3.2 Freins contraignant le déploiement des actions du CLS

Les répondants ont rapporté à plusieurs reprises, l'enjeu du niveau de financement comme entrave au déploiement et à la pérennisation des actions envisagées par les porteurs (entretiens des CLS A, B, E, F, et G). L'absence de budget dédié aux actions contractualisées dans le cadre du CLS, malgré les demandes faites à ce sujet, inquiètent les acteurs qui craignent de ne pouvoir pérenniser les projets et de voir s'essouffler des actions ayant pourtant montré un véritable intérêt pour le territoire (entretien B1, entretien B4, entretien D1). Par ailleurs, lorsque des moyens sont accordés, notamment au travers de réponses à des appels à projets, ils s'avèrent trop peu conséquents pour permettre de couvrir l'ensemble des besoins (entretien B4, entretien A4, entretien E1). Ainsi, le porteur d'action F2 souhaiterait augmenter son nombre de postes salariés pour répondre à une activité toujours en croissance, mais les fonds accordés ne permettent de financer qu'un seul poste. De même, le porteur d'action F3 ne peut disposer de locaux adaptés à ses actions en raison d'un manque de financement.

Par ailleurs, la crise sanitaire a fragilisé la mise en œuvre des actions en empêchant les acteurs de se réunir et d'atteindre leurs publics cibles (entretiens des CLS A, B, C, E, F et G). Les groupes de travail n'ont pas pu se mettre en place dans certains CLS en raison du contexte sanitaire, ce qui a empêché la formation de réseaux d'acteurs (CLS A, CLS C). De même, les porteurs d'actions ont dû interrompre leurs projets puisque les publics destinataires, âgés, n'étaient pas familiers des alternatives virtuelles proposées (entretien C2, entretien E3). A distance, les coordinatrices ont également eu du mal à faire le lien entre les porteurs d'action et le dispositif CLS. Les instances décisionnelles ont été reportées ou annulées (entretien C4, entretien B3, entretien F4); ce qui a perturbé le planning établi initialement.

De plus, à l'échelle d'une communauté de communes trop étendue ou d'un pays, le territoire couvert par le CLS, trop étendu et disparate, peut amener les porteurs d'actions à s'investir de façon inégale dans chaque commune, ou à avoir des difficultés pour développer des actions adaptées à tous les besoins présents sur le territoire (CLS B, CLS C, CLS E). Les porteurs d'action sont en effet fréquemment investis dans plusieurs CLS différents. Or, en cas de territoire d'action trop vaste, il leur est difficile de s'investir de façon égale sur l'ensemble d'entre eux (entretien E1, entretien B1, entretien B2).

Enfin, un manque de mutualisation et d'accord au sujet des moyens et des besoins entre coordinatrice, élus et ARS induit un manque de soutien des porteurs d'action (entretiens des CLS A, B et D). Ainsi, le porteur d'action A2 se sent en tension entre les demandes de l'ARS et celles des élus, ce qui l'oblige à tenter de "*satisfaire tout le monde alors que le temps de travail est limité*". De même, on

observe un manque de lien entre les différents dispositifs existants. Plutôt que de s'articuler, ces dispositifs viennent à se superposer, entraînant un manque de lisibilité.

3.4 Motivations, bénéfices et coûts relatifs à la mobilisation des porteurs d'action des fiches actions

Les porteurs des différentes fiches actions témoignent d'une diversité de motivations à s'engager dans les CLS. On observe que ces dernières ne sont pas nécessairement en corrélation avec les bénéfices et les coûts induits par la mobilisation. Aussi apparaît-il pertinent de distinguer les motivations initiales des bénéfices et coûts véritablement perçus une fois le portage d'action engagé.

3.4.1 Motivations

Initialement, la recherche manifeste d'un soutien financier est majoritairement à l'origine de la volonté d'entrer dans un CLS (entretiens des CLS A, B, E, F et G). Les porteurs d'action décrivent ce soutien comme un apport recherché en amont de leur entrée du CLS. Les autres formes de soutien, attribuables à des formes de bénéfices (3.3.2), ne sont pas nécessairement recherchés avant l'entrée dans le CLS. Un porteur d'action formule tout de même que c'est sa volonté d'obtenir un soutien méthodologique qui l'a encouragé à s'engager dans le CLS, afin d'obtenir des outils concrets dans le montage de projet et un cadrage plus rigoureux de ses actions.

Par ailleurs, certains porteurs d'action présentent une volonté d'une meilleure reconnaissance par les élus locaux de leurs actions menées, qu'ils espèrent obtenir par le biais du CLS et qui motive donc leur mobilisation dans ce dernier (entretiens des CLS C et E). C'est ainsi le cas d'un porteur d'action qui avait du mal à trouver un véritable soutien dans les collectivités pour mener des actions bénévoles de sensibilisation autour des questions de santé environnement. Son investissement dans le CLS s'est donc fait avec le souhait de gagner en légitimité dans le dialogue avec des élus qui, jusqu'alors, se désintéressaient de son association dont le statut non professionnel était associé à un manque de sérieux sur le plan technique (entretien E2).

Une connaissance antérieure du dispositif CLS peut également être un motif d'entrée dans le CLS (entretien G2, entretien B4). Les porteurs d'action concernés percevaient dans le CLS un intérêt pour d'autres structures déjà engagées, et avaient la volonté d'étendre leurs actions sur l'ensemble du territoire du CLS. Ils peuvent également avoir eu connaissance de la coordinatrice du CLS dans un autre cadre d'action sur un poste qu'il occupait précédemment par exemple (entretien B4, entretien C2). On observe également un cas particulier propre au porteur B1, dont le poste a été créé spécifiquement pour apporter une lisibilité sur les dispositifs territoriaux tels que les CLS. Ce poste de "*manager coordonnateur territoires et santé*" lui donne donc une vision globale des différents CLS existants et il

aspire à entrer dans l'ensemble de ceux qui lui accordent une place de pilote. On observe de fait un investissement dans plusieurs CLS de façon conjointes, notamment chez des porteurs d'action évoluant, comme le porteur B1, dans des structures régionales (entretien D1, entretien A2, entretien C3).

3.4.2 Bénéfices observés par les porteurs d'action

Création de partenariats et stimulation de l'interconnaissance

La création de nouveaux partenariats est attribuée au CLS par l'ensemble des porteurs d'actions (entretiens des CLS A, B, C, D, E, F, G). La mobilisation dans le CLS permet ainsi d'apporter "*un autre regard*" (entretien F2), de "*croiser les bonnes personnes*" (entretien E1), de s'ancrer dans des réseaux de professionnels spécifiques à leur secteur d'action, mais aussi d'élargir ce dernier au travers d'expérimentations. Le travail intersectoriel est alors particulièrement stimulé, notamment au travers d'actions sur le terrain durant le période de crise sanitaire : "*c'est aussi dans le faire très concret qu'on apprend à se connaître*" (entretien C3). Les liens s'établissent principalement dans le cadre des groupes de travail et sont d'autant plus forts entre pilotes d'action et partenaires désignés dans le cadre de fiches actions qui "*ouvrent des portes*" (entretien A4). Une fois les liens établis, le porteur B2 décrit un "*effet boule de neige*" ; un partenaire en amenant de nouveau.

Pour permettre de favoriser l'interconnaissance entre les différents acteurs du CLS et ainsi favoriser la création de liens, les coordinatrices adoptent des stratégies comme la création d'un guide présentant les actions de chacun, pour permettre de s'appuyer sur l'expertise de chaque acteur mobilisé sur le territoire (entretien F4) ou l'établissement d'une fiche action dédiée à cette thématique (entretien B1). L'interconnaissance est en effet l'un des bénéfices majeurs observés ; les porteurs d'action témoignant d'un "*décloisonnement qui amène à se voir différemment et à connaître les complémentarités*" (entretien F2) et bouleverse les pratiques : "*on n'est pas les mêmes avant et après un CLS, parce qu'on se connaît*" (entretien C3). Les publics touchés sont alors plus nombreux avec des actions hors-les-murs, des démarches d'aller-vers (entretien A3, entretien C3) et de promotion et prévention de la santé : "*on tape plus fort sur la prévention quand on est en commun*" (entretien D1). Le CLS se présente donc comme un "*outil pertinent pour lutter contre la méconnaissance importante entre institutions et associations*", selon le porteur d'action B1. Une telle interconnaissance s'avère donc facilitatrice dans le cadre du renouvellement du CLS, comme le décrit la coordinatrice de l'entretien C4.

Le porteur A1 regrette de ne pas avoir été associé plus précocement aux groupes de travail, ce qui aurait selon lui permis la création de nouveaux partenariats. De fait, certains acteurs ne se rendant

plus, au fil des réunions, dans les groupes de travail constitués, il devient peu aisé d'entrer en contact avec eux.

Il faut par ailleurs nuancer cette dimension partenariale, puisque plusieurs porteurs d'action signifient qu'il leur est difficile de déterminer avec précision les liens créés par le biais du CLS et hors CLS, dans le cadre de leurs autres actions (entretien A1, entretien A3) ou de d'autres dispositifs comme les CTS, CPTS ou les CLSM (entretien D1, entretien B3, entretien G3). Un travail de mise en lien des différents coordinateurs de dispositifs serait donc nécessaire selon le porteur d'action G3. Enfin, certains porteurs d'action estiment que la création de partenariats se fait *"surtout dans l'autre sens"* (entretien B1, entretien E1) : ils estiment apporter à la coordinatrice du CLS plus de partenaires qu'ils n'en gagnent.

Visibilité et légitimité accrues

Une meilleure visibilité et légitimité des actions menées est permise par le biais du CLS selon certains porteurs d'action (entretiens des CLS A, B, E et F). Ces dernières sont davantage marquées en cas de fiches actions dédiées qui apportent une visibilité sur l'ensemble du territoire couvert par le CLS et permettent de fortifier les actions menées (entretien A4, entretien D1). Le porteur D1 décrit ainsi avoir vu un effet considérable sur l'attractivité médicale en pédopsychiatrie suite à la création d'une maison des adolescents dans le cadre d'une fiche action dédiée ; la nécessité *"d'union des forces"* ayant été rendue visible par le CLS. Le porteur B4 exprime quant à lui avoir gagné en confiance pour pouvoir s'exprimer auprès de prescripteurs et professionnels de santé, sentant qu'il n'a plus à convaincre.

En outre, la légitimité est observable dans le dialogue avec les élus, dont la vision change, à la manière de ce que décrit le porteur d'action E3. Le CLS sert ainsi d'outil de communication pour sensibiliser et former les élus en leur rappelant leurs obligations en termes de santé (entretien B3). Or, une telle reconnaissance extérieure est nécessaire pour pérenniser les actions mais aussi pour *"entretenir la flamme bénévole"* dans le cas de porteurs associatifs (entretien F2). De plus, l'apport communicationnel du CLS permet une plus large visibilité auprès des différents publics : *"moi je les ai repérés, eux, ils m'ont repérée et on avance"* (entretien E1).

Au-delà de la légitimité et de la notoriété, le porteur d'action A4 décrit un sentiment d'utilité : *"c'est plus simple, plus fluide, mais au-delà de l'image, c'est important de savoir qu'on intervient dans un cadre avec une dynamique locale, et on apporte notre petite pierre"*.

Soutien méthodologique et logistique

D'autre part, le CLS permet aux porteurs d'action de bénéficier de soutiens méthodologique et logistique, qui les motivent à demeurer dans ce dispositif (entretiens des CLS A, B, C, D, E, F, G). L'appui méthodologique reçu consiste en une aide pour la rédaction des fiches actions pour cerner les objectifs principaux et secondaires, en un cadre pour le lancement de projets et à un apprentissage sur les modalités de valorisation du travail effectué. Il peut également consister en une sensibilisation à des thématiques jusqu'alors non maîtrisées dans le but d'élargir à l'avenir son champ d'action (entretien B4). Il peut aussi s'agir d'un partage de références documentaires, d'un aspect de veille scientifique pour actualiser les connaissances de la structure (entretien B3). Il provient majoritairement de la coordinatrice, mais peut aussi venir d'acteurs extérieurs tels que l'IREPS (entretien B4, entretien A3). Le soutien logistique consiste quant à lui en une mise à disposition de salles sans participation financière, mais aussi de moyens matériels en cas de besoin, à la manière du porteur d'action E1 qui bénéficie d'un mini-bus pour faire participer à ses actions des familles trop éloignées et non mobiles, ou du porteur B3 qui a obtenu des kits de dépistage pour effectuer des sensibilisations au risque radon et à l'automesure à domicile.

Favorisation d'une perspective salutogénique de la santé

Une ouverture vers une perspective salutogénique¹⁵ de la santé, dès lors appelée à s'ancrer dans toutes les politiques, a été notée par les porteurs d'actions comme un bénéfice induit par le CLS (entretiens des CLS A, B, C, E et F). Le CLS a en effet permis de "*savoir qu'il y a une autre dimension de la santé qui est la prévention, et qu'elle ne se limite donc pas aux soignants et établissements de santé médico-sociaux*" (entretien A4), ce qui a invité les élus à faire évoluer leur vision des questions de santé. De même, le CLS offre aux porteurs d'action hospitaliers l'opportunité de sortir du modèle curatif, "*d'ouvrir l'hôpital pour le tourner vers le préventif via un développement du partenariat avec la ville*" (entretien C1). Les groupes de travail sont en effet l'occasion de concevoir la santé sous un angle global, en prenant conscience de l'intérêt de son ancrage dans toutes les politiques, en vue d'améliorer les conditions de vie et de lutter contre les inégalités sociales de santé. La santé se trouve alors appréhendée de façon "*diffuse*", avec une approche qu'une coordinatrice décrit comme "*impressionniste*" : "*on veut des petites touches dans toutes les politiques, pour que ce soit presque naturel qu'il y ait de la santé partout*" (entretien F4). Une telle appréhension de la santé invite donc les porteurs d'action à innover, proposer des thématiques qui "*pourraient faire changer les mentalités*"

¹⁵ Concept introduit par Antonovsky (1979), qui, par opposition à la *pathogénèse*, propose de s'intéresser aux facteurs favorisant le bien-être plutôt qu'aux causes des maladies.

(entretien B2), à la manière de l'hypothèse de la création d'un fablab par un acteur hospitalier qui considère que l'émergence d'un tiers-lieu de ce type est permise par le CLS (entretien C3).

Subsistent tout de même des difficultés face à des politiques publiques se déployant encore beaucoup en silo, avec des élus demeurant à sensibiliser de façon profonde selon cette même coordinatrice.

Impact sur la mobilisation citoyenne

Une mobilisation citoyenne accrue est observée par certains porteurs d'action, qui l'associent à l'inscription de leurs actions dans le CLS (entretiens des CLS B et E). Le porteur B3 a ainsi constaté une association plus grande des habitants des communautés de communes du CLS qui étaient dès lors plus mobilisés sur la question de la qualité de l'air dans leur logement suite aux actions déployées. De même, le porteur B4 a vu son entrée en contact facilitée avec des publics pourtant difficilement atteignables jusqu'alors. Le porteur E2 considère enfin qu'il a vu *"des portes s'ouvrir pour être en contact avec la population et passer des messages de santé qui ont bien marché"* par le biais du CLS.

3.4.3 Coûts perçus par les porteurs d'action

Coût temporel

L'investissement dans le CLS peut être perçu comme particulièrement coûteux temporellement, alors que les porteurs d'action sont déjà pris par de nombreuses activités et sont investis parfois dans plusieurs dispositifs (entretiens des CLS A, B, E et F). Le pilotage des fiches actions est en effet décrit comme chronophage lorsqu'il n'est pas assez partagé avec la coordinatrice du CLS (entretiens A2, entretien A3); ce qui induit un manque progressif d'investissement dans les actions, une perte de dynamisme, et par là-même, un désinvestissement des partenaires. Les porteurs d'action décrivent manquer de temps et de disponibilité pour rencontrer les élus et les partenaires dans les groupes de travail, qui voient leur nombre de participants diminuer au fil du temps (entretien B4). Un porteur d'action déclare même que son manque d'investissement dans le CLS est relatif au fait que trop d'énergie et de sollicitations seraient inhérents à une telle mobilisation, qu'il préfère donc ne pas avoir (entretien F1).

Manque de lisibilité du CLS

Un manque de lisibilité globale du CLS est déploré par certains porteurs d'action qui affirment ne pas saisir l'ensemble des enjeux de gouvernance, de coordination et de pilotage (entretiens des CLS A, B, D, F et G). Ainsi, selon les porteurs du CLS A, la coordination actuelle ne permet pas de repérer les acteurs référents pour chaque fiche action, de les mettre en relation, ce qui induit un manque de clarté dans le pilotage. Un certain flou subsiste au sujet du statut de porteur d'action pour plusieurs des

interrogés, qui ne savent pas précisément quel est leur rôle entre partenaire et pilote. Ils sont en effet parfois mentionnés comme partenaires mais sont chargés du pilotage dans les faits (entretien A1) ou sont en contraire supposés piloter mais sont, en action, plutôt partenaires (entretien F3). Enfin, un porteur d'action est confronté à un manque tel de lisibilité qu'il ne sait pas dans quel CLS il est impliqué ou non, confond plusieurs CLS de territoires proches (entretien F1).

Au sujet de la coordination, la coordinatrice du CLS B, manquant de formation sur les thématiques de santé environnement, ne peut assurer la gouvernance des actions de cet axe selon le porteur B5. De même, le porteur d'action B1 décrit que faute d'une animation dynamique et d'un cadrage des projets lancés, certains projets sont bloqués ou retardés, notamment lorsqu'il s'agit de mobiliser des représentants des professionnels de santé qui n'ont pas été assez sensibilisés par la coordinatrice. Les instances décisionnelles manquent également d'intérêt pour le porteur d'action F2 qui les décrit comme des "grandes messes" : *"c'est beaucoup de blabla. Moi, je préfère l'action. Après, c'est bien qu'on puisse avoir un CLS pour avoir des propositions, c'est intéressant, mais ça implique trop de rigueur et notre fonctionnement n'est pas un fonctionnement de rigueur"*. Enfin, un trop grand nombre de participants au comité de pilotage provoque une difficulté d'homogénéisation des réponses selon porteur G3.

4 Discussion

Cette étude de cas multiples avait pour objectifs de caractériser les modes de coordination et d'animation territoriale des CLS afin de déterminer comment sont mobilisés les porteurs d'action ; d'identifier les enjeux, défis de la mise en œuvre du programme d'actions des CLS dans la réalité du territoire pour comprendre ce qui facilite et contraint le déploiement des actions prévues et de comprendre les motivations et retombées pour les porteurs d'action mobilisés par les CLS pour identifier les bénéfices et coûts pour les structures locales et régionales d'intégrer un CLS. A la lumière de nos résultats, il apparaît que l'on peut apporter des éléments de réponses aux objectifs fixés qui seront en premier lieu explicités, avant que nous ne nous intéressions aux enseignements pour la pratique, suggérés par les données obtenues. Puis, il s'agira de faire état des connaissances scientifiques actuelles, afin de déterminer l'inscription de cette étude dans un champ à l'échelle internationale. Les limites rencontrées seront enfin soulevées, pour suggérer des recommandations.

4.1 Réponses aux objectifs de l'étude et mise en perspective

Coordination et animation territoriale des CLS ; modes de mobilisation des porteurs d'action

L'analyse des modes de coordination et d'animation territoriale des CLS laisse entrevoir la centralité de la place de la coordinatrice, qui peut influencer l'orientation des actions et leur mise en œuvre. Il est notable que les coordinatrices réactives lors de la prise de contact par mail et par téléphone pour établir un lien avec les porteurs d'action ont été décrites comme connues, bien repérées par les acteurs interrogés qui ont décrit positivement leur expérience avec la personne en charge de la coordination. A l'inverse, les porteurs d'action ayant retiré une expérience plus mitigée de leur mobilisation dans le CLS sont investis dans des contrats où la coordinatrice a été plus difficilement joignable. De tels éléments mériteraient d'être étudiés sur le plan quantitatif pour être précisés et confirmés. Bien que reconnue par les porteurs d'action, la place de la coordinatrice demande à être revalorisée et à connaître un meilleur ancrage. Le trop haut niveau de turn-over sur ce poste fragilise en effet la coordination des CLS et engendre des formes de "*coûts de synchronisation*" (Lazega, 2015) pour les porteurs d'action. Ces derniers doivent s'adapter aux modes d'animation de la nouvelle coordinatrice, font face à la réorientation de certaines actions en fonction de la sensibilité de celle-ci et peuvent donc voir l'intensité de leur mobilisation s'essouffler en raison de ce turn-over.

Par ailleurs, des jeux de gouvernance et de pouvoir entre coordinatrices, élus et ARS sont confirmés. On observe en effet des tensions entre les volontés et le leadership des élus locaux et de l'ARS, déjà décrites dans la littérature (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). Le territoire sur lequel s'étend le CLS ne fait ainsi pas toujours l'objet d'une réflexion partagée, d'une co-construction entre élus

locaux, ARS et porteurs d'action, ce qui peut générer un sentiment d'imposition. Or, sans "espace identitaire" reconnu par l'ensemble des acteurs, l'animation territoriale ne peut aboutir à la production d'actions intersectorielles (Leloup et al., 2005).¹⁶

L'influence des élus locaux sur les modes d'animation et de coordination est déterminante selon nos interrogés. De fait, pour les acteurs politiques, le CLS présente des enjeux de taille en cela qu'il constitue "une opportunité de faire valoir la légitimité politique de leurs interventions en santé" (Haschar-Noé & Salaméro, 2016) dans un contexte où "les collectivités locales ne disposent que de peu de compétences formelles en matière de santé" (Clavier, 2009); les intercommunalités et pays n'ayant aucune obligation de se doter d'une compétence santé par ailleurs¹⁷. Encouragés par des préconisations de l'INPES, devenu Santé Publique France, à "intégrer la santé dans toutes les politiques, à partir de leur connaissance fine des synergies locales, de leur capacité à mobiliser les administrations et les réseaux d'acteurs" en "jouant le rôle de médiateur pour réduire les inégalités" (Chabiron et al., 2018), certains élus sont véritablement mobilisés dans les CLS, ce qui s'avère être un élément facilitateur pour les porteurs d'action. L'investissement des élus peut être tel qu'ils sont finalement perçus comme les véritables porteurs du CLS selon nos interrogés. En résulte un sentiment d'écart du processus décisionnel chez les porteurs d'action, qui voit l'animation du CLS influencée par les sensibilités politiques des élus. C'est alors une forme de prise de décision *top-down* que critiquent les porteurs d'action et qui va à l'encontre de la logique de co-construction des politiques locales supposément contenue dans les CLS (Kordylas, 2013).

L'inscription des porteurs d'action dans les CLS se fait majoritairement dans la continuité de projets déjà menés en dehors de ce dernier. Ceci ne permet donc pas toujours d'identifier de façon claire les apports du CLS pour nos interrogés et mériterait par exemple d'être appuyé par des données

¹⁶ Le questionnaire autour de l'échelle du CLS sera repris à la page 41.

¹⁷ "Tout d'abord, les Conseils régionaux ne disposent d'aucune compétence en matière de santé mais les Conseils généraux, jusqu'à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, étaient plus directement impliqués dans la politique d'offre de soins. Désormais, c'est par des conventions avec l'État qu'ils assurent les services de prévention maternelle et infantile et qu'ils contribuent à certains programmes de santé (le dépistage des cancers, par exemple). Ensuite, **les établissements publics de coopération intercommunale et les « pays » n'ont, quant à eux, aucune obligation de se doter de la compétence santé. Précisons que les « pays » sont issus des lois d'orientations pour l'aménagement et le développement du territoire de 1995 et 1999 : ni collectivité locale ni établissement public de coopération intercommunale, ce sont des territoires de projets, c'est-à-dire un cadre dans lequel les acteurs locaux peuvent élaborer un projet de développement local durable.** Enfin, depuis la fin des années 1970, la politique de la ville s'est développée, en réponse à la montée de l'exclusion, à travers une succession de dispositifs visant des quartiers dits prioritaires. Depuis 2000, les ateliers Santé-villes sont un des éléments du contrat de ville qui permettent à l'État et aux villes de cofinancer des actions sanitaires et sociales dans les quartiers concernés." (Clavier, 2009)

quantitatives tel qu'un questionnaire pour connaître les objectifs atteints grâce au CLS, de retracer l'évolution de la structure depuis son entrée dans celui-ci. Notre étude met cependant en lumière la nécessité d'associer les porteurs d'action dès l'étape de diagnostic. Ils en sont pourtant trop souvent écartés, ce qui ne favorise pas non plus la bonne compréhension de l'échelle retenue pour le CLS. De fait, ce sont les indicateurs de santé apparaissant dans le diagnostic qui permettent de "[justifier] le choix du territoire" (Haschar-Noé & Salaméro, 2016). Le moment d'association des porteurs d'action au CLS semble influencer leur degré d'investissement et de participation par la suite.

Enjeux et défis de la mise en œuvre du programme d'actions des CLS dans la réalité du territoire pour comprendre ce qui facilite et contraint le déploiement des actions prévues

Selon nos interrogés, la forme que prennent les fiches-actions se présente comme un enjeu majeur dans le cadre de la programmation des actions du CLS. Leur fabrication s'opère "sous une triple tension" selon Haschar-Noé & Salaméro (2016); entre volontés du comité opérationnel¹⁸, "cadre temporel et institutionnel contraint" et trop grand nombre final de fiches-actions par rapport aux prévisions initiales de l'ARS produites en fonction de ses capacités de financement. Les porteurs d'action interrogés n'étaient pas associés de façon systématique au comité opérationnel, ce qui ne leur permettait pas toujours de mesurer ces enjeux décrits dans la littérature. Cependant, ils nous ont fait état de l'intérêt d'avoir une fiche-action dédiée aux projets qu'ils souhaitaient porter avec le CLS, considérant une telle attribution comme un levier pour assoir la légitimité de leur projet, notamment auprès des élus. Or, une telle aspiration partagée par nos interrogés peut conduire au phénomène de multiplication du nombre de fiches décrite par Haschar-Noé & Salaméro.

Les porteurs d'action pointent également une nécessité de souplesse face au socle de fiches contractualisées, pour s'adapter aux besoins rencontrés sur le terrain. Alors que le contrat promet de "formaliser" et de "conventionner" le travail intersectoriel d'acteurs nécessairement pluriels (Cros, 2014), les porteurs d'action souhaiteraient que les fiches rédigées puissent sortir d'un modèle normatif et connaissent des réécritures, des ajustements pour inscrire de nouvelles actions. Or, leur volonté se heurte de façon constante au défaut de financement, présent dès la conception des CLS et récurrent, "dans un contexte national de rigueur budgétaire et de manque d'autonomie des ARS" (Haschar-Noé & Salaméro, 2016).

¹⁸ Pour rappel, chaque CLS a : "un Comité de pilotage « stratégique et politique » composé en majorité d'élus locaux et chargé de valider les axes et contenus du CLS ; un Comité opérationnel « plus technique » pour rédiger les fiches-actions ; et un Comité de rédaction restreint aux représentants des principaux signataires (Conseil général, deux communes et ARS)" (Haschar-Noé & Salamero, 2014)

Comprendre les motivations et retombées pour les porteurs d'action mobilisés par les CLS pour identifier les bénéfices et coûts relatifs à leur intégration

C'est majoritairement la recherche de fonds financiers qui invite avant tout les porteurs d'action à rejoindre les CLS. On observe alors un écart entre leurs motivations initiales et les bénéfices réels observés a posteriori de leur intégration au sein du CLS. De fait, ils bénéficient de dynamiques d'interconnaissance et de partenariats qui sont alors des signes d'une intersectorialité réussie. D'une interconnaissance "*forgée dans le temps, découle une lecture facilitée du jeu de rôle de chacun, qui permet de gagner en rapidité et en efficacité dans la distribution de la parole comme des argumentaires, dans la construction du résumé argumentatif*" lors de temps de rencontres (Chambon et al., 2011), mais aussi de trouver davantage de soutien auprès des collectivités, de gagner en légitimité et en visibilité ; points qu'ils désiraient améliorer avant leur entrée dans le CLS. La mise en réseau des porteurs d'action crée des liens solides entre ces derniers qui n'agissent désormais plus en silo, mais bien de façon partenariale et décloisonnée. Ils s'ouvrent alors progressivement à une vision globale et salutogénique de la santé.

Cependant, on observe également un certain nombre de coûts, que ne compensent pas les bénéfices perçus. En premier lieu, les porteurs d'action estiment que leur investissement est parfois trop chronophage. Il y a tout d'abord la lenteur relative au temps de mise en place du CLS, "*entre six mois et un an*", puis la lourdeur des temps de "*concertation, de négociation, de consensus, avec nombre importants d'intervenants*" (Cros, 2014), qui peuvent décourager les porteurs d'action. En outre, les champs d'action couverts sont jugés si vastes qu'il en résulte un manque de lisibilité, voire de cohérence, risque déjà mis en lumière par Jabot & Laurent (2018).

4.2 Enseignements pour la pratique donnés par l'expérience des porteurs d'action et apports de la littérature

Le recueil de l'expérience des porteurs d'action mobilisés a permis d'entrevoir des pistes d'amélioration qui permettraient possiblement de renforcer le pouvoir d'action des CLS. Ils s'inscrivent dans le prolongement des résultats obtenus et constituent une forme d'ouverture aux objectifs initiaux de notre étude. Ils seront donc développés dans cette partie et croisés avec des données de littérature.

Ouvrir le pilotage et la gouvernance des CLS

Pourraient être envisageable une ouverture des modes de pilotage et de gouvernance actuels des CLS. Ainsi, il pourrait s'agir d'une association systématique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) au comité de pilotage. Un porteur d'action décrit en effet que la reconnaissance des CPAM comme partenaires "*de droit*", avec un investissement dès le départ, au moment du diagnostic, a fait ses preuves en termes d'efficience dans plusieurs CLS (entretien B1). On observe des disparités de fonctionnement actuellement, chaque CLS ne comportant pas la CPAM dans son comité de pilotage, ce qui amène une association plus tardive, post-diagnostic, et donc une prise de retard dans le lancement de certaines actions. L'intérêt d'une telle association a été repris par la coordinatrice F4, qui verra le CLS qu'elle coordonne prochainement changer d'échelle. Passant d'une commune à une communauté d'agglomération sur demande de l'ARS, le CLS pourrait voir dans la CPAM un intérêt de taille puisqu'il permettrait de faire le lien entre différents acteurs, de favoriser l'interconnaissance via des partenariats déjà existants. Les CPAM et leurs réseaux œuvrent en faveur de l'accès aux droits et aux soins et cherchent à créer des actions "*en proximité avec les besoins observés chez les assurés*" en collaborant avec l'ensemble des acteurs du tissu local (Ribes, 2018). Elles détiennent en outre une expertise déjà mise au service de la "*création de structures pluri-professionnelles ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à la fois dans le cadre des études préalables de besoin, et dans les démarches nécessaires à la création de la structure*" (art.cit.). Leur inscription dans le comité de pilotage de façon systématique pourrait donc constituer un levier tant pour leur institution que pour les CLS. Les données de littérature sur ce sujet sont trop insuffisantes actuellement pour confirmer l'intérêt d'une telle association soulevée par nos interrogés. Cependant, Salaméro et Haschar-Noé (2017) décrivent un cas où malgré l'association de l'Assurance Maladie au comité de pilotage, les données fournies par cette dernière n'ont pas été prises en considération lors de l'élaboration du diagnostic du CLS étudié, l'ARS ayant fait le choix de se centrer sur un diagnostic quantitatif. Il y a donc un réel enjeu de partage du "*leadership territorial*" de l'ARS qui utilise le diagnostic comme "*stratégie de justification du choix du territoire par l'ARS, plutôt qu'un premier outil*

de réflexion collective susceptible d'engager un travail partenarial et concerté avec les acteurs locaux" (art.cit.), comme le décrivaient aussi nos interrogés.

En outre, il s'agirait, selon les porteurs d'action, de revoir les enjeux relatifs au poste de coordinateur du CLS. Ce dernier devrait en effet, d'après eux, connaître une consolidation, un appui majoré. D'après le porteur d'action B1, cet élan pourrait notamment s'opérer au travers de la création d'un poste de coordination du CLS dans chaque grande institution, pour que la coordinatrice du CLS ait des interlocuteurs fixes et une meilleure connaissance des moyens ainsi que des besoins de chaque structure ; éléments nécessaires pour que les coordinatrices "*disposent du temps et de la légitimité nécessaires à l'exercice de leurs missions*" (Jabot & Laurent, 2018). Ainsi, bien que le turnover des coordinatrices de CLS n'ait pas été étudié dans la littérature de façon suffisante pour connaître les facteurs ayant une influence, on peut supposer que de telles mesures viendraient alléger la charge mentale relative à un poste complexe, les amenant à être en tension entre les ARS et les élus, les réduisant à des "*opérateurs de la politique régionale de santé en charge de sa déclinaison au niveau local, et non des professionnels d'interface, en charge de construire une politique locale singulière mais néanmoins cohérente avec les priorités régionales*", "*faute d'une implication politique forte dans certains territoires, ou faute d'une réelle place faite par les ARS aux élus dans d'autres*" (art.cit.).

Dynamiques de mutualisation

On peut également questionner l'intérêt d'une mutualisation inter-CLS. Paradoxalement, d'après les porteurs d'action, il n'existe souvent pas de liens entre les différents CLS présents sur des territoires proches. Or, un transfert de connaissances et un décloisonnement entre recherche, action et décideurs locaux, sont nécessaires pour réduire les inégalités sociales de santé (Vaillant et al., 2012). Dans cette perspective, le porteur d'action B1 a en effet fait état d'une volonté de mutualisation des données avec une forme de relevé de bonnes pratiques dans un espace partagé, permettant le suivi de chaque CLS avec une représentation cartographique, les périodes couvertes, les acteurs investis, les actions mises en place et surtout, les résultats obtenus afin de voir si certains projets pourraient se présenter comme des sources d'inspiration. Cela pourrait se traduire par un travail de benchmarking dans chaque région, mais aussi à une échelle plus large, nationale et internationale. Un travail de ce type constituerait un levier pertinent pour démontrer l'intérêt de certaines actions permettant de procurer "*aux professionnels locaux des éléments forts d'argumentation pour continuer à impliquer les -leurs- élus*" (art. cit.).

Un tel projet nécessiterait de convaincre l'ensemble des acteurs de l'intérêt d'une telle démarche, puisque le benchmarking repose sur une "*collaboration volontaire et active entre plusieurs organisations afin de créer une émulation et de mettre en application les meilleures pratiques*" et dont

"les conditions de réussite s'axent essentiellement sur la bonne préparation de la démarche, le suivi d'indicateurs pertinents, l'implication du personnel et la conduite de visites entre structures" (Ettorchi-Tardy et al., 2011). En outre, les démarches de benchmarking peuvent conduire à une décontextualisation avec une reproduction aveugle, au travers de transferts de projets de façon normative (Perrin, 2015). De plus, si les CLS partagent une démarche descendante via la déclinaison des politiques de santé nationales et régionales, ils ont aussi un pendant ascendant supposé épouser les spécificités territoriales de proximité (ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2019). Celui-ci pourrait être effacé si l'on reproduisait des projets déjà menés ailleurs de façon accélérée, en cédant à la tentation de résumer un projet à sa réussite chiffrée notamment économiquement (Bruno, 2010). En région Bretagne, il existe tout de même un *Catalogue des actions des contrats locaux de santé bretons*, qui "a pour objectif de favoriser l'interconnaissance et le partage d'expériences entre les acteurs locaux de santé" et "recense les initiatives des territoires en articulation avec les priorités du Projet régional de santé (PRS) 2018-2022" (ARS Bretagne, 2020). Cependant, il ne semble pas être connu des porteurs d'action pourtant cités dans le document. Il s'agirait donc d'effectuer un travail de communication autour de ce support existant, afin de l'adapter éventuellement aux besoins des porteurs d'action. On retrouve en outre pour les deux régions des cartographies des CLS signés et actifs.

Les porteurs d'action soulèvent également l'intérêt que présenterait l'organisation de rencontres entre porteurs d'un même champ, investis dans différents CLS. L'acteur G3 fait ainsi état de l'existence de telles rencontres pour les coordinateurs et souhaiterait voir cette dynamique reprise pour arriver à une mutualisation des connaissances empiriques, mais aussi des objectifs et des moyens. La mutualisation des moyens est également soulevée par le porteur B1, qui souligne l'intérêt que présenterait un appui technique et méthodologique inter CLS, rendu accessible aux porteurs d'action. Or, dans un contexte de réduction budgétaire fréquente, de manque de fonds financiers fréquemment décrit par nos interrogés, une telle stratégie pourrait être particulièrement pertinente. En effet, "associées à un objectif de maîtrise, voire de réduction des dépenses, les mutualisations apparaissent comme des outils de gestion destinés à rationaliser les organisations, en évitant la dispersion des ressources" (Baude et al., 2015). Au-delà de cet aspect financier, un tel partage pourrait renforcer l'ancrage des porteurs d'action dans le CLS en créant un sentiment d'appartenance et engendrant une forme de valorisation.

Pourrait également être envisagée une mutualisation des connaissances des élus selon le porteur d'action G3. Un tel projet pourrait se traduire au travers de temps de concertation inter CLS, pour sensibiliser de façon commune les élus sur des thématiques cibles. La sensibilisation des élus, porteurs politiques, est en effet un levier clef et il apparaît nécessaire de réussir à les faire passer du statut de récepteurs de l'information à celui d'acteurs, au travers d'une communication dite engageante (Patrux,

2014). Certains d'entre eux se déclarent par ailleurs insuffisamment informés sur des champs clefs tels que la santé environnement (Carretier et al., 2016), alors même que certains porteurs d'action interrogés rapportaient parallèlement que des municipalités s'étaient par exemple montrées réfractaires face à la sensibilisation au radon.

Echelle territoriale adoptée pour le CLS : questionner sa cohérence

Plusieurs porteurs d'action ont souligné l'importance d'étendre le CLS sur une échelle territoriale qu'ils ont qualifiée de *cohérente*. De fait, lorsque le CLS s'étend sur un pays, il a été rapporté une difficulté supplémentaire dans le cadre de la coordination des élus, alors que les intercommunalités, elles, peuvent souvent s'appuyer sur des dynamiques de coopération et de développement local déjà en place (Muziotti, 2016). Fruits de la Loi Pasqua de 1995, les pays se veulent basés "*sur un concept d'identité géographique et culturelle*", mais ces limites administratives n'ont pas toujours de cohérence au regard des pratiques spatiales des habitants (Amat-Roze, 2011) et il demeure souvent mal connu de ces derniers, pour lesquels il apparaît comme un "*échelon artificiel*" (Loncle, 2009). A l'inverse, d'après des éléments de littérature, certains élus voient dans le pays "*un instrument efficace qui permet de mutualiser des moyens que ni les petites communes, ni même les communautés de communes, ne possèdent en propre*" (art.cit.)

La coordination de plusieurs communautés de communes au sein d'un CLS étendu sur un pays peut conférer aux porteurs d'action un sentiment de manque de cohérence territoriale. Au sein même des communautés de communes, "*les municipalités se dotent de plus en plus d'adjoints à la Santé, d'une direction Santé*", conscientes du fait que l'échelon communal ait été "*reconnu comme une bonne échelle pour mesurer les disparités socioterritoriales de santé, leurs déterminants, mobiliser les acteurs (municipaux, professionnels du soin, associations, habitants), ajuster les réponses et, in fine, articuler la santé aux autres politiques municipales*" (art.cit.). En outre, plusieurs porteurs d'action bretons ont déclaré faire face à une confusion entre les territoires de démocratie en santé définis par l'ARS et les territoires sur lesquels s'étendent les différents CLS. Les territoires de démocratie sanitaire, ayant pour buts la "*mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales*" et "*la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé, et notamment celle des usagers*" donnent lieu à des conseils territoriaux de santé (CTS), dans lesquels certains porteurs d'action sont aussi mobilisés (ARS Bretagne, 2018). Dès lors survient une sorte de confusion chez certains porteurs d'action entre CLS et CTS.

Renforcer et clarifier les liens avec les autres dispositifs existants

Au-delà de la confusion entre plusieurs dispositifs, les porteurs d'action ont détaillé un manque de liens et de croisements entre les différentes démarches locales en santé. Ainsi, un porteur d'action

investi dans le CLS et le projet alimentaire territorial (PAT)¹⁹ a pu voir des actions se superposer plutôt que de se compléter. Pourtant, l'intérêt de la création de liens entre CLS et PAT a été démontré, notamment durant la crise sanitaire, une telle association permettant de favoriser la création d'actions visant à favoriser l'accessibilité sociale via des dispositifs d'aide alimentaire, de sensibilisation et accès à l'alimentation durable pour les plus précaires ou encore de mise en place d'une épicerie solidaire (Goumarre, 2021).

Les porteurs d'action ont également mis en lumière le manque de pouvoir d'action des CLS en termes de santé mentale, alors même qu'un appui sur les conseils locaux de santé mentale (CLSM)²⁰ pourrait être une stratégie sur laquelle s'appuyer en ce sens. Ainsi, *"plusieurs CLS ont intégré une fiche action CLSM, que ce soit pour sa mise en place, ou bien pour affirmer son rôle au niveau territorial"*, puisque *"ces contrats sont efficaces pour toute la ville, les actions de santé se situant bien au-delà des quartiers « politique de la ville »* (Guézennec & Roelandt, 2015).

Manque d'appui sur les CLS durant la crise sanitaire : un révélateur de failles ?

Nos interrogés ont déploré le manque d'appui sur les CLS durant la période de pandémie de COVID-19. Alors qu'ils se décrivaient comme particulièrement affectés au sein de leur structure et qu'ils constataient l'affaiblissement fonctionnel des CLS dans lesquels ils étaient investis, ils n'ont pas observé de mobilisation majeure de ces dispositifs dans le cadre de la crise. Pourtant, les CLS sont décrits comme de *"véritables outils opérationnels de santé publique"*, dont les implications dans le cadre de la crise ont été inégales puisque *"liées aux traditions antérieures de collaboration"* avec le système de soins primaires (Bourgueil et al., 2020). On peut de la sorte noter l'efficacité du soutien apporté sur d'autres territoires, à la manière de ce qui est décrit par Copplet et al. (2021) : *"Le Contrat Local de Santé intercommunal de deuxième génération 2019-2023²¹ a permis d'identifier la Métropole comme un levier incontournable dans le champ de la santé ; notamment dans le cadre de la gestion de crise. Ainsi elle a pu être sollicitée par ses partenaires pour mener à bien, notamment à travers le dispositif « prévention conséquences confinement », diverses actions visant à accompagner chaque citoyen pendant cette période de crise et au-delà, et plus particulièrement les personnes vulnérables*

¹⁹ Les PAT sont le produit de *"la loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt de 2014"* qui *"vise à favoriser une relocalisation de la production alimentaire à l'échelle locale en mettant l'accent sur le rôle des acteurs locaux"* et propose ces dispositifs pour coordonner leur action selon une démarche de projet" (Serrano et al., 2021)

²⁰ *"Le conseil local de santé mentale (CLSM), est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population."* (Guézennec & Roelandt, 2015)

²¹ L'étude portait sur le CLS du Grand Nancy.

et/ou isolées qui présentent un risque plus élevé de développer une forme grave de Covid-19 et dont l'isolement peut entraîner des vulnérabilités supplémentaires."

Il y est décrit une association des *"acteurs de terrain que sont les professionnels du soin, de la santé, du bien-être, et en particulier les porteurs d'actions"*, ce qui aurait pu avoir lieu de façon systématique, sur l'ensemble des CLS.

Ainsi, l'expérience des porteurs d'action interrogés fait écho à d'autres données de littérature où l'on déplore le manque d'appui sur l'intersectorialité supposée des CLS durant la période pandémique : *"la crise a immédiatement confirmé le manque de moyens de l'hôpital, l'absence de connexion entre l'hôpital et les acteur.trice.s de la ville et interroge notre système de santé et, plus largement, le manque de culture de la prévention. Les démarches territoriales de santé ont à ce titre joué un rôle important dans la diffusion d'informations, mais elles ont été le plus souvent mobilisées en réaction à l'urgence sanitaire – dépistage, masques, gel... Leurs expériences et connaissances des besoins et des ressources du territoire n'ont été que partiellement sollicitées. Globalement, les actrices et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé n'ont pas été associés"* (Febvrel, 2020). Febvrel (art.cit.) voit dans la crise l'opportunité d'impulser de nouvelles dynamiques dans les CLS, notamment en allant vers une politique de santé participative *"qui se fasse avec les associations et les habitant.e.s"*.

Les habitants sont en effet trop souvent les grands absents des CLS, une fois passée l'étape de diagnostic où peut intervenir une phase de consultation, comme le soulignent également plusieurs porteurs d'action interrogés. Or, *"il est peut-être temps aussi de donner des outils et de proposer des stratégies opérationnelles aux acteurs pour que l'implication des habitants se poursuive au-delà des diagnostics"* (Jabot & Laurent, 2018).

4.3 Limites de l'étude

En premier lieu, il apparaît que le contexte pandémique a été un élément fragilisant pour notre étude. Les porteurs d'action, particulièrement affectés par la crise, parfois directement mobilisés en tant qu'acteurs de soins primaires, n'étaient pas tous en mesure de se rendre disponibles pour s'entretenir avec nous. La tenue des entretiens en visioconférence a pu influencer la création d'un lien de confiance, alors même que l'un des enjeux de cette étude était de réussir à instaurer un dialogue serein avec des acteurs parfois emprunts à une forme de crainte vis-à-vis de l'ARS. A plusieurs reprises, on a ainsi pu observer une difficulté d'établissement du lien avec les porteurs d'action, également attribuable au fait que certains d'entre eux étaient peu familiers des visioconférences. Certains d'entre eux souhaitaient ainsi nous présenter des documents mais ne parvenaient pas à les montrer à l'écran ; d'autres témoignaient de leur lassitude face à ce format qualifié peu propre à la confiance qu'ils souhaitaient nous faire au sujet de leur expérience.

Par ailleurs, il existe probablement un biais de sélection en termes de structures porteuses d'action. On a observé que la majorité des répondants étaient rattachés à une structure de type associative. Ils y occupaient un poste bénévole, sur le temps libre, en tant que retraités. Or, en consultant les fiches actions, on constate que les porteurs d'action associatifs ne sont pas majoritaires au moment de la contractualisation des CLS. Il est donc possible que les acteurs de ce type, moins affectés dans leur cœur de métier que d'autres porteurs d'action directement mobilisés par la crise, aient influencé les résultats de l'étude par leur expérience. Cette dernière est en effet différente de celle de porteurs d'action salariés, chez qui on a pu observer une forme de réticence à adopter un regard critique par crainte des jeux de pouvoirs, de gouvernance, notamment autour des financements attribués à leur structure. En outre, comme mentionné dans la méthodologie, les coordinatrices des CLS ont orienté le choix des porteurs d'action parfois volontairement en refusant parfois de communiquer les coordonnées des porteurs qu'elles pensaient non investis dans le CLS et en nous réorientant vers d'autres acteurs de leur choix. L'une des difficultés majeures a en effet été le manque d'accessibilité aux porteurs d'action. Ainsi, leurs coordonnées ne sont répertoriées nulle part. De plus, les structures citées dans le contrat peuvent être d'envergure considérable sans qu'il y ait pour autant une personne spécifique en charge du CLS, ce qui provoquait une difficulté lors de notre prise de contact, les membres de la structure ne sachant vers qui nous orienter, ne comprenant pas bien l'objet de notre requête.

En termes méthodologiques, l'étude n'a qu'un faible échantillonnage qui ne peut donc être représentative des CLS de l'ensemble des régions Bretagne et Pays-de-La-Loire, qui comptaient -pour rappel- en juin 2021, respectivement 12 CLS (ARS Bretagne, 2021) et 22 CLS (ARS Pays-de-La-Loire,

2021) signés et actifs. Par ailleurs, les données recueillies n'ont pas fait l'objet d'une retranscription verbatim, ce qui aurait nécessité des moyens plus importants. En outre, la réalisation des entretiens en distanciel n'a pas offert une observation comportementale des interrogés. Or, *"la combinaison de la transcription mot à mot et de la notation par le chercheur du comportement non verbal des participants a été citée comme étant essentielle à la fiabilité, la validité et la véracité de la collecte de données qualitatives"* (Halcomb & Davidson, 2006). Se pose alors la question de la détection des comportements non verbaux lors d'entretiens en visioconférence.

De plus, un biais a sans doute eu lieu en raison du mode de contact retenu. Les porteurs d'action mentionnés dans les fiches actions contractualisés n'étant pas nécessairement ceux qui sont opérationnels actuellement, les coordinatrices ont souvent pris l'initiative de ne transmettre que les coordonnées des porteurs d'action qui leur apparaissaient les plus mobilisés sur le terrain.

Malgré l'ensemble de ces limites, notre étude présente des forces nous permettant de suggérer des recommandations qui pourraient permettre de donner aux CLS une nouvelle impulsion.

4.4 Recommandations

L'étude de l'expérience des porteurs d'action et de la perception des coordinatrices des CLS à une échelle inter-régionale nous permet aujourd'hui de suggérer des actions à mener tant par les ARS que par les élus locaux, les coordinateurs.trices et les porteurs d'action entre eux, mais également à destination des habitants. Il s'agit en effet de reconsidérer la place de ces derniers pour les (re)mobiliser au cœur du dispositif CLS, via une démarche participative.

Détaillés dans les tableaux 5, 6, 7 et 8, ces suggestions n'ont pas une valeur exhaustive et doivent être interprétées à la lumière de l'analyse conduite précédemment.

TABLEAU 5 - SUGGESTIONS D'ACTIONS POUR LES ARS

ARS	
<i>Elus locaux</i>	Proposer des temps de formation et de sensibilisation aux enjeux de santé publique pour permettre une meilleure identification des déterminants prioritaires sur lesquels axer les actions du CLS
<i>Coordinateurs.trices</i>	Lutter contre le turn-over en revalorisant leur poste du point de vue salarial et en proposant un accompagnement méthodologique et technique systématiquement, dès la prise de poste
<i>Porteurs d'action</i>	Se rendre plus visible auprès d'eux en leur proposant un appui méthodologique et en mettant à leur disposition des outils de veille scientifique pour stimuler l'interconnaissance inter-CLS
<i>Habitants</i>	Favoriser la participation des habitants, au-delà de l'étape de diagnostic, en communiquant autour du dispositif CLS à l'échelle régionale : spots sur le Web, affiches, utilisation des réseaux sociaux...

TABLEAU 6 - SUGGESTIONS D'ACTIONS POUR LES ELUS LOCAUX

Elus locaux	
ARS	
<i>Coordinateurs.trices</i>	Garantir une meilleure insertion dans l'intercommunalité ou la commune en proposant un suivi personnalisé, en veillant à la qualité de vie au travail en proposant de s'appuyer sur les réseaux déjà créés pour entrer en dialogue avec l'ensemble des acteurs du territoire
<i>Porteurs d'action</i>	Rester à l'écoute de leurs besoins techniques et logistiques, proposer des moyens concrets pour aider à la recherche de fonds
<i>Habitants</i>	Poursuivre l'évaluation des besoins territoriaux au-delà de l'étape de diagnostic initial, en incluant les habitants

TABLEAU 7 - SUGGESTIONS D' ACTIONS POUR LES COORDINATRICES.TEURS

Coordinatrices.teurs	
<i>Elus locaux</i>	Mettre à leur disposition un suivi régulier des actions du CLS, accessible hors temps de réunion, pour illustrer la plus-value des fiches contractualisées
<i>ARS</i>	Obtenir ou poursuivre, par leur biais, une mise en lien avec les autres coordinateurs des dispositifs locaux (CLSM, PAT) Proposer d'ouvrir le comité de pilotage à de nouveaux acteurs de façon systématique (CPAM...)
<i>Porteurs d'action</i>	Intégrer les porteurs d'action dès le lancement du CLS, avant le diagnostic, s'ils sont déjà identifiés comme acteurs clefs du territoire Publier un annuaire de contact leur permettant d'être en lien plus facilement
<i>Habitants</i>	Se faire connaître des habitants pour initier ou poursuivre une démarche de co-construction de l'ensemble des actions, dans une perspective d'horizontalité

TABLEAU - SUGGESTION D' ACTIONS POUR LES PORTEURS D' ACTION

Porteurs d'action	
<i>Elus locaux</i>	Faire valoir l'intérêt de s'appuyer sur le dispositif CLS en temps de crise sanitaire
<i>Coordinateurs.trices</i>	Proposer une mise en lien avec de nouveaux partenaires déjà présents dans le réseau de la structure
<i>ARS</i>	Négocier une plus grande flexibilité/souplesse des fiches-actions Etablir ou consolider un lien de confiance
<i>Habitants</i>	Sensibiliser les usagers et les citoyens rencontrés dans le cadre des actions menées par la structure à la possibilité de participer au CLS en tant que démarche participative

Conclusion

Cette étude de cas multiples a permis d'étudier l'expérience des porteurs d'action mobilisés dans les CLS, alors que ces acteurs n'avaient jusqu'alors fait l'objet d'aucune analyse dédiée. Les résultats obtenus ont tout d'abord apporté des réponses aux objectifs fixés initialement. On comprend en effet mieux la place centrale des coordinatrices de CLS, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière tant de la part des ARS que des collectivités. Alors qu'elles se présentent comme des piliers pour les CLS, le taux de turn-over sur leur poste demeure important sur certains CLS et leur place manque encore d'ancrage sur le territoire. Par ailleurs, l'analyse conduite souligne l'importance d'un portage politique fort, ce qui nécessite une sensibilisation accrue des élus aux enjeux de santé de leur territoire. Le regard sur les tensions entre élus et ARS, déjà apporté par la littérature, a confirmé la nécessité de trouver des terrains d'entente entre ces deux partis. Quant à l'investissement des porteurs d'action, il semble devoir se faire le plus précocement possible dans le CLS, avant même l'étape de diagnostic. On constate en effet qu'une association tardive au CLS peut conduire à un investissement moindre, à une lisibilité altérée du dispositif. Les raisons qui poussent ces acteurs à s'inscrire dans le CLS sont avant tout financière, mais les bénéfices sont en réalité bien plus nombreux. Le renforcement des partenariats via des dynamiques d'interconnaissance, le gain de légitimité et de visibilité, l'ouverture du champ d'action des structures, sont autant de forces attribuables au CLS qui s'appuie sur des acteurs pluriels de la santé et œuvre de façon intersectorielle. Cependant, cette intersectorialité connaît également des limites. Elles sont induites notamment par des restrictions de financement, qui empêchent les porteurs d'action de mener à bien l'ensemble de leurs projets et peuvent les pousser à se désinvestir du CLS. De plus, la mobilisation dans le CLS peut être particulièrement coûteuse temporellement pour les porteurs d'action, surtout si les collectivités ne sont pas au préalable sensibilisés aux enjeux qu'ils cherchent à faire valoir au travers de leurs actions. De même, en cas de tension entre ARS et élus, les porteurs d'action peuvent avoir tendance à délaissé le portage du CLS. Dans le contexte pandémique, l'appui des CLS été faible selon nos interrogés, ce qui se présente comme une limite. Mais le CLS peut-il être un outil utile en temps de crise ?

Pour repenser l'intersectorialité des CLS, sans doute faudrait-il réfléchir à la place accordée aux habitants. La prise en compte du "*vécu des inégalités*" sociales et territoriales de santé via une concertation citoyenne apparaît en effet essentielle pour concevoir une action intersectorielle efficiente, notamment en contexte pandémique (Richard et al., 2021). Certains CLSM intègrent ainsi dans leur comité de pilotage des représentants des usagers et ouvrent leur assemblée plénière aux habitants, pour maintenir une horizontalité décisionnelle dans la perspective de celle amorcée par les Ateliers Santé Ville (ASV) (Guézennec & Roelandt, 2015 ; Roelandt & El Ghazi, 2015). Dès lors, les CLS

pourraient s'appuyer sur ces modèles et plus encore, renforcer leurs liens avec ces dispositifs pour favoriser un décloisonnement.

Pour cerner au mieux les enjeux relatifs aux tensions entre élus et ARS et comprendre l'impact de ces derniers sur la coordination et l'animation des CLS, il faudrait compléter notre étude par des données portant sur l'expérience et les perceptions propres à ces acteurs. Une étude portant sur les facteurs expliquant l'important turn-over des coordinatrices pourrait également être pertinente. En outre, au regard du manque de littérature nous apportant des informations sur les porteurs d'action et du petit échantillon de notre étude, il demeure une forme de flou quant à leur rôle réel, qui est pourtant déterminant. Notre étude pourrait donc être complétée par des données quantitatives obtenues au moyen d'un questionnaire, qui pourrait venir objectiver nos analyses.

Bibliographie

Articles de revues

- Amat-Roze, J.-M. (2011). La territorialisation de la santé : Quand le territoire fait débat. *Herodote*, n° 143(4), 13-32.
- Barthe, L., & Lima, S. (2012). L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : Enjeux et limites. *Sciences de la société*, 86, 50-69. <https://doi.org/10.4000/sds.1686>
- Baude, C., Bardet, F., & Marguerin, S. (2015). Mutualiser : Pourquoi ? Les objectifs. *I2D - Information, donnees documents, Volume 52(3)*, 30-31.
- Blaise, P., Duvaux, C., & Desaulle, M.-S. (2013). Transversalité et intersectorialité : Le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de Loire. *Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de Loire.*, 83, pages 37-42.
- Bourgueil, Y. (2017). L'action locale en santé : Rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? *Sciences sociales et sante*, Vol. 35(1), 97-108.
- Bourgueil, Y., Falcoff, H., Ramond-Roquin, A., Savigneau, G., & Bouchez, T. (2020). La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires. *Revue Medicale Suisse*, 16(713), 2123-2126.
- Bruno, I. (2010). La déroute du « benchmarking social » : La coordination des luttes nationales contre l'exclusion et la pauvreté en Europe. *Revue Française de Socio-Économie*, 5(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rfse.005.0041>
- Carretier, J., Ducos-Mieral, C., Bousson, F., Rouanet, V. B., Falette, N., & Fervers, B. (2016). Former les élu(e)s territoriaux à la santé-environnement : Une action pilote en région Rhône-Alpes. *Environnement, Risques & Santé*, 15(2), 135-152. <https://doi.org/10.1684/ers.2016.0841>
- Chambon, M., Gibout, C., Zwarterook, I., Le Blanc, A., Hellequin, A.-P., Flanquart, H., & Calvo-Mendieta, I. (2011). *Une concertation qui se dérobe ou comment l'institutionnalisation et l'interconnaissance locale subjugent la gouvernance.*
- Clavier, C. (2009). Les élus locaux et la santé : Des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et sante*, Vol. 27(2), 47-74.
- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *Reperes*, 5e éd., 24-32.
- Copplet, C., Batt, M., Rossinot, A., & Danan, J.-L. (2021). De la Covid-19 vers une métropole résiliente : L'exemple du Grand Nancy. *Revue francophone sur la santé et les territoires.* <https://doi.org/10.4000/rfst.836>
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2011). Le benchmarking : Une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 42(1), 35-46.
- Febvrel, D. (2020). La crise de la Covid-19, révélatrice des inégalités sociales et territoriales de santé. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, N° 72(2), 13-14.

- Fleuret, S. (2016). Les contrats locaux de santé : Un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? *Sciences sociales et sante*, Vol. 34(2), 107-115.
- Ghozi, L. E. (2012). Les politiques municipales de santé publique. *Les Tribunes de la sante*, n° 34(1), 19-33.
- Guézennec, P., & Roelandt, J.-L. (2015). Les conseils locaux de santé mentale en France : État des lieux en 2015. *L'information psychiatrique*, Volume 91(7), 549-556.
- Guigner, S. (2016). De « la santé dans toutes les politiques » à « toutes les politiques dans la santé » : Le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne. *Sciences sociales et sante*, Vol. 34(2), 71-79.
- Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Applied Nursing Research*, 19(1), 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.06.001>
- Harpert, C., Templon, J., Fonteneau, R., Sherlaw, W., & Breton, E. (2019). Contrats locaux de santé : Quelle place pour la santé-environnement ? *Environnement, Risques & Santé*, 18(2), 135-147. <https://doi.org/10.1684/ers.2019.1289>
- Haschar-Noé, N., & Salamero, E. (2014). Le contrat local de santé : Un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. *Le contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*.
- Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2016). La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions. *Sciences sociales et sante*, Vol. 34(2), 81-105.
- Honta, M., Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Negotiations*, n° 29(1), 143-155.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34.
- Jabot, F., & Laurent, A. (2018). Les contrats locaux de santé en quête de sens. *Sante Publique*, Vol. 30(2), 155-156.
- Koivusalo, M. (2010). The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union : Potential and pitfalls. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(6), 500-503. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102020>
- Lazega, E. (2015). Mobilités, turnover relationnel et coûts de synchronisation. *L'Annee sociologique*, Vol. 65(2), 391-424.
- Leloup, F., Moyart, L., & Pecqueur, B. (2005). La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? *Geographie, economie, societe*, Vol. 7(4), 321-332.
- Loncle, P. (2009). La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne ». *Sciences sociales et sante*, Vol. 27(1), 5-31.
- Muziotti, E. (2016). Contribution de la Communauté de communes de la Vallée de la Bruche. *Sante Publique*, Vol. 28(6), 735-739.

- Patrux, R. (2014). Sensibiliser pour un engagement plus fort de nos concitoyens en faveur de l'environnement. *Pour*, N° 223(3), 109-121.
- Perrin, C. (2015). Pour une comparaison internationale constructiviste : Une recherche sur l'agriculture urbaine en Méditerranée. *Espaces et sociétés*, n° 163(4), 89-105.
- Ribes, D. C. de. (2018). Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau. *Regards*, N° 53(1), 57-68.
- Richard, J., Bergeron, D. A., Lessard, L., Toupin, I., Ouellet, N., & Bédard, E. (2021). Défis de l'action intersectorielle et pistes de réflexion pour renforcer la concertation dans les milieux ruraux du Québec en contexte de pandémie. *Global Health Promotion*, 28(1), 98-102.
<https://doi.org/10.1177/1757975920986128>
- Roelandt, J. L., & El Ghazi, L. (2015). *Santé mentale et citoyenneté : Une histoire française*.
- Salaméro, É., & Haschar-Noé, N. (2017). Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : Ajustement en situation et légitimation négociée. *Terrains travaux*, N° 30(1), 163-184.
- Serrano, J., Tanguay, C., & Yengué, J.-L. (2021). Le rôle des collectivités locales dans la gouvernance alimentaire : Le cas du projet alimentaire territorial de Tours-Métropole-Val-de-Loire. *Economie rurale*, n° 375(1), 41-59.
- Theviot, A. (2021). Confinement et entretien à distance : Quels enjeux méthodologiques ? *Terminal*, 129. <https://doi.org/10.4000/terminal.7193>
- Vaillant, Z., Rican, S., & Salem, G. (2012). Les diagnostics locaux de santé : Levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? (Local health diagnostics : a lever of awareness and mobilization for the management of local public health policies aimed at reducing social and regional inequalities in health ?). *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, 89(2), 184-193. <https://doi.org/10.3406/bagf.2012.8254>
- Vallet, B., & Guilbert, P. (2016). *Prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques*. 435, 51-52.
- Weatherly, H., Drummond, M., & Smith, D. (2002). Using evidence in the development of local health policies: Some Evidence from the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(4), 771-781. <https://doi.org/10.1017/S0266462302000582>

Ouvrages et chapitres

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. (Jossey-Bass.).
- Allard-Poesi, F. (2003). *Coder les données* (p. 245-290).
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2014). *Chapitre 9. La collecte des données et la gestion de leurs sources: Vol. 4e éd.* Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-recherche-en-management--9782100711093-page-261.htm>

Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ.

Gagnon, Y.-C. (2005). *L'Étude de Cas Comme Méthode de Recherche : Guide de Réalisation*. PUQ.

Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes* (De Boeck Université).

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Methodes Recherches*, 101-137.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques* (Sage).

Thèses, rapports et mémoires

Chabiron, N., Delaître, J., Guillaud, C., Rouzic, S. L., Maillet, C., Matulic, S., Maupetit, Y., & Wilhelm, J. (2018). *La santé dans toutes les politiques à l'échelle locale : Quelle contribution de l'animation territoriale de santé en Bretagne ?* (p. 55). EHESP. Consulté le 18 août 2021, à l'adresse <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/mip/groupe%20n%c2%b028.pdf>

Cros, R. (2014). *La mesure de la plus-value des CLS* (p. 70). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Consulté le 18 août 2021, à l'adresse <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/iass/cros.pdf>

Diallo, D., Le Bodo, Y., & Breton, E. (2021). Impact du dispositif CLS sur la capacité locale d'action dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé environnement dans les Régions Bretagne et Pays de la Loire. Rapport final sur le mandat CLS – projet DIREES. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Goumarre, M. (2021). *Les projets alimentaires territoriaux dans la crise du Coronavirus* (p. 31). DRAAF Occitanie. Consulté le 18 août 2021, à l'adresse https://draaf.occitanie.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/les_pat_des_vecteurs_de_resilience_en_temps_de_crise_cle0c9bbc-1.pdf

Kordylas, M. (2013). *Les contrats locaux de santé (CLS) comme outils de co-construction des politiques locales de santé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales. Enjeux et perspectives au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon*. EHESP. Consulté le 18 août 2021, à l'adresse <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/iass/kordylas.pdf>

Sitographie et littérature grise

ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2019). *Contrat Local de Santé du Grand Besançon 2020-2024*. Consulté le 18 août 2021, à l'adresse <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-12/CLS-2020-2024-Diaporama-Assemblee-Pleniere-V4-10122019.pdf>.

- ARS Bretagne. (2018). *Les territoires de démocratie en santé en Bretagne*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <http://www.bretagne.ars.sante.fr/les-territoires-de-democratie-en-sante-en-bretagne>
- ARS Bretagne. (2019). *Catalogue des actions des contrats locaux de santé bretons 2019-2020*. Consulté le 10 août 2021, à l'adresse <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/74857/download>
- ARS Bretagne. (2021). *Contrats locaux de santé*. Consulté le 11 août 2021, à l'adresse <http://www.bretagne.ars.sante.fr/contrats-locaux-de-sante-19>
- ARS Ile-de-France. (2011). *Contrats locaux de santé—Éléments de référence*. Consulté le 10 août 2021, à l'adresse https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/8_7_2011_8_46_47_1-ars_cls_elements_de_reference_avril_2011_vf.pdf
- ARS Ile-de-France. (2012). *Guide Méthodologique d'élaboration d'un CLS*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse https://www.labo-cites.org/Datas/DT_sant/CLS_TYPE.pdf
- ARS Ile-de-France. (2016). *Référentiel Contrat local de santé (CLS)*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>
- ARS Pays-de-La-Loire. (2021). *Le Contrat local de santé (CLS)*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-contrat-local-de-sante-cls>
- INSEE. (2016). *Les habitants des quartiers de la politique de la ville*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538#encadres>
- INSEE. (2021a). *La France et ses territoires Édition 2021*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
- INSEE. (2021b). *Une nouvelle définition du rural... Pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/information/5360126>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Les contrats locaux de santé*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
- OMS. (2014). *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. Consulté le 19 août 2021, à l'adresse https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf

LEFEVRE	Solène	10/09/2021
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention		
Le contrat local de santé comme stratégie intersectorielle : capacités d'action et limites <i>Etude de cas multiples sur la mobilisation des porteurs d'action dans les CLS de Bretagne et de Pays-de-la-Loire</i>		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>Le contrat local de santé semble être un outil pertinent pour développer des stratégies intersectorielles à l'échelle locale. Toutefois, les enjeux relatifs à sa coordination restent encore peu étudiés. Au travers d'une étude de cas multiples sur les porteurs d'action des régions Bretagne et Pays-de-La-Loire, ce travail veut analyser l'expérience des porteurs d'action pour comprendre les plus-values et les limites des CLS en tant que stratégies intersectorielles de santé.</p> <p>Une série d'entretiens semi-directifs a permis d'identifier les bénéfices et les coûts relatifs à l'adhésion de ces acteurs dans les CLS.</p> <p>Les résultats permettent de constater que les CLS favorisent l'interconnaissance, renforcent les réseaux partenariaux, ce qui consolide le tissu d'acteurs locaux. Cette étude propose des suggestions pour l'avenir des CLS, afin de renouveler leur gouvernance et leur animation.</p>		
<p>Mots-clefs : <i>Contrat local de santé, CLS, intersectorialité, porteurs d'action, fiches-actions, santé locale, Bretagne, Pays-de-La-Loire</i></p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université Rennes 1 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>		