



# ENSP

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

## MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

### Le pays, échelon opérationnel de santé publique en Bretagne ?

#### Groupe n° 24

- |                       |            |                      |            |
|-----------------------|------------|----------------------|------------|
| – Dominique BOURGEON  | – D.S.     | – Cyril GUAY         | – D.H.     |
| – Brigitte CARON      | – I.A.S.S. | – Frédéric LOYZANCE  | – D.E.S.S. |
| – Marie-Josée DEMAY   | – D.H.     | – Olivier MEREAU     | – D.E.S.S. |
| – Frédéric EBENDINGER | – D.E.S.S. | – Jacques RICHARD    | – D.S.     |
| – Vanessa FAGE-MOREEL | – D.H.     | – Denis SLOMIANOWSKI | – D.S.     |
|                       |            | – Laurent VIVIER     | – D.E.S.S. |

#### *Animateurs*

- Patricia LONCLE
- François PETITJEAN

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA POLITIQUE DE TERRITORIALISATION EN BRETAGNE CHERCHE A CONCILIER LES IDENTITES LOCALES ET LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le pays représente une réalité locale en Bretagne.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Le Pays est défini juridiquement .....	3
1.1.2 Les pays bénéficient d'un ancrage historique marqué .....	4
1.1.3 La diversité des Pays de Bretagne .....	5
<b>1.2 La conduite d'une politique de santé publique au niveau des pays en Bretagne s'inscrit dans le mouvement de territorialisation des politiques publiques.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Les enjeux de la territorialisation.....	7
1.2.2 Le choix du pays permet de concilier les politiques nationales et régionales avec les spécificités locales .....	8
1.2.3 La territorialisation des politiques de santé en Bretagne s'appuie sur l'expérimentation de l'animation territoriale .....	10
<b>2 TOUTEFOIS LE PAYS NE PERMET PAS ENCORE DE REpondre A LA DEMANDE D'UNE POLITIQUE EFFICIENTE DE SANTE PUBLIQUE .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Avant que le pays ne devienne un échelon opérationnel de santé publique, un certain nombre de limites doivent être dépassées .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Le pays exacerbe le problème de l'articulation entre les différents échelons opérationnels.....	13
2.1.2 A ces difficultés d'articulation se surajoutent des enjeux de pouvoirs entre les différents intervenants en matière de santé publique .....	15
2.1.3 Les difficultés d'appropriation du pays par les acteurs sont réelles.....	16
2.1.4 Le dispositif souffre de difficultés concrètes de fonctionnement.....	17

<b>2.2</b>	<b>Si les risques d'échec restent réels, le dispositif possède les qualités pour devenir un échelon opérationnel.....</b>	<b>19</b>
2.2.1	Le modèle idéal incarné par le district OMS définit l'échelon opérationnel de santé publique vers lequel pourrait évoluer le dispositif .....	19
2.2.2	Du dispositif actuel à l'échelon opérationnel .....	20
2.2.3	Les risques d'échec du dispositif restent néanmoins réels.....	22
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>25</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>



---

# Remerciements

---

Les participants de ce groupe tiennent à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur site ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges :

- Monsieur BUREAU, Conseiller Général, CG35
- Monsieur FESSELIER, Animateur Territorial de Santé, Pays de Guingamp
- Madame LE BECHEC, Infirmière, DDASS 22
- Monsieur Yvon GUILLERM, Directeur adjoint, Agence régionale d'hospitalisation
- Monsieur Alain TANGUY, Directeur, Centre Hospitalier de Guingamp
- Madame Christine BRUNET, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS 35
- Madame Hélène MAZENQ, Animatrice Territoriale de Santé, Pays de Vitré
- Monsieur Jean-Loup THERY, Directeur Santé Publique, CG29
- Madame Marine CHAUVET, Sous-directeur, URCAM
- Monsieur Rémi BATAILLON, Directeur, URML

Nous tenons aussi à remercier Patricia LONCLE et François PETITJEAN pour leur soutien moral, méthodologique et logistique ainsi que leur accompagnement tout au long de la réflexion.

Enfin, nous tenions à faire part de notre réel intérêt pour la problématique de territorialisation des politiques de santé publique étudiée dans le cadre de ce module interprofessionnel.

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.H	: Agence Régionale de l'hospitalisation
A.N.P.A.A.	: Agence nationale de prévention en alcoologie et addictologie
C.C.A.S.	: Centre communal d'action sociale
C.D.S.	: Centre de santé
C.E.L.I.B.	: Centre d'étude et de liaison des intérêts bretons
C.E.S.R.	: Conseil économique et social régional
C.L.I.C.	: Centres locaux d'informations et de coordination
C.P.A.M.	: Caisse primaire d'assurance maladie
C.R.A.D.T	: Conférence régionale d'aménagement du territoire
C.R.P.S.	: Comité régional des politiques de santé
C.R.S.P.	: Comité régional de santé publique
D.D.A.S.S.	: Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
D.R.A.S.S.	: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
E.P.C.I.	: Etablissement public de coopération intercommunale
G.I.P.	: Groupement d'intérêt public
H.A.D.	: Hospitalisation à domicile
I.N.S.E.E	: Institut national de la statistique et des études
I.G.A.S	: Inspection générale des affaires sociales
L.O.A.D.D.T.	: Loi d'orientation, d'aménagement et de développement durable du territoire
O.M.S.	: Organisation mondiale de la santé
P.M.T.	: Projet médical de territoire
P.R.A.P.S.	: Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
P.R.S.	: Programme régional de santé
P.R.S.P.	: Plan régional de santé publique
P.T.S.	: Projet territorial de santé
S.R.O.S.	: Schéma régional d'organisation sanitaire
S.S.I.A.D.	: Service de soins infirmiers à domicile
U.R.C.A.M.	: Union régionale des caisses d'assurance maladie
U.R.M.L.	: Union régionale des médecins libéraux

## INTRODUCTION

Face au vieillissement de la population, à l'indispensable prise en compte des personnes à mobilité réduite, à la réforme de l'assurance maladie, à la décentralisation ou encore au plan de cohésion sociale, la question de la territorialisation des politiques de santé et d'action sociale se pose avec acuité.

En effet, même si le système de soins français compte parmi les plus efficaces au monde, il présente d'importantes lacunes, qui se manifestent notamment au travers de la croissance non maîtrisée des dépenses, de la persistance d'inégalités territoriales et de l'incapacité à développer une culture de santé publique influant durablement sur les déterminants de santé. En outre, l'organisation sanitaire actuelle se caractérise par des cloisonnements qui nuisent à la continuité des soins et entravent la nécessaire complémentarité entre approches préventive et curative. Enfin, le système de santé ne s'est pas suffisamment adapté aux mutations de la demande sociale : les crises sanitaires et l'évolution de la relation entre patients et professionnels de santé ont renforcé l'exigence d'une transparence et d'une sécurité accrues de la part des usagers.

Face à ces enjeux, la région apparaît comme le territoire de proximité à même de conduire une régulation assurant l'adéquation de l'offre aux besoins tout en prenant en compte les réalités locales. Elle est également en mesure d'offrir un espace pour des pratiques innovantes et des évolutions dans la conduite de la politique de santé. Enfin, elle apporte des réponses différenciées aux défis structurels que constituent le vieillissement de la population, les avancées techniques et l'évolution démographique des professionnels de santé.

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 s'inscrit dans ce contexte en pleine mutation. Si elle a pour principal objectif d'affirmer la responsabilité de l'Etat et le rôle du Parlement en matière de santé, elle cherche également à simplifier et à rationaliser l'organisation du système et met en place ou renouvelle les organes d'expertise, de concertation, de programmation ou encore de coordination des financeurs et des acteurs intervenant en matière de santé publique<sup>1</sup>. Dans ce cadre, elle confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination des

---

<sup>1</sup> L'article 2 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe le périmètre de la politique de santé publique qui recouvre aussi bien la connaissance de l'état de santé de la population et des principaux facteurs qui peuvent l'influencer, que la lutte contre les épidémies ou encore la prévention des maladies et de leurs conséquences et, de façon positive, l'amélioration de la santé de la population.

politiques de santé publique et met en place les structures permettant le développement et la mise en oeuvre coordonnée des actions au niveau de chaque région.

L'expérimentation bretonne, qui conçoit le pays comme l'échelon opérationnel de santé publique, s'inscrit dans ce cadre juridique renouvelé et appelle un certain nombre de questions. En effet, la politique de territorialisation menée en Bretagne correspond à une dynamique originale permettant de concilier l'identité culturelle forte des différents territoires de la région avec les enjeux d'une politique de santé publique de proximité (I). Toutefois, la reconnaissance des pays comme échelon opérationnel de santé publique en Bretagne ne peut aboutir qu'à la condition d'une clarification et d'un meilleur cadrage du dispositif (II).

# 1 LA POLITIQUE DE TERRITORIALISATION EN BRETAGNE CHERCHE A CONCILIER LES IDENTITES LOCALES ET LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

## 1.1 Le pays représente une réalité locale en Bretagne

### 1.1.1 Le Pays est défini juridiquement

L'article 95 de la loi 2003-590 du 7 juillet 2003 dite loi « urbanisme et habitat » indique que « *lorsqu'un territoire présente une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale, à l'échelle d'un bassin de vie ou d'emploi, les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre qui le composent ont vocation de se regrouper en pays* ». Le pays doit exprimer les intérêts économiques, culturels et sociaux des différents acteurs publics et privés du territoire qui le compose. Il constitue le cadre de l'élaboration d'un projet commun de développement économique durable et d'organisation des « solidarités réciproques entre la ville et l'espace rural » (charte de développement du pays)<sup>2</sup>. Un contrat de pays est signé avec l'Etat et le Conseil Régional qui s'engagent à financer le programme d'action retenu.

Le pays n'est pas une nouvelle collectivité locale. Il ne dessaisit aucun organisme de ses compétences, n'a pas de fiscalité propre et s'organise dans une logique de mission.

Les frontières du pays sont la traduction spatiale du projet de territoire. Son périmètre n'est pas tenu de respecter les limites administratives à l'exception des périmètres des EPCI à fiscalité propre.<sup>3</sup>

Depuis la mise en œuvre par touches législatives successives de « la politique de pays », les acteurs des territoires urbains et ruraux dits « de projets », qu'ils soient élus ou représentants de la société civile, savent qu'ils doivent élaborer une charte décrivant non seulement leur projet de développement économique et social, mais aussi leur projet de services pour leur territoire. La territorialisation des politiques de santé et la réalisation d'un projet de santé et d'action sociale permettent de répondre à cette deuxième dimension du « pays ».

Les collectivités désireuses de s'associer en pays présentent leur projet. Une fois approuvé par le préfet, le pays est déclaré en périmètre d'étude. Il peut alors créer un

---

<sup>2</sup> Art. 22 de la loi n°95-115 du 4 février 1995 modifiée et « Conseil de développement du pays de Cotentin ». Dossier n°1, groupe quaternaire, juin 2002.

<sup>3</sup> Art. 95 de la loi 2003-590 du 2 juillet 2003

conseil de développement, composé des acteurs politiques, économiques socio-professionnels et culturels du territoire qui définit la stratégie du pays à travers une charte de développement et peut participer par la suite à sa mise en œuvre (travaux de réflexion, instruction de dossiers, voire priorisation de choix). La conférence régionale d'aménagement du territoire (C.R.A.D.T.), co-présidée par le Préfet de Région et le Président du Conseil Régional valide le périmètre définitif du pays. Une convention peut être signée dans le cadre des programmes régionaux d'aménagement du territoire dès la signature de la charte de développement.<sup>4</sup>

Pour constituer un pays, les collectivités ont le choix entre trois statuts juridiques<sup>5</sup> :

- L'association entre partenaires locaux publics et privés évite la création d'une structure supplémentaire, mais présente l'inconvénient de ne pas engager de façon pérenne les différentes parties (4 pays en Bretagne)
- Le groupement d'intérêt public de développement local (GIP-DL) permet le partenariat entre acteurs privés et publics, ces derniers disposant de la majorité. Néanmoins son statut juridique l'oblige à confier la mise en œuvre des projets à ses collectivités membres et ceci dans la limite de compétences fixées par la loi. (9 pays en Bretagne)
- Le syndicat mixte permet au Pays d'assurer la maîtrise d'ouvrage de son programme, mais exclut l'association formelle de personnes de droit privé. (7 pays en Bretagne)<sup>6</sup>

### **1.1.2 Les pays bénéficient d'un ancrage historique marqué**

A la fin des années quarante et au début des années cinquante, la situation économique et sociale de la Bretagne est marquée par le poids des inégalités : le niveau de vie breton est le plus faible de France après celui de la Corse. La prise de conscience de cette situation inspire la création du Comité d'Etudes et de Liaison des Intérêts Bretons (CELIB) à la fin des années cinquante. Cette organisation, fédérant l'ensemble des collectivités locales, les parlementaires bretons, les syndicats ouvriers, paysans et patronaux, les chambres consulaires, les universités et associations de défense de la culture bretonne, fait pression sur l'Etat pour favoriser le développement économique de la région. Le CELIB se fait notamment le promoteur d'une politique territorialisée sur la base de « pays » (Livre blanc « Bretagne, une ambition nouvelle », 1971).

---

<sup>4</sup> Cf. Le guide méthodologique pour la mise en œuvre des pays, DATAR, juin 2004

<sup>5</sup> Néanmoins, il n'existe pas d'obligation de retenir une structure juridique comme support du pays. Ainsi, le pays de Vitré ne s'est pas inscrit dans le dispositif juridique.

<sup>6</sup> Cf. Le guide méthodologique pour la mise en œuvre des pays, DATAR, juin 2004

Dès 1963, une première vague de comités de pays apparaît basée sur des forces sociales multiples : syndicats agricoles en Nord Finistère, syndicalisme en Sud Finistère, mouvement social local pour le comité d'expansion du pays de Mené. En 1975, le VI<sup>e</sup> plan d'aménagement du territoire définit les pays comme lieu de planification local (action, études). La mobilisation des élus à l'occasion de cette politique de rénovation rurale, suscite une deuxième vague de création des Comités de pays.<sup>7</sup>

A partir du milieu des années quatre-vingt dix la politique des pays est relancée par :

- La loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire incite à la fédération de territoires ruraux en pays
- La loi n°99-553 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADDT) précise que les pays doivent être fondés sur la solidarité entre les territoires ruraux et urbains
- La loi 2003-590 du 2 juillet 2003 « urbanisme et habitat » simplifie la procédure de constitution
- Le décret n°2000-909 du 19 septembre 2000 relatif aux pays, précisant les conditions de création des pays

Forte de la dynamique historique de pays, la Bretagne s'est rapidement inscrite dans ce cadre et est aujourd'hui la seule région à être intégralement organisée en pays.

### **1.1.3 La diversité des Pays de Bretagne**

La France compte actuellement 341 pays dont 251 reconnus et 90 en projets représentant 43% de la population nationale. En moyenne, un pays regroupe 77 communes.<sup>8</sup>

La Bretagne compte 21 pays depuis 2001 représentant 99,8% de la population régionale (5 communes non couvertes). En moyenne, chaque pays breton regroupe 60 communes (de 25 Communes pour le Pays des Vallons de Vilaine à 108 communes pour le pays du Centre Ouest Bretagne) pour une population moyenne de 139 000 habitants (de 41 624 habitants pour le Pays des Vallons de Vilaine à 419 559 habitants pour le pays de Rennes).<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Sources : intervention de M. Yann FOURNIS à l'ENSP, le 10 mai 2005

<sup>8</sup> cf. Entreprises Territoires et Développement : « Etat des lieux des pays au 1er janvier 2005 »

<sup>9</sup> Source : Préfecture de la région Bretagne (site internet)

La majorité des pays bretons (18) se situent à l'intérieur des espaces départementaux, 3 pays dépassent les limites administratives habituelles :

- Le Pays de Redon et de Vilaine s'étend sur l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan et comprend 7 communes de la Région Pays-de-la-Loire.
- Le Pays du Centre Ouest Bretagne rassemble des communes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan.
- Le Pays de Saint-Malo rassemble des communes des Côtes-d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine.

## .Les 21 pays de Bretagne :



Source : Conseil Régional de Bretagne

Les pays Bretons présentent des caractéristiques très différentes : quatre pays sont polarisés par les agglomérations, de Brest et Rennes ; dans les pays côtiers, les enjeux urbains sont majeurs ; tandis que les pays de Bretagne centrale sont à dominante rurale ; les autres pays étant plus contrastés, avec un espace rural important, entourant une ville moyenne.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Source : Conseil régional de Bretagne (site internet)

## **1.2 La conduite d'une politique de santé publique au niveau des pays en Bretagne s'inscrit dans le mouvement de territorialisation des politiques publiques**

### **1.2.1 Les enjeux de la territorialisation**

La territorialisation complète la régionalisation des politiques de santé initiée dans le cadre de la régulation hospitalière. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique consacre le niveau régional comme échelon d'intervention en santé publique et redistribue les responsabilités des acteurs de la région en matière de définition, de mise en œuvre et d'évaluation des objectifs et des plans régionaux de santé publique. Elle consacre également les missions et les pouvoirs du représentant de l'Etat, responsable de la déclinaison des objectifs nationaux dans la région : il «arrête après avis de la conférence régionale de santé un plan régional de santé publique (PRSP) ». Enfin, la loi prévoit la création, sous forme de GIP présidé par le préfet de région et dans lequel l'Etat est majoritaire, de groupements régionaux de santé publique, acteurs de la mise en œuvre des PRSP. En revanche la loi de santé publique n'organise pas la territorialisation des politiques de santé.

Parallèlement, les objectifs qui sous-tendent la réflexion territoriale sont d'une part l'accès effectif et efficace de la population aux services proposés, mais également l'appropriation de ces territoires par les acteurs afin que les territoires ainsi définis ne soient pas une circonscription administrative de plus. Aussi, dans le cadre sanitaire, les territoires représentent un levier pour fédérer les professionnels de santé et les élus locaux autour de projets communs. Ces projets de territoires matérialisent une évolution vers une responsabilisation collective vis à vis du service rendu à la population, au-delà du soin individuel à chaque patient. Ainsi, le territoire peut être un instrument pour aider au rapprochement souhaitable d'activités et de services que la construction du système de soins a segmentés et trop cloisonnés.

Par ailleurs, si la construction d'une politique régionale de santé trouve sa légitimité dans sa nécessaire adaptation aux diversités des situations locales (besoins régionaux en termes de santé publique et d'offre de soins, place des acteurs locaux et de leurs pratiques), sa territorialisation rappelle le lien indissociable entre santé et aménagement du territoire. En effet, la politique de santé ne constitue pas seulement une politique sectorielle dont l'individu serait le seul bénéficiaire. À la fois service public et activité économique, elle participe en effet directement du niveau de développement et de l'objectif de cohésion sociale. Elle apparaît en ce sens indissociable des problématiques multiples de l'aménagement du territoire. Cette relation tient à un double constat :

- L'offre de soins est structurante de l'espace géographique et recèle des enjeux d'aménagement du territoire (services de proximité, emploi, etc.), nettement exprimés lors des fermetures et restructurations d'hôpitaux.
- Assurer l'égalité d'accès des populations au système de santé sur l'ensemble du territoire est un impératif des politiques de santé, directement lié à d'autres problématiques de l'aménagement du territoire (transports, urbanisme, développement local). L'exigence d'accessibilité a commandé une approche pour laquelle le bassin de santé s'est imposé comme l'unité de base.

Dans le cadre d'une politique régionale de santé publique, une démarche de territorialisation des actions est également nécessaire pour associer les collectivités locales infra-régionales et pour stimuler les initiatives locales. Cette logique doit progressivement venir compléter les deux approches traditionnelles de la santé publique, par population et par pathologie. Elle peut également permettre la prise en compte des spécificités de certains bassins de vie, notamment en termes de structure socioprofessionnelle et de comportements, selon une approche communautaire de la santé développée notamment au Québec. L'IGAS souligne combien la territorialisation, loin de s'opposer aux approches traditionnelles de la santé publique, est une condition essentielle de leur modernisation.

### **1.2.2 Le choix du pays permet de concilier les politiques nationales et régionales avec les spécificités locales**

Si l'on retient de la territorialisation qu'elle poursuit l'objectif d'adapter les politiques publiques aux réalités locales, on mesure d'emblée l'importance qui s'attache à la recherche, pour chacune d'entre elles, du « territoire pertinent » : celui qui apparaît comme le plus apte à rendre compte des phénomènes que l'on souhaite observer ou sur lesquels on veut intervenir, le plus approprié pour organiser la réponse à des besoins identifiés, le plus homogène pour bâtir et conduire des projets collectifs. La nécessité de donner une assise suffisante à l'action de l'État a conduit en Bretagne le représentant de l'Etat et le Comité régional de santé publique (CRSP)<sup>11</sup> à considérer que ce territoire pertinent se trouvait au niveau du « pays », lequel permettait tout à la fois l'accessibilité aux usagers, la mobilisation des élus et des acteurs locaux (réseaux, associations, structures institutionnelles,...), l'intégration des diversités du « terrain » et l'association des habitants.

---

<sup>11</sup> Décision du CRSP de février 2002

Le choix du pays repose sur différents atouts de ce territoire<sup>12</sup> Le premier est lié à l'existence préalable des pays. En effet, ces derniers couvrent l'ensemble du territoire de la région, à l'exception de cinq communes. Le pays est en soi un espace de vie, un espace de référence pour la population, dont la taille permet de répondre aux enjeux de proximité. Il n'est pas non plus trop petit afin de ne pas nuire aux contraintes organisationnelles. Il s'agit d'un espace de partenariat qui renvoie à des spécificités socio-économiques, culturelles et sanitaires de la population, et globalement en cohérence avec les espaces d'attractivité des hôpitaux de proximité.

Concernant plus spécifiquement les politiques de santé publique, l'approche pays permet une prise en compte plus fine des caractéristiques sanitaires de la population. A titre d'illustration, la Bretagne présente la spécificité d'une surmortalité marquée (111) comparativement à la moyenne nationale (base 100)<sup>13</sup>. Mais une étude plus approfondie révèle des différences considérables entre les différents pays, la Bretagne apparaissant marquée par un double gradient : à la fois est-ouest et Bretagne centrale-régions côtières. En effet, en prenant pour base un indice comparatif de mortalité générale égale à 100 pour la région Bretagne, les écarts entre les pays vont de 81 (en pays de Rennes), à 111 (pays des Vallons de Vilaine, pays du Centre-Est-Bretagne).

La surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire suit globalement la même répartition par zones géographiques, tandis que celle liée aux cancers est sur un axe est-ouest, les pays d'Ille-et-Vilaine connaissant une sous-mortalité par rapport à la moyenne régionale (à l'exception des pays de St-Malo, Redon et Vallons de la Vilaine, dans la moyenne régionale), les zones de surmortalité se situant dans le Finistère<sup>14</sup>.

Compte tenu de ces différences territoriales marquées, une approche basée sur le pays permet d'appréhender plus finement les problématiques locales de santé publique qu'à l'échelle départementale et de cerner les facteurs explicatifs des causes de décès liés à des populations aux modes de vie (habitudes, conditions de travail...), environnement (pollution, réseau routier...) et couverture sanitaire et sociale comparables. Ces données font également apparaître des besoins de prises en charge différenciées en fonctions des problématiques spécifiques au pays.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Rapport du CESR «La coopération territoriale un outil de développement pour la Bretagne », Février 2005 et rapport de l'ARH « territoires et santé en Bretagne »

<sup>13</sup> Sources Inserm Cepidoc, INSEE, étude de mortalité sur la période 1991-1999

<sup>14</sup> Sources : Inserm cépidoc, INSEE , données 1994-1998

<sup>15</sup> ORS de Bretagne : la santé de la population en Bretagne : état des lieux préparatoire à la mise en place du PRSP, 2004

Espace de proximité, le pays peut sembler également le territoire pertinent pour concilier une démarche descendante de mise en œuvre des politiques de santé publique nationales et/ou régionales avec une approche ascendante, permettant la prise en compte des besoins et attentes d'une population donnée.

Enfin, il convient de noter que certains pays se sont d'eux-mêmes saisis de problèmes de santé qu'ils ressentaient comme particulièrement importants sur leur territoire. Ces interventions peuvent concerner la prévention et la promotion de la santé, mais aussi des domaines qui ne sont pas en phase avec l'expérience actuellement menée en Bretagne (démographie médicale, problématiques liées aux personnes âgées...). Le pays de Fougères, par exemple, envisage de soutenir financièrement l'installation de médecins généralistes. Il existe donc dans certain cas une appétence locale à se saisir des problèmes de santé à l'échelon du pays.

### **1.2.3 La territorialisation des politiques de santé en Bretagne s'appuie sur l'expérimentation de l'animation territoriale**

Afin d'expérimenter la déclinaison de politiques de santé publique au niveau des pays, la DRASS de Bretagne a proposé de créer à cet échelon, sur six pays volontaires, des postes d'animateurs territoriaux de santé. Ces personnels, cofinancés par la DRASS, les pays et l'URCAM ont théoriquement pour mission de relayer au niveau local les politiques régionales de santé publique dans le champ de la promotion de la santé. Ils doivent assurer la coordination entre institutions, professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux en s'appuyant sur les structures existantes dans le cadre d'un projet territorial arrêté préalablement.

L'élaboration du dispositif expérimenté<sup>16</sup> répond au modèle habituel des dispositifs partenariaux territorialisés existant, tels les PRAPS.

La première phase réside en la constitution d'un cadre organisationnel à même d'assurer l'homogénéité du dispositif au niveau régional.

- Un comité de pilotage régional, animé par la DRASS et associant l'URCAM, les Conseils Régionaux et généraux, l'ARH et, à titre d'experts, l'URML et les facultés de médecine de Brest et Rennes, a pour rôle de fixer le cadre de l'expérimentation, valider les diagnostics territoriaux et les contrats ou

---

<sup>16</sup> cahier des charges de l'expérimentation bretonne de dispositifs locaux de coordination de la mise en œuvre des programmes de santé publique régionaux ; document de travail, DRASS de Bretagne, 2005.

programmes locaux de santé, et d'en assurer le suivi. Les villes et pays, initialement membres de cette instance, n'y participent plus, ne pouvant être à la fois promoteurs d'une politique et décideurs.

- Au niveau du pays, un comité territorial de promotion de la santé coprésidé par la DDASS, la CPAM et le pays et regroupant les acteurs locaux (un représentant des usagers, un représentant de la médecine libérale et les représentants des opérateurs locaux) collabore à la réalisation d'un état des lieux assure la communication et participe à l'évaluation des actions menées.
- Enfin, une instance technique d'appui et de conseil, composée des représentants de chaque financeur assiste l'animateur territorial.

La deuxième phase est celle de réalisation d'un diagnostic partagé portant notamment sur :

- les besoins locaux en matière de promotion de la santé
- un état des lieux des actions existantes, notamment en relation avec les axes définis dans les PRS, et des moyens disponibles (acteurs institutionnels, associatifs, réseaux et structures)
- les améliorations à apporter aux dispositifs existants

Ce diagnostic est élaboré à partir de la documentation existante, et des entretiens réalisés par l'animateur avec les acteurs de santé du territoire, voire après consultation de la population lors de réunions publiques<sup>17</sup>.

La troisième phase consiste en l'élaboration d'un programme territorial d'action (ou programme territorial de santé, les appellations variant selon les territoires) à partir des conclusions du diagnostic. Ce programme peut prendre la forme d'un contrat local de santé.

Le diagnostic local fait l'objet d'une évaluation portant sur la structuration de la démarche, et sur les résultats qui en sont issus (programme d'action, priorisation). De même, un bilan annuel des actions menées doit être réalisé par le comité de pilotage régional. Enfin, des évaluations d'étapes seront réalisées.

L'expérimentation repose sur la création de postes d'animateurs territoriaux en promotion de la santé. Ces personnels sont recrutés par les financeurs, selon des procédures variant d'un pays à un autre. Ils sont administrativement rattachés à des structures

---

<sup>17</sup> Par exemple les animateurs territoriaux de Vitré et de Guingamp ont organisé des réunions publiques portant sur la diagnostic territorial.

variables selon les pays (CCAS, communauté de communes, ville, pays...). Leur action se décompose en deux temps. Leur premier travail réside en l'élaboration du diagnostic territorial. Ils ont ensuite pour fonction d'accompagner la mise en œuvre du programme territorial d'actions en créant et/ou entretenant une dynamique locale de promotion de la santé, en favorisant les liens et échanges d'informations entre les institutions et associations, et en assurant le suivi régulier des actions. Ils participent également aux groupes locaux de réflexion et opérations mis en place et facilitent dans ce cadre la mobilisation des moyens financiers, humains et organisationnels.<sup>18</sup>

Actuellement, six expériences ont été lancées dans les pays de Rennes, Saint-Malo, Vitré, Centre ouest Bretagne, Guingamp et Ploërmel. Les postes d'animateurs y sont cofinancés par l'Etat, l'assurance-maladie (pour deux postes) et les villes concernées. Quatre programmes d'actions faisant suite au diagnostic ont été finalisés sur les pays de Centre ouest Bretagne, Saint-Malo et Guingamp et Rennes. Une évaluation d'étape est en cours de réalisation à la demande des principaux financeurs.

A titre d'exemple, le contrat territorial de la promotion de la santé du pays de Saint-Malo traduit les liens potentiels entre la notion de pays et le champ de la santé publique. Les objectifs de ce contrat visent à mettre en place une dynamique territoriale des programmes de santé. Ce contrat est conforme au cahier des charges élaboré au niveau régional. Ses phases de mise en œuvre sont les suivantes<sup>19</sup>.

- recenser les besoins et l'offre existante en matière de santé.
- Mettre en place une stratégie d'intervention axée sur les priorités régionales de santé.
- Mettre en œuvre le programme territorial et le communiquer aux différents acteurs locaux.
- Mobiliser les moyens humains, financiers, et organisationnels nécessaires.
- Favoriser les échanges d'information entre les personnes.
- Assurer le suivi et l'évaluation du programme au moyen d'un bilan annuel.
- Veiller à l'adéquation du programme action avec le volet santé contrat ville.

Afin d'assurer la pérennité du contrat, un comité de suivi a été constitué, représentant d'une part les financeurs et, d'autre part, les représentants du centre communal d'action sociale, employeur de l'animateur. Son rôle est de valider la démarche et, au travers du

---

<sup>18</sup> Cahier des charges de l'expérimentation bretonne de dispositifs locaux de coordination de la mise en œuvre des programmes de santé publique régionaux ; document de travail, DRASS de Bretagne, 2005

<sup>19</sup> Contrat territorial de promotion de la santé du pays de Saint-Malo. 30 mars 2005.

bilan annuel, de proposer les ajustements nécessaires. Ce comité se réunira au minimum deux fois par an, à l'initiative du pays de Saint-Malo.

Ainsi, la territorialisation de la politique de santé au niveau des pays apparaît encore très hétérogène. Si certains pays ne semblent pas s'investir sur le champ de la santé, des initiatives diverses en matière de santé sont observées dans différents pays. L'hétérogénéité des pratiques et l'absence de généralisation de l'expérience amènent à s'interroger sur les limites actuelles du dispositif et ses évolutions potentielles.

## **2 TOUTEFOIS LE PAYS NE PERMET PAS ENCORE DE REpondre A LA DEMANDE D'UNE POLITIQUE EFFICIENTE DE SANTE PUBLIQUE**

### **2.1 Avant que le pays ne devienne un échelon opérationnel de santé publique, un certain nombre de limites doivent être dépassées**

*« La territorialisation issue de la loi de santé publique d'août 2004 qui s'engage en privilégiant le niveau « pays », reste en décalage sur les possibilités réelles mais aussi juridiques de ceux-ci à assumer cette charge. Et l'adjonction volontariste des animateurs territoriaux de santé ne doit certainement pas être la seule réponse. Il s'agit de définir plus précisément les intrications inévitables entre les niveaux d'observation, d'actions, de planification, de décisions voire de financements, tant les implications des différentes institutions territoriales sont croisées. » (Pascale Mahe, conseillère générale du Finistère, Santé Publique, décembre 2004)*

#### **2.1.1 Le pays exacerbe le problème de l'articulation entre les différents échelons opérationnels**

Le caractère souple du pays, l'absence d'élection au suffrage universel de ses dirigeants, l'incertitude quant à ses champs d'action et son rôle de territoire local de projet n'ont pas rendu incontournable cet échelon dans les différents projets de territorialisation des politiques publiques. Malgré les arguments avancés par ses partisans relatifs à sa cohérence géographique et socio-économique, à sa pertinence en terme d'espace d'expression et de consultation de la population, les différents acteurs institutionnels ne s'organisent pas spontanément à l'échelon de ce territoire.

Concernant la prise en charge de problématiques de santé publique les acteurs institutionnels sont particulièrement nombreux, et disposent chacun de leurs niveaux

opérationnels. Ainsi, l'organisation médicale est définie par l'Agence Régionale d'Hospitalisation sur la base de huit territoires de santé<sup>20</sup>. Les conseils généraux et les DDASS planifient la prise en charge des personnes âgées et handicapées à partir de schémas départementaux. L'action sociale départementale est mise en oeuvre sur la base de circonscriptions d'action sociale se situant à l'échelon de deux ou trois cantons. Certaines communes (Brest, Rennes, Lorient) disposent d'un service communal de santé publique. Les DDASS inscrivent leurs actions dans des cadres territoriaux variant selon la politique concernée, et l'assurance maladie, agissant via les CPAM, considère plutôt que l'échelon opérationnel est le canton. Concernant les professionnels de santé, leur territoire d'intervention se situe au niveau du canton ou d'une structure intercommunale pour les médecins généralistes<sup>21</sup> et les professions para-médicales, les spécialistes situant plutôt leur action à l'échelon du territoire de santé.

Compte tenu de l'aire géographique de compétence de certains acteurs, ces échelons opérationnels respectent les frontières administratives du département ou de la région, ce qui n'est pas le cas des pays<sup>22</sup>. Ainsi, le pays de Redon se situe sur trois départements et deux régions (i.e. deux ARH, trois conseils généraux, trois DDASS, trois CPAM...), ce qui implique un nécessaire travail de coordination en amont entre chaque catégorie d'acteurs pour désigner les «chefs de file» au niveau du pays. Celui-ci n'apparaît donc pas spontanément comme l'échelon pertinent d'organisation pour ces institutions déjà fortement territorialisées.

Certains acteurs institutionnels essaient néanmoins d'intégrer le territoire du pays dans leurs réflexions. Ainsi, l'ARH maintient ses huit secteurs sanitaires pour organiser l'offre de soin. Ceux-ci englobent trois ou quatre pays et respectent leurs limites à peu d'exception près. Le pays représente toutefois un territoire de proximité, pertinent pour mobiliser les différents acteurs sanitaires, sociaux et médicaux sociaux ainsi que pour adapter une partie de l'offre de soin (hors plateaux techniques) tel que gériatrie (en lien avec le médico-social), soins de suite (en lien avec les hôpitaux locaux), HAD (en lien avec les services de soins infirmiers à domicile - SSIAD), les réseaux<sup>23</sup>. Les projets ou programmes territoriaux de santé, issus de l'expérimentation, qui ont vocation à développer l'implication des acteurs locaux sur le champ de la promotion de la santé,

---

<sup>20</sup> Les territoires de santé du SROS III correspondent globalement aux anciens secteurs sanitaires (cf. Direction de l'ARH).

<sup>21</sup> Enquête de l'URML de Bretagne, octobre 2004

<sup>22</sup> Art. 14 de la Loi n°2003-909 du 2 juillet 2003

<sup>23</sup> Source : ARH

pourraient à terme inclure une déclinaison des projets médicaux de territoire (PMT) réalisée à l'échelle des secteurs sanitaires, articulant ainsi préventif, curatif et palliatif. L'intégration des représentants des pays au sein des conférences médicales de territoire à la suite du décret du 6 mai 2005<sup>24</sup> redéfinissant leur composition permettrait d'en faire des lieux d'articulation.

Par ailleurs, les médecins généralistes en relation avec l'agence nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) mènent à l'échelon et en relation avec les pays de Vitré et de Guingamp une expérience concernant l'alcoolisme.

La démarche consistant à demander à chacun de ces acteurs d'inscrire ses actions en matière de santé publique au niveau du pays, ou pour le moins d'intégrer ce niveau dans ses réflexions est donc délicate, et va à l'encontre d'habitudes perçues comme efficaces.

### **2.1.2 A ces difficultés d'articulation se surajoutent des enjeux de pouvoirs entre les différents intervenants en matière de santé publique**

*« On a un peu l'impression que ces multiples territoires traduisent les multiples intervenants dans le champ de la santé publique qui chacun fonctionne avec sa propre logique institutionnelle. <sup>25</sup> ».*

Mener des actions coordonnées sur le territoire unique du pays impose en effet aux acteurs une réflexion sur leurs rôles et places respectifs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de santé sur un territoire. Au-delà des difficultés liées à la gestion de territoires opérationnels différents, la mise en place d'une coordination des politiques de santé publique au niveau d'un territoire impose des décloisonnements et l'organisation de coopérations entre acteurs institutionnels qui peuvent être compliqués à mettre en œuvre. Il s'agit ainsi de surmonter la séparation des secteurs sanitaire et social qui existe depuis 1975<sup>26</sup>, celle-ci étant doublée par l'existence d'intervenants de droit public et privé dans les deux secteurs. De même, la collaboration entre collectivités locales aux politiques parfois divergentes peut s'avérer délicate.

Par ailleurs, les attentes des élus sur le rôle de l'animation territoriale diffèrent de celles de l'administration de l'Etat (DDASS). En effet, les élus locaux privilégient des actions de

---

<sup>24</sup> Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique

<sup>25</sup> URML de Bretagne.

<sup>26</sup> Loi sociale du 30 juin 1975 et loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

court terme visibles par leur électorat. Leurs préoccupations portent plus sur l'hôpital qui symbolise l'offre de soins et des emplois pour leur circonscription, sur les difficultés de démographie médicale, mais peu sur la démarche de santé publique. On retrouve cette même problématique au sein des réseaux de santé soutenus par les associations de malades et d'usagers, alors qu'une véritable action de santé publique à l'échelle du pays devrait mobiliser l'ensemble des acteurs et des logiques institutionnelles sur des actions à plus long terme. Par exemple, la prise en charge des suicidants doit associer une réflexion sur les causes d'isolement en milieu rural, les facteurs d'exclusion sociale, etc...

### **2.1.3 Les difficultés d'appropriation du pays par les acteurs sont réelles**

Bien que l'idée de pays soit ancienne, leur création dans la forme actuelle reste récente. Leur caractère souple et multiforme ne facilite pas leur appropriation par les élus locaux, qui parfois y voient un moyen d'obtention de ressources supplémentaires. Le pays, territoire de proximité, est généralement perçu positivement en matière d'aménagement du territoire et de dynamique de projet. Cependant sa pertinence est dépendante de la réalité socioculturelle et économique du territoire ainsi que de la synergie des acteurs. Ainsi le pays de Guingamp est cohérent, selon le directeur du centre hospitalier de Guingamp, car c'est un pays « équilibré ». En effet, les communes sont de tailles équivalentes et harmonieusement réparties entre l'espace rural et urbain avec un sentiment d'appartenance.

Les élus sont loin de tous s'inscrire dans une logique « pays », y compris dans le domaine de la santé publique. Par exemple un conseiller général mène une réflexion sur la mise en oeuvre d'une action de santé publique sur trois cantons et non à l'échelle du pays. Au terme d'une enquête menée par le conseil économique et social régional (CESR) de Bretagne auprès de 242 maires de la région, il ressort que près de la moitié d'entre eux estiment que le pays est en situation de concurrence avec les intercommunalités existantes. S'il fallait supprimer un échelon, près du quart d'entre eux choisirait le pays<sup>27</sup>.

De la même manière, dans le cadre de réflexions menées par l'URML sur les coopérations locales entre professionnels de santé, un bassin de vie de 12 à 15 000 habitants semble l'échelon le plus approprié. Selon un cadre de l'URML, « *ce que l'on sait c'est qu'à notre niveau la réponse ne se situe pas à l'échelon du pays* ». L'URCAM partage le même point de vue.

---

<sup>27</sup> Rapport du CESR de Bretagne « La coopération territoriale un outil de développement pour la Bretagne », Février 2005

Bien souvent, l'appropriation du territoire du pays est partielle. Ainsi, le cadre d'un conseil général estime que si le pays est un cadre d'intervention cohérent au niveau économique, il n'est pas pertinent dans le domaine de la santé publique, ne disposant notamment pas de compétence en la matière.

Enfin, le pays représentant un espace de projet ou de vie et non une collectivité territoriale identifiée par les acteurs et les citoyens, son appropriation en est rendue plus malaisée.

#### **2.1.4 Le dispositif souffre de difficultés concrètes de fonctionnement**

Le lancement de l'expérimentation a été perçu par certains des partenaires (URCAM, animateurs territoriaux) comme insuffisamment encadré. La qualification de « flou », voire de « bricolage », est revenue plusieurs fois lors des entretiens sur le terrain. En effet, seule une fiche de poste d'animateur territorial a été diffusée sur les cinq postes ouverts et aucune formation à la fonction n'a été organisée pour les nouveaux recrutés qui, pour certains, étaient complètement étrangers au secteur de la santé publique. Par ailleurs, aucune réflexion n'a été menée pour définir des pratiques communes et l'information sur le rôle des animateurs auprès des acteurs locaux n'était pas claire. Seul le cahier des charges reprenant l'organisation du dispositif était écrit.

La pérennité et la vitalité du dispositif reposent aussi sur une mobilisation de tous les acteurs (financeurs, promoteurs, animateurs, ...) autour du projet d'expérimentation. Or, sur le terrain, la mise en œuvre opérationnelle de l'animation territoriale est confrontée à certaines difficultés. Ces dernières sont d'une part liées à l'absence de visibilité sur le long terme du dispositif et notamment de son financement, et d'autre part à des modalités organisationnelles qui ne sont pas encore optimales.

Le dispositif actuel repose sur une expérimentation financée sur 3 ans (2004-2007). Les questions liées à son financement actuel sont très présentes. En effet, l'URCAM marque un réel attentisme vis-à-vis de la mise en place de l'animation territoriale au niveau du pays. Sa direction estime le territoire retenu non pertinent par rapport à sa propre organisation départementale et trop vaste pour organiser des actions de santé cohérentes. Elle considère à ce titre la région comme territoire optimal de déclinaison des politiques de santé nationale. Ces arguments ont été avancés par l'institution pour justifier son implication partielle dans le financement des postes d'animateurs territoriaux. Elle n'a à ce jour accepté de financer sa quote-part que pour deux postes sur Guingamp et Saint-Malo. Elle attend l'évaluation du dispositif avant de prendre position plus avant dans le projet.

Se pose d'ores et déjà la question de l'efficacité du dispositif. En effet, tant les acteurs institutionnels que les animateurs territoriaux rencontrés sur le terrain sont d'accord sur un certain nombre de constats : lacunes dans la coordination de l'animation entre les pays, disparité des profils des animateurs et des missions confiées à chacun qui nuit à la lisibilité de leur action, absence de formation préalable et d'élaboration de pratiques communes. A titre d'illustration, l'une des animatrices a dû dès sa prise de poste rencontrer l'ensemble des élus et acteurs de santé du pays afin de consolider sa mission et de la clarifier auprès de certains partenaires.

Ces différents points ont été pris en compte par les acteurs institutionnels. Ainsi, la DRASS a lancé un cahier des charges pour organiser la formation des animateurs territoriaux exerçant en Bretagne. La phase d'évaluation a par ailleurs fait l'objet d'un appel d'offre. La DDASS d'Ille et Vilaine organise pour sa part des rencontres mensuelles entre les trois animateurs exerçant sur les pays du département afin de mutualiser les méthodes de travail et d'organisation. Ces réponses restent toutefois incomplètes.

Par ailleurs l'URCAM pose la question du rôle de l'animation territoriale au niveau des pays : doit-elle permettre la déclinaison des priorités régionales au niveau local dans le cadre d'une démarche descendante ou la prise en compte des problèmes sanitaires des populations du pays dans le cadre d'une démarche ascendante. Si un cahier des charges définit clairement le cadre du dispositif d'animation territoriale, sa mise en œuvre interroge sur les contours des missions des animateurs et sur le pilotage du dispositif, l'un et l'autre n'étant d'ailleurs pas étrangers.

Enfin, malgré la précarité des postes d'animation territoriale et le niveau peu élevé des rémunérations proposées, les animateurs rencontrés ont manifesté une réelle motivation pour leur travail. En revanche certains d'entre eux cherchent une situation plus stable et des départs avant la fin de l'expérimentation sont à craindre, pouvant ainsi mettre en difficulté un dispositif qui n'en est encore qu'à sa phase exploratoire.

L'évaluation est, dans ce contexte, attendue par l'ensemble des acteurs. Elle permettra en effet, d'une part la pérennisation de l'animation territoriale de santé dans les cinq pays participant à l'expérimentation et, d'autre part, son extension à d'autres pays volontaires. Elle doit également améliorer la lisibilité de l'animation territoriale au niveau des pays dont la définition semble aujourd'hui floue à beaucoup d'acteurs. Cette question prend une acuité particulière à un moment où le conseil général d'Ille-et-Vilaine se pose la question de mettre en place son propre réseau d'animation ou d'intégrer celui des pays.

## **2.2 Si les risques d'échec restent réels, le dispositif possède les qualités pour devenir un échelon opérationnel**

La mise en œuvre de l'expérience d'animation territoriale au niveau du pays n'est pas suffisante pour considérer comme échelon opérationnel de santé publique. En effet, si des améliorations peuvent permettre une opérationnalité plus grande du dispositif, un échec ne peut être exclu.

### **2.2.1 Le modèle idéal incarné par le district OMS définit l'échelon opérationnel de santé publique vers lequel pourrait évoluer le dispositif**

Le concept de territoire de santé se base sur de plusieurs constructions théoriques et expérimentations. Parmi ces dernières le district OMS présente de nombreuses similitudes avec l'approche du pays conçue comme échelon majeur de promotion de la santé.

Les districts de santé fonctionnent depuis les années soixante dans certains pays en voie de développement. Cette conception est revenue avec force au travers des publications de l'OMS lors de la conférence d'Harare en 1987.

Les critères choisis pour définir l'idée de district de santé offrent des analogies avec certains principes directeurs des pays. Ainsi ils doivent favoriser des actions de santé éloignées de toute conception de sélectivité et basée sur le ressenti de la population concernée. Autres critères retenus par l'OMS: conjuguer qualités techniques et humaines dans un même ensemble, favoriser la motivation du personnel de santé, s'appuyer sur un développement global (intersectoriel), permettre l'autodétermination des populations en s'affranchissant de toute dérive technocratique.<sup>28</sup>

La définition d'un district de santé peut donc s'appréhender sous plusieurs angles.

- Il s'agit d'abord d'un sous-ensemble d'un système national de santé centré autour d'une population allant de 100 à 200000 habitants ; plusieurs niveaux cohabitent (les C.D.S ou Centre de santé, autour de 10 et 20 unités et les hôpitaux de premiers recours ayant une capacité de 100 à 200 lits). Au delà se trouve des organismes (hôpitaux régionaux par exemple) offrant des plateaux techniques plus étoffés.
- Organisation spécifique, le district peut aussi se comprendre comme un lieu de synthèse et de rencontre. Ce territoire ne peut en effet fonctionner d'une manière

---

<sup>28</sup> Revue santé publique n°4, 1994, « *les politiques de district de santé* », B Dujardin.

efficace que si chacun des niveaux tient compte et s'organise selon les besoins des autres. Le principe sous-tendant le district est le suivant : les activités de santé qui devront être réalisées par un niveau seront choisies en fonction des activités non encore réalisées par le niveau sous-jacent. L'hôpital n'a donc pas à dispenser des soins primaires (consultations curatives générales, vaccinations) qui doivent être effectués par les C.D.S ou les médecins généralistes.

Efficace, approche globalisante et homogène, complémentarité au sein de l'offre de soins, le district est aussi censé promouvoir plusieurs objectifs proches de ceux des pays, à savoir le rôle prépondérant joué par le médecin généraliste considéré comme un fin connaisseur de sa clientèle (estimée de 5 à 15000 sujets). Cette proximité favorise un contact personnalisé mais permet aussi de bien identifier les populations à risque (l'aspect préventif de l'activité du praticien est ici souligné).

Autre qualité du district, la fréquence des échanges entre professionnels, (considérés comme les véritables organisateurs du système de soins de proximité), permettra de lutter contre l'isolement des professionnels de la santé tout en mettant l'accent sur la formation professionnelle.

Utopique dans sa pleine réalisation, le district a toutefois l'avantage d'offrir une réflexion pertinente sur la notion de territoire de santé proche de celle du pays, tout en proposant des expérimentations (au Mali à Bamako notamment) riches en enseignements et perspectives à éventuellement prendre en compte dans l'expérience bretonne.

### **2.2.2 Du dispositif actuel à l'échelon opérationnel**

L'expérimentation actuelle connaît des limites qui peuvent mettre en danger sa pérennité, ou, pour le moins, minimisent son caractère opérationnel et transversal. Les rencontres avec les différents acteurs engagés dans le dispositif ont permis de dégager certaines pistes d'amélioration.

Un travail de clarification du dispositif doit être effectué afin de définir le champ des actions à mener au niveau du pays. Il s'agit d'une part de préciser si ces actions s'inscrivent dans une démarche descendante de déclinaison locale des programmes régionaux de santé, (ainsi que prévu dans le cahier des charges) et/ou dans une démarche ascendante de réponses aux besoins exprimés sur le terrain, ainsi que le souhaitent les acteurs locaux. Dans l'hypothèse d'une réponse à ces deux attentes, il conviendrait de définir si la déclinaison des PRS est prioritaire, ou si la hiérarchisation des actions reste de la compétence locale, ce qui constitue un enjeu de pouvoir. D'autre part, les domaines relevant du niveau du pays (uniquement de la prévention-promotion, ou

réflexions plus large, sur l'offre de soins notamment) devraient être clairement explicités auprès des acteurs afin de lever certaines craintes d'être phagocyté, et de faciliter les coopérations. Enfin, les missions de l'animateur devraient faire l'objet d'une définition au niveau régional, éventuellement à travers l'établissement d'une fiche de poste "type".

Une meilleure structuration du dispositif permettrait une identification sans ambiguïté des instances décisionnelle et de pilotage concernant les actions mises en oeuvre et limiterait la double pression de la DDASS et des élus locaux sur les animateurs. L'organisation de réunions de coordination au niveau régional et de formations des animateurs, ainsi que la création de référentiels de cadrage de certaines activités permettraient de donner une plus grande cohérence au dispositif.

L'implication progressive de différents acteurs dans le dispositif, malgré les risques de conflits d'intérêts, constitue un facteur positif, à la fois pour la pérennisation de l'expérience mais aussi en terme d'articulation des politiques de santé à l'échelon du pays. A ce titre, les retours positifs des premières expérimentations peuvent avoir valeur incitative. Ainsi, le discours de l'URCAM sur le dispositif a évolué récemment dans un sens positif. La décision du Conseil Régional de Bretagne de s'investir dans la politique de santé en s'appuyant sur les pays constitue un autre facteur important de réussite. Cet appui se traduit notamment par le cofinancement de postes d'animateurs. L'implication plus forte des conseils généraux permettrait aux pays de devenir l'espace de dialogue de référence en matière de santé publique. Les contacts avec les différents interlocuteurs concernés laissent cependant supposer que cette extension serait facilitée par la clarification des champs de compétences dévolus au niveau du pays. La participation d'un plus grand nombre d'acteurs faciliterait également la pérennité et l'extension du dispositif par la mutualisation des financements (par exemple : financement des animateurs par la DDASS, l'URCAM, les Conseils régional et généraux et les collectivités constitutives du pays à hauteur de 20% chacun<sup>29</sup>). Il s'agirait dans ce cadre de surmonter les enjeux de pouvoir.

Au niveau du pays, il importe que les conseils de développement soient régulièrement consultés sur les orientations et développent une politique active de communication en direction des citoyens. Cela pourrait se traduire par la diffusion dans les bulletins municipaux ou intercommunaux d'informations ayant trait tant aux orientations décidées

---

<sup>29</sup> Proposition de la DDASS d'Ille-et-Vilaine

qu'aux réalisations.

Enfin, il nous semble que l'orientation vers un mécanisme de « guichet unique », à la fois centre de coordination, d'animation, d'informations et d'aide au montage de dossier pour les structures porteuses de projets permettrait à terme de donner au dispositif une cohérence en matière de politique de santé, et une légitimité auprès des acteurs de terrain basée sur un service rendu.

### **2.2.3 Les risques d'échec du dispositif restent néanmoins réels**

Il est utile de rappeler les réserves émises par l'URCAM vis à vis du choix du pays comme échelon pertinent de mise en œuvre de politiques de santé publique et son souhait aujourd'hui de ne pas s'impliquer plus avant dans le financement des postes d'animation territoriale. Cette position est néanmoins moins rigide qu'il n'y paraît, puisque l'assurance maladie se dit prête également à contribuer au financement des formations prévues par la DRASS. Parallèlement l'URML reste attentiste vis-à-vis du dispositif.

En revanche l'implication des administrations de l'Etat reste fondamentale pour la pérennité du dispositif (Préfet de Région, DRASS, DDASS) et son extension à d'autres pays bretons. Non seulement leur contribution au financement du dispositif est essentielle et représente un effet de levier pour les autres financeurs, mais leur légitimité à coordonner et à impulser l'animation territoriale au niveau des pays bretons fonde aujourd'hui la réussite du projet. Ainsi un désengagement éventuel serait aujourd'hui synonyme d'arrêt de l'expérimentation.

Enfin, les résultats de l'évaluation de l'efficacité de l'expérimentation seront bien évidemment attendus par l'ensemble des acteurs. En effet, des résultats mitigés par rapport au choix des pays comme territoire opérationnel en matière de santé publique justifieraient la promotion d'autres périmètres par les élus locaux notamment les communautés d'agglomération, les communautés urbaines ou encore des territoires plus institutionnels avec le recentrage des actions de santé publique sur le département. Ce risque est par ailleurs renforcé par le principe de libre adhésion au dispositif. En effet l'appropriation variable dans la mise en œuvre des politiques publiques par les différents pays de Bretagne aboutit à de réelles inégalités territoriales. Si juridiquement, la différenciation au niveau des territoires de la mise en œuvre des politiques publiques est admise par le Conseil d'Etat afin de prendre en compte des différences réelles et objectives entre territoires, les inégalités générées en Bretagne pourraient aboutir à un rejet du choix du pays par les acteurs locaux ou encore par la population bretonne.

## CONCLUSION

La dernière décennie a vu la multiplication des instruments visant à mettre en cohérence des politiques sectorielles telles que l'urbanisme, l'habitat, les déplacements, l'activité économique, l'environnement. La politique de santé est restée pour une large part à l'écart de ce mouvement, alors qu'elle présente de nombreuses interactions avec ces domaines. Le processus de territorialisation des politiques de santé initié en Bretagne représente une nouvelle étape vers le décloisonnement des politiques publiques au plan local.

La démarche initiée au niveau du pays n'arrive toutefois pas encore à convaincre l'ensemble des intervenants auditionnés. Des expressions comme « dispositif flou », « le pays, un concept mou », « bricolage institutionnel » entendues pendant les entretiens traduisent d'ailleurs cette circonspection. Néanmoins, du point de vue des acteurs rencontrés et du nôtre, l'expérience est très intéressante. En effet, l'expérimentation proposée s'inscrit dans une logique partenariale et transversale et permet de dégager un espace de dialogue entre les administrations de l'Etat et les élus locaux sur l'ensemble des problématiques de santé en Bretagne au-delà des seules compétences dévolues par les textes aux collectivités locales.

Au-delà des critiques relatives au territoire retenu, ce projet a le mérite d'exister et de rassembler différents acteurs autour d'actions de promotion de la santé. Il est important de souligner qu'il n'existe pas aujourd'hui de projet alternatif consensuel en Bretagne, même si d'autres types d'expérimentation ont été menés en France à l'instar de la région Nord-Pas de Calais qui travaille au niveau de l'arrondissement. Or l'expérimentation bretonne souffre aujourd'hui essentiellement de sa relative jeunesse et de l'immaturation des procédures. La volonté forte du représentant de l'Etat, relayée par les élus locaux, et la nécessité de trouver un territoire pertinent pour le dialogue entre les différents acteurs de santé publique au plan local font à l'heure actuelle du pays le territoire pertinent de santé publique et certainement demain l'échelon opérationnel.

---

## Bibliographie

---

### RAPPORTS:

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Rapport annuel 2002 : politiques sociales de l'Etat et territoires - Paris : La Documentation française, 2002.

Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Territoires et accès aux soins, janvier 2003

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, Séminaire d'administration comparée de la promotion « Léopold Sédar Senghor », les politiques de santé : la politique régionale de santé, juillet 2003

Association pour la promotion des Pays, La mise en place des pays et des conseils de développement en Bretagne, Mars 2002

DATAR, Guide méthodologique pour la mise en œuvre des pays

Alain Even, Laurent Tardif, Territoires et Santé, Rapport à l'ARH du groupe de travail « Approches Territoriales »

ORS Bretagne, Inégalités de santé infrarégionales en Bretagne, Conférence Régionale de Santé , O.Grimaud, A. Trehony, 28 Avril 1998

ORS Bretagne / DRASS, Contrat de Plan Etat-Région, La santé dans le pays de Vitré Porte de Bretagne , Mars 2005

DRASS de Bretagne, Plan Régional de Santé Publique de Bretagne , Version I, Décembre 2004

Conseil Economique et Social Régional (CESR) , La coopération territoriale : un outil de développement pour la Bretagne, Février 2005

URCAM – DRASS Bretagne , Animation Territoriale de santé – Pays de Guingamp – Diagnostic partagé - Année 2004

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Ordonnance n° 94-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Ordonnance n° 94-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Circulaire DHOS/DGS/DGAS/DATAR n° 2003-387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement

## **OUVRAGES / DOCUMENTS DIVERS**

Revue Santé Publique, numéro spécial loi de santé publique, décembre 2004

Revue Santé Publique, Les politiques de district de Santé, B. Dujardin, numéro 4, 1994

« La capacité politique des régions, une comparaison France/Espagne », R. Pasquier, Presses Universitaires de Rennes, 2004

« Politiques publiques et territoire », Sous la direction de S. Wachter, l'Harmattan, 1989

« Repenser le territoire, un dictionnaire critique », Sous la direction de S. Wachter, DATAR/ Editions de l'Aube, 2000

Pays de Saint Malo, Contrat territorial de promotion de la santé du pays de Saint Malo, 2005

Pays de Vitré – Porte de Bretagne, Rencontres publiques sur les priorités de santé, 2005

Assises nationales « Santé , Action sociale et Territoires », Intervention de M. J-J. TREGOAT , Directeur Général de l'Action Sociale , Ministère délégué à l'intégration, l'égalité des chances et lutte contre l'exclusion, Janvier 2005

## **Sites INTERNET**

[www.bretagne.pref.gouv.fr/BRETAGNE/M/M\\_01.htm](http://www.bretagne.pref.gouv.fr/BRETAGNE/M/M_01.htm) :

Préfecture de Bretagne - Aménagement du territoire

[www.datar.gouv.fr/](http://www.datar.gouv.fr/)  
(DATAR)

: Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

[www.region-bretagne.fr](http://www.region-bretagne.fr) :

Région Bretagne

[www.pays.asso.fr](http://www.pays.asso.fr)

: Association pour la fondation des pays

ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2005

---

## Liste des annexes

---

1. Les étapes de constitution d'un pays
2. Les pays en France
3. La mortalité dans les pays de Bretagne
4. Principales caractéristiques des pays bretons
5. Fiche de poste animateur territorial (ville de Rennes)
6. Dispositif d'animation territoriale du pays de Vitré – Porte de Bretagne
7. Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp

## -1- Les étapes de constitution d'un pays

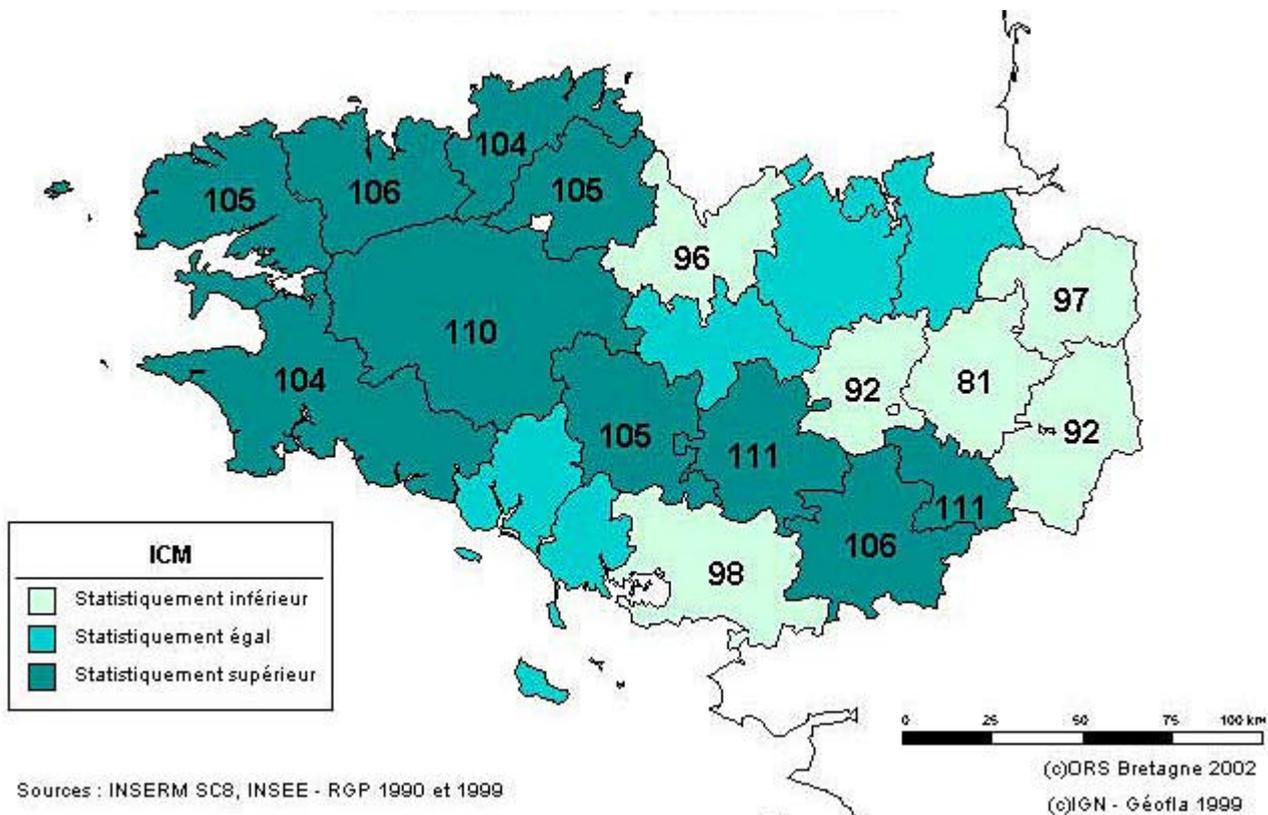
	<b>Etats</b>	<b>Résultats</b>
1	Initiative des communes ou de leur groupement pour le projet de pays	définition d'un périmètre d'étude.
2	Engagement d'une première phase d'étude et de concertation	rapport justifiant le périmètre proposé et indiquant le coordonnateur de la démarche.
3	Saisine du préfet de région	consultation de la ou les Conférence(s) régionale(s) de l'aménagement et du développement du territoire (CRADT) et les différentes instances et partenaires régionaux et généraux.
4	Arrêté du Préfet de région	Le périmètre d'étude est arrêté
5	Création d'un conseil de développement	
6	Elaboration de la charte de pays	Elle comprend un rapport composé d'un diagnostic, d'un document prospectif et de documents cartographiques.
7	Adoption de la charte de pays par délibération des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)	
8	Saisine du préfet de région	consultation de la ou des Conférence(s) régionale(s) de l'aménagement et du développement du territoire (CRADT) et les différentes instances et partenaires régionaux et généraux.
9	Arrêté du Préfet de région	Le périmètre définitif est arrêté
10	Création de la structure porteuse du pays	Choix de la structure entre : Un ou plusieurs OPCI à fiscalité propre intégrant l'ensemble des communes du pays Un syndicat mixte Un groupement d'intérêt public de développement local (GIPDL)
11	Contractualisation	Inscription dans le volet territorial des contrats de plan Etat-Région.

## -2- Les pays en France



### -3- Mortalité dans les pays en Bretagne

Indice Comparatif de Mortalité - Référence ICM Bretagne = 100  
Deux sexes réunis - Période 1994-1998



**PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES PAYS BRETONS**

PAYS	Départements	Nombre de communes	Population en 1999	% de la population régionale	Variation de population 1990-1999 (en %)	Densité hab/km <sup>2</sup>	% de la population résidant dans un espace à dominante urbaine	% de la population en EPCI	% de la population en objectif2
AURAY	56	28	72 773	2%	6,0%	120	41%	82%	7%
BREST	29	89	374 740	13%	3,1%	223	88%	100%	60%
BROCELIANDE	35	43	57 683	2%	7,3%	62	68%	100%	15%
CENTRE-BRETAGNE	22	40	42 539	1%	-3,4%	45	33%	100%	100%
CENTRE-OUEST BRETAGNE	22 - 29 - 56	108	103 527	4%	-5,2%	32	0%	100%	100%
CORNOUAILLE	29	95	312 471	11%	1,8%	126	75%	100%	61%
DINAN	22	79	94 839	3%	-1,0%	73	52%	99%	100%
FOUGERES	35	58	76 517	3%	0,0%	75	65%	100%	99%
GUINGAMP	22	65	72 173	2%	1,3%	65	44%	100%	100%
LORIENT	56	30	205 227	7%	0,9%	240	96%	100%	100%
MORLAIX	29	61	121 621	4%	-1,2%	91	52%	100%	100%
PLOERMEL CŒUR DE BRETAGNE	56	54	60 171	2%	-0,1%	48	17%	99%	100%
PONTIVY	56	45	77 340	3%	0,9%	56	32%	84%	100%
REDON ET VILAINE*	35 - 44 - 56	54	77 987	3%	2,3%	54	43%	87%	100%
RENNES	35	67	419 559	14%	12,5%	367	100%	99%	0%
SAINT-BRIEUC	22	64	181 083	6%	3,6%	155	83%	100%	75%
SAINT-MALO	22 - 35	71	149 360	5%	4,7%	135	77%	89%	8%
TREGOR-GOELO	22	69	112 209	4%	1,4%	109	67%	93%	100%
VALLONS DE VILAINE	35	25	41 624	1%	10,6%	67	75%	100%	12%
VANNES	56	61	173 618	6%	12,1%	114	73%	89%	16%
VITRE PORTE DE BRETAGNE	35	64	87 256	3%	7,7%	68	68%	100%	25%
<b>ENSEMBLE DES PAYS</b>	<b>22 - 29 - 56 - 44</b>	<b>1270</b>	<b>2 914 317</b>	<b>100%</b>	<b>3,9%</b>	<b>106</b>	<b>71%</b>	<b>97%</b>	<b>57%</b>

\*y compris les communes de Loire Atlantique : Avessac, Conquereuil, Fâgréac, Guéméné-Penfao, Massérac, Pierric, Saint-Nicolas de Redon  
5 communes bretonnes n'adhèrent pas à un pays : Bréhat, Cuessant, Camoël, Fère, Pénéstin

Source INSEE, recensement de la population 1999 - DGCL, intercommunalité au 01/01/2004 - SESGAR Bretagne

## -5- Fiche de poste Animateur Territorial de Santé (Ville de Rennes) 1/4

### VILLE DE RENNES

Direction des ressources humaines

Service, Direction, Etablissement :

#### DESCRIPTION DE POSTE

document à personnaliser en fonction de l'affectation

Filière : Administrative

Grade :

Service : Service Communal Hygiène et Santé

Direction Générale : Direction Générale Solidarité Santé

Poste n° (à demander à la Direction Ressources Humaines)

(Mettre les sigles en toutes lettres)

<b><u>Métier</u></b>	
<b><u>Poste (intitulé)</u></b>	- Animateur territorial de santé
<b><u>Missions du service et/ou de la Direction ou de l'établissement, du département</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter une assistance administrative et technique à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions municipales portant sur la santé et l'environnement</li> <li>- Assurer le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène (qualité de l'eau, de l'air, lutte contre le bruit et nuisances diverses, salubrité de l'habitat et autres lieux de vie, hygiène alimentaire, gestion des animaux dans la ville)</li> <li>- Mettre en œuvre une action de prévention médico-sociale individuelle et collective auprès des enfants de moyenne section voire petite section des écoles maternelles publiques et privées et veiller à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et dispositions à prendre en cas de maladie contagieuse ou épidémie</li> <li>- Assurer un suivi préventif des enfants accueillis dans les crèches collectives et familiales municipales et veiller à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et dispositions à prendre en cas de maladie contagieuse ou épidémie</li> </ul>
<b><u>Effectif du Service, Direction, Etablissement, Département</u></b>	
<b><u>Missions du poste</u></b>	- Participer à l'élaboration d'un programme local de santé en lien avec les partenaires locaux, les acteurs de terrain et la population au vu du diagnostic réalisé aujourd'hui par l'APRAS et des enjeux locaux, et veiller à sa mise en œuvre
<b><u>Situation hiérarchique</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- le titulaire dépend de qui ?</li> <li>- nombre de niveaux au-dessus du titulaire ?</li> <li>- le titulaire a autorité sur qui ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le titulaire dépend du responsable du Service Communal Hygiène et Santé et rend compte au responsable contrat de ville</li> </ul>

## -5- Fiche de poste Animateur Territorial de Santé (Ville de Rennes) 2/4

<p><b><u>Liens fonctionnels</u></b></p> <p><b>internes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relation avec les autres postes du service</li> <li>- relation avec les autres postes de l'organisation</li>   <li>- relation avec les Elus</li> </ul> <p><b>externes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relations externes liées au poste</li> </ul>	<p><b>Le titulaire est en lien avec :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les membres du SCHS,</li> <li>- La DGQC et en particulier le responsable du contrat de ville ainsi que les chargés de mission Contrat de ville, le chargé de mission Jeunesse,</li> <li>- La DGSS et en particulier ses chargés de mission (comités consultatifs et prévention de la délinquance), la DPAH, le service Insertion,</li> <li>- et les autres services de la Ville : la DEE ....</li> </ul> <p>- Le titulaire est en lien avec l'adjointe à la santé, à l'hygiène et à la prévention des risques sanitaires, l'adjointe responsable du contrat de ville, l'adjointe responsable de la solidarité,</p> <p><b>Le titulaire est en lien avec :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De manière privilégiée avec la DDASS en particulier le médecin-inspecteur de santé publique chargé de la déclinaison des PRS au niveau départemental, de part la nature de la convention qui lie la Ville et l'Etat,</li> <li>- Les institutions socio-sanitaires, en particulier : la CPAM, le Conseil Général, l'UMIV, le CHU, le CHGR, la DRASS ainsi que les professionnels travaillant dans le secteur sanitaire et social notamment à travers les équipements socio-culturels, et les associations oeuvrant dans le domaine de la santé et du social</li> </ul>
---	--

**Activités** (préciser également si le collaborateur remplit les activités d'une autre personne en cas d'absence)

Activités	Tâches	" Etre capable de "
<p>① Participer à l'élaboration d'un programme local de santé au vu du diagnostic et en lien avec les partenaires, acteurs de terrain et habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- proposer des objectifs locaux au regard des objectifs régionaux et nationaux définis par l'Etat et au regard du diagnostic et des enjeux locaux</li>   <li>- Proposer un ciblage des actions qui méritent d'être renforcées, voire initiées, et proposer un programme local d'actions</li>   <li>- Apporter un soutien à des actions portées par les partenaires locaux et développer des actions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en perspective le diagnostic réalisé et les objectifs régionaux et nationaux afin de proposer des objectifs adaptés à la réalité locale Rennaise</li>   <li>- Développer une concertation avec les partenaires institutionnels et les acteurs locaux de manière à privilégier certaines actions, voire à solliciter des porteurs de projets pour des actions nouvelles à expérimenter</li>   <li>- Apporter un appui concret au montage de projets par des acteurs de terrain</li> <li>- Monter un projet sur la base d'une analyse de l'existant, de la mobilisation des acteurs et de ressources financières</li> </ul>

## -5- Fiche de poste Animateur Territorial de Santé (Ville de Rennes) 3/4

	<p>Evaluer la pertinence, l'opportunité d'un financement Ville de Rennes au regard des objectifs locaux développés et du diagnostic réalisé sur les actions contenues dans le programme</p> <p>Assurer le suivi de la mise en œuvre du programme local d'actions et s'assurer de la mise en œuvre d'une évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduire un projet et mobiliser les acteurs</li> <li>- Porter un avis circonstancié sur une demande de financement d'une association au regard du contexte, de la vie de l'association et des objectifs locaux développés dans le cadre du programmes de santé cité plus haut</li> <li>- savoir utiliser les outils d'évaluation nécessaire à la mesure de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact d'une action</li> </ul>
--	--	--

<p><b><u>Degré d'autonomie</u></b> (à partir de quel moment et sur quoi, il y a contrôle du hiérarchique direct)</p> <p><b><u>Connaissances requises</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances sur les thèmes d'intervention prioritaires dans le domaine de la santé publique (conduites à risques et réduction des dommages, nutrition, santé mentale, éducation à la santé...) : référentiels de pratiques et méthodes retenues</li> <li>- Connaissances relatives au rôle des différentes institutions sanitaires et sociales</li> <li>- Savoir-faires en matière de conduite de projets : conduites diagnostiques et évaluatives</li> <li>- Capacités à savoir mobiliser des ressources, mobiliser des relais notamment dans le travail avec la population et à travailler en partenariat et en transversalité</li> </ul>
--	--

<p><b><u>Conditions du poste :</u></b></p> <p><b><u>générales :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moyens humains</li> <li>- moyens matériels</li> <li>- horaires (à préciser)</li> <li>- lieux</li> </ul> <p><b><u>particulières :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- logement fonction</li> <li>- dotation vestimentaire</li> <li>- risques</li> <li>- contraintes, ...</li> </ul> <p><b><u>Eléments rémunération liés au poste :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NBI</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordinateur</li> <li>- Téléphone portable</li> <li>- Horaires variables compte-tenu de la tenue de réunions en soirée</li> </ul>
--	--

**-5- Fiche de poste animateur Territorial de Santé (Ville de Rennes) 4/4**

<i>Divers :</i> - -	
---------------------------	--

<u><i>Evolutions du poste</i></u>	
-----------------------------------	--

**Description de poste évolutive**

<u><i>Communication du document</i></u>	<i>NOM et Visa du collaborateur</i>	<i>NOM et Visa du hiérarchique Direct</i>
<i>Date 1<sup>ère</sup> Version :</i>		
<i>Mise à jour n° du</i>		
<i>Date version actuelle</i>	<i>date</i>	<i>date</i>

## L'ANIMATION TERRITORIALE DE SANTE

### PAYS DE VITRE - PORTE DE BRETAGNE



Hélène MAZENQ  
Animatrice territoriale de santé



Pays de Vitré - Porte de Bretagne



Direction Départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales d'Ille-et-Vilaine

*L'animation territoriale de santé est un dispositif expérimental initié par la DRASS. Il existe sur six territoires en Bretagne dont trois en Ille-et-Vilaine*

#### Cofinancement du poste d'animateur territorial de santé

Pour mettre en œuvre ce dispositif, un poste a été créé par le Pays de Vitré - Porte de Bretagne qui le finance pour moitié ; l'Etat assure la seconde moitié du financement. Le poste de l'ATS est actuellement sur la base d'un mi-temps.

#### Les instances de suivi

Plusieurs instances de suivi sont prévues pour accompagner, suivre et valider la démarche et le travail de l'animatrice territoriale de santé (ATS).

- Le comité des financeurs, composé des représentants des financeurs du dispositif, la DDASS et le pays, a essentiellement pour objet de définir au préalable les missions de l'ATS et d'évaluer le dispositif.
- Le comité technique d'appui, composé des représentants des financeurs, d'élus du pays et de partenaires « qualifiés », il a pour rôle de valider la démarche engagée, ainsi que le programme de travail annuel, de suivre sa mise en œuvre et de garantir la cohérence des actions locales avec les programmes départementaux et régionaux ; il se réunit tous les deux - trois mois.
- Le comité territorial de promotion de la santé composé des membres du comité technique d'appui et de l'ensemble des autres partenaires, il se réunit une à deux fois par an pour être informé de l'avancée du diagnostic et du programme d'actions.

L'animation territoriale de santé, un soutien dans la mise en œuvre d'un programme d'actions en lien avec les programmes et priorités régionales de santé au plan local

Pour tout renseignement,  
n'hésitez pas à contacter

Hélène MAZENQ  
Animatrice Territoriale de Santé

Pays de Vitré - Porte de Bretagne  
Maison de l'Eau  
Parc du Castel  
35220 Châteaubourg

Tel : 02.99.00.85.95  
Fax : 02.99.00.91.14  
Mél : [helene.mazenq@paysdevitre.org](mailto:helene.mazenq@paysdevitre.org)  
[www.paysdevitre.org](http://www.paysdevitre.org)

Janvier 2005

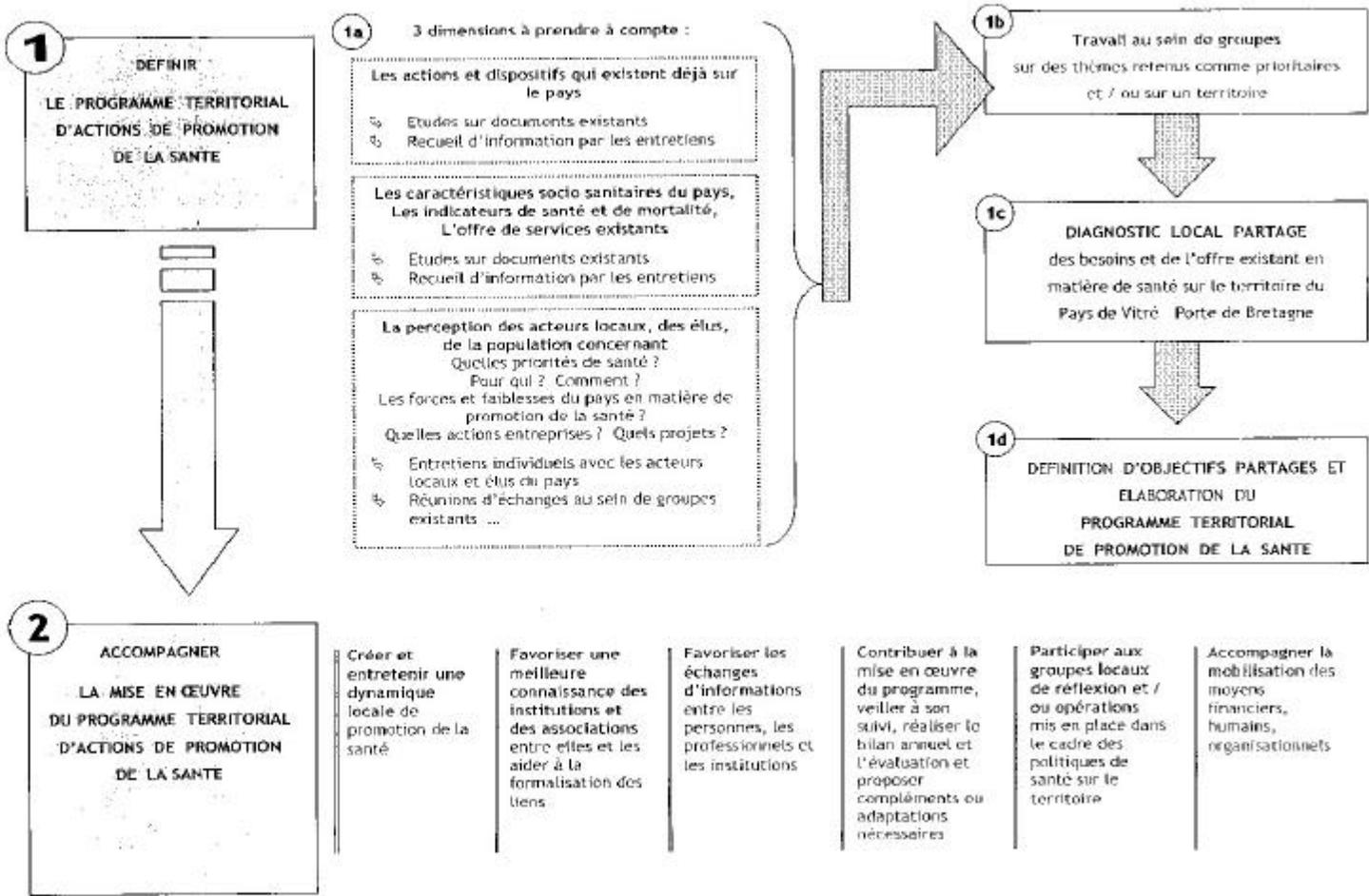
**LE CHAMP D'INTERVENTION de l'animation territoriale de santé**

La Promotion de la Santé, c'est-à-dire la prévention, l'accès aux soins et la réduction des risques. L'organisation des soins ainsi que la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ne relèvent pas, a priori, de l'animation territoriale de santé. Des problèmes de santé constatés dans le diagnostic sur ces aspects peuvent cependant être relayés auprès des instances compétentes.

**L'OBJECTIF DU DISPOSITIF d'animation territoriale de santé**

Renforcer la dynamique locale de promotion de la santé, en recherchant la participation des usagers, et en amenant les différents acteurs à s'organiser pour élaborer et mettre en œuvre un projet global de santé basé sur une connaissance partagée des besoins du territoire, dans le respect des compétences et responsabilités de chacun

**LE DISPOSITIF D'ANIMATION TERRITORIALE DE SANTE : 2 ETAPES**



## -7- Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp 1/5

### Sommaire

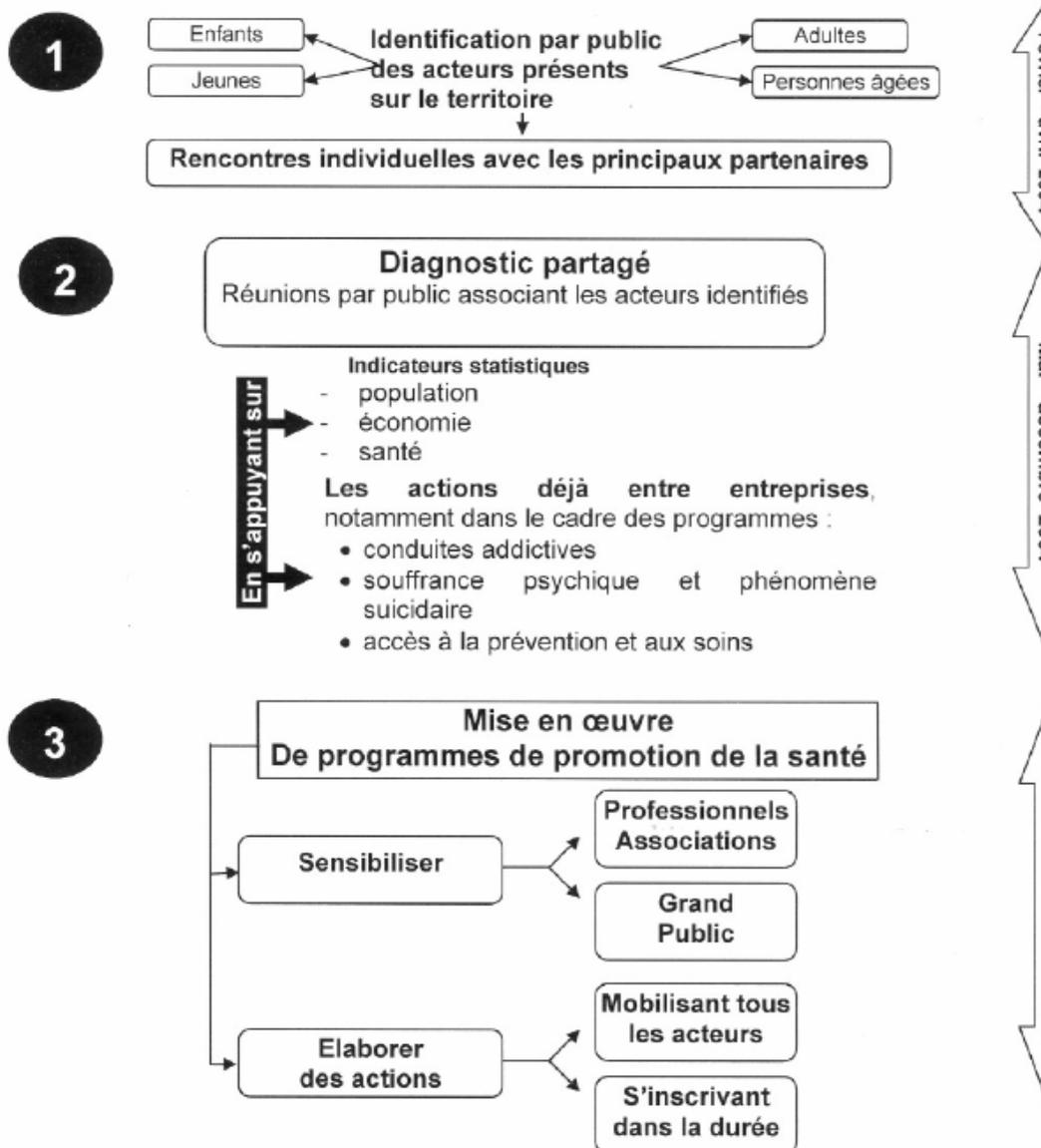
RUBRIQUE	PAGE
<b>Préambule</b>	3
<b>1- L'animation territoriale de santé</b>	4
1-1 le cahier des charges	4
1-2 la mise en place du dispositif dans le pays de Guingamp	5
1-2-1 le contexte	5
1-2-2 la phase d'élaboration	5
1-2-2-1 l'élaboration dossier	5
1-2-2-2 la mise en place du dispositif	5
<b>2- le Pays de Guingamp</b>	8
2-1 quelques données sociodémographiques	9
2-2 présentation du territoire	13
2-3 la charte de développement et le contrat de pays	16
2-4 la santé dans le pays de Guingamp	18
2-4-1 le tableau de bord de la santé	18
2-4-2 les déterminants de santé	19
<b>3- le diagnostic partagé</b>	21
3-1 la méthodologie	21
3-2 les rencontres individuelles des acteurs présents sur le territoire	22
3-2-1 repérage	22
3-2-2 entretiens	28
3-3 les rencontres de diagnostic partagé	35
3-3-1 organisation	35
3-3-2 déroulement	35
3-3-3 la participation des acteurs locaux	36
3-4 les groupes de travail	37
3-4-1 organisation	41
3-4-2 réunions	41
3-4-3 compositions et réflexion	41
3-4-3-1 le lien social	41
3-4-3-2 parentalité	43
3-4-3-3 qualité de vie et développement durable	45
3-4-3-4 sensibilisation et information des élus	47
<b>4- fiches action pour l'animation territoriale de santé</b>	47
1- parentalité	48
1-1 groupe d'échange pour les parents	49
1-2 lieux d'échange sur la parentalité	51
1-3 formation à l'animation de groupes de parole	53
1-4 promotion des compétences psychosociales	54
1-5 privilégier une cohérence des actions de prévention	56
2- le lien social	58
2-1 renforcer les liens entre voisins	59
2-2 offrir des lieux d'échange	60
2-3 accompagner les personnes dans leur vie quotidienne	61
3- qualité de vie et développement durable	62
4- information et sensibilisation des élus	63
4-1 sensibilisation des élus	64
4-2 information des élus et des techniciens	65
<b>5- ressources documentaires</b>	66

## -7- Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp 2/5

### 3- le diagnostic partagé

#### 3-1 méthodologie

Le comité de pilotage local réuni le 26 avril 2004 avait entériné la démarche suivante



## -7- Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp 3/5

<b>FICHES ACTION</b>	
<i>Thématique</i>	<b>Promotion de la santé</b>
<i>Titre</i>	<b>4- Information, sensibilisation des élus</b>
<i>Objectif général</i>	contribuer à donner aux élus du pays de Guingamp une expertise en promotion de la santé
<i>Contexte</i>	<p>La création du pays de Guingamp a permis aux 7 communautés de communes qui le composent d'élaborer des projets en commun. Sa taille et son découpage en font un lieu pertinent d'observation de la vie de ses habitants.</p> <p>A partir des évaluations des programmes régionaux de santé, l'Etat développe une approche territorialisée des politiques de santé. Le Programme Régional de Santé Publique et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3 intègrent un volet territorial, basé sur les pays, permettant aux élus locaux d'exprimer leurs attentes et leurs priorités.</p> <p>Pour permettre une réelle expression locale dans cette nouvelle approche, l'animation territoriale de santé peut être un outil contribuant à donner aux élus une culture commune en santé publique.</p>
<i>groupe de travail</i>	<p>Le travail avec les élus n'a pas fait l'objet d'un groupe spécifique. Nous avons opté pour aller à leur rencontre dans leurs instances habituelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil d'Administration du GIP</li> <li>• Conseils Communautaires             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Châtaudren-Plouagat</li> <li>▪ Lanvollon-Plouha</li> </ul> </li> </ul> <p>Le travail de finalisation des fiches n'a pas pu aboutir dans les délais impartis. Il sera poursuivi au cours du premier semestre 2005.</p>

## -7- Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp 4/5

Action 4-1	Sensibilisation des élus
Public	Elus des conseils communautaires
objectif	Donner une culture commune en promotion de la santé
Promoteurs	• Conseil de Développement
Opérateurs	• Conseil de Développement
Partenaires	
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Présenter les caractéristiques sociodémographiques du pays et des communautés de communes</li> <li>➤ Susciter un intérêt et une réflexion sur la promotion de la santé</li> <li>➤ Elaborer des priorités</li> <li>➤ être un lieu de ressource pour répondre à des interrogations particulières</li> </ul>
échancier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CDC du Trieux, de Belle Isle en Terre, Bourbriac, Bégard, Guingamp</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rencontre avec le conseil communautaire au 1er trimestre 2005</li> </ul> </li> <li>• <b>GIP Pays de Guingamp</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Travail à partir des fiches actions</li> <li>➤ Intervention régulière pour présenter l'état d'avancement des actions</li> </ul> </li> </ul>
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation se fera en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>au cours de l'action</u> : il s'agira de s'assurer que le projet se déroule correctement et que les moyens prévus sont effectivement mobilisés. Elle compare ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré dans la formulation de cette fiche.</li> <li>➤ <u>en fin d'action</u> : cette évaluation s'intéressera à l'atteinte des objectifs et aux conséquences de l'action sur les populations concernées.</li> </ul> </li> </ul>

## -7- Extraits du diagnostic partagé pour le Pays de Guingamp 5/5

Action 4-2	Information des élus et des techniciens
Public	Elus et techniciens des collectivités locales du pays de Guingamp
objectif	Appréhender les problématiques spécifiques en promotion de la santé
Promoteurs	• Conseil de Développement
Opérateurs	
Partenaires	
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Offrir une information sur des thématiques (santé mentale, aide alimentaire, précarité...) importantes sur le territoire du pays de Guingamp</li> <li>➤ Faire connaître les acteurs et les réseaux présents sur le territoire (missions, organisation...)</li> </ul>
échancier	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une rencontre par semestre</li> </ul>
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation se fera en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>au cours de l'action</u> : il s'agira de s'assurer que le projet se déroule correctement et que les moyens prévus sont effectivement mobilisés. Elle compare ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré dans la formulation de cette fiche.</li> <li>➤ <u>en fin d'action</u> : cette évaluation s'intéressera à l'atteinte des objectifs et aux conséquences de l'action sur les populations concernées.</li> </ul> </li> </ul>