



Premiers éléments de l'analyse transversale : Les coordinations de dynamiques territoriales de santé

Méthodologie

L'emploi de l'intitulé « dynamiques territoriales de santé » (DTS) s'applique ici aux trois dynamiques que sont les ASV, CLS et CLSM.

Rappel du contexte et des objectifs de l'enquête exploratoire

Ce Dossier Ressources (DR) vise à mieux comprendre les activités des coordinations des dynamiques territoriales de santé, la manière dont elles sont exercées et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Notre travail s'est appuyé sur un groupe de travail interne à la Fabrique Territoires Santé sur une analyse documentaire, ainsi que sur des entretiens individuels et collectifs.

Déroulé de la collecte de données

Un appel à témoignages et entretiens approfondis a été lancé en juin 2023.

Suite à l'appel à témoignages, nous avons reçu 18 retours de coordinatrices– 100 % sont des femmes, d'où le fait que nous utilisons le féminin dans ce document.

Phase exploratoire

Il y a ensuite eu une première étape exploratoire au cours de laquelle quatre entretiens individuels et deux entretiens collectifs exploratoires ont été réalisés entre juillet et août 2023.

Recueil de données

Une grille d'entretien ainsi qu'un cadre d'analyse ont ensuite été élaborés.

Cinq entretiens individuels (EI) approfondis ont été menés en novembre 2023.

Deux entretiens collectifs ont ensuite été réalisés, avec pour objectif de présenter les premiers éléments d'analyses et de les mettre en discussion.

Ces entretiens individuels et collectifs ont permis de croiser la parole de **14 coordinatrices**.

Afin de répondre aux problématiques posées, nous avons décliné les constats sous 4 dimensions :

- > Les postes et positionnements administratifs des coordinations de DTS : les implications sur l'action intersectorielle
- > Les missions de coordination
- > Les échelles géographiques
- > Le pilotage des Dynamiques Territoriales de Santé (DTS)

1) Les postes et positionnements administratifs des coordinations de DTS : les implications sur l'action intersectorielle

L'hétérogénéité des statuts et des formations

> Les coordinatrices interrogées ont des niveaux de formation élevés dans des domaines divers (bac + 4 / 5 en santé publique, anthropologie, soins infirmiers, coordination de projets, médecine...). Un tiers des coordinatrices sont fonctionnaires titulaires de la fonction publique. Les autres sont majoritairement contractuelles de la fonction publique territoriale ou de structures associatives : contrats de projet, contrat à durée déterminé...

> La diversité des intitulés des postes : « chargée de mission santé », « animatrice santé », « cheffe de projet santé », « coordinatrice santé » ... – ne renvoie pas nécessairement à des spécificités dans les missions et tâches couvertes. Elles peuvent au contraire traduire la difficulté de circonscrire les missions à la seule coordination des dispositifs.

Le choix d'utiliser un intitulé plutôt qu'un autre peut aussi renvoyer au souci de clarifier auprès des partenaires et/ou habitants.

> Nous constatons que les coordinatrices bénéficiant du statut de fonctionnaire privilégient plus souvent les intitulés de « chargée de mission santé ou cheffes de projets santé » que celui de coordinatrice qui paraît davantage attaché à un dispositif, et donc plus éphémère...

> La précarité financière, souvent invoquée par les coordinatrices, est à l'image de la précarité des emplois de la fonction publique et du secteur associatif. Nous notons aussi une certaine hétérogénéité des catégories d'emplois dans la fonction publique territoriale (A, B, C) affiliées aux postes. Cette double précarité peut avoir un impact sur le turn-over des postes mais aussi sur « l'éternel recommencement » des partenariats.

Les enjeux de la collaboration interservices et inter-organisation

> Le plus souvent, les coordinatrices rencontrées sont intégrées dans des équipes de 5 à 20 personnes au sein d'une collectivité (commune, communauté d'agglomération...), d'un regroupement d'Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) comme les Pôle Equilibre Territorial et Rural (PETR), ou d'un Parc Naturel Régional (PNR). De ce fait, elles évoquent souvent un sentiment d'isolement car elles sont souvent identifiées comme les seules professionnelles en charge de la thématique santé.

> Toutefois, l'organisation des services et le positionnement des coordonnatrices dans l'organigramme (service politique de la ville, Centre Communal d'Action Social (CCAS), service santé, direction santé hygiène sénior, direction générale adjointe...) peut faciliter le fait de travailler avec des services agissant sur d'autres déterminants de la santé : logement, cadre de vie...

« En fait, je suis toute seule, mais je ne travaille jamais toute seule » Entretien Individuel

> Parfois, il existe une petite équipe « santé » avec des coordonnateurs CLSM et ASV distincts du coordonnateur de CLS, allant de 1,5 à 3 EPT selon les ressources du territoire.

> La capacité à travailler en intersectorialité au sein des directions et avec les autres services dépend principalement :

- De l'acculturation aux problématiques de santé et aux Inégalités Sociales et Territoriales d'accès aux Soins (ISTS) en lien avec la formation des agent-es des collectivités et/ou des élu-es à la santé, ou à l'ancienneté de la politique santé dans la collectivité.

- De la nature du ou des services au(x)quel.s est rattaché la coordonnatrice et de leurs contextes. Le rattachement unique au sein d'une Direction Générale Adjointe (DGA) « large » (ex : la cohésion sociale, qui couvre de nombreux services : social, éducation, culture, citoyenneté, insertion, logement ...) ou la Direction Générale des Services (DGS) peut permettre d'avoir une vue d'ensemble sur les autres politiques/projets de la collectivité et être ainsi, facilitant.

« Ce qui me facilite la vie, c'est mon rattachement à la DGA Solidarités, cela me permet d'avoir une vue d'ensemble et de travailler avec des collègues ». Entretien Individuel

Dans d'autres cas, un double rattachement peut permettre de faire du lien entre différents services.

« J'ai un double rattachement : le service prévention santé handicap du CCAS et le service vie associative de la Mairie (anciennement politique de la ville) – ce positionnement permet de faire le lien entre différents services avec deux élus et deux équipes ». Entretien Individuel

- De l'animation, en interne, de la direction des services dans laquelle se trouve la coordonnatrice. La transversalité peut être recherchée et soutenue par la direction, avec la mise en place de réunions d'équipes visant le partage d'informations et des temps de réflexion réguliers qui constituent alors un atout pour la mise en place d'actions intersectorielles. Mais, il arrive aussi que ce ne soit le cas et que la mise en place d'actions intersectorielles repose essentiellement sur la posture de la coordinatrice.

2) Les missions de coordination

Des niveaux de missions de la coordination

A l'aune des entretiens individuels et collectifs, nous identifions 5 voire 6 missions de coordination, même si celles-ci ne sont pas exhaustives :

- Mettre en réseau des acteurs
- Accompagner les porteurs de projet
- Impulser des projets
- Mobiliser les habitant.es et usager.es
- Mettre en place des projets multi-acteurs/multi-financements
- Communiquer sur les actions mises en œuvre sur le territoire

En outre, les coordinatrices identifient aussi leurs tâches quotidiennes comme les suivantes :

- Organisations de réunions
- Relais et diffusion des informations
- Appui au montage des dossiers
- Réponse aux Appels à Projets (AAP) et soutien des structures dans leurs réponses respectives aux appels à projets.
- Veille d'information et communication...

« Nous sommes des couteau suisse, cheville ouvrière, travailleur de l'ombre, mouton à 5 Pattes ». Entretien Individuel

*« Je suis aussi identifiée comme « **service support santé** » au niveau du territoire. Les porteurs de projet en interne ou en externe viennent me demander de l'aide. **Je suis un peu comme le service informatique ou la DRH en interne, mais là, ma spécialité est la santé.** En somme, on peut m'appeler pour mettre en place une action, pour rechercher un financement ou trouver un partenaire ou des outils d'intervention. Je dois donc rester toujours bien informée afin de pouvoir leur venir en aide et les accompagner dans leur démarche » Entretien Individuel*

> Alors que la fonction de coordination est très incarnée et personnalisée et peut être considérée comme un point d'appui pour la conduite de la mission, la coordination suppose – au contraire- le développement d'une dynamique de travail intersectorielle qui est largement mise en œuvre dans les territoires.

*« La coordinatrice doit **développer toute une dynamique de territoire afin de mobiliser un maximum de partenaires qui peuvent provenir de champs très différents, allant du social à l'urbanisme ou au développement durable.***

*La santé globale prend en compte une multitude de déterminants qui sont représentés par des acteurs différents. **Cette mission est très importante et prend beaucoup de temps car il ne faut pas seulement les inviter dans les temps de travail mais également aller participer à leurs instances et leurs actions** » (Entretien individuel)*

La plus-value de la coordination

> Au-delà des tâches de la coordination et du lien avec les différents partenaires/ dispositifs/ politiques publiques, les coordinatrices tentent de clarifier et de nommer la plus-value de la coordination.

« Nous sommes le vecteur de l'élaboration d'une feuille de route partagées basée sur l'observation et la planification d'actions sur le territoire, ou comme le moteur de la mise en synergie d'actions. » El

« Coordonner suppose un état d'esprit constructif, de tenir un rôle de moteur et de mise en synergie des acteurs, un connecteur des acteurs tout en apportant la spécificité des personnes concernées ». Entretien Individuel

Coordonner plusieurs dispositifs ?

> Le fait qu'une même personne ait la charge de la coordination de plusieurs dispositifs devient la norme. Cette dimension multi casquettes s'incarne de manières différentes selon les territoires. Souvent présentée comme un atout grâce à la mutualisation des instances de gouvernance (notamment copil), elle peut parfois peser négativement sur la capacité de chaque dispositif à se déployer pleinement.

> Un point de vigilance est noté par certaines coordinatrices sur l'impact d'une double coordination sur le bon fonctionnement des dispositifs. Il en résulte des « tris » dans les tâches à mener, les missions à développer, certaines aux dépens d'autres, perçues – à tort- comme moins importantes.

« Selon moi, sur toute la question de la participation des usagers - qui pour moi est très importante -, cela suppose d'y consacrer un temps conséquent. Ce temps nécessaire pour mener à bien le CLSM, se prend obligatoirement au détriment d'autres missions de mon CLS. Toutes les négociations qui vont avoir lieu dans la perspective de la deuxième génération du CLS vont permettre de voir quelles actions du CLS vont devoir disparaître pour libérer du temps de travail sur le CLSM » Entretien Individuel

Coordonner, au-delà du/des contrats ?

> Le cadre d'intervention est souvent décrit comme flou et permettant, de fait, d'adapter les actions en fonction des besoins, en dépassant, si nécessaire, les contours des dispositifs/contrats ou en émergeant sur plusieurs contrats, comme le contrat territoire en action ou bien le volet santé environnement d'un Parc Naturel Régional (PNR)

« J'ai tenu à ce que mon poste soit nommé « coordinatrice santé » et non « coordinatrice ASV/CLS », car je me suis rendue compte au fil des années que mon travail allait au-delà de la mise en œuvre de ces deux dispositifs. Bien sûr, le poste comporte des missions obligatoires, demandées par l'ARS mais pour moi, il faut ne pas oublier certains aspects qui pourraient paraître chronophages ou moins importants donc relégués au second plan alors qu'ils apportent de la consistance au poste ». Entretien Individuel

« Je déborde aussi parfois sur des missions qui ne sont pas valorisées dans le contrat local de Santé, car elles dépendent du contrat « territoire en action » ou bien du volet Santé Environnement, du Parc Naturel Régional X. Cela a un impact sur le financement des actions. Certaines actions que je porte ne sont pas soutenues par l'ARS parce qu'elles ne rentrent pas dans le cadre du Contrat Local de Santé. Il est alors possible qu'on mette une étiquette « Parc Naturel Régional » ou « Contrat Territoire en Action ». Je peux émerger sur trois dispositifs différents ». Entretien Individuel

La réduction des ISTS

> La réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS), même si elle est reconnue comme l'un des objectifs généraux des DTS n'a que rarement été abordée dans les entretiens. Elle a toutefois été abordée via une analyse montrant la nécessité que les actions du CLS portent sur les trois champs des déterminants de la santé : le système de santé, l'environnement de vie et les habitudes de vie.

« Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé est un des objectifs principaux du CLS. Afin d'y parvenir, il faut que les actions portent sur les trois champs des déterminants de la santé : le système de santé, l'environnement de vie et les habitudes de vie. C'est le cas dans le CLS actuel dont les actions se répartissent au tiers sur chacun d'eux. Nous faisons également attention à certains publics plus fragiles et éloignés du système de santé pour lesquels nous essayons de mettre en place des parcours de santé plus structurés afin d'éviter les ruptures de soin. » El

La mobilisation des habitant.es et des représentant.es d'usager.es.

> Le fait que la mise en place d'un CLSM repose sur l'implication des personnes concerné.e.s ou usager.e.s, renouvelle cette question et interroge les coordinatrices sur sa prise en compte locale. L'importance d'un temps dédié et donc financé à la création des liens de confiance avec les structures représentantes d'usager.e.s, les Groupes d'Entraide Mutuelles....etc est soulevé par quelques coordinatrices.

> Excepté dans le cas des CLSM, la participation des habitant.e.s dans les CLS n'est pas abordée par les coordinatrices interrogées ou alors sous l'angle de la difficulté à la mettre en place. Avec qui, avec quelles structures, quelle méthode et quels objectifs ?

En synthèse :

La précarité financière et statutaire des postes de coordination peut provoquer des discontinuités, déstabiliser les dynamiques partenariales et empêcher l'intégration durable de la santé dans la collectivité.

Le plus souvent les coordinations sont portées par une seule personne et rarement par des équipes. Cette situation particularise la fonction de coordination.

La coordination concerne à minima l'animation du dispositif et peut aller jusqu'à l'articulation des acteurs, voire des politiques publiques déclinées localement.

Aucun contexte et équipe d'intégration de la coordination ne se ressemblent. Le service dans lequel est intégré la coordonnatrice va impacter la nature des actions mises en œuvre et la qualité de transversalité des actions.

Certains pans de la philosophie initiales des DTS sont parfois invisibilisés, voire impensés, dans les priorités retenues et la charge de travail associée (réduction des ISTS, mobilisation des personnes concernées, etc.)

3. Les échelles géographiques

Des critères politiques, administratifs et/ou historiques

> Le choix de l'échelle territoriale est le plus souvent politique et/ou historique. Ainsi, plusieurs coordinatrices indiquent que le choix de l'échelle géographique du CLS s'est fait suite à la fusion d'intercommunalités, ou de pays qui ont engendré le portage du CLS à une échelle plus large (Pays, PETR).

> Il est noté que ce choix ne prend que rarement en compte les besoins, les ressources du territoire et les enjeux de gouvernance et de portage politique associés à la structure employeuse/porteuse du CLS.

La déclinaison des politiques ayant un impact sur la santé implique un enchevêtrement d'échelles territoriales

> La déclinaison des politiques et dispositifs ayant un impact sur la santé conduit à un enchevêtrement d'échelles territoriales qui rend complexe l'animation d'un CLS sur se doit de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé.

> Ceci conduit à une exigence de souplesse dans les dynamiques de réseaux et mobilisations de partenaires qui vont bien souvent au-delà des critères administratifs du territoire.

*« Ce qui est compliqué, c'est **que selon les thématiques, l'échelle n'est pas la même** : sur l'accès aux soins - c'est celle de la CPTS ; sur la psychiatrie – c'est celle du secteur psy, et concernant la mobilité – c'est l'échelle de l'agglomération, etc... Comment, dès lors, mettre en place un CLS agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ? ». Entretien collectif*

*« Par exemple, **l'agglomération ayant des compétences dans l'urbanisme, la qualité de l'air, et la mobilité, son échelle s'avère pertinente afin de traiter des problématiques de santé environnementale**. L'échelle communale et de proximité est identifiée comme pertinente car elle permet de mobiliser les habitant.e.s et d'agir en lien avec les CCAS, qui sont difficilement mobilisables, car trop nombreux, à une échelle plus large. » Entretien collectif*

« Il faut garder une souplesse dans les dynamiques de réseaux au-delà des critères administratifs, en restant attentif aux pratiques et aux bassins de vie » Entretien Collectif

Une animation du CLS à géométrie variable ?

> La taille physique du territoire est déterminante et influe fortement sur l'animation et la coordination du CLS. Les territoires vastes et regroupant de nombreuses collectivités supposent des temps de déplacements et un maillage d'élu-es qui complexifient nécessairement la mission de coordination et impliquent une charge de travail conséquente voire irréalisable par une seule personne. Parfois, c'est l'absence d'élu-es ou de référent-es santé identifiés dans certaines communes qui freine une animation censée couvrir tout le territoire.

> Le cas d'un CLS montre qu'une réflexivité, même a posteriori, peut permettre d'adapter l'animation du dispositif sur une échelle territoriale perçue comme trop large et éloignée des enjeux locaux. En effet, l'évaluation à mi-parcours du CLS porté par un Parc Naturel Régional et s'étendant initialement

sur deux pays a démontré la spécificité de chaque pays, l'étendue des missions et le besoin de recruter une seconde personne pour animer le CLS.

« C'est très compliqué d'être sur deux territoires à la fois. Le territoire est si grand et varié qu'il n'est pas possible d'en avoir une connaissance fine et d'être connue de tous les interlocuteurs. C'est pourquoi, il a été décidé de recruter une seconde coordinatrice, qui se consacre spécifiquement à l'animation du CLS, mais sur le Pays X (...) ». Entretien individuel

> Dans certains contextes, les coordinatrices témoignent d'une tendance à concentrer les actions sur la ville centre, au détriment des (plus petites) communes, plus éloignées : Ceci renforce et/ou crée des inégalités territoriales et peut conduire à une animation du CLS à géométrie variable.

En synthèse :

> En éludant l'impact des choix d'échelle géographique, le cadre des dispositifs laisse penser qu'il n'y a pas de différences entre des coordinations infra communales, communales, et intercommunales.

> La tentation de mailler en totalité les territoires banalise la déclinaison de dispositifs à des échelles tentaculaires peu propices à la connaissance fine du territoire et à l'opérationnalité.

>Le fait que les politiques et dispositifs qui agissent sur les déterminants de la santé se déploient sur des échelles géographiques différentes, appellent à une souplesse d'adaptation et de pratiques d'intervention, au-delà des critères administratifs.

4. Le pilotage des DTS

Un portage politique incarné de manière variable selon les territoires

Toutes les dynamiques territoriales rencontrées s'appuient sur un-e ou des élu-es référent-es. Pour autant, le portage politique est plus ou moins affirmé.

Un portage politique « fort » peut se traduire de plusieurs manières :

- . la place de la délégation dans l'organigramme des élu-es
- . la longévité du mandat
- . la capacité de l'élu-e à porter et relayer les questions de santé auprès des autres élu-es ou autres communes.
- . La prise de compétence santé par la CT et l'affectation d'un budget dédié.
- . la formation initiale ou la sensibilité de l'élu-e peut être importante et donner une « couleur » au CLS

« Il est médecin et en plus il est aussi médecin référent au Comité Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), c'est pour cela qu'il (l'élu) s'est positionné sur la prévention ». Entretien Individuel

Un tryptique élu.e/coordo/direction à promouvoir

Dans les entretiens, nous observons, dans certains cas, un tryptique élu.e/coordo/direction à promouvoir dans la mesure où :

. la légitimité le pouvoir d'agir des technicien.enes dépend de la légitimité que leur accorde leur hiérarchie et l'élu.e

. l'inertie d'une direction peut empêcher la valorisation du CLS dans les instances de gouvernance et donc amoindrir sa visibilité par les élu.es ou par les partenaires/ autres services de la collectivité.

La place et le positionnement de l'ARS

> La qualité du « partenariat » avec l'ARS varie en fonction des territoires. Le soutien de l'ARS et sa présence sur le terrain avec les acteur.trice.s sont reconnues dans certains cas ; Dans d'autres, des attentes fortes sont exprimées concernant en particulier l'animation territoriale, l'articulation et la mise en lien des dynamiques territoriales de santé (financées par l'ARS) et concernant l'évaluation des dispositifs.

« L'ARS est de plus en plus présente dans nos instances de travail mais reste sur un niveau très stratégique. Elle est à l'initiative de la création des CLS, des CLSM, des CPTS et participe au financement de certaines structures de santé. Pour autant, ces dispositifs et structures ne travaillent pas toujours ensemble ou difficilement. Je pense que l'ARS devrait initier ce travail partenarial et être plus en soutien sur cette coordination entre le soin et la prévention. » Entretien individuel

Articulation inter-dispositifs

> Les coordinatrices de DTS sont souvent largement associées à la mise en place de CPTS ou de MSP sur leurs territoires. Surtout dans les territoires ruraux, les coordinatrices soulèvent bien souvent qu'elles impulsent la dynamique de la mise en place de MSP et CPTS.

> Comment œuvrer pour une complémentarité de ces dispositifs sans les mettre en compétition ? Cette question est largement revenue dans les entretiens. Au vu de la gouvernance partagée de ces dispositifs, de qui relève la charge de les articuler ou de créer des temps de mise en échange de leurs savoirs et pratiques ? Dans certains cas, l'ARS est attendue pour garantir la complémentarité de ces dispositifs. Dans d'autres cas, les coordinatrices réfléchissent et mettent en place d'elles-mêmes des espaces de concertation partagée. D'un point de vue stratégique, une participation réciproque aux instances de gouvernance peut être considéré comme un levier.

« Il y a eu une concomitance : au même moment, il y a eu, sur le même territoire, la création du contrat local de santé, de la CPTS et de la démarche de la CAF, la convention territoriale globale de services d'aide aux familles, la Conventions Territoriales Globales (CTG). Les trois coordonnatrices ont réfléchi ensemble pour mettre en place des espaces de concertation partagés, pour repérer ensemble les thématiques qui leur étaient communes, comme l'accès aux droits et aux soins, l'animation et la participation à la vie locale, l'attractivité territoriale, le cadre de vie et le logement, l'interconnaissance, la mobilité, la prévention et la promotion de la santé. Ensuite, elles ont travaillé sur des constats qu'elles partageaient, des objectifs et des réponses. Je crois 77 – cela fait beaucoup ! » Rencontre Nationale (RN)

En synthèse

> Bien que la prise de compétence santé par la CT soit un réel atout et aille dans le sens d'un portage politique fort, l'(absence) de compétence légale obligatoire n'apparaît pas comme un frein au portage politique du projet de santé. Le portage politique varie en fonction de plusieurs facteurs identifiés ci-dessus.

> En outre, la force décisionnelle du COPIL est à questionner afin que celui-ci prenne véritable sa place et son rôle et ne se réduise à une instance de suivi entérinant des décisions prises en amont, comme cela a pu être identifiée par les coordinatrices de CLS. Les COPIL peuvent devenir des instances locales de gouvernance partagée en santé.