



Campus Condorcet, 5 cours des humanités  
93322 AUBERVILLIERS  
contact@fabrique-territoires-sante.org

[www.fabrique-territoires-sante.org](http://www.fabrique-territoires-sante.org)

Twitter - @FabTerrSante

Siret - 537 674 707 00030

# DOSSIER RESSOURCES

—  
**Septembre 2024**  
—

## **LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ**

Contrats locaux de santé, Ateliers santé ville et Conseils locaux de  
santé mentale

Dans un souci de visibiliser les femmes particulièrement présentes dans le monde de la promotion de la santé, nous faisons le choix éditorial d'utiliser l'écriture inclusive et le point médian (hormis dans la retranscription des interviews)

**Contributeur·trices** : Nous remercions les coordinatrices de démarches territoriales de santé (DTS) qui ont accompagné et nourri les réflexions de ce Dossier ressources : Marie Nézet (Haut-Doubs – Doubs-Horloger), Mélanie Morra (Agglo Pays d'Issoire), Marina Lazzari (Lille), Mathilde Couderc (Pôle d'Équilibre Territorial Rural (PETR) Grand Quercy de novembre 2018 à mars 2024)), Katia Le Bougeant ( Cergy), Carole Bégou (Échirolles), Mara Brun (Haut-Allier), Jessica Lacordelle (Créteil), Sonia Charapoff (CCOMS) ainsi que les neuf coordinatrices ayant participé aux entretiens collectifs (voir annexe 2 et 3).

**Comité de suivi et d'élaboration** : Sandra Essid (FTS), Didier Febvrel (FTS), Bénédicte Madelin (FTS), Lilia Santana (FTS), Arnaud Wiehn (FTS).

Romain Talvas (FTS) a initié la coordination de ce Dossier ressources en juillet 2023.

Catherine Bernard (FTS) a mené les entretiens individuels avec les coordinatrices de DTS (voir annexes 2) avec le soutien de Lilia Santana.

Margaux Fête (FTS) a ensuite repris la coordination du Dossier ressources en février 2024 avec l'appui du comité de suivi.

**Rédaction** : Margaux Fête

# présentation de Fabrique Territoires Santé

Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, Contrats locaux de santé, Conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut plateforme de ressources pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nos missions :

- Produire de la connaissance sur des thématiques croisant des déterminants de santé et des politiques publiques (Dossiers ressources) ; et sur le déploiement et l'articulation des démarches territoriales de santé (Études de la Fabrique) ;
- Valoriser les démarches territoriales de santé notamment par la capitalisation (Inspir'actions) ;
- Faire réseau entre les acteur·trices porteurs de ces démarches (coordinations territoriales, élu·es et collectivités, ARS, etc.), par l'organisation de rencontres nationales et régionales ;
- Proposer de l'information qualifiée à ces différents acteur·trices via notre site et notre newsletter ;
- Intervenir ou coordonner des formations sur les démarches territoriales de santé.

Fabrique Territoires Santé est soutenue par l'Agence nationale de la cohésion des territoires et la Direction générale de la santé.

# table des matières

ÉDITO	1
MÉTHODE	5
PARTIE 1. ÉTAT DES LIEUX	6
coordonner en santé publique, de quoi parle-t-on ?	
le contexte de décentralisation et de territorialisation de l'action publique locale	
les enjeux de la coordination des démarches territoriales de santé	
coordonner, de quel·les professionnel·les et de quels postes parle-t-on ?	
PARTIE 2. INSPIR' ACTIONS	20
la coordination du CLS du Haut-Doubs – Doubs-Horloger	
la coordination du CLS du Pôle d'équilibre territorial rural (PETR) Grand Quercy de novembre 2018 à mars 2024	
la coordination du CLS et de l'ASV de la ville de Cergy	
la coordination du CLS Agglo Pays d'Issoire	
la coordination du Conseil local de santé mentale de Lille et du Projet territorial de santé mentale de l'arrondissement de Lille	
PARTIE 3. SYNTHÈSE & PISTES DE RÉFLEXION	51
les missions de la coordination	52
la plus-value de la coordination : le moteur d'une synergie locale	
les enjeux d'une fonction très incarnée	
coordonner, au-delà du/des contrats	
la coordination de plusieurs dispositifs et la dimension « multi-casquettes »	
des impensés ou des oublis tacites dans les missions de coordination	
les postes et positionnements administratifs des coordinations : les implications sur l'action intersectorielle	57
l'hétérogénéité des statuts	
les enjeux de la collaboration interservices	

## **le pilotage des démarches territoriales de santé** **60**

promouvoir un triptyque élu·e/coordination/direction afin d’asseoir une légitimité politique aux coordinations

le Copil à l’épreuve de la gouvernance partagée

l’articulation CLS/CPTS : des dispositifs en complémentarité mais parfois mis en concurrence

## **les enjeux autour de l’échelle territoriale et du portage politique pertinents** **63**

santé et territoire : quelques repères

des échelles territoriales et portages politiques variés

définir l’échelle territoriale : des critères plutôt administratifs, politiques et/ou relatifs aux bassins de santé

la déclinaison de multiples politiques implique un enchevêtrement d’échelles territoriales

le risque d’une animation à géométrie variable ciblée sur la ville centre

l’échelle territoriale des DTS à l’épreuve de la politisation des questions de santé

## **CONCLUSION** **70**

## **RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES** **73**

## **LISTES DES ANNEXES** **77**



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## édito

Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé

La place de la santé dans les politiques locales est loin d'avoir toujours été une évidence. Aujourd'hui, les démarches territoriales constituent la méthode d'intervention privilégiée de nombreuses politiques publiques locales, au plus près des populations, de leurs besoins et des ressources du territoire. Ceci s'inscrit dans la continuité du processus de décentralisation amorcé dans les années 1980 et remis d'actualité avec la loi 3DS – Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification<sup>1</sup>.

Dans le domaine de la santé, ces démarches sont notamment incarnées par les Contrats locaux de santé (CLS), les Ateliers santé ville (ASV), et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM). La crise sanitaire a profondément mis en lumière le besoin d'animation et d'articulation intersectorielle que ces démarches peuvent assumer. L'évolution des enjeux de santé publique concernant le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la dégradation de la santé mentale et de la santé environnementale associées aux inégalités sociales et territoriales de santé renouvellent leurs préoccupations.

Les travaux de Fabrique Territoires Santé<sup>2</sup> ont conduit à interroger les particularités de ces démarches et identifier certaines caractéristiques d'une démarche territoriale de santé, à la fois politique, de projet, territorialisée, ascendante, partenariale, transversale et coordonnée. Dans l'idéal, ces démarches territoriales de santé affichent un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, portées par la volonté des élus locaux et des institutions. Elles respectent une méthodologie de projet. Elles s'inscrivent dans un environnement donné (un territoire vécu et cohérent) et s'adaptent aux ressources et aux contraintes du territoire. Elles doivent être ascendantes et elles s'appuient sur des temps de travail collectif afin de coconstruire les priorités. Enfin, elles sont partenariales et transversales, en lien avec les acteurs et actrices publics, associatifs, professionnels agissant sur une diversité de déterminants de la santé.

---

<sup>1</sup> [Loi 3DS – Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification, adoptée les 8 et 9 février 2022 par l'Assemblée nationale et le Sénat.](#)

<sup>2</sup> [Fabrique Territoires Santé – CGET. Les dynamiques territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur : configuration et déploiement. 2017.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Pour les conduire, les démarches territoriales de santé nécessitent d'être coordonnées, c'est même une de leur raison d'être ! Ceci a d'ailleurs été expérimenté par la politique de la ville, notamment dans le champ de la promotion de la santé, avec les Ateliers santé ville (ASV) qui ont ouvert la voie aux démarches territoriales partenariales.

Les attendus et donc le devenir des Ateliers santé ville et des Contrats locaux de santé sont aussi source d'inquiétudes pour de nombreux et nombreuses professionnel·les de la promotion de la santé. C'est dans la perspective de mieux comprendre les enjeux et de saisir les caractéristiques d'une coordination (plus-value, missions, pilotage, gouvernance) que Fabrique Territoires Santé s'est saisie de cette thématique, tout d'abord avec la Rencontre nationale qui s'est tenue le 20 novembre 2023 sur le thème « Contrats locaux de santé, Conseils locaux de santé mentale et autres Ateliers santé ville : rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles », puis via une enquête nationale sur le déploiement des démarches territoriales de santé.

Aujourd'hui, alors que ces coordinations sont devenues la règle, il existe très peu de données sur leurs modalités de déploiement et sur le(s) contexte(s) dans le(s)quel(s) elles s'inscrivent (gouvernance, territoire, partenariats, articulation avec d'autres dispositifs...).

Parmi les questionnements qui ont conduit à ce dossier : quelles sont les échelles de déploiement des DTS et qu'en est-il de la cohérence des territoires retenus ? Comment est caractérisé le pilotage de ces DTS et quels en sont les enjeux ? Qu'en est-il de l'effectivité du travail en transversalité nécessaire pour insuffler de la santé dans toutes les politiques ? Comment les coordinateur·trices décrivent-ils et elles leurs missions ? Quelles en sont les dimensions et les caractéristiques ?

Ce Dossier ressources s'appuie principalement sur l'analyse d'entretiens individuels et collectifs menés auprès de coordinatrices. Par ailleurs, les différents travaux de Fabrique Territoires Santé (Rencontre nationale, enquête quantitative, témoignages et *focus groups*) ont produit des réflexions permettant de nourrir les travaux qui vont suivre. Fasse que ce Dossier ressources apporte un élément supplémentaire au plaidoyer pour la reconnaissance du rôle des coordinations qui assurent des fonctions fondamentales à la bonne marche des démarches territoriales de santé.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## liste des abréviations

<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASV</b>	Atelier santé ville
<b>CA</b>	Communauté d'agglomération
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CC</b>	Communauté de communes
<b>CCAS/CIAS</b>	Centre communal ou intercommunal d'action sociale
<b>CCOMS</b>	Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en santé mentale
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CLSM</b>	Conseil local de santé mentale
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CODES</b>	Comité départemental d'éducation pour la santé
<b>Copil</b>	Comité de pilotage
<b>Cotech</b>	Comité technique
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPOM</b>	Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CRTE</b>	Contrat de relance et de transition écologique
<b>CRCDC</b>	Centre régional de coordination de dépistage des cancers
<b>CTG</b>	Convention territoriale globale
<b>CTS</b>	Conseil territorial de santé
<b>CU</b>	Communauté urbaine
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>DDARS</b>	Délégation départementale de l'Agence régionale de santé
<b>DTS</b>	Démarche territoriale de santé
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DGS</b>	Direction générale des services
<b>EPCI</b>	Établissement public de coopération intercommunale





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

<b>EPSM</b>	Établissement public de santé mentale
<b>ESP</b>	Équipe de soins primaires
<b>ESS</b>	Équipe de soins spécialisés
<b>FIOP</b>	Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>IPA</b>	Infirmier·es en pratique avancée
<b>ISTS</b>	Inégalités sociales et territoriales de santé
<b>MAIA</b>	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
<b>MSP</b>	Maison de santé pluriprofessionnelle
<b>PAT</b>	Projet alimentaire territorial
<b>PCAET</b>	Plan climat air énergie territorial
<b>PETR</b>	Pôle d'équilibre territorial et rural
<b>PLU</b>	Plan local de l'urbanisme
<b>PNNS</b>	Plan national nutrition santé
<b>PNR</b>	Parc naturel régional
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>PTSM</b>	Projet territorial de santé mentale
<b>QPV</b>	Quartier prioritaire de la politique de la ville
<b>SISM</b>	Semaine d'information sur la santé mentale
<b>SROS</b>	Schéma régional de l'organisation des soins
<b>UNAFAM</b>	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## méthode

Dans ce Dossier ressources, Fabrique Territoires Santé a souhaité interroger la notion de coordination des démarches territoriales de santé : les contextes dans lesquels elles s'implantent, leurs périmètres géographiques, ainsi que leurs missions et pilotages.

Dans cette perspective, dès juillet 2023, un appel à contributions a été lancé auprès de notre réseau de coordinateur·trices. Des entretiens individuels et collectifs<sup>3</sup> auprès des coordinatrices volontaires ont ensuite été menés<sup>4</sup>.

Ce Dossier ressources s'appuie également sur les actes de la Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé<sup>5</sup> sur cette même thématique ainsi que sur le rapport de l'enquête sur le déploiement des ASV et CLS<sup>6</sup> menée de manière parallèle.

La formulation des axes de réflexion s'est aussi appuyée sur des entretiens individuels et collectifs auprès de coordinatrices CLS, ASV et de CLSM. Le protocole d'enquête est détaillé dans *l'Annexe n°1*. Afin de nourrir ces réflexions, nous nous sommes également appuyé·es sur une recherche et analyse documentaire.

Ce Dossier ressources est structuré en trois parties : un état des lieux, une synthèse des cinq entretiens des coordinatrices sous forme d'Inspir'actions, ainsi qu'une analyse transversale de ces entretiens individuels et collectifs au prisme des questionnements soulevés.

Il est le fruit d'une réflexion collective car il s'appuie sur un comité interne qui a suivi les différentes étapes de réalisation de ce Dossier ressources, de la définition des hypothèses à la rédaction des différentes parties : Sandra Essid, Didier Febvrel, Bénédicte Madelin, Lilia Santana, Arnaud Wiehn<sup>7</sup>.

---

3 Les entretiens collectifs ont été anonymisés et les entretiens individuels ont été synthétisés puis relus et validés par les coordinatrices. Ils figurent dans la partie « Inspir'actions ».

4 Voir les Annexes n° 2 et n° 3 pour consulter les profils anonymisés des coordinatrices interrogées.

5 [Fabrique Territoires Santé. Rencontre nationale « Contrats locaux de santé, Conseils locaux en santé mentale et autres Ateliers santé ville : rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles ».](#)

6 [Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé \(CLS – Politique de la santé\) et les Ateliers santé ville \(ASV – Politique de la Ville\). 2023.](#)

7 Ordre alphabétique



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

**Les démarches territoriales de santé se distinguent des structures d'exercice coordonné.** Nous pensons aux Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), aux centres de santé (CdS), aux équipes de soins primaires (ESP) et aux équipes de soins spécialisés (ESS). Elle se distinguent aussi des structures de coordination au niveau d'un territoire incarnées par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Si les formes de coordination qu'elles représentent ont notamment permis de dresser l'état des lieux des coordinations, celles-ci ne seront pas traitées dans ce Dossier ressources.

## partie 1 : état des lieux

Qu'il s'agisse des échelles de déploiement des démarches territoriales de santé (DTS) et de la cohérence des territoires retenus, des modes de gouvernance et d'animation, de l'effectivité du travail en transversalité (encore essentiellement incarné par les coordinateur·trices) ou bien de l'acculturation aux enjeux de santé publique et aux déterminants de la santé, de nombreux questionnements se posent lorsque l'on interroge la notion de coordination.

Nous reviendrons d'abord sur l'histoire de la notion de coordination en santé publique, que ce soit dans la politique sociale ou bien dans le contexte des réseaux de santé. Quels objectifs sont identifiés ? Ont-ils évolué ? Quelles typologies et formes prennent les coordinations en santé publique ?

Nous nous intéresserons ensuite aux particularités des coordinations des démarches territoriales de santé dans un contexte de décentralisation et de contractualisation de l'action publique locale avant d'aborder les enjeux des coordinations au prisme des échanges de la Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé<sup>8</sup> de novembre 2023 sur la même thématique.

Enfin, grâce à l'appui du rapport de l'enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé, nous tenterons de brosser un portrait des coordinateur·trices de ces démarches (ce sont principalement des femmes dans notre échantillon) et des services auxquels ils et elles sont rattachés.

---

<sup>8</sup> [Fabrique Territoires Santé, Rencontre nationale « Contrats locaux de santé, Conseils locaux en santé mentale et autres Ateliers santé ville : rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles ».](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## coordonner en santé publique, de quoi parle-t-on ?

La coordination est devenue depuis quelques années l'objet de discours et pratiques dans le système de santé. La prise en charge globale de la personne et la construction de parcours intégrés<sup>9</sup>, ainsi que la prévention et promotion de la santé - constituant aujourd'hui des enjeux fondamentaux pour les politiques de santé - imposent une action coordonnée entre acteur·trices, professionnel·les du social, médico-social mais aussi d'autres secteurs ayant un impact sur la santé. D'où vient cette notion de coordination en santé publique et que recouvre-t-elle ?

### une histoire inscrite dans la politique sociale

La notion de coordination prend appui sur la naissance des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse des années 1920<sup>10</sup>. Afin de déployer les différentes actions (éducation antituberculeuse, accompagnement des malades et de leurs familles, consultations médicales...), se dessine petit à petit le métier d'infirmière « coordinatrice » même si le terme n'est pas employé comme tel à ce moment-là. Avec la mise en place de comités départementaux de coordination<sup>11</sup>, la coordination se lie avec la notion de territoire et vise l'articulation des champs sanitaire et social, ainsi que la concertation entre services publics et privés.

### l'émergence de la notion de coordination avec les réseaux de santé

Dans les années 1980 et sous l'angle purement médical, la coordination est d'abord apparue à travers le terme de « réseaux de soins » dans le domaine de la santé mentale - particulièrement concernée par la complexité des

---

<sup>9</sup> Berchi C, Cueille S. Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations. *Politiques & management public*. 2022 ; 3 : p. 287-295.

<sup>10</sup> Garcette C. La coordination en travail social : principe et mode d'organisation. *Vie Soc*. 2008 ; 3(3) : p. 45-54.

<sup>11</sup> C'est dans une circulaire du 15 avril 1923, que Paul Strauss, alors ministre de la Santé, s'adressera aux préfets pour noter le besoin de coordination entre les institutions et les œuvres d'hygiène sociale et proposera par la suite un projet de loi encourageant la création de comités départementaux de coordination.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

prises en charge<sup>12</sup>, puis dans le domaine de la prise en charge des patient·es atteint·es du sida avec la circulaire DGS/DH du 4 juin 1991<sup>13</sup>.

Dès 1996, le concept de réseau de santé a été inscrit dans le code de la sécurité sociale et dans le code de la santé publique, en impliquant plusieurs acteurs et actrices : les équipes hospitalières, les professionnel·les libéraux·ales (médicaux·ales et paramédicaux·ales), et les acteurs et actrices du champ social<sup>14</sup>. Ce type de coordination s'organise autour d'une pathologie donnée, sous un angle principalement individuel et médical. Il convient toutefois de noter que dans ce cadre, la notion de proximité au sein du réseau ne suppose pas d'englober l'ensemble de la population d'un territoire pour construire une politique locale de santé.

### **l'étude des enjeux et les formes de la coordination en santé**

D'après Régis Aubry, l'enjeu initial des réseaux de santé est bien de simplifier et faciliter l'accès aux soins, d'apporter une plus-value en matière de qualité des soins, d'équité de l'offre et d'égalité d'accès aux soins<sup>15</sup>.

Régis Aubry (2007) distingue ainsi trois types de coordination :

- *La coordination de proximité* : cette coordination auprès de la personne ou de la population a pour but de formaliser un projet de soins personnalisés et de veiller à sa mise en œuvre ;
- *La coordination d'appui* : c'est une fonction nouvelle dans le champ de la santé, qui se situe à l'articulation entre expertise, conseil, soutien, compagnonnage et facilitation ;
- *Le pilotage* : cette fonction de pilotage permet de mettre en œuvre le projet, d'accompagner les actions de formation, de favoriser la communication...

Les démarches territoriales de santé font appel à deux des catégories de coordination invoquées ci-dessus : celles de coordination d'appui et de pilotage.

---

<sup>12</sup> [Bartoli A, Gozlan G. Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation. Manag Avenir. 2014 ; 68\(2\) : p. 112-133.](#)

<sup>13</sup> [Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rev Fr Aff Soc. p. 231-260.](#)

<sup>14</sup> Ibid 10

<sup>15</sup> [Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. Santé Publique. 2007 ; p. 73-77.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Marina Honta, sociologue de l'action publique locale en santé, analyse quant à elle les modalités de fabrication du Programme national de nutrition santé (PNNS) au niveau local<sup>16</sup> et donne à voir dans ses travaux différentes formes de coordination pouvant ainsi s'exercer<sup>17</sup> :

- *Une forme centralisée*, quand un secteur d'intervention prédomine et oriente fortement le pilotage et le contenu du PNNS ;
- *Une forme diffuse*, quand il y a des arrangements faiblement formalisés entre acteur·trices et services avec une stabilité d'actions peu assurée ;
- *Une forme éclatée* avec des relations conflictuelles ;
- *Et enfin une forme intégrée*, la plus rare, caractérisée par une coordination intersectorielle, une action publique transversale et la constitution d'un comité local associant plusieurs services (jeunesse, éducation, sport...).

Cette typologie peut être utile afin d'éclairer des formes de coordination des démarches territoriales de santé s'exerçant au niveau local à l'aune de ces concepts.

### la définition de la coordination, par Malone et Crowston

Parmi les nombreuses définitions de la coordination identifiées, il nous semble que c'est celle de Malone et Crowston (1994) qui s'applique le mieux aux démarches territoriales de santé : « *le fait de piloter des interdépendances entre des activités réalisées en vue d'atteindre un objectif* ». <sup>18</sup> En effet, cette définition large présente l'avantage de s'appliquer tant à la coordination intra-organisationnelle qu'inter organisationnelle<sup>19</sup>. En outre, elle rejoint le troisième type de coordination identifiée par Régis Aubry, caractérisée par une fonction de pilotage permettant la mise en œuvre du projet, l'accompagnement des actions et d'amélioration de la communication.

Aujourd'hui, nous entendons beaucoup parler de *coordination(s)* en santé publique du fait des formes organisationnelles récemment développées en

---

<sup>16</sup> Cette étude s'est déroulée en Nouvelle-Aquitaine.

<sup>17</sup> [Honta M. Haschar-Noé N. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. Sci Soc Santé. 2011; 29\(4\) : p. 33-62.](#)

<sup>18</sup> Malone T. W. and Crowston K., 1994. The Interdisciplinary Study of Coordination. ACM Computing Surveys 26 (1), p. 87-119.

<sup>19</sup> [Honta M. Haschar-Noé N. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. Sci Soc Santé. 2011; 29\(4\) : p. 33-62.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

matière d'offre de soins. Il s'agit notamment des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), des Plateformes territoriales d'appui (PTA), des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), etc...<sup>20</sup>

Si les travaux disponibles sur ces nouvelles formes de coordination en santé publique s'intéressent particulièrement à l'offre de soins, il est important de souligner que la coordination en santé publique est aussi intimement liée à l'émergence de la santé publique en France, à la croisée des politiques sociales, de prévention et de soins.

## le contexte de décentralisation et de territorialisation de l'action publique locale

Ces dernières années ont vu une nouvelle donne institutionnelle en France : la territorialisation des politiques de santé impliquant des évolutions destinées à favoriser l'adoption de politiques partenariales, intersectorielles et modulées en fonction de l'état de santé des populations. Ces évolutions nécessitent une coordination permettant de faire travailler ensemble des acteurs et actrices issu-es de domaines hétérogènes. Outre la dimension intersectorielle, l'efficacité de ces politiques tient aussi au fait qu'elles soient conçues localement afin de prendre en compte les besoins, les ressources et les contextes des territoires.

Ceci s'est d'autant plus ancré à partir de 1982 et des nouveaux récits autour de la décentralisation. Le territoire devient le lieu de définition des « problèmes publics » et des modalités de leur traitement. Le territoire est alors considéré comme un espace pertinent de conduite de l'action collective et du partenariat par l'association d'acteurs et d'actrices de champs différents, avec des intérêts institutionnels et sectoriels spécifiques<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> [Aubert I, Kletz F, Sardas JC. La coordination : d'une fonction à un métier ? Le cas des coordonnateurs dédiés en santé. Politiques Manag Public. 2022 ; 3\(3\) : p. 317-339.](#)

<sup>21</sup> [Honta M. L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité. Epidemiology and Public Health = Rev Epidemiol Sante Publique. 2019 ; 67\(suppl. 1\).](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## les coordinations, une des conséquences de la contractualisation de l'action publique initiée par la politique de la ville

Même si le recours à la contractualisation par l'État avec les collectivités territoriales a commencé à se mettre en place de manière expérimentale dès les années 1970<sup>22</sup>, les années 1980 et la décentralisation signent une étape pendant laquelle les politiques sociales, urbaines et de développement local sont plus particulièrement concernées par la contractualisation de l'action publique<sup>23</sup>. Comme l'indique Jean-Pierre Gaudin, « *la contractualisation de l'action publique s'est déployée en France, dans une relation étroite mais non exclusive avec la décentralisation* »<sup>24</sup>. La multiplication des politiques de santé à toutes les échelles de l'action publique s'inscrit ainsi dans la tendance au renforcement du poids des acteur·trices locaux dans leur définition et leur mise en œuvre. Aussi, le développement de sujets transversaux, tels que l'environnement et la politique de la ville, peut renforcer la multiplication des coopérations sous la forme contractuelle<sup>25</sup>.

Le sociologue Renaud Epstein souligne que la politique de la ville a été l'une des premières politiques contractualisées entre l'État et des collectivités territoriales – politique marginale mais paradoxalement centrale dans les dynamiques de recomposition de l'action publique dans les années 1980 et 1990<sup>26</sup>.

## les Ateliers santé ville, une expérimentation pionnière

Les Ateliers santé ville<sup>27</sup> sont mis en place au titre du « *cinquième volet* » de cette politique publique représentant « *le lieu de coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic à traiter, de la mise en œuvre d'un*

---

22 Avec par exemple les contrats de ville moyenne qui sont les Contrats entre l'État et les communes avant la décentralisation

23 Gardon S, Bergeron H, Benamouzig D. Chapitre 10 - L'instrumentation de l'action publique. Dans : Bergeron H, Castel P, Nouguez E, dir. *La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*. Versailles : Éditions Quæ ; 2020. p. 225-246.

24 Gaudin JP, Novarina G, éditeurs. *Politiques publiques et négociation : multipolarités, flexibilités, hiérarchies : quelques courants contemporains de recherche*. Paris : CNRS Éditions ; 1997. (Cahiers du PIR Villes).

25 Ibid 23

26 [Fabrique Territoires Santé. La Territorialisation des Politiques de Santé. Journée d'études #1. Actes. Intervention de Renaud Epstein, sociologue, maître de conférences en sciences politiques. Science Po Saint-Germain-en-Laye : 2018.](#)

27 Pour plus d'informations sur les ASV, vous pouvez consulter cette page qui leur est dédiée sur le [site internet de la Fabrique](#).





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

*programme d'actions et de la réalisation d'une évaluation régulière des résultats obtenus<sup>28</sup>». C'est un nouveau modèle d'action publique qui est alors expérimenté via la politique de la ville et qui s'est ensuite diffusé dans l'ensemble des politiques publiques.*

Les acquis de l'expérimentation des ASV, menée dans les années 2000, ont largement inspiré les futurs Contrats locaux de santé et relancé la déclinaison des Conseils locaux de santé mentale<sup>29</sup>. En effet, s'appuyant sur des principes généraux ayant fondé la démarche des ASV, les Contrats locaux de santé<sup>30</sup> apparaissent comme un passage au droit commun de ce type de dispositif contractuel visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

### **l'émergence de nouveaux acteur·trices et de nouveaux enjeux**

Des travaux en sociologie de l'action publique montrent que le phénomène de contractualisation de l'action publique entraîne l'émergence de nouveaux acteur·trices censé·es mettre en place des partenariats et maîtriser aussi bien la technicité des dispositifs que leur multiplicité. S. Gardon, A. Gautier, et G. Le Naour, évoquent l'émergence de « professionnel·les de la relation » et leur capacité à mobiliser des acteur·trices, à traduire des enjeux sociaux en problèmes publics, à monter des projets et des budgets et à donner de la cohérence à des dispositifs éclatés<sup>31</sup>.

Les phénomènes de contractualisation de l'action publique, s'ils sont en partie liés à la décentralisation, ne doivent pas faire oublier les asymétries d'acteur·trices que les contrats peuvent reproduire voire éventuellement figer. En effet, le fait que les différents signataires ne disposent pas des mêmes compétences (financières, techniques, stratégiques) peut

---

28 [Honta M, Haschar-Noé N, Salaméro É. L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. Négociations. 2018 ; 29\(1\) : p. 143-155.](#)

29 Site internet du CCOMS sur les CLSM  
<https://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>

30 Illustrant le phénomène de contractualisation en santé publique, la Loi HPST de 2009 prévoit que « la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

31 Gardon S, Bergeron H, Benamouzig D. Chapitre 10 - L'instrumentation de l'action publique. Dans : Bergeron H, Castel P, Noguez E, dir. La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques. Versailles : Éditions Quæ ; 2020. p. 225-246.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

déséquilibrer leurs relations et leurs poids au sein d'un pilotage censé être équitablement partagé<sup>32</sup>.

## les enjeux de la coordination des démarches territoriales de santé

### les finalités des missions de coordination de démarches territoriales de santé

Dans ce contexte, quelles sont les finalités de la coordination des démarches territoriales de santé, et plus particulièrement des Contrats locaux de santé ? Ont-elles pour finalité de coordonner et d'animer un contrat impliquant diverses parties prenantes ou bien d'agir sur les politiques publiques locales ayant un impact sur la santé ?

La multitude des terminologies « *coordinateur·trice de CLS* », « *animateur·trice santé* », « *chargé·e de mission santé* » que nous aborderons dans la partie 3 « Synthèses et pistes de réflexions » témoigne de la difficulté à nommer les fonctions qui nous intéressent et illustre sans doute aussi le flou qui existe entre ces deux objectifs.

Nous pouvons lier ces questionnements avec ceux de Gilles Jeannot<sup>33</sup> qui s'interroge sur l'apparition de terminologies telles que « chef·fe de projet/de mission/de développement ». Il se tourne plus spécifiquement sur les fonctions des cadres de la gestion publique territoriale (notamment chef·fe de projet de la politique de la ville et agent·e de développement rural) et part d'un constat, celui de la difficulté à nommer ce que font concrètement les agent·es employé·es sur des postes de « chef·fe de projet » ou encore de « médiateur·trice ».

Le flou des appellations des fonctions des agent·es publics tiendrait au fait que les prescriptions qui leur sont faites sont de plus en plus vagues. Le métier n'est plus défini par une tâche précise à accomplir mais par l'énoncé d'un problème public général à résoudre (« résorber l'insécurité » ou « lutter contre le chômage »). Dans le champ de la santé publique, le problème général à résoudre serait l'amélioration de la santé globale des habitant·es et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, et les

---

<sup>32</sup> Ibid 31

<sup>33</sup> Jeannot G. Les métiers flous. Travail et action publique. Toulouse : Octarès Éditions ; 2005. 166 p.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

coordinateur·trices s'emploieraient localement à tenter de répondre à cette problématique.

### **la raison d'être des coordinations : une nécessaire transversalité et coopération pour agir sur un ensemble de déterminants complexes, inter-reliés et multi-échelles**

Il est désormais admis que la santé d'une population est tributaire d'un ensemble de déterminants complexes, inter-reliés et dépendant de leviers d'actions relevant de secteurs différents de l'action publique. Cette vision large de la santé requiert de décroiser et d'articuler différents secteurs de l'action publique, à différentes échelles, et de négocier les moyens ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation<sup>34</sup>.

C'est bien ce que confirme l'enquête sur le déploiement des ASV et CLS que Fabrique Territoires Santé<sup>35</sup> a menée en 2023 : le partenariat est la règle et les démarches ou dynamiques de santé incluent toujours une variété de partenaires. Ces derniers relèvent principalement des champs du soin et du social, suivis de l'éducation et du sport, de la culture et du logement. L'enquête montre que la place des acteurs et actrices du soin est particulièrement forte dans le cas des Contrats locaux de santé (CLS) (89 %). Parmi eux, nous retrouverons une grande variété de professionnel·les libéraux et de structures telles que les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les établissements de santé (cliniques, hôpitaux) ou les établissements médico-sociaux. Le nombre de partenaires varie considérablement (jusqu'à 45 types de partenaires différents identifiés, des institutions de santé aux associations locales, en passant par les bailleurs sociaux, les entreprises et les services de sécurité).

Enfin, la dynamique partenariale est en perpétuel mouvement : dans 88 % des cas pour les Contrats locaux de santé et 83 % des cas pour les Ateliers santé ville, les démarches territoriales de santé ont permis de développer de nouveaux partenariats. Parmi ces nouveaux interlocuteur·trices, on note les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les universités

---

34 Gaudin JP, Novarina G, éditeurs. Politiques publiques et négociation : multipolarités, flexibilités, hiérarchies : quelques courants contemporains de recherche. Paris : CNRS Éditions ; 1997. (Cahiers du PIR Villes).

35 [Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats Locaux de Santé \(CLS – Politique de la santé\) et les Ateliers santé ville \(ASV – Politique de la Ville\). 2023.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

ou Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), des acteur·trices du renouvellement urbain...

Ainsi, si la transversalité et la coopération sont la raison d'être des coordinations, Michel Laforcade, ancien directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine rappelait<sup>36</sup>, lors de la Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé en 2023<sup>37</sup>, que celle-ci n'est possible que sous certaines conditions :

- *S'articuler autour d'une démarche projet ;*
- *Rendre la coordination indispensable ;*
- *Favoriser la transversalité au niveau local par une impulsion nationale.*

« À partir du moment où l'on est capable de développer **une démarche de projet**, on est aussi capable de galvaniser les troupes. Il est nécessaire aussi de **rendre la coordination indispensable**. Pour cela, il faut que les financeurs aient le courage d'imposer la coordination et de dire qu'ils ne financeront plus ces dispositifs si la coordination n'est pas au rendez-vous. **L'impulsion nationale est enfin nécessaire** pour valoriser la transversalité au niveau local ».

[Michel Laforcade, Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé, 2023]

### les contraintes des démarches territoriales de santé

L'enjeu de transversalité et de coopération est néanmoins confronté à des fortes contraintes comme l'a souligné Michel Laforcade :

- *La différence de rationalités des pouvoirs publics, des professionnel·les et de l'administration ;*
- *La place surévaluée du sanitaire et du curatif ;*
- *La crise d'autorité de l'État.*

---

<sup>36</sup> Michel Laforcade est ancien directeur départemental de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDDASS) des Landes, de Dordogne, et ancien directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

<sup>37</sup> [Fabrique Territoires Santé, Rencontre nationale « Contrats locaux de santé, Conseils locaux en santé mentale et autres Ateliers santé ville : Rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles », 2023.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

« Tout d'abord, **les acteurs et actrices qui constituent ces coordinations ont des rationalités différentes** : d'un côté, nous avons la rationalité des pouvoirs publics : les élus, les services de l'État, l'ARS... La rationalité des décideurs, ce sera globalement de privilégier ce qui se voit. D'un autre côté, il y a celle des professionnels. Les professionnels agissent en fonction de moteurs variables. Ces moteurs sont souvent soit de gagner un peu plus d'argent, soit d'avoir un peu plus de pouvoir. **Il faudra simplement que ces rationalités se retrouvent dans une rationalité plus globale de santé publique, d'action collective et partenariale.** Pour l'administration générale, la rationalité est de deux ordres : **le respect de la loi et le respect du budget.** »

Dans un second temps, il y a **le rôle surévalué du sanitaire et du curatif par rapport à la prévention et aux déterminants sociaux et environnementaux.** C'est le cœur de l'équation de notre système, ce qui explique que nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins au monde et que nous avons un piètre système de santé.

Enfin, il y a **une crise de l'État** et, ce dont il est encore moins habituel de parler, une terrible **crise de l'autorité**. Nous sommes dans une situation de délitement de l'autorité. Je dis bien "de l'autorité", pas de l'autoritarisme. »

[Michel Laforcade, Rencontre nationale Fabrique Territoires Santé, 2023]

Marina Honta<sup>38</sup> va plus loin et s'inquiète des réflexes sectoriels qu'elle identifie comme de véritables obstacles à la mise en place d'actions transversales visant la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Le portage politique « de la santé dans toutes les politiques » par les élu-es serait alors la principale clef pour lutter contre ces obstacles.

« **L'action dans la transversalité pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé à travers les leviers que sont les compétences obligatoires des collectivités territoriales et des intercommunalités, certes, progresse, mais il y a encore des réflexes très défensifs [...]. Il peut toutefois y avoir des progrès, et je l'ai perçu ainsi, des territoires dans lesquels les élus ont pris la mesure de ce que peut être "la santé dans toutes les politiques". Les territoires sont à nouveau là avec cette capacité d'impulsion du changement.** »

[Marina Honta, Rencontre nationale Fabrique Territoires Santé, 2023]

<sup>38</sup> [Fabrique Territoires Santé. Rencontre nationale « Contrats locaux de santé. Conseils locaux en santé mentale et autres Ateliers santé ville : Rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles ». Fabrique Territoires Santé : 2023.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## coordonner, de quel·les professionnel·les et de quels postes parle-t-on ?

Nous l'avons vu, la coordination est une fonction essentielle dans le déploiement d'une démarche territoriale de santé. Le ou la coordinateur·trice d'un Contrat local de santé ou d'un Atelier santé ville a en charge l'animation de la démarche projet et la mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité. À ce jour, le métier de coordinateur·trice n'est pas reconnu par un diplôme universitaire, ni encadré par un cahier des charges. Du fait du manque de données permettant de qualifier le métier de coordinateur·trice des démarches territoriales de santé, Fabrique Territoires Santé a lancé une enquête exploratoire en 2023 permettant de caractériser le profil des coordinateur·trices<sup>39</sup>. En voici les principaux enseignements :

### les profils des coordinateur·trices

Les fonctions de coordination sont principalement exercées par des femmes (84 %), hautement diplômé·es (75 % des coordinateur·trices ASV et 83 % des coordinateur·trices de CLS ont le niveau bac +4 et plus) et expérimenté·es (elles sont près de 60 % à mettre au service de l'animation de la démarche territoriale une expérience professionnelle de plusieurs décennies)<sup>40</sup>. Concernant les domaines de formation de l'ensemble des coordinateurs et coordinatrices, les trois disciplines les plus présentes sont les sciences humaines (24 %), la santé publique (25 %) et l'ingénierie de projet (22 %).

### l'ancienneté sur les postes de coordination

Les données collectées au cours de l'enquête indiquent un turnover relativement important. Ceci a également été souligné lors de la Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé<sup>41</sup> par Marina Honta, sociologue et rapporteure d'un atelier, comme un risque d'instabilité des politiques de santé territoriales.

---

<sup>39</sup> Ibid 38

<sup>40</sup> Ibid 38

<sup>41</sup> Ibid 38



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

« C'est aussi ce turnover qui ajoute à l'incertitude, aux formes exprimées **d'instabilité de ces politiques de santé territoriales**. Pris dans ces formes de découragement, d'épuisement, ces acteurs locaux ont le sentiment qu'ils pourraient faire un meilleur travail que celui qu'ils effectuent. » [Marina Honta, Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé, 2023]

Les conditions de travail et le caractère déterminé ou indéterminé des contrats des coordinateur·trices présentent quant à eux un risque de défaut de projection.

« Il a – à ce sujet - émergé de la discussion qu'il n'y avait pas de durée idéale pour un poste de coordination : trois ans, cinq ans ? Faut-il que ce soient des CDI ? On ne pourra pas le déterminer comme cela. **Simplement, on sait qu'il y a un défaut de projection**. Plus longtemps durera le poste, mieux ce sera. Et si l'on a la conviction que la collectivité a un rôle à jouer dans la santé publique, on pourra aussi donner aux coordinateurs les moyens de se former. » [Sandra Essid, Rencontre nationale Fabrique Territoires Santé, 2023]<sup>42</sup>

### questionnements soulevés

Afin d'organiser les questionnements (énoncés ci-dessous) sur les particularités de la coordination des démarches territoriales de santé et de structurer les entretiens individuels et collectifs menés<sup>43</sup>, quatre axes ont été identifiés : 1) les postes et les missions de coordination ; 2) les échelles géographiques ; 3) la gouvernance ; 4) l'articulation entre les dispositifs.

#### Au niveau des postes et des missions de coordination

> Dans quel(s) service(s) et au sein de quelles équipes se situent les coordinateur·trices dans les collectivités et de quelle(s) manière(s) cela impacte-t-il leurs missions ? Quels sont leurs statuts ?

> Les enjeux de transversalité/de « santé dans toutes les politiques » et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) reposent-

---

<sup>42</sup> Ibid 38

<sup>43</sup> Voir les annexe n° 2 et 3.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

ils uniquement sur le·la coordinateur·trice et si oui, qu'est-ce-que cela implique ?

> Quelles sont les missions des coordinateur·trices ? Comment les définissent-ils et elles ? Quels sont les objectifs de leurs missions ?

#### **Au niveau des échelles géographiques**

> La faible prise en considération des échelles au sein des cahiers des charges des démarches floute-t-elle la spécificité des coordinations infra communale, communale et intercommunale.

> La tentation de mailler en totalité les territoires banalise-t-il la déclinaison de dispositifs à des échelles tentaculaires peu propices à la connaissance fine du territoire et à l'opérationnalité ?

#### **Au niveau de la gouvernance**

> La non-clarification et reconnaissance des prérogatives des collectivités en matière d'animation et de gouvernance locale en santé publique est-elle un frein à la légitimation des coordinations qu'elles portent ?

#### **Au niveau de l'articulation entre les dispositifs**

> L'absence de cadrage sur l'articulation entre les dispositifs (CLS, CLSM, ASV, CPTS...) et autres instances territoriales conduit-elle à la mise en concurrence de leurs coordinations/animations ?





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## partie 2 : inspir'actions

Les inspir'actions qui suivent constituent la synthèse des éléments saillants issus des entretiens<sup>44</sup> menés avec cinq coordinatrices<sup>45</sup>.

### la coordination du CLS du Haut-Doubs – Doubs-Horloger

synthèse de l'entretien avec Marie Nézet,  
coordinatrice du CLS – réalisé en novembre 2023

#### un poste multi-financé

*Pouvez-vous nous parler de votre formation et de votre parcours professionnel ?*

Je suis infirmière et j'ai exercé jusqu'après la crise Covid, en 2020. J'ai fait une année à l'école pour être formatrice d'adultes. Je formais plutôt des aides-soignants et des assistants en santé et soins communautaires (ASSC) ainsi que les secouristes en entreprise.

*Quel est votre statut et pouvez-vous préciser comment est financé votre poste ?*

Au départ, j'étais contractuelle, avec un contrat à durée déterminée (CDD) de trois ans, faisant fonction d'attachée territoriale, catégorie A. Puis, j'ai passé le concours de la fonction publique territoriale en 2023 et je suis maintenant à temps plein sur le poste. L'ARS finance mon poste à hauteur de 50 %, la Région à hauteur de 30 % dans le cas d'un contrat « *Territoire en action* ». Les 20 % restants étaient initialement à la charge des Pays Horloger et Pays du Haut-Doubs.

Par la suite, le syndicat mixte du Pays Horloger a été dissout (septembre 2021), et le Parc naturel régional du Doubs-Horloger, mis en place le 4

---

<sup>44</sup> Les synthèses d'entretiens publiés ont fait l'objet de relectures et de certains amendements par les coordinatrices concernées. Elles ont donné leur consentement pour qu'elles soient publiées.

<sup>45</sup> Voir l'annexe n°2 - profil des professionnelles interrogées.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

septembre 2021, a pris la suite. Une chargée de mission a été recrutée pour le territoire du Pays<sup>46</sup> du Haut-Doubs en novembre 2023.

Je suis donc maintenant salariée et rattachée administrativement au Parc naturel régional du Doubs-Horloger (PNR DH).

### **un rattachement administratif au Parc naturel régional du Doubs-Horloger**

*À quel service êtes-vous rattachée ?*

Mon N+1 est le directeur du Parc naturel régional du Doubs-Horloger. Nous sommes quinze dans l'équipe. Nous traitons tous et toutes une thématique différente.

*Quelle est l'organisation du travail au sein de l'équipe et quels sont vos liens avec le directeur du PNR DH et au sein de l'équipe ?*

Ma feuille de route est définie dans le cadre du Contrat local de santé mais j'échange aussi beaucoup avec le directeur du PNR (nous échangeons quand j'ai besoin de quelque chose, c'est assez informel). Comme c'est une petite structure, on se voit tous les jours et le directeur m'accompagne si je rencontre des difficultés. Le fonctionnement de l'équipe privilégie la transversalité, très adaptée à la santé qui est un champ très transversal. Donc, je peux aller « faire de la santé » dans quasiment toutes les missions de mes collègues. J'arrive à distiller de la santé dans presque toutes les politiques publiques. Mes collègues me questionnent si besoin et nous envisageons ensemble les possibilités d'actions communes.

### **un territoire particulier : transfrontalier et à cheval sur deux pays**

*Quelle est la spécificité du territoire de déploiement du CLS ?*

Le Parc naturel régional<sup>47</sup> du Doubs-Horloger auquel je suis rattachée administrativement s'étend sur 94 communes.

---

<sup>46</sup> Le pays est une catégorie administrative française d'aménagement à caractère géographique désignant un territoire présentant une « cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale, à l'échelle d'un bassin de vie ou d'emploi » afin d'exprimer « la communauté d'intérêts économiques, culturels et sociaux de ses membres » et de permettre l'étude et la réalisation de projets de développement.

<sup>47</sup> Créés à l'initiative des Régions, les Parcs naturels régionaux (PNR) sont un cadre privilégié pour les actions des collectivités publiques en faveur de la préservation des paysages et du patrimoine naturel et culturel.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Ce territoire a trois grandes particularités :

> Au démarrage, le Contrat local de santé (CLS) s'étendait sur deux pays : le Pays du Haut-Doubs et le Pays Horloger. Le Pays Horloger a depuis été intégré dans le Parc naturel régional (PNR), donc il n'existe plus qu'une seule entité juridique aujourd'hui. Seules deux communes du Pays du Haut-Doubs font partie du territoire du Parc.

> La deuxième particularité répond à la première ! Pourquoi cette volonté politique de positionner le CLS sur les deux pays ? En fait, le territoire s'articule autour de la place du groupement hospitalier. En effet, il y a d'une part un hôpital à Pontarlier, au sud du territoire administratif du CLS qui fait partie du Pays du Haut-Doubs ; d'autre part, il y a l'hôpital de Morteau qui fait partie du même groupement hospitalier que l'hôpital de Pontarlier mais qui se situe dans le Pays Horloger. En conséquence, et pour assurer la continuité du groupement hospitalier, l'ARS a défini le territoire du CLS par rapport au groupe hospitalier présent qui s'étendait alors sur les deux pays.

> Enfin, le PNR couvre trois CLS. Le CLS que je coordonne est plus petit que le territoire administratif auquel je suis rattachée.

*Cela vous semble cohérent, en termes de partenariats, en termes d'actions ? Quels sont les enjeux ?*

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 sur le Pays du Haut-Doubs. Pour autant, il y a une volonté politique de maintenir un seul CLS sur les deux pays, notamment autour du travail mené en commun par deux pays concernant le groupement hospitalier. Toutefois, ces définitions « politiques » (par l'ARS ou par les élus) se font parfois sans tenir compte, voire contre les réalités de terrain (flux de patients, zone de patientèle pour les médecins...). En outre, pour qu'un CLS fonctionne, il faut être connu de tous les professionnels de santé d'un territoire et cela est très difficile sur deux pays distincts et différents et sur un territoire si vaste.

### **la plus-value d'une coordination qui s'inscrit dans le temps long**

Le quatrième CLS vient d'être signé. Le tout premier est passé quasi inaperçu. Il n'y avait pas de synergie. Le deuxième se déployait autour d'actions ponctuelles, plutôt mises en place par les délégués territoriaux de l'ARS avec un appui du directeur du pays sur des aspects logistiques. Ce qui



## DOSSIER RESSOURCES



### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

était mis en place, c'étaient les actions définies dans le cadre de Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'ARS. Et derrière, il n'y avait pas d'autres actions. Les besoins du territoire étaient alors moins entendus, la démarche était très descendante.

Avec le troisième CLS, a - enfin - été mise en place la coordination. Depuis, le système descendant n'existe plus dans la mesure où je peux faire le lien entre les deux, entre les besoins du territoire et l'ARS. Des actions ne peuvent plus être imposées « d'en haut » car les acteurs et actrices du territoire avec qui je suis en lien peuvent dire « il n'y a pas lieu de faire cela ».

### **des missions qui « débordent » parfois du CLS**

#### *Comment décririez-vous vos missions de manière générale ?*

J'ai bien sûr mes missions de coordination du contrat, telles que définies dans le CLS, mais il m'arrive aussi d'intervenir sur les communes d'autres CLS du PNR car j'ai une expertise d'intervention sur l'habitat inclusif, par exemple.

Je déborde aussi parfois sur des missions qui ne sont pas valorisées dans le CLS, car elles dépendent du contrat « *Territoire en action* » ou bien du volet Santé-environnement du Parc naturel régional du Doubs-Horloger. 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 CLS. Il est alors possible qu'on mette une étiquette « Parc naturel régional » ou « Contrat Territoire en action ». Je peux émarger sur trois dispositifs différents.

Selon moi, le CLS a un rôle à jouer dans l'interconnaissance des acteurs et partenaires. Par exemple, depuis le mois de juin, j'ai initié sur le Pays Horloger des réunions ouvertes à toutes les personnes qui font de la prévention et de la promotion de la santé. L'idée, c'est qu'elles apprennent à se connaître, c'est de pouvoir faire du lien en dehors des réunions et de décider de thématiques sur lesquelles on peut travailler de façon commune. Il y a aussi des missions de coordination et de l'opérationnel. C'est vraiment réussir à trouver le juste milieu entre « OK, je développe le projet, j'y vais et voilà » et « là, je m'arrête, ça ne fait plus partie de mes compétences et je repasse à quelqu'un ». Nous pouvons être en soutien, mais nous ne pouvons pas être partout, et ce n'est pas souhaitable.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## les implications d'une gouvernance partagée entre deux pays

*Qu'implique, en termes de gouvernance politique, d'être rattachée administrativement à un PNR dont l'action du CLS se déploie sur deux pays ?*

Au niveau de la gouvernance des pays, il y a les bureaux qui correspondent au comité restreint et les comités syndicaux qui correspondent à l'exécutif. Ce sont eux qui délibèrent pour toutes les subventions, pour tous les projets et réponses à des appels à projets. Y sont représentés des élus communaux, et intercommunaux, des représentants départementaux et régionaux siégeant au PNR.

Pour le PNR, il y a 128 membres au niveau du comité syndical. Le directeur et le président du Pays Horloger, maintenant le Parc naturel régional, partagent la volonté que je sois présente à tous les comités syndicaux pour faire un point sur les questions de santé (cela a notamment été le cas pendant la crise sanitaire). Ceci m'a permis de connaître l'ensemble des élus du territoire et qu'ils comprennent aussi quelles étaient mes missions. À l'inverse, sur le Pays du Haut-Doubs, je n'ai rencontré que les élus avec lesquels j'ai dû travailler sur le montage de la Maison de santé pluriprofessionnelle ou le montage de cabinets éphémères. Et donc, je ne connais pas les autres élus dans la mesure où je ne suis pas intégrée aux instances. Il y a donc un enjeu d'intégration dans les instances politiques des pays que couvrent le CLS. Les comités syndicaux semblent une bonne porte d'entrée.

*Quel est le rôle du Comité de pilotage (Copil) et quel est sa fréquence ?*

Il y a à peu près normalement trois Copils par an avec les signataires qui sont présents. En amont se tiennent des Cotechs. Nous mettons en place une assemblée plénière une fois par an. Les derniers Copils ont surtout servi à valider la démarche d'évaluation.

## articulation CLS /CPTS : la légitimité du CLS contestée par les élu-es après la mise en place de la CPTS

À partir du moment où il y a eu la CPTS, les élus se sont dit : « *mais à quoi sert le CLS maintenant ?* ». À la signature de la CPTS, on a dû expliquer en disant : « *la CPTS est vraiment là pour les professionnels de santé d'un territoire, le CLS, c'est le territoire, c'est-à-dire les élus, les associations, les services périscolaires, tous ceux et celles qui font la prévention/promotion de la santé* ». En somme,



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

le CLS englobe d'avantage d'acteurs. Nous pouvons dire que la CPTS est à l'intérieur du CLS, finalement.

#### *Comment se formalisent les liens avec les CPTS ?*

En l'occurrence, la CPTS est signataire du CLS. J'ai demandé à faire partie du groupe de travail sur l'attractivité du territoire, parce qu'on a des actions communes à mener. Sur l'accès aux soins, l'accès à un médecin traitant, je considère que ce n'est pas de mon ressort car je ne suis plus professionnelle de santé. Mais nous avons beaucoup d'actions ensemble. Par exemple, sur la semaine nationale de la dénutrition. Toutefois, même si nous collaborons sur des actions, il ne s'agit pas de gouvernance partagée. Le CLS n'est pas « adhérent » à la CPTS.

#### **les réunions entre coordinatrices CLS (animation départementale et régionale)**

##### *Avez- vous des échanges avec les autres coordinatrices ?*

L'animation départementale est assurée par l'Agence régionale de santé. Nous avons des séminaires une fois par mois entre chargées de mission ARS et coordinatrices CLS, avec à chaque fois une thématique différente. Toutefois, les réunions sont organisées et animées en autonomie par les coordinatrices à l'échelle régionale.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## la coordination du CLS du Pôle d'équilibre territorial rural (PETR) Grand Quercy de novembre 2018 à mars 2024

synthèse de l'entretien avec Mathilde Couderc,  
ancienne coordinatrice du CLS du Pôle d'équilibre  
territorial rural (PETR) Grand Quercy – réalisé en  
novembre 2023

### le parcours, la formation et le contrat proposé

*Quel est votre parcours et votre formation ?*

J'ai travaillé pendant plus de 15 ans dans la lutte contre le VIH sida en tant qu'anthropologue de la santé. J'ai réalisé ma thèse et mon postdoctorat sur la question des essais cliniques et thérapeutiques sur le sida dans les pays du Sud. J'ai beaucoup travaillé sur toutes les questions d'éthique, de recherche et de soins, ainsi que sur l'organisation de la santé communautaire et sur les questions de justice sociale et d'inégalités d'accès aux soins.

*Quel poste occupez-vous aujourd'hui, quel est votre type de contrat et quel est votre statut ?*

Je suis sur ce poste depuis 2018 avec un Contrat local de santé qui a été signé en juillet 2019. Je coordonne le CLS et également la mise en place du CLSM. J'ai été embauchée sur un poste d'attachée territoriale, en tant que contractuelle. C'est-à-dire que je suis sur un contrat à durée déterminée qui a été renouvelé sur la durée du Contrat local de santé. Puis, il y a eu la création d'un emploi non permanent sous la forme de ces nouveaux contrats que sont les contrats de projet. Ce sont des contrats complètement ajustables, adaptables sur la durée d'un projet dédié. Le problème, c'est que je viens de perdre mes cinq ans d'ancienneté qui pouvaient me donner accès à un CDI l'année prochaine. Ce contrat de projet a été signé dans un premier temps pour une durée d'un an seulement en raison de la conjoncture politique locale actuelle : le président du PETR Grand Quercy ne pouvant pas s'engager sur une durée plus longue car il était en lice pour les élections sénatoriales.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Comment est financé votre poste ?*

La mission de coordination et d'animation du CLS est financée à parts égales par l'ARS et la collectivité à hauteur de 25 000 € / an chacune.

#### **la configuration administrative du poste au sein d'un PETR**

##### *Quelle est la particularité de votre territoire ?*

Il est immense ! À l'échelle d'un PETR, il s'agit du plus grand CLS d'Occitanie. Il couvre la moitié du département du Lot. Il regroupe 148 communes et 94 000 habitants, avec la particularité qu'il y a six collectivités qui sont vraiment en milieu plutôt rural et une communauté d'agglomération urbaine, au milieu, qui est la Communauté d'agglomération du Grand Cahors et qui comprend un quartier prioritaire de la politique de la ville.

##### *Dans quelle équipe êtes-vous située, comment celle-ci est-elle configurée au niveau du PETR ? À quel service êtes-vous rattachée ?*

Je suis employée par le Grand Quercy qui est un Pôle d'équilibre territorial et rural, un syndicat mixte qui englobe sept collectivités. Je suis située dans une toute petite équipe de six personnes avec une chargée de mission « développement culturel », une autre chargée de mission sur la Charte forestière de territoire, et une personne sur le programme LEADER<sup>48</sup> – il y a également la direction qui se charge des missions de politiques contractuelles et du déploiement du Contrat de relance et de transition énergétique (CRTE)<sup>49</sup>.

##### *Comment se répartit le temps de travail sur les deux dispositifs (CLS et CLSM) ?*

Pour être plus précise, je ne suis pas encore sur un CLSM très opérationnel. Le CLSM a mis énormément de temps à se mettre en place. Je me suis complètement acculturée au CLSM « version CCOMS ». Cela m'a beaucoup parlé par rapport à ce que je faisais avant, surtout sur les questions de stigmatisation et de lutte contre les discriminations. Au départ, ce que j'avais expliqué à mon directeur, quand j'ai su que le CLSM allait m'être proposé en coordination supplémentaire, c'est que je ne le voyais pas nécessairement

<sup>48</sup> Liaison Entre Action de Développement de l'Economie Rurale : il s'agit d'un programme d'initiatives communautaires en faveur du développement rural ayant pour objectif d'inciter et d'aider les acteurs ruraux à réfléchir sur le potentiel de leur territoire dans une perspective de plus long terme...

<sup>49</sup> Le contrat de relance et de transition écologique (CRTE) - aussi dénommé, dans les territoires ruraux, contrat de ruralité, de relance et de transition écologique (CRTE) - est un outil contractuel conçu pour accompagner les territoires dans leur projet de relance et de transition écologique.





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

comme une mission à part. En effet, il y a beaucoup de choses qui sont similaires et qui sont complémentaires. Néanmoins, il y a la question de la participation des usagers - qui est selon moi très importante - et 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. Certaines thématiques du CLS en pâtiront. À ce jour, la direction, ainsi que ma délégation départementale de l'ARS ne s'en inquiètent pas, et cela me pose question.

### **la particularité de la place des élu·es communaux et du portage politique**

*Le CLS est porté par le PETR, quelle est la place des élu·es communaux et comment portent-ils la question de la santé ?*

Il a fallu rendre visible - voire construire - ce portage politique sur les questions de santé à l'échelle des communes pour que l'échelle du PETR puisse jouer son rôle. Ce travail a pris beaucoup de temps. Il supposait de repérer les collectivités qui avaient (ou pas) des commissions santé, de les y encourager le cas échéant, et de désigner un élu référent santé. La plupart du temps, quand des commissions santé ont été mises en place par les collectivités, c'est parce qu'elles avaient un projet d'équipement de santé, un centre de santé ou une maison de santé pluriprofessionnelle. Une commission santé est alors créée par rapport à ça. Parfois, les espaces qui portaient un peu sur les questions de santé étaient rattachés aux services « Service à la personne » ou « Action sociale ». Ce travail a duré et dure encore - même si aujourd'hui presque toutes les collectivités - on va dire cinq sur sept collectivités - ont un élu référent santé plus ou moins impliqué. Mais il y a de fortes différences entre les sept collectivités. Une fois ce travail réalisé, dans un second temps, j'ai pu mettre en place une commission santé à l'échelle du Grand Quercy pour permettre aux sept collectivités d'avoir vraiment des moments de partage sur des questions de santé publique. Mais tout cela prend du temps en plus de toutes les actions que je pouvais mener avec tout un tas de partenaires.

*Quel est aujourd'hui la place des élu·es dans le CLS ?*

Le vice-président santé vient systématiquement sur tous mes Copils, mais je n'ai pas de temps vraiment formalisé avec lui. Il est aussi présent sur le



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

CLSM. Ce qui a été apprécié, c'est qu'il ne porte pas un discours politicien, parce que c'est un élu qui vient du secteur privé. Par exemple sur l'organisation de la SISM<sup>50</sup> en 2023, c'était la première fois en trente ans qu'un élu participait à cet événement et c'est quelque chose qui a été très apprécié par les représentants de l'UNAFAM<sup>51</sup>. Un autre élu « référent santé » était également présent sur les groupes de travail. J'ai aussi des contacts avec certains référents santé des autres communes qui sont en général les maires des communes.

#### *Vous travaillez avec eux sur l'accès aux soins par exemple ?*

Oui, par exemple le CLS a été force de proposition pour mettre en place un espace d'échanges inédit entre élus, institutions de santé et professionnels de soins et de santé du territoire à travers des cycles de réunions « soutien à la démographie médicale et aide à la décision ». Ces cycles de réunions étaient systématiquement proposés aux communautés de communes qui étaient en phase de réflexion sur une offre complémentaire de soins sur le territoire. Ces réunions étaient organisées et animées à trois voix (CLS - CPAM - ARS) et avaient pour objectif de présenter des éléments de diagnostic et d'échanger avec les élus sur leurs priorités. Ces réunions étaient également l'occasion de favoriser l'interconnaissance entre les professionnels de santé du territoire, ainsi qu'entre élus et professionnels de santé et d'échanger à propos de l'exercice coordonné et des nouveaux métiers de santé (assistants médicaux, Infirmier-es en pratiques avancées [IPA]...) afin que tout le monde soit au même niveau d'information.

Les élus sont très satisfaits car cela leur permet de réfléchir à une cohérence au niveau du territoire en matière de stratégie de santé. Sur certains territoires, il y a des dynamiques qui se mettent en place, qui s'enclenchent à la suite de ces réunions. C'est le cas d'une Équipe de soins primaires (ESP) qui s'est créée à la suite d'une de ces réunions.

#### *Quel est votre lien avec l'ARS ?*

Sur le département – et je pense que ça fait toute la différence – on a une ARS avec laquelle il y a un vrai partenariat. Elle connaît très bien les acteurs de terrain et suit tous mes dossiers. Ma délégation départementale de l'ARS m'a toujours appuyée et soutenue dans les projets que je souhaitais mettre en place. Je peux appeler mon interlocutrice trois fois par jour si j'ai envie !

---

<sup>50</sup> [Semaines d'Informations sur la Santé Mentale.](#)

<sup>51</sup> [Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Comment fonctionne le Copil ?*

Le Copil se réunit une fois par an. Concernant sa composition et en lien avec la spécificité de mon territoire – avec un quartier prioritaire de la politique de la ville – je me suis battue pour que la chargée de mission politique de la ville participe au copil du CLSM. Elle participe aussi au copil du CLS.

En revanche, il n'y a pas de Cotech. Nous avons une équipe projet la première année mais qui ne s'est pas maintenue, alors que cela aurait été plutôt judicieux afin de travailler en petits groupes. Je pense qu'il faudrait la remettre en place sur le CLS 2.

#### **l'articulation hésitante entre le CLS et la politique de la ville**

##### *Est-ce qu'il y a un ASV sur le territoire du CLS et quelle est son articulation avec le CLS ?*

Il y avait un ASV mais je pense qu'il y a eu une grosse confusion au moment où a été décidé l'arrêt de cet ASV avec l'idée que le Contrat local de santé allait venir s'y substituer ... ou remplacer ce que faisait l'ASV. Il faut néanmoins noter qu'il ne s'agit pas du tout des mêmes échelles de coordination, ni du même niveau d'intervention (l'ASV étant davantage en proximité avec les acteurs de terrain).

La première chose que j'ai faite, c'est de rencontrer les différents dispositifs de la politique de la ville que sont le programme de réussite éducative, l'équipe de prévention spécialisée, le Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance.

Je sentais qu'il y avait une forte demande de la part de la Communauté d'agglomération (CA), mais il n'y a pas eu de proposition claire. Il y avait tout à reconstruire. Le poste de chargé de mission sur la politique de la ville a connu un fort turnover. Je n'arrivais jamais à réengager un travail partenarial avec la personne en poste. Je pense qu'il faut retourner sur le terrain avec cette personne, aller voir tous les acteurs qui ont été partenaires d'actions mises en place dans le cadre de l'ASV, recueillir les besoins, les attentes et puis commencer à retisser quelque chose. Plusieurs fois, la Communauté d'agglomération m'a sollicitée afin de savoir si le Grand Quercy pourrait financer un poste en charge de l'animation de l'ASV. Nous touchons vraiment aux limites du fonctionnement d'un PETR : les élus ne vont jamais voter une délibération pour financer un poste qui n'a d'actions que sur un infra territoire. Il faut aussi savoir que les PETR ne financent pas de ressources humaines. Donc ce n'était pas possible.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Ensuite, il y a eu la possibilité de recruter un poste d'adulte relais et une réflexion sur l'opportunité d'un tel poste pour animer l'Atelier santé ville (ASV). On n'était pas nombreux à avoir cette réflexion. L'ARS a pris ses distances considérant que la relance d'un ASV relevait d'une volonté politique et qu'elle resterait complètement en retrait. En revanche, l'ARS continue de financer des actions sur le quartier prioritaire de la ville (QPV).

Selon moi, ce n'était pas du tout satisfaisant parce que j'avais trop peu de temps à accorder sur la politique de la ville. Pourtant, je savais pertinemment que travailler sur ces quartiers-là, c'était essentiel en termes de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de santé mentale.

#### *Comment se passe l'articulation avec le volet santé de la politique de la ville ?*

Le volet santé a été complètement désinvesti depuis le départ de la coordinatrice de l'ASV et n'a pas été repris tel quel par le CLS, du fait de l'immensité du territoire, mais aussi du temps consacré à la méthodologie à identifier/mettre en place pour travailler sur sept collectivités qui n'avaient pas toujours d'interlocuteur dans le domaine de la santé.

### **l'articulation avec les autres démarches du territoire**

#### *Quels sont vos liens avec les autres dispositifs du territoire ?*

La coordinatrice du Projet territorial en santé mentale (PTSM) est arrivée récemment et elle travaille avec nous pour l'appui au déploiement des Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Nous travaillons surtout avec la Protection maternelle et infantile (PMI), avec toute la démarche sur l'habitat inclusif. En outre, il y a beaucoup de collectivités qui ont des projets de réaménagement du territoire pour développer des projets d'habitat inclusif. Je travaille en lien avec la Conférence des financeurs de la prévention de la dépendance et de la perte d'autonomie (CFPPA). Il y a également le Conseil territorial de santé (CTS) où nous sommes invités à chaque fois et où, si je veux, je peux venir présenter certains projets, certaines initiatives. Sur les autres dispositifs territoriaux de santé, il y a le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) qui est la fusion d'un dispositif sur les soins palliatifs, de la MAIA et d'un autre dispositif encore. Mais concrètement, je ne travaille plus trop avec eux. Il était prévu que le DAC, en plus des parcours dédiés aux personnes âgées et aux personnes en situation de vulnérabilité, développe quelque chose de transversal sur la santé mentale et sur les cellules de cas complexes. Ils sont donc présents dans le Copil du CLSM. Il y a une très bonne dynamique sur le territoire et nous travaillons tous ensemble.



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## les perspectives du CLS

### *Quelles sont les perspectives pour le CLS 2 ?*

Mes priorités pour le prochain CLS, c'est d'enclencher cette dynamique sur le Conseil local en santé mentale avec vraiment ce travail au plus près avec les usagers. Et de réinvestir le volet santé de la politique de la ville. Il nous faut continuer ce plaidoyer pour qu'il y ait à nouveau un Atelier santé ville (ASV) avec un ou une coordinateur·trice avec qui je serai en lien très étroit.



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## la coordination du CLS et de l'ASV de la ville de Cergy

synthèse de l'entretien avec Katia Le Bougeant –  
coordinatrice CLS/ASV – réalisé en novembre 2023

### **l'évolution du rôle de coordinatrice au sein de la collectivité**

*Quelle est votre formation et votre parcours ?*

Je suis diététicienne de formation. Quand je suis arrivée à la ville, je me suis formée en santé publique avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). J'ai ensuite suivi d'autres formations complémentaires afin de vraiment comprendre quels étaient les enjeux du CLS, notamment concernant les inégalités sociales et territoriales de santé.

*Quel est l'intitulé de votre poste et quelle a été son évolution ?*

Je suis arrivée en poste en 2015 à Cergy en tant qu'animatrice. Le service gère trois politiques publiques : la santé, le handicap et l'intergénérationnel. Au début, en 2015, j'étais positionnée sur l'ensemble des trois politiques. Mon poste d'animatrice a vite été renommé « coordinatrice de service » car cela avait plus de sens par rapport aux missions qui m'étaient demandées. Ensuite, les actions santé se sont multipliées et la demande du territoire était très forte sur ce thème. Pour ne pas mettre en péril les deux autres politiques publiques, le service s'est étoffé et un agent a repris en charge le handicap et les seniors. C'est en 2020 que mon poste a été officiellement modifié et que je suis devenue « coordinatrice santé ». Il a été revalorisé sur une catégorie A et l'ARS a commencé à le financer car j'ai lancé le renouvellement du CLS et pris en charge la coordination des ASV et du CLS.

*Quel est votre statut, votre type de contrat, et comment est financé votre poste ?*

Je suis titulaire de la fonction publique territoriale. Je suis rentrée dans la fonction publique en 2001 en tant que diététicienne. J'ai passé plusieurs concours et ai évolué sur plusieurs postes, en premier lieu dans le secteur de la restauration scolaire ; puis je me suis recentrée sur la santé en arrivant à Cergy. Mon poste a évolué en fonction des besoins du territoire et des demandes de l'ARS jusqu'à devenir un poste de « coordinatrice santé » ou



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

« coordinateur ASV/CLS » pour l'ARS. Ce poste est de catégorie A car il est beaucoup plus stratégique mais je tiens à garder encore des missions plus opérationnelles comme celle d'animer directement certaines actions car cela me permet d'avoir toujours un lien avec le terrain.

### **les CLS et ASV communaux face au CLSM d'agglomération**

*À quelles échelles sont positionnés les CLS, ASV et CLSM et pourquoi ?*

Le CLS existe depuis 2011 et nous allons le renouveler pour une troisième génération, en 2024. Le territoire couvert par le CLS est la commune de Cergy qui se trouve dans la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise. Pour l'instant, nous sommes deux villes de l'agglomération à avoir un CLS. La ville de Cergy a concrétisé son engagement politique dans le champ de la santé dès 2007 par la création de l'ASV et l'ouverture d'une Maison prévention santé. Les CLS étaient une suite logique de cet engagement dont un des axes stratégiques était la santé mentale. Les partenaires engagés avec la ville sur cette thématique avaient pour la plupart un territoire d'action plus large que celui de la ville, surtout pour la partie soins. C'est pourquoi certains d'entre eux ont milité auprès d'autres villes de l'agglomération pour que la question de la santé mentale soit portée plus largement. La Communauté d'agglomération (CA) a répondu à ces demandes en s'associant à certaines structures pour créer en 2020 un poste de coordinatrice en santé mentale et mettre en place le Conseil local de santé mentale (CLSM).

### **des missions diverses au-delà de la mise en œuvre des dispositifs**

*Quels sont les différents niveaux de vos missions ?*

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 ne faut 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.

Voici les principales missions de mon métier :



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

> La coordinatrice doit en premier lieu gérer les deux dispositifs dans la mise œuvre et le suivi des projets et actions et dans l'organisation des instances de pilotage, techniques et de travail. Ce sont des missions très prenantes qui demandent une méthodologie bien définie, efficace et partagée avec l'ensemble des partenaires intervenant dans ces dispositifs.

> La recherche de financements prend également beaucoup de temps car les appels à projets sont complexes et très techniques. Ils demandent un suivi poussé et des bilans à renouveler chaque année avec des indicateurs multiples.

> La coordinatrice doit également 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. Bien souvent, ils ne se rendent pas compte que la politique publique sur laquelle ils travaillent a un impact sur la santé des habitants.

> Enfin, 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.

De manière générale, une coordinatrice santé n'est pas seulement dans le pilotage, elle peut être aussi animatrice, experte, observatrice, formatrice, coanimatrice et même bénéficiaire au même titre que les habitants.

### **un CLS « non figé » qui s'appuie sur des groupes de travail « vivants »**

#### *Comment travaillez-vous avec les partenaires ?*

Je me concerte beaucoup avec les partenaires car la majorité des actions que nous mettons en place à Cergy se font à plusieurs. La santé implique tellement de paramètres qu'il est toujours intéressant de réfléchir ensemble. D'ailleurs, ce n'est pas toujours moi qui initie les actions mais également les





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

acteurs directement en contact avec les publics qui peuvent facilement recenser leurs besoins et leurs demandes.

*Comment arrivez-vous justement à voir les besoins des professionnels, de vos partenaires ou des autres services en interne ?*

Les professionnels du territoire savent m'identifier et faire appel à moi. Ils le font par exemple dans le cadre des groupes de travail qu'on a mis en place sur le CLS. Dans ces groupes, les professionnels sont très divers : Il y a des structures institutionnelles, des associations et les acteurs proviennent du milieu sanitaire, médico-social ou social. C'est très riche en termes d'échanges et de partage car nous avons chacun une vision différente de la santé. En participant aux instances des autres partenaires et aux actions de terrain, je peux aussi plus facilement recenser leurs besoins et leurs demandes.

### **des formats de partenariats ou de collaborations différenciés selon les dispositifs**

*Comment faites-vous le lien avec les instances et/ou les politiques publiques avec lesquelles vous collaborez*

Avec chaque dispositif, nous travaillons différemment. Par exemple, la santé mentale est un axe stratégique du CLS et l'action qui est rattachée à cet axe est de participer à la mise en œuvre du plan d'action du CLSM. C'est pour cela que nous copilotons et animons ensemble des temps de travail.

Quand le réseau parentalité s'est mis en place sur la ville, nous avons décidé avec la référente de cette instance de fusionner nos deux groupes de travail qui traitaient de la santé de l'enfant et de la parentalité afin d'éviter les doublons et de sursolliciter nos partenaires communs.

Autre exemple : quand j'ai découvert que la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise allait mettre en place un Projet alimentaire territorial (PAT), je les ai contactés pendant leur phase de diagnostic. Ils n'avaient pas du tout identifié que le champ de la santé pouvait être une partie intégrante du PAT. Ils ont compris les liens possibles entre environnement, agriculture et santé et nous avons décidé de rédiger une fiche action commune entre le CLS et le PAT.

Les liens avec les dispositifs et les autres politiques publiques se mettent en place au fur et à mesure et en fonction des spécificités de chacun.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Comment travaillez-vous avec la CPTS ?*

Elle couvre un territoire plus vaste que le CLS (constitué de deux CLS et d'une autre commune). Nous n'avons pas été sollicités au niveau du montage mais j'ai pu rencontrer le coordonnateur en juin dernier dans la perspective de la mise en place d'une action commune (Octobre rose) qui augure une collaboration opérationnelle future.

#### *Concernant les missions de prévention de la CPTS, sont-elles complémentaires ou identiques à celles du CLS ?*

Le plan d'action de la CPTS comporte tout un champ dédié à la prévention qui est identique à celui du CLS de Cergy. Le but est de pouvoir travailler ensemble la mise en œuvre de ces actions comme pour « Octobre rose ». Pour les villes qui sont couvertes par la CPTS et qui n'ont pas de CLS, les habitants pourront bénéficier de leurs actions.

### **le portage politique : un choix politique fort avec deux élu-es à la santé**

#### *Qui est l'élu-e qui porte le CLS et quelle est sa formation ?*

Nous avons deux élus sur la santé depuis 2020. La première est adjointe au maire, déléguée à la santé, à la prévention et à la lutte contre la désertification médicale et est élue à la santé depuis plusieurs mandats. Elle est à l'initiative du projet de création d'un centre de santé sur Cergy qui a ouvert ses portes en 2023. Elle est institutrice à la retraite. Le second élu est conseiller municipal, délégué à la prévention santé. Il est médecin et référent au Centre régional de coordination de dépistage des cancers (CRCDC).

#### *Comment se positionnent-ils sur la santé, dans le conseil municipal et pendant les instances municipales ?*

Nos deux élus nous soutiennent beaucoup. Ils ont une bonne connaissance de nos actions car ils participent à certaines d'entre elles et les suivent à travers les instances du CLS. Ils s'appuient sur notre expertise quand ils en ont besoin, nous laissent une grande autonomie dans la mise en œuvre des projets et savent reconnaître la valeur de nos actions.

### **gouvernance, partenaires institutionnels et financement des actions**

#### *Qui sont les signataires du CLS ?*



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Les signataires du premier CLS, en 2011-2016, étaient la préfecture, l'ARS et la ville. Pour celui en cours, se sont ajoutés le Conseil départemental, la Communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise, l'Éducation nationale (EN), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le Groupe hospitalier de territoire (GHT) NOVO. Et pour le prochain, nous espérons pouvoir compter sur la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et d'autres partenaires comme la Caisse d'allocations familiales (CAF).

#### *Comment l'ARS se positionne-t-elle ?*

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.

#### *Comment se déroulent les Copils ?*

Il y en a un par an. Les Copils prennent les décisions proposées par le comité technique. Sur le dernier CLS, il y en a eu un fin 2021 au cours duquel ont été présentés les bilans de l'année et les orientations pour 2022. Les membres du Copil ont pu découvrir l'ensemble du travail mené par les groupes de travail et le comité technique et ont validé le travail à poursuivre sur 2023.

#### *En général, comment financez-vous les actions dans le cadre du CLS ?*

La ville répond à des appels à projets et nous aidons les partenaires qui portent des actions à y répondre également.

### **les leviers d'une coordination efficace**

#### *Quels sont les leviers de la coordination ?*

Il faut s'appuyer sur les partenaires, sur ce qui existe déjà et sur ce qui fonctionne.

Il faut savoir se remettre en cause, être ouvert aux autres et savoir écouter.

Et enfin, il est important de ne pas s'arrêter aux freins et de comprendre qu'ils peuvent devenir des leviers pour avancer.



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## **la prise en compte des ISTS dans le CLS : de l'éducation à la santé à la promotion de la santé**

### *Comment sont prises en compte les ISTS dans le CLS ?*

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 soins.

La prévention santé ne se résume plus à de l'éducation à la santé mais nous travaillons avec les publics sur leurs savoir-faire et leur pouvoir d'agir. Ils sont les acteurs de leur santé et nous devons les accompagner en ce sens.

Les CLS ont également un rôle à jouer dans l'attractivité du territoire afin de maintenir une offre de soin accessible à tous. C'est un champ sur lequel les villes n'avaient pas l'habitude d'agir, mais avec l'aide de l'ARS, de la CPAM et des professionnels de santé, j'espère que ce CLS et le prochain pourront aider à améliorer la situation actuelle.



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## la coordination du CLS Agglo Pays d'Issoire

synthèse de l'entretien avec Mélanie Morra,  
coordinatrice du CLS Agglo Pays d'Issoire – réalisé  
en novembre 2023

### le poste de coordination du CLS situé au sein du pôle solidarité de l'agglomération

*Pouvez-vous présenter votre parcours et formation ?*

Je suis infirmière de formation et j'ai également une licence professionnelle en éducation de la santé et prévention. Ensuite, j'ai effectué un master en pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP (PPASP). J'ai fait un stage sur un CLS à Fougères en Bretagne, puis j'ai été coordinatrice du CLS de Vichy Communauté.

*Quel est votre poste et votre statut, et comment est financé votre poste ?*

Je suis sur le poste de coordonnatrice CLS depuis quasiment deux ans, sur l'agglomération du Pays d'Issoire. Il faut savoir que j'ai été aussi recrutée pour le CLSM qui, pour l'instant, n'a pas vu le jour. Actuellement, je suis encore en CDD d'un an et mon contrat se finit en fin d'année. Pour la suite, on me proposerait un contrat de projet de trois ans. Les contrats de projet, ce n'est pas forcément très intéressant, cela précarise davantage au vu des conditions de rupture et ce n'est pas pris en compte dans le calcul d'une potentielle CDIisation. Je suis à temps plein. Enfin, mon poste est financé par l'ARS à hauteur de 24 500 €/an, et l'agglomération complète un peu moins de la moitié.

*Dans l'organisation interne, dans quel service êtes-vous positionnée ?*

Je suis dans le pôle solidarité dans lequel on retrouve le foyer de jeunes travailleurs. Il y a aussi un service sur l'insertion, la gestion des gens du voyage et les maisons de santé dont trois sont gérées administrativement par l'agglomération. Ma « N+1 » est la directrice des solidarités. Je suis directement en lien avec elle.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Avec quels services collaborez-vous au sein de l'agglomération ?*

Je travaille avec le service habitat sur la problématique de l'habitat indigne, et avec un collègue du service économie sur l'installation des professionnels de santé. Nous avons un Projet alimentaire territorial (PAT) qui devrait se mettre en place, c'est le tout début de la démarche, mais j'ai été invitée aux premiers ateliers afin d'identifier comment on pourrait travailler ensemble par la suite. Je travaille également avec un collègue qui gère les maisons de santé. La transversalité pourrait être plus forte, elle n'est pas vraiment portée au sein de l'agglomération dans la mesure où il n'y a pas d'échanges interservices en dehors du comité de direction et de quelques projets ponctuels. Cela se fait donc plutôt de façon informelle entre services.

#### **une évolution de l'échelle territoriale vers l'Agglo Pays d'Issoire du fait de la fusion de 8 communautés de communes**

#### *Comment sont configurés les axes de votre CLS et de quelle génération est votre CLS actuellement ?*

Il y a eu une première génération de CLS entre 2014 et 2018. En 2019, année de transition, a été réalisé un diagnostic territorial de santé. Puis, il y a eu le deuxième CLS de 2020 à 2022. L'ARS a prolongé d'un an afin de réaliser, entre autres, l'évaluation. Trois ans, c'est finalement assez court entre la mise en œuvre des actions et la réalisation de l'évaluation. Concernant les axes, il y en a cinq : accès aux soins, santé mentale, santé-environnement et prévention. L'axe 5 est transversal, il s'agit de l'appui à tous les porteurs de projets. Au total, il comporte 17 fiches-actions et quasiment 160 sous-objectifs.

#### *Qu'en est-il de la volonté de mettre en place un CLSM ?*

Une étude d'opportunité a été réalisée et montrait qu'il y avait un besoin sur cette thématique, qui indiquait également le besoin de davantage de temps dédié à la coordination et de financement pour les actions. La création d'un CLSM a été validée en conseil communautaire, mais sans poste supplémentaire. Face aux difficultés de mise en œuvre du CLSM sur le territoire, la DT 63 de l'ARS a proposé de commencer par mettre en place une plateforme ou un groupe de travail en santé mentale plutôt qu'un dispositif tel que le CLSM.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Quelle est la configuration de votre territoire, ses particularités ?*

Le territoire était plus étendu en 2014, lors de la signature du premier CLS : il était sur le Pays d'Issoire (dont 8 communautés de communes et 116 communes). Depuis 2019, le CLS est sur l'agglomération du Pays d'Issoire (une Communauté d'agglomération qui comporte 88 communes). Il s'agit d'un territoire très vaste, plutôt rural. Il y a 57 000 habitants, dont plus de 15 000 sur Issoire. Il n'y a pas de QPV.

#### *Pouvez-vous préciser comment se passe l'animation du CLS sur un territoire aussi vaste ?*

Globalement, la plupart des événements se déroulent sur la ville centre, sur Issoire. L'accès y est plus simple parce qu'on a le train, on a les bus, etc. En revanche, pour ce qui relève de l'offre de soins, c'est davantage sur le sud du département que j'agis car c'est là où les besoins sont identifiés comme prioritaires (car moins de professionnels de santé). C'est difficile mais on essaie vraiment de ne pas agir que sur Issoire. Plus le territoire est vaste, plus cela concerne d'acteurs, d'élus et cela complexifie les choses. De plus, selon les actions en termes d'accessibilité/de fréquentation, il est plus difficile de mobiliser des personnes lors d'événements sur des communes périphériques car on est majoritairement sur des communes d'ortoirs.

### **la place de la prévention et de l'accès aux soins : des enjeux politiques et de plaidoyer**

#### *Comment sont accompagnés les axes du CLS par les élus ?*

Sur la prévention, il y a un enjeu d'affichage important. Il faut montrer que l'on est actifs et que l'on relaie les campagnes nationales par exemple. La plupart des élus locaux ne considèrent pas toujours suffisamment la prévention en santé car ils n'ont pas forcément la connaissance des enjeux. Cela dépend des thématiques. Paradoxalement, sur tout ce qui est offre de soins, tout le monde va être aux aguets pour faire avancer les choses. C'est aussi notre rôle d'être dans ce plaidoyer pour la prévention et la promotion de la santé, au-delà de l'offre de soins.



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

*Les élu-es sont-ils et elles impliqués-es dans les réunions sur l'offre de soins ?*

Sur certaines réunions. Il y a une vraie volonté politique sur cette thématique, car c'est aussi une attente forte des citoyens. Des élus communaux nous sollicitent, à l'échelle de l'agglo, pour identifier les besoins et les réponses possibles. On organise notamment des réunions avec des professionnels de santé, pour travailler sur l'installation de futurs professionnels.

#### **le portage politique : l'importance de l'incarnation par l'élu-e pour « parler aux autres élu-es »**

*Qui est votre élu-e à la santé et quel est son rôle ?*

C'est un maire d'une commune proche, qui est un ancien médecin généraliste. Il connaît bien le sujet mais il est aussi très axé sur l'offre de soins. Cela a des avantages comme des inconvénients. Il est également bien positionné dans le sens où il est vice-président de l'agglomération, ce qui implique sa participation dans des instances avec d'autres élus comme le bureau communautaire, pour parler du sujet de la santé. Il est assez soutenant, c'est une grande richesse. C'est très important d'avoir un élu qui représente vraiment la santé auprès des autres élus.

#### **le rôle du Copil : un espace de rencontre pour les partenaires**

*Quel est le rôle du Copil ?*

Au total, sur les trois ans, il n'y a eu que trois Copils à cause du Covid. Au-delà des décisions, c'est vraiment un endroit où les partenaires, les signataires peuvent se rencontrer et discuter tous ensemble. C'est le moment où tout le monde met les cartes sur la table.

#### **les réunions et échange de pratiques entre coordos CLS**

*Avez-vous des liens avec vos collègues coordos sur la région ou le département concernant le travail opérationnel ?*

La coordonnatrice que je remplace est sur notre territoire et occupe ce même poste sur le CLS de Clermont-Ferrand. Elle travaille actuellement sur





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

la planification d'un nouveau CLS. Dans quelques mois, ça sera aussi ma position. J'ai pris quelques renseignements auprès d'elle côté méthodologie. On fait aussi des réunions entre coordos, sans l'ARS. On parle beaucoup plus des statuts, de nos collectivités, des difficultés qu'on peut rencontrer.

Sur les CLSM, on a le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)<sup>52</sup> et nous avons une autre personne au niveau national qui anime tout un réseau. Sur les CLS, je trouve que ça manque un peu d'animation nationale qui permettrait de donner de la visibilité aux CLS et surtout d'avoir un appui supplémentaire en termes de méthode, d'actions inspirantes, d'échange de pratiques... À ma connaissance, il n'y a toujours pas eu d'évaluation de ce dispositif à une échelle nationale de la part de la Direction générale de la santé (DGS), qui permettrait de prendre du recul sur l'intérêt/l'impact des CLS.

*Qu'est-ce que vous attendriez d'une coordination au niveau national ?*

Notamment sur la dimension opérationnelle, nous donner un peu des outils en termes de méthodologie, mais aussi sur le plaidoyer sur la santé : comment faire pour que la santé soit mieux prise en compte et surtout la prévention ? Comment impliquer davantage les usagers ? Cela serait bien d'avoir un organe qui représente ce statut, ce métier.

### **les ISTS dans le CLS : un axe consacré à l'intervention auprès de publics vulnérables**

*Est-ce que la question des inégalités sociales est abordée dans le CLS ?*

Elles sont abordées, notamment dans l'axe 4 avec l'idée d'intervenir auprès de publics dits vulnérables. À titre d'exemple, nous avons pour projet en commun avec le Centre régional de coordination de dépistage des cancers, de mettre en place un minibus qui viendrait directement chercher des personnes en situation de précarité pour faire passer des mammographies ou d'autres examens. Nous avons ciblé des communes pour lesquelles le taux de dépistage organisé était très bas et surtout là où il n'y a pas forcément de transports en commun. Nous avons également mis en place un frigo solidaire pour les jeunes d'un foyer de jeunes travailleurs en 2022, pour favoriser l'alimentation équilibrée de ce public en situation de précarité.

---

<sup>52</sup> Le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). Consulter le site internet [ici](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## la coordination du Conseil local de santé mentale de Lille et du Projet territorial de santé mentale de l'arrondissement de Lille

synthèse de l'entretien avec Marina Lazzari, ancienne coordinatrice du CLSM de Lille, et coordinatrice actuelle du PTSM de l'arrondissement de Lille – réalisé en novembre 2023.

### la coordination du PTSM

*Quelle est votre formation et votre parcours professionnel ?*

Je m'appelle Marina Lazzari et j'ai 49 ans. J'ai une formation en master II « Pratique et politique locale de santé » à la suite d'études de sociologie que j'ai faites à l'université de Lille. J'ai eu une première expérience professionnelle dans un Comité départemental d'éducation à la santé (CODES), sur la question des troubles du langage chez l'enfant. J'ai ensuite occupé mon premier poste de coordinatrice sur un réseau de périnatalité, il s'agissait du réseau Pauline. Après une expérience de 4 ans dans ce réseau, j'ai ensuite rejoint le Réseau santé solidarité Lille Métropole pendant 7 ans, toujours au titre de coordinatrice. Je suis sur le poste de coordinatrice PTSM de l'arrondissement de Lille depuis 2021, et j'étais auparavant coordinatrice du CLSM de la ville de Lille pendant 5 ans. J'avais dès le début participé aux réunions de travail de construction du PTSM en 2019. Normalement, un PTSM se situe à l'échelle d'un département, mais pas sur la région Hauts-de-France. Il y a 8 PTSM sur la région Hauts-de-France : PTSM des Flandres, PTSM de l'Aisne, PTSM Littoral, PTSM Oise, PTSM Artois Audomarois, PTSM Somme, PTSM Hainault et PTSM arrondissement de Lille. Je coordonne le PTSM sur l'arrondissement de Lille.

### les missions de coordination : véritable « couteau suisse »

*Comment décririez-vous les missions de coordination, vous qui avez coordonné plusieurs dispositifs ?*

Afin de définir le poste de coordo, j'utilise trois expressions : le couteau suisse, le travailleur de l'ombre et la cheville ouvrière.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### *Acculturation aux déterminants de la santé*

Il y a 15 jours, j'étais à Nantes pour le congrès HLM. Tu entends parler le ministre du Logement. Et ensuite, tu vas animer un groupe de décroisement autour de l'insertion sur ton territoire. Il y a vraiment une grande variété de missions.

#### *Administratif*

Nous faisons beaucoup d'administratif : des comptes rendus de réunion, des réservations de salle, des envois d'invitations, des organisations de journées et d'événements.

Sur le PTSM, nous sommes en réflexion pour essayer d'obtenir un mi-temps d'assistant administratif.

#### *Actions/ projets*

Le piège, c'est l'isolement. Il y a une charge de travail importante. Lorsque tu termines une réunion, c'est toi qui dois déployer derrière tout le reste et mettre en œuvre les projets. Les acteurs t'ont donné leur intelligence, leur réflexion, mais ensuite...

#### *Rechercher de financements*

...il faut faire des connexions et trouver les financements.

#### *Animation d'un collectif*

Il faut continuer l'animation, entretenir la motivation des partenaires et des pilotes, et porter la réflexion jusqu'au terme des projets.

### **le portage administratif et hiérarchique du poste**

#### *Comment est porté votre poste au niveau administratif et comment est-il financé ?*

C'est l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'Agglomération lilloise qui m'emploie. Je suis mise à disposition d'une association : La Sauvegarde du Nord et j'ai mon bureau au sein de la Maison des adolescents (MDA). Pour les questions liées aux ressources humaines, je m'adresse au Copil restreint que j'appelle l'instance de gouvernance de proximité. Elle est constituée d'un représentant de La Sauvegarde du Nord et d'un représentant de l'Établissement public de santé mentale (EPSM). Si l'on devait faire l'analogie avec le monde associatif, ce serait le bureau.

Concernant le financement, il y a une enveloppe de 57 500 € qui est attribuée par l'Agence régionale de santé pour recruter les coordinateurs, coordinatrices des PTSM. L'enveloppe dans les Hauts-de-France va monter à 65 000 €. Ensuite, nous avons une instance de gouvernance qu'on appelle



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

le Comité de coordination qui est issu du collectif d'acteurs de la santé mentale qui a rédigé la lettre d'intention du PTSM en 2019.

### **la gouvernance du PTSM : l'importance des pilotes des groupes**

*Comment fonctionne le PTSM, via ses instances et ses groupes de travail ?*

Il y a donc un Copil restreint et un comité de coordination. Tous les ans, il y a une assemblée générale où on réunit tous les acteurs du territoire impliqués dans le champ de la santé mentale, y compris des représentants d'usagers et des personnes concernées. Entre les deux, il y a les réunions avec les pilotes de groupe. La dynamique du Projet territorial de santé mentale repose sur des groupes de travail que j'anime. Il y a cinq groupes thématiques qui déclinent les seize chantiers prioritaires du PTSM. Pour ne pas être trop isolé sur des postes de coordinatrice, c'est une bonne chose d'avoir des pilotes de groupe.

### **le portage politique de la santé à l'échelle d'un PTSM**

*Avec quel·les élu·es êtes-vous en lien hiérarchique et/ou fonctionnel ?*

Il y a sept CLSM sur l'arrondissement de Lille dont quatre pourvus en coordinatrices qui sont invitées aux comités de coordination du PTSM. Elles sont vivement incitées à y amener leurs élus à s'intéresser à la démarche PTSM. En 2019, lorsque nous avons réfléchi le PTSM, l'élu à la santé de la ville de Lille a souhaité « que l'on ait un découpage territorial qui corresponde à un représentant politique afin de s'assurer du portage des sujets de santé mentale ». C'est pour cela que le PTSM de l'arrondissement de Lille couvre la Métropole européenne de Lille (MEL). Au sein de la MEL, nous avons un interlocuteur - le maire de la commune de Sillery-Lez-Lannoy, qui est en charge des questions de santé pour la Métropole européenne de Lille.

*Quel est le rôle du maire de la commune de Sillery-Lez-Lannoy en charge des questions de santé pour la MEL ? Il se positionne comme élu communal ou comme élu métropolitain ? Est-il facile à mobiliser ?*

Il est notre relai auprès des 95 communes de l'arrondissement de Lille sur les questions de santé mentale. Nous nous sommes rencontrés à deux reprises. Il gère la délégation « sport » sur la MEL car il n'y a pas de compétences santé sur la MEL. Il est cependant en charge des questions relatives à la santé et santé mentale, sujet transversal aux autres



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

compétences de la MEL. Son agenda ne lui permet pas d'être présent aux instances du PTSM mais, par contre, il m'a indiqué être en mesure d'intervenir sur sollicitations précises : « *Quand vous avez besoin de moi, vous me dites où je dois aller, où je dois être* ». Insister sur sa présence à l'occasion de l'assemblée générale qui a lieu une fois par an pourrait engager un processus de collaboration plus étroit.

### les liens avec les autres démarches territoriales de santé

*Est-ce que vous êtes aussi en lien avec d'autres démarches territoriales de santé sur le territoire comme les CLS, ASV, voire les CPTS ?*

Sur ces dispositifs de proximité, oui et non. C'est mon ancienne collègue de la ville de Lille qui animait l'Atelier santé ville, et qui l'a quitté pour prendre la coordination d'une CPTS. Normalement, sur son territoire il y a un Conseil local de santé mentale. Mais depuis un an et demi, il n'y a pas de coordo CLSM. De ce fait, elle n'a pas de correspondant et elle m'a interpellée au titre du PTSM. Toutefois, s'il y avait eu un coordo CLSM, j'aurais dit : « *je te renvoie vers le coordo CLSM parce que lui, il a cette proximité-là, il connaît bien les secteurs de psychiatrie, il travaille avec eux, il y a toute la filière socioéducative qui fait le relai réseau ville hôpital* ». Et donc je n'aurais pas eu à travailler avec la CPTS.

La coordination des coordinations n'était pas pour moi une évidence jusqu'à la journée nationale des CLSM à Nantes en 2023 qui montrait tout l'intérêt de cette articulation entre CLS, ASV, CLSM, CPTS, DAC...

### la coordination du Conseil local de santé mentale (CLSM) de Lille

*Quel était le montage financier du poste de coordination du CLSM ?*

La ville a mis 15 000 € sur le poste. L'ARS a mis la même somme, donc ça faisait 30 000 sur le poste. Ensuite l'EPSM mettait le différentiel sur mon poste. Il s'agissait donc d'un temps plein.

*Comment décririez-vous les missions de coordination CLSM ?*

Sur les postes des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), il y a tout un volet autour du logement. Il y a tout ce qui est accompagnement des situations complexes ainsi que la formation des élus aux soins sans consentement. Il y a également l'accompagnement des bailleurs sur ce qui



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

fait rupture. Tout cela prenait déjà une part importante avec une dimension d'opérationnalité très forte. Cela a vraiment pris son essor. Chaque année, j'avais à peu près entre 60 et 75 situations signalées. Je faisais en sorte d'être repérée en tant que référente sur les questions de santé mentale. Et puis, en fonction du diagnostic de territoire, les CLSM déploient des sujets autour de la parentalité, la prévention du suicide, la santé mentale des adolescent·es et jeunes adultes...

### **la mise en place du poste de coordination CLSM : une volonté politique**

#### *Quelle a été l'origine de la mise en place du CLSM ?*

Le CLSM de Lille est né en 2010 à la suite d'un diagnostic de territoire. Il y a eu six mois de coordination occupée par une infirmière de psychiatrie. Ensuite, il n'y a plus eu de coordination. Il y avait seulement le service santé, plus précisément la responsable du service qui a animé deux réflexions autour de la mise en place du Conseil local de santé mentale et a ainsi maintenu la dynamique. Toutefois, il faut noter que ce type de dispositif sans un poste de coordination, ça ne fonctionne pas. Cela demande un temps dédié car on mobilise la compétence des acteurs et des actrices qui ont déjà leurs missions initiales à remplir.

En 2015, il y a eu une véritable volonté politique de la part de la maire de Lille, et particulièrement de l'élue à la santé qui souhaitait trouver un montage financier pour avoir un poste à temps plein. D'autant que le CLSM figurait dans le contrat de ville, ainsi que dans le CLS comme son outil santé mentale.

#### *Comment se passent les prises de décisions ?*

Sur un CLSM, la dimension stratégique politique est moindre, mais pas forcément sur une ville comme Lille. Si je dis cela, c'est parce que tout est validé au niveau des élus. Il y a une forte hiérarchie. Tu dois faire une note au responsable du service, qui doit ensuite retransmettre au directeur de pôle, qui retransmet au responsable du directeur du CCAS. Ce dernier fait ensuite un lien avec l'élue pour obtenir sa validation. Le CLSM est présidé par le représentant du maire et réunit plusieurs fois par an son comité de pilotage pour décider des grandes orientations du CLSM.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## la question de l'échelle territoriale du CLSM et du PTSM : pas les mêmes enjeux mais une complémentarité certaine

*En quoi le changement d'échelle qu'induit le PTSM vous semble-t-il pertinent par rapport à une action santé mentale qui serait portée à l'échelle d'une commune ou d'un quartier ?*

Si je prends le champ de l'insertion professionnelle, j'ai animé des travaux à l'échelle du CLSM sur l'inclusion et l'insertion. On avait plusieurs agences Pôle emploi, mais on ne travaillait qu'avec une seule. Nous avons donc réuni un petit nombre d'acteurs qui font remonter des constats. À l'échelle d'un CLSM, c'est intéressant, mais c'est une plus petite échelle territoriale. Alors que sur l'échelle d'un PTSM, tu fédères un grand nombre d'acteurs sur un territoire plus large, et il est davantage possible de coordonner le parcours de la personne.

Au niveau des FIOP<sup>53</sup>, dans l'évaluation, il nous est demandé si le projet répond à des besoins du territoire. Cela nécessite pour la coordinatrice d'avoir déjà une bonne connaissance de sa zone, des questions de santé mentale, des problématiques du territoire. Sur l'échelle d'un PTSM, il y a toute une filière qui regroupe tout un ensemble d'accompagnements. Il est donc plus facile d'appréhender si le dispositif répond à un besoin de territoire et est donc pertinent. C'est comme ça en tous cas que je le vois. En ayant coordonné un CLSM et en coordonnant le PTSM, je peux identifier que l'on n'est vraiment pas sur les mêmes échelles de réflexion de projet ou de stratégie de territoire. Nous sommes en complémentarité, c'est pour ça que de façon trimestrielle, nous organisons des réunions de coordination CLSM et PTSM.

---

<sup>53</sup> Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) a été créé en 2019. Il a pour objectif de contribuer ou d'amorcer le financement de projets innovants en psychiatrie, tant dans l'organisation promue que dans les prises en charge proposées.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## partie 3 : synthèse & pistes de réflexion

Le sujet de la coordination est dense, comme nous le montre les différents pans abordés par les coordinatrices lorsqu'elles en évoquent les dimensions, la plus-value, les contours, mais aussi les enjeux et limites. Dans un effort de synthèse, nous revenons ici sur les enseignements des échanges et réflexions développés dans le cadre des entretiens individuels et collectifs avec quatorze coordinatrices (voir les annexes n°2 et 3).

Nous avons décliné les constats et réflexions sous les quatre dimensions suivantes qui nous paraissent importantes pour les acteurs et actrices des démarches territoriales de santé :

- *Les postes et positionnements administratifs des coordinations des démarches territoriales de santé : les implications sur l'action intersectorielle*
- *Les missions de coordination*
- *Le pilotage des démarches territoriales de santé*
- *Les échelles géographiques*

L'échantillon sur lequel nous nous basons pour les analyses suivantes n'est pas exhaustif au vu de la diversité des démarches territoriales de santé (DTS) existantes.

Bien que nous souhaitions représenter l'ensemble des démarches, force est de constater que les coordinatrices de Contrats locaux de santé (CLS) sont en nombre majoritaire dans notre échantillon par rapport aux Ateliers santé ville (ASV) et aux Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et que ceci teinte l'analyse transversale des entretiens. En effet, elles sont huit sur quatorze à avoir la charge de la coordination d'un CLS.

Concernant les « doubles casquettes », deux professionnelles sur quatorze ont la charge de la coordination du CLS et du CLSM et trois professionnelles sur quatorze ont la mission de coordonner à la fois l'ASV et le CLS.

Une professionnelle a un statut particulier dans la mesure où elle coordonne un Projet territorial de santé mentale (PTSM) après avoir coordonné pendant cinq ans un Conseil local de santé mentale (CLSM).

Enfin, il est important de noter que nous avons uniquement recueilli les paroles des coordinatrices des DTS, et que les différents regards des autres





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

parties prenantes de ces dispositifs (signataires, partenaires, élu·es) ne sont pas représentés et pourront faire l'objet de travaux ultérieurs.

### les missions de la coordination

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 vulgariser les missions auprès des partenaires et/ou habitant·es et ainsi éviter les acronymes tels que CLS ou ASV.

Nous identifions certaines missions/attentes pour les fonctions de coordination ainsi que les activités qui leur sont associées. Elles ne sont pas exhaustives et peuvent être complétées localement en fonction des besoins et orientations locales :

- *identifier les problématiques de santé sur un territoire,*
- *mettre en place une animation du réseau d'acteur·trices locaux·ales agissant sur les déterminants de la santé (habitat, éducation, santé mentale...),*
- *impulser des projets et décliner les actions localement en lien avec les différents partenaires du territoire,*
- *mettre en place des projets multi-acteurs/multi-financements.*

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

- *organiser et planifier les différentes instances des contrats (Copils, Cotechs...),*
- *communiquer sur les actions mises en œuvre sur le territoire auprès des partenaires et habitant·es,*
- *mobiliser et conseiller les élu·es,*
- *mobiliser les habitant·es, les usager·es,*
- *relayer et diffuser les informations,*
- *identifier et répondre aux appels à projets (AAP) et soutenir des structures dans leurs réponses respectives,*
- *effectuer une veille d'informations et communication.*



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Les coordinatrices sont nombreuses à souligner la dimension variée et hétérogène que constituent les missions de coordination en se qualifiant parfois de « *couteau suisse* » ou de « *mouton à cinq pattes* ». Enfin, elles peuvent parfois être identifiées comme le « *service support santé* » de leur collectivité.

## la plus-value de la coordination : le moteur d'une synergie locale

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. Elle renvoie à la capacité à élaborer une feuille de route partagée sur la base d'une observation locale, et la mise en synergie d'acteurs et actrices autour d'un projet commun.

Cela suppose un état d'esprit constructif pouvant incarner un rôle de « moteur·trice » et de « connecteur·trice », d'« intégrateur·trice » des questions de santé dans les collectivités et auprès de partenaires divers.

En effet, elles impulsent souvent des actions qui n'auraient pas vu le jour autrement, en réunissant les acteurs et actrices pertinent·es et en maintenant la dynamique partenariale. Les missions des coordinatrices s'appuient largement sur leur capacité à composer avec des partenaires multiples (jusqu'à 45 types de partenaires identifiés dans l'enquête sur le déploiement des ASV et des CLS<sup>54</sup>).

Elles permettent ensuite la concrétisation d'actions intersectorielles par le biais de leur travail de recherche de financements et de réponse aux appels à projets. En effet, elles se qualifient parfois de « *cheville ouvrière pour informer les partenaires des appels à projets existants* » (AAP) [Entretien collectif, coordinatrice CLS]. Cette recherche de financements est bien souvent identifiée comme chronophage pour deux raisons : les actions des DTS ne disposent pas toujours de financements dédiés et pluriannuels et les sources de financements sont souvent cloisonnées pour des actions en promotion de la santé relevant de différents secteurs.

---

<sup>54</sup> Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé (CLS – Politique de la santé) et les Ateliers santé ville (ASV – Politique de la Ville). 2023.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## les enjeux d'une fonction très incarnée

Paradoxalement, alors que la fonction de coordination est très incarnée voire 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.

Dans le même sens, à plusieurs reprises, les coordinatrices utilisent des expressions telles que « *mon CLS* » ou « *mon Copil* », faisant penser que la fonction de coordination s'est fondue avec la démarche elle-même.

Certaines coordinatrices identifient toutefois ce risque de confusion entre la fonction de coordination et l'objet de la démarche et alertent sur le risque d'isolement que ceci pourrait impliquer, comme le témoigne cette ancienne coordinatrice de CLSM : « *Si la coordo devient le dispositif, elle peut très vite se sentir dépassée, et d'autant plus si elle est aussi aux prises avec les enjeux stratégiques et politiques inhérents au poste* ». [Entretien individuel, coordinatrice PTSM, ancienne coordinatrice CLSM]. Une des stratégies identifiées par une des coordinatrices pour pallier ce risque est de nommer des pilotes de groupe, qui se feront alors l'intermédiaire entre la coordinatrice et les groupes de travail, réduisant ainsi la sensation d'isolement.

## coordonner, au-delà du/des contrats

Il y a un risque à ce que la coordination d'une politique de santé glisse vers la coordination d'un dispositif comme le témoignent certains verbatims des coordinatrices. En effet, l'utilisation du terme « *dispositif* » pourrait indiquer que la coordination se limite à l'objet contractualisé plutôt qu'à la coordination d'une politique locale de santé intégrée dans la collectivité et en lien avec les autres politiques.

Pour autant, 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).

Nous observons ainsi que la coordination concerne à minima l'animation du dispositif et peut aller jusqu'à l'articulation des acteur·trices, voire des politiques publiques déclinées localement. Une question peut toutefois se



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

(re)poser ici : la coordination invoque-t-elle la déclinaison d'un contrat, ou bien l'animation plus large d'un projet de santé porté par la collectivité ?

## la coordination de plusieurs dispositifs et la dimension « multi-casquettes »

Le fait qu'une même personne ait la charge de la coordination de plusieurs dispositifs devient la norme. Dans notre échantillon, deux coordinatrices coordonnent à la fois un CLS et un CLSM et trois coordinatrices coordonnent à la fois un CLS et un ASV. Ceci rejoint également les résultats de l'enquête quantitative sur le déploiement des Ateliers santé ville et des Contrats locaux de santé qui stipulent que le temps de travail dédié à la coordination est le plus souvent fractionné, partagé entre plusieurs missions. La tendance est d'autant plus forte dans le cas des ASV, avec 1/3 seulement des coordinations pouvant s'appuyer sur un temps plein dédié<sup>55</sup>.

Concernant la double casquette de coordination CLS et CLSM, elle 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 peser négativement sur la capacité de chaque dispositif à se déployer pleinement. Un point de vigilance est noté par certaines coordinatrices concernant 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 au détriment d'autres, perçues – à tort – comme moins importantes.

Le fait que la mise en place d'un CLSM repose sur l'implication des personnes concerné·es ou usager·es, 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·es, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), etc., est soulevée par quelques coordinatrices.

Dans un cas, c'est la volonté politique qui a impulsé la mise en place d'un temps dédié et plein pour la coordination d'un CLSM à l'échelle d'une ville dont le nombre d'habitant·es est aux alentours de 230 000.

---

<sup>55</sup> Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé (CLS – Politique de la santé) et les Ateliers santé ville (ASV – Politique de la Ville). 2023.



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Dans les trois cas d'une double coordination CLS et ASV, ces derniers sont positionnés à la même échelle communale. Le CLS fait suite, dans une majorité des cas, à la politique de santé initiée par l'ASV et se calque alors sur son échelle de déploiement.

Une coordinatrice d'un CLS et d'un ASV évoque la complémentarité des actions mises en place en posant différents termes : *animation* pour l'ASV et *impulsion de projets* pour le CLS, ce qui renvoie aux différents niveaux de coordination envisagés pour ces dispositifs.

Dans un autre cas, une coordinatrice CLS alerte sur le fait que le CLS se soit substitué à l'ASV qui préexistait, précisant notamment qu'il ne s'agit pas des mêmes échelles de coordination, de proximité et de niveau d'action entre les deux dispositifs.

## des impensés ou des oublis tacites dans les missions de coordination

Lorsque nous avons abordé les missions des coordinatrices, l'objectif général du CLS de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que l'élaboration d'un diagnostic partagé n'ont pas toujours été évoqués. Nous faisons ici l'hypothèse que l'enjeu de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) relève d'un impensé et n'est pas identifié comme tel par les acteur·trices en dehors du champ de la santé. L'invisibilisation des ISTS dans les CLS résulterait-elle d'une invisibilisation dans les Projets régionaux de santé (PRS) ? L'objectif général de réduction des ISTS reposerait-il uniquement sur la fonction de coordination qui devrait endosser plusieurs rôles : celui de lutter à la fois contre la fragmentation des acteur·trices locaux, d'identifier et de répondre aux appels à projets, et de résorber les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Concernant les diagnostics partagés, ils constituent un préalable important à la mise en œuvre d'une feuille de route cohérente et adaptée aux besoins du territoire. L'élaboration de ces diagnostics nécessite du temps afin que les acteur·trices locaux fassent reposer leurs politiques publiques sur des indicateurs originaux et adaptés faisant émerger la question des ISTS et permettant de s'éloigner des portraits de territoire classiques. Quelle place la mise en visibilité des ISTS prend-elle dans l'élaboration des diagnostics partagés préalables à la mise en place des projets locaux de santé déclinés par les DTS ? Quelle importance les cosignataires accordent-ils-elles aux ISTS ?



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

La question de la participation des habitant·es suscite des interrogations sur les modalités de sa mise en place. À quel(s) moment(s) doit-elle intervenir ? Quels moyens lui sont dédiés ? Quelles approches et postures de la part des coordinations pour contourner les risques d'une participation alibi ?

## les postes et positionnements administratifs des coordinations : les implications sur l'action intersectorielle

### L'hétérogénéité des statuts

Concernant les statuts, nous constatons qu'un tiers des coordinatrices sont fonctionnaires titulaires de la fonction publique territoriale. Les autres sont majoritairement contractuelles de cette même fonction publique. Exceptionnellement, elles sont salariées de structures associatives. Ainsi, près des deux tiers des coordinatrices de notre échantillon sont en contrat de projet ou bien en CDD. Les coordinatrices bénéficiant du statut de fonctionnaire privilégient plus souvent les intitulés de chargée de mission santé, animatrice santé, cheffe de projet 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) auxquelles sont rattachés ces postes. Cette double précarité peut avoir un impact sur le turn-over des postes mais aussi sur « *l'éternel recommencement* » des partenariats évoqué par les coordinatrices.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## les enjeux de la collaboration interservices

« Je suis toute seule sur la santé, mais je ne travaille jamais toute seule »

Le plus souvent, les coordinatrices sont intégrées dans des équipes de 5 à 20 personnes au sein d'une commune, d'un Établissement public de coopération intercommunale (Communauté de communes, Communauté d'agglomération...), d'un regroupement d'EPCI <sup>56</sup> comme les Pôles d'équilibre territorial et rural (PETR), d'un Parc naturel régional (PNR), et exceptionnellement d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'un Établissement public de santé mentale (EPSM) dans le cas des coordinations de CLSM.

La part des coordinations portées par les associations (4 %) ou par des CCAS (7 %) est marginale <sup>57</sup>. Dans certains cas, il peut y avoir un double rattachement : commune et Établissement public de santé mentale (EPSM), commune et Centre communal d'action sociale (CCAS)...

Pour autant, les coordinatrices évoquent souvent un sentiment d'isolement car elles sont généralement identifiées comme les seules professionnelles en charge de la thématique santé. Dans certains cas, rares, il existe tout de même une petite équipe santé avec des coordinatrices CLSM et Atelier santé ville (ASV) distinctes du ou de la coordinateur·trice de Contrat local de santé, allant de 1,5 à 3 EPT selon les ressources du territoire.

L'organisation des services et le positionnement des coordinatrices dans l'organigramme (service politique de la ville, Centre communal d'action sociale (CCAS), service santé, direction santé hygiène senior, direction générale adjointe, association...) peut faciliter le travail avec des services agissant sur d'autres déterminants de la santé : logement, cadre de vie....

---

<sup>56</sup> Un pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) est une catégorie d'établissement public créée par la loi Maptam du 27 janvier 2014. Il est constitué par accord entre plusieurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité d'un périmètre d'un seul tenant et sans enclave. Il élabore un projet de développement économique, écologique, culturel et social, appelé projet de territoire.

<sup>57</sup> [Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé \(CLS – Politique de la santé\) et les Ateliers santé ville \(ASV – Politique de la Ville\). 2023.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Aucun contexte et équipe de coordination ne se ressemblent. Le service dans lequel est intégré le·la coordinateur·trice peut impacter et donner une certaine tonalité à la nature des actions mises en œuvre ainsi qu'à la qualité de transversalité des actions.

### les facteurs favorisant la capacité à travailler en intersectorialité

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 de santé (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 rattachée la coordinatrice 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. Dans d'autres cas, un double rattachement peut permettre de faire du lien entre différents services comme l'exemplifie cette coordinatrice : « *J'ai un double rattachement au service prévention santé handicap du Centre communal d'action sociale (CCAS) et au 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, coordinatrice CLS]
- De l'animation, en interne, de la direction ou du service auquel est rattaché le poste la coordinatrice. La transversalité peut être recherchée et soutenue par la direction, avec, par exemple, la mise en place de réunions d'équipe visant le partage d'informations et des temps de réflexion réguliers qui constituent alors un atout pour la mise en place d'actions intersectorielles.





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### les freins à la mise en place d'actions intersectorielles

Nous constatons que la précarité financière et statutaire des postes de coordination peut provoquer des discontinuités, et déstabiliser les dynamiques partenariales. Le plus souvent, les coordinations sont portées par une seule personne et rarement par des équipes.

Si la transversalité et « la santé dans toutes les politiques » relèvent de plusieurs facteurs, il peut toutefois arriver aussi que la mise en place d'actions intersectorielles repose essentiellement sur la posture et des initiatives de la coordinatrice.

#### le pilotage des démarches territoriales de santé

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 santé dans l'organigramme des élu·es ;
- La longévité des mandats ;
- La capacité de l'elu·e à porter et relayer les questions de santé auprès des autres élu·es ou référent·es d'autres communes ;
- La prise de compétence santé par la collectivité territoriale porteuse et l'affectation d'un budget dédié ;
- La formation initiale ou la sensibilité de l'elu·e pour donner une « couleur » à la DTS.

Dans l'enquête de Fabrique Territoires Santé<sup>58</sup>, près de 40 % des CLS de l'échantillon peuvent s'appuyer sur au moins deux élu·es, avec un binôme santé et politique de la ville, parfois identifié.

Sans surprise, les élu·es impliqué·es sont le plus fréquemment en charge de la délégation santé, y compris concernant les ASV. Parmi les autres délégations mentionnées, les élu·es investi·es couvrent une gamme étendue de domaines tels que les services à la population, la solidarité, le handicap,

---

<sup>58</sup> Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé (CLS – Politique de la santé) et les Ateliers santé ville (ASV – Politique de la Ville). 2023.



## DOSSIER RESSOURCES

---

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

l'éducation, l'enseignement supérieur, la transition alimentaire, l'agriculture...

En miroir, les coordinatrices qui ne disposent pas d'un appui politique fort identifient souvent comme un axe de travail fondamental (et comme une condition nécessaire à la poursuite de leurs missions) le fait de parvenir à mobiliser des élu·es et à les acculturer aux enjeux principaux de la santé publique.

### **promouvoir un triptyque élu·e/coordination/ direction afin d'asseoir une légitimité politique aux coordinations**

Nous observons, dans certains cas, un triptyque  
élu·e/coordination/direction à promouvoir dans la mesure où :

- La légitimité et le pouvoir d'agir des technicien·nes dépend de la légitimité que leur accorde leur hiérarchie et les élu·es ;
- L'inertie d'une direction peut empêcher la valorisation du dispositif dans les instances de gouvernance et donc amoindrir sa visibilité par les élu·es ou par les partenaires et autres services des collectivités, des EPCI, ou des regroupements d'EPCI ;
- Nous notons que dans certains cas, la communication effectuée par les coordinatrices au niveau des actions menées leur permet de les rendre visibles à la fois vis-à-vis de leurs collègues mais aussi à l'égard des agents publics locaux avec lesquels la DTS aurait intérêt à collaborer pour mettre de la santé dans toutes les politiques.

Le rôle d'intégrateur·trice joué par les coordinatrices est ambigu car son succès dépend très largement de leur capacité à mobiliser leurs partenaires et donc, en partie, de la légitimité politique dont elles disposent.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## le Copil à l'épreuve de la gouvernance partagée

Dans l'enquête sur le déploiement des ASV et des CLS<sup>59</sup>, nous notons que 40 % des ASV et 10 % des CLS ne disposent pas de Copils. Un comité de pilotage (Copil) peut être défini comme une instance décisionnaire permettant de statuer sur la stratégie et les priorités à poursuivre par le dispositif. Il s'agit bien d'un enjeu différent de celui de réunir les partenaires.

La force décisionnelle du Copil, particulièrement dans le cas d'un Contrat local de santé, est à questionner afin que celui-ci prenne véritablement sa place et joue son rôle sans être réduit à une instance de suivi entérinant des décisions prises en amont, comme cela a été souvent décrit dans les entretiens.

Il nous semble important de noter que les Copils peuvent devenir des instances locales de gouvernance partagée en santé s'ils sont investis par les signataires comme des espaces d'échanges et de coconstruction.

Comment se fabriquent les décisions à l'échelle des Copils ? Quel est le poids des différents signataires dans les prises de décisions ? Comment les décisions se prennent-elles en lien avec les différentes rationalités des acteur·trices qui le composent ?

## l'articulation CLS/CPTS : des dispositifs en complémentarité mais parfois mis en concurrence

L'articulation entre les CLS et CPTS semble aussi toujours poser question aux coordinatrices. Si certaines d'entre elles se sont emparées de ces questions – en lien avec les partenaires du territoire – d'autres sont en attente d'une clarification sur l'articulation de ces dispositifs. En effet, elles témoignent parfois d'une mise en concurrence des dispositifs, l'un pouvant faire de l'ombre à l'autre aux yeux de certain·es élu·es, pour qui l'accès et l'offre de soins relèveraient d'une priorité majeure au détriment de la prévention et de la promotion de la santé.

---

<sup>59</sup> [Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats Locaux de Santé \(CLS – Politique de la santé\) et les Ateliers santé ville \(ASV – Politique de la Ville\). 2023.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Dans certains cas, les coordinatrices réfléchissent et mettent en place d'elles-mêmes des espaces de concertation partagée, en lien avec les CPTS, mais aussi d'autres dispositifs, comme la Convention territoriale globale<sup>60</sup> (CTG).

D'un point de vue stratégique, une participation réciproque aux instances de gouvernance est souvent considérée comme un levier.

Les coordinatrices de DTS sont souvent largement associées à la mise en place de CPTS ou de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) sur leur territoire. Historiquement (et encore aujourd'hui), il a parfois été demandé aux coordinations (principalement CLS) d'impulser de l'exercice coordonné (MSP, ESP, centres de santé, etc.) et c'est dans la suite logique que l'on a confié à certain·es l'impulsion de CPTS quand celles-ci ne préexistaient pas au CLS. Aujourd'hui, et dans les territoires ruraux notamment, il est fréquent que les coordinatrices impulsent la dynamique de la mise en place de MSP et CPTS avec un temps important dédié à leur mise en place. Par exemple, dans le cas d'un CLS positionné à l'échelle d'une communauté d'agglomération de 57 000 habitants, l'accompagnement des CPTS fait partie d'une fiche-action du CLS.

## les enjeux autour de l'échelle territoriale et du portage politique pertinents

### santé et territoire : quelques repères

Loin de se cantonner à sa définition administrative et juridique, la notion de territoire fait appel à plusieurs disciplines : la géographie, l'histoire, l'éthologie, les sciences politiques, l'anthropologie, l'économie ainsi qu'aux sciences de l'organisation et du management public... Nous aborderons spécifiquement ci-dessous l'évolution de la notion de territoire en géographie.

La notion de territoire émerge en géographie dans les années quatre-vingt, dans une acception qui n'est plus seulement aménagiste<sup>61</sup>. Selon Maryvonne

---

<sup>60</sup> Depuis 2022, la signature d'une Convention territoriale globale (CTG) vient progressivement remplacer le Contrat enfance jeunesse (CEJ).

<sup>61</sup> Longtemps ce mot était arrimé à « aménagement du... », surtout après la création de la Datar, Délégation à l'aménagement du territoire, en 1963.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Le Berre, géographe : « *Le territoire peut être défini comme la portion de la surface terrestre, appropriée par un groupe social pour assurer sa reproduction et la satisfaction de ses besoins vitaux. C'est une entité spatiale, le lieu de vie du groupe, indissociable de ce dernier*<sup>62</sup> ». Par conséquent, le territoire résulte d'une action des humains, « *il n'est pas [seulement] le fruit d'un relief, ou d'une donnée physico-climatique* »<sup>63</sup>, comme le souligne Thierry Paquot, philosophe et urbaniste. Le territoire n'est donc pas préexistant, il est un produit, celui de son concepteur, qui l'imagine et le matérialise en lui fixant des limites.

En géographie sociale <sup>64</sup>, c'est la notion de territorialité qui permet d'approcher la notion de « *territoire vécu* » définie comme « *la structure latente de la quotidienneté, c'est-à-dire l'ensemble des relations entretenues par une société pour satisfaire ses besoins, dans la perspective d'acquérir la plus grande autonomie possible, compte tenu des ressources du système* »<sup>65</sup>. Cette acception du territoire comme structure latente de la quotidienneté est importante à prendre en compte dans la mise en place des politiques de santé, en complémentarité de la notion plus classique de territoire administratif aux limites fixées.

La santé se déploie aujourd'hui via de nombreux découpages territoriaux. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003 <sup>66</sup>, le territoire de santé <sup>67</sup> se substitue au secteur sanitaire et devient alors le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Ces territoires de santé doivent prendre en compte les lieux de vie, les états de santé et les lieux de soin. La loi HPST<sup>68</sup> place le territoire au cœur de l'organisation du système de santé, en appelant à une organisation territoriale qui dépasse le cadre du soin *stricto sensu*. La loi MATPAM<sup>69</sup>, quant à elle, refonde la logique territoriale et réorganise les soins sur de nouveaux territoires appelés « *territoires de démocratie*

---

62 Le Berre M. Territoires. In : Bailly A, Ferras R, Pumain D, éditeurs. Encyclopédie de géographie. Paris : Economica ; 1995.

63 [Paquot T. Qu'est-ce qu'un « territoire » ? Vie Sociale. 2011 ; \(2\) : p. 23-32.](#)

64 En ce sens, la géographie sociale se définit comme l'analyse de la dimension spatiale des sociétés partant du postulat qu'il n'existe pas de société détachée de son territoire et qu'à l'inverse, tout territoire est façonné par la ou les sociétés qui l'habitent.

65 Concept avancé par Claude Raffestin, géographe.

66 [Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation](#)

67 Ou bassin de santé.

68 Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) du 21 juillet 2009.

69 Loi MATPAM, de Modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles du 27 janvier 2014.



## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

*sanitaire* ». En 2018, le plan « ma santé 2022 »<sup>70</sup> prévoyait la création de Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS).

Ces évolutions portent la marque d'un ancrage territorial de plus en plus important de l'action publique dans le domaine de la santé. Toutefois, la seule réponse du système de santé est insuffisante pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Depuis de nombreuses années, les communes et les EPCI se saisissent de plus en plus des questions de santé tant au niveau du secteur des soins, du médico-social, mais aussi et surtout via leurs compétences obligatoires ayant un impact sur la santé.

## des échelles territoriales et des portages politiques variés

Dans notre échantillon, les périmètres géographiques de DTS se situent autour de 29 à 148 communes. Le nombre d'habitants couverts par ces démarches varie de 50 000 à presque 200 000. Il s'agit de territoires aussi bien urbains que ruraux. Les Contrats locaux de santé portés à l'échelle de PETR ou de PNR se situent plutôt dans un territoire rural. Presque tous les territoires disposent d'un à deux QPV.

Historiquement, les Ateliers santé ville se sont mis en place à l'échelle des contrats de ville. Ainsi, bien que les contrats de ville soient signés à l'échelle intercommunale depuis 2014<sup>71</sup>, les ASV se déploient bien souvent à l'échelle communale. Les périmètres géographiques d'un CLS ainsi que l'échelon de pilotage varient de l'échelon communal à intercommunal (Communautés de communes, Communautés d'agglomération). Les CLSM répondent à des logiques encore différentes sur un choix d'échelle à mi-chemin entre la structuration administrative et la structuration hospitalière.

Dans notre échantillon, certains CLS et CLSM sont positionnés à l'échelle intercommunale (Communauté de communes, Communauté d'agglomération majoritairement) mais aussi, et cela constitue une relative nouveauté, nous observons des CLS portés à l'échelle de fusion d'EPCI tels que les Pôles d'équilibre territorial et rural (PETR). L'échelle d'un pays ou d'un PETR correspond à des projets de territoires supra-communautaires<sup>72</sup>.

---

70 Annoncée en septembre 2018 par le président de la République, la stratégie Ma santé 2022 propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français.

71 [La loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, dite « loi Lamy »](#) :

72 Pour plus d'informations, consulter : <https://www.anpp.fr/payspetr/definition-pays-petr/>



## DOSSIER

## RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## définir l'échelle territoriale : des critères plutôt administratifs, politiques et/ou relatifs aux bassins de santé

Comment se décident et se négocient les périmètres géographiques, administratifs, juridiques et sanitaire mais aussi le portage politique de ces démarches territoriales de santé et comment cela se traduit-il ?

Le choix de l'échelle territoriale est le plus souvent politique et/ou historique. Plusieurs coordinatrices indiquent en effet que l'élargissement du périmètre géographique d'un CLS résulte d'une fusion d'intercommunalités. Au contraire, son déploiement à l'échelle communale peut simplement résulter d'un manque de demande/d'intérêt de la part de l'échelle intercommunale. D'autres motifs sont également invoqués : la stratégie de l'ARS ou la volonté politique locale.

Dans un cas, le CLS a été positionné à l'échelle de deux pays afin de couvrir le groupement hospitalier suite à une décision de l'ARS. La notion de bassin de santé<sup>73</sup> a prévalu à la notion de bassin de vie et ne semble pas adaptée aux parcours de santé et à la cohérence du territoire. Dans d'autres cas, l'échelle géographique du CLS s'appuie sur celle de l'ASV en capitalisant sur ses acquis.

Les enseignements tirés d'une évaluation à mi-parcours peuvent également permettre d'interroger l'adéquation entre les besoins, les spécificités du territoire et les moyens dédiés.

## la déclinaison de multiples politiques implique un enchevêtrement d'échelles territoriales

Nous constatons que la déclinaison des politiques et dispositifs ayant un impact sur la santé ou sur l'offre de soins conduit à un enchevêtrement d'échelles territoriales qui rend complexe l'animation d'une politique locale de santé qui se doit de prendre en compte l'ensemble de ses déterminants. Ceci est en effet souligné par ce témoignage issu de l'entretien collectif : « Ce

---

<sup>73</sup> Le bassin de santé correspond à une zone d'attraction hospitalière.

[Vigneron E. Les bassins de santé : concept et construction. ADSP. N° 29 - Santé publique et aménagement du territoire.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

*qui est compliqué, c'est que selon les thématiques traitées, 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 psychiatrique ; sur celle de la qualité de l'air et de la mobilité, c'est l'échelle de l'agglomération, etc... ». [Entretien collectif]. La pertinence de l'échelle communale et de proximité est aussi démontrée car « elle permet de mobiliser les habitant·es et d'agir en lien avec les Centres communaux d'action sociale (CCAS) qui sont difficilement mobilisables car trop nombreux à une échelle plus large ». [Entretien collectif]*

Ces éléments soutiennent l'idée d'une exigence de souplesse dans les dynamiques de réseaux et mobilisation de partenaires qui va bien souvent au-delà des critères administratifs du territoire. D'autant plus que chaque acteur·trice, outre son champ d'action sectoriel, est inscrit dans un périmètre qui ne recouvre pas totalement celui de ses partenaires.

Comment définir l'échelle pertinente d'observation des inégalités sociales de santé et de mise en place d'actions agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé, à savoir les politiques publiques portées à différentes échelles territoriales ? Faut-il distinguer les enjeux stratégiques et politiques des enjeux opérationnels qui peuvent être portés à des échelles différentes ? Faut-il générer et préserver de la souplesse au niveau du réseau des partenaires en fonction des thématiques traitées au-delà des critères administratifs ?

## le risque d'une animation à géométrie variable ciblée sur la ville centre

La taille physique du territoire est déterminante et influe fortement sur l'animation et la coordination des DTS. Les territoires vastes et regroupant de nombreuses collectivités (ou ceux supra communautaires comme les pays ou PETR) supposent des temps de déplacements et un large réseau d'élus·es qui complexifient nécessairement la mission de coordination et supposent une charge de travail conséquente voire irréalisable par une seule personne. Parfois, c'est l'absence d'élus·e ou de référent·e santé dans certaines communes qui freine une animation censée couvrir tout le territoire. 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 à géométrie variable et à une moindre adhésion des élus·es de ces communes.





## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

# l'échelle territoriale des DTS à l'épreuve de la politisation des questions de santé

Nous ne pouvons pas faire l'impasse du politique dans le choix de l'échelle territoriale et du portage des postes de coordination. Même si cela s'accompagne d'autres éléments, les modalités d'engagement des élu·es locaux·ales sont essentielles à la préservation des missions des coordinateur·trices. Il est important de noter que suivant que l'on soit élu·e d'une commune ou d'une intercommunalité, le suffrage et les modalités d'élection ne sont pas les mêmes<sup>74</sup>. En effet, il n'y a pas de suffrage universel direct pour les conseiller·es communautaires, alors même que leurs compétences ne cessent de croître au fil des différentes réformes. Pourtant, les intercommunalités sont de plus en plus nombreuses à s'emparer des questions de santé, avec une délégation portée et incarnée par un·e élu·e, avec des implications à géométrie variable, par exemple en Île-de-France<sup>75</sup>.

Cela pose la question du portage politique de la santé par les intercommunalités, mais aussi par les pays et PETR, qui constituent un regroupement d'EPCI et dont le portage politique de la santé reste encore peu documenté.

En outre, l'instauration d'une politique de santé à une échelle qui ne s'en était pas saisie en amont de la mise en place du CLS peut demander du temps, comme le témoigne cette coordinatrice dont le CLS a été positionné à l'échelle d'un PETR alors que le portage politique des questions de santé à l'échelle des communes membres restait encore à construire : « *Ce travail a pris beaucoup de temps puisque cela impliquait qu'il fallait repérer les collectivités qui avaient (ou pas) des commissions santé, les encourager, et désigner un élu référent santé* ». [Entretien individuel, coordinatrice CLS, CLSM]

L'hétérogénéité des échelles auxquelles se déploient les CLS et les CLSM interroge : n'occulte-t-on pas ici des dimensions topographiques, démographiques, sociologiques ou politiques induites par le choix de l'échelle ? Que devient la notion de proximité et de territoire vécu si les territoires s'élargissent suite à des fusions d'intercommunalités ?

Les coordinatrices témoignent souvent de missions très différentes si le CLS est déployé à l'échelle communale, intercommunale ou à l'échelle supra

<sup>74</sup> [Thomas O. L'absence persistante de suffrage universel direct pour l'intercommunalité française : atout ou handicap ? Politique et Sociétés. 2011 : 30\(3\) : p. 3-163.](#)

<sup>75</sup> [Le Goff T, Mangeney C, Sad A. Les intercommunalités franciliennes se saisissent de la santé. Note rapide Gouvernance-Santé. 2024 Apr 25 : \(1009\).](#)



## DOSSIER RESSOURCES



### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

communautaire (pays, PETR). Nous pouvons ainsi en déduire qu'il y a de réelles différences entre les coordinations quand elles sont à une échelle infracommunale, communale, intercommunale ou supra communale. N'y a-t-il pas un risque de nommer alors ces dispositifs de la même manière ? Comment ces différences et particularités sont-elles prises en compte par les ARS, les collectivités et les EPCI ?

Une évaluation a posteriori des effets produits par le choix de l'échelle et de l'animation semble être une bonne pratique à mettre en place afin de mesurer l'adéquation entre le territoire sanitaire, politique, juridique et les capacités d'animation avec les enjeux de santé et de mobilité de ses habitant·es.

Enfin, les politiques et dispositifs qui agissent sur les déterminants de la santé se déployant sur des échelles géographiques différentes, les coordinatrices sont appelées à une souplesse d'adaptation et de pratiques d'intervention, au-delà des critères administratifs.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## conclusion

Nous assistons aujourd'hui à une complexification des enjeux de santé publique. Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des maladies chroniques et les changements environnementaux affectant les milieux et les conditions de vie s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès aux soins et à la prévention qui ne cessent de se creuser.

Il est désormais admis que la santé d'une population est tributaire d'un ensemble de déterminants complexes, reliés entre eux et dont les leviers d'actions relèvent de différents secteurs de l'action publique. Une approche globale en santé requiert donc des coopérations permettant la transversalité entre différents secteurs de l'action publique et ce sont leurs dimensions, leurs contraintes et leurs enjeux que nous avons tenté de donner à voir et de questionner dans ce Dossier ressources.

Si les phénomènes de décentralisation et de territorialisation des politiques de santé ont abouti à une harmonisation des schémas et territoires sanitaires et reconfiguré les modalités de traitement des problèmes publics en les localisant, ils ont aussi accéléré le développement de multiples objets locaux/territoriaux appelant des coordinations : Ateliers santé ville, Conseils locaux de santé mentale, Contrats locaux de santé... Pour assurer ces coordinations, de nouveaux métiers sont ainsi apparus à l'interface de nombreuses compétences et champs d'action : animateur·trices de santé publique, coordinateur·trices, chef·fes de projet santé). Nous l'avons vu, les missions de coordination sont multifformes et variables d'un territoire à l'autre selon les configurations administratives, politiques et territoriales qui s'y opèrent. Les postes de coordination des démarches territoriales de santé sont partiellement financés par l'État et les collectivités territoriales qui les portent.

Toutefois, ceci s'est opéré sans pleinement reconnaître le rôle et la capacité d'agir de ces collectivités territoriales dans le champ de la santé. En effet, la loi 3DS<sup>76</sup> et ses aspects concernant la territorialisation de la santé ne font qu'une reconnaissance mineure du rôle des territoires dans les politiques publiques de santé.

Si nous nous focalisons sur le Contrat local de santé, incarnant l'archétype de l'objet partenarial porté par des élu·es locaux·ales et à vocation de coordinations intersectorielles et partenariales très larges, nous observons,

---

<sup>76</sup> Initialement, la loi 3DS avait un autre nom : loi 4DS « Différentiation, Décentralisation, Déconcentration et Décomplexification de l'action publique locale.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

au gré des générations et des contractualisations une évolution de la place des collectivités :

- Il s'agissait initialement d'un dispositif optionnel à la main des Agences régionales de santé (ARS) afin de mobiliser localement les coopérations nécessaires à la déclinaison du Projet régional de santé ;
- L'implication des collectivités a peu à peu systématisé une programmation partenariale subsidiaire au droit commun ;
- Désormais, nous observons une ambition de structurer une gouvernance locale partagée en santé qui reste à préciser, à la fois sur la portée des enjeux, mais aussi sur les échelles et l'articulation des démarches entre elles.

Pour cette dernière étape, nous observons que le portage des postes de coordination et le statut des coordinateur·trices dans la collectivité ont un impact non négligeable sur les politiques de santé déployées par ces démarches. Plus le projet de santé est ancré dans un territoire et porté par une collectivité, plus la démarche peut s'autonomiser d'une contractualisation éphémère et reposer sur des postes plus pérennes et davantage intégrés dans la collectivité. Ceci pose bien sûr la question des moyens alloués aux collectivités territoriales pour se doter de la compétence santé.

En matière de gouvernance, un certain nombre de facteurs permettent d'asseoir la légitimité des coordinations, parmi lesquels le bon fonctionnement du triptyque coordination / élu·e / direction, ainsi que le caractère collégial du travail mené sur le projet local et ses priorités. Les comités de pilotage devraient être le lieu de cette concertation stratégique entre les signataires et permettant de limiter les asymétries de pouvoir entre les différentes parties prenantes.

En outre, la coordination « multi casquettes » de Contrats locaux de santé et Conseils locaux de santé mentale a également soulevé des interrogations dans ce Dossier ressources. Si l'article 122 de la loi 3DS<sup>77</sup> prévoit l'obligation d'inscrire un volet dédié à la santé mentale dans les Contrats locaux de santé, nous pouvons questionner le lien de cause à effet observé dans certains territoires impliquant que les deux démarches soient coordonnées par la même personne. En effet, les CLS et CLSM présentent des contours, effets, échelles géographiques et philosophies distinctes. Ils sont complémentaires et doivent être articulés. Plus généralement, il s'agit de questionner ces coordinations « multi casquettes » qui tendent à devenir la norme. Quand bien même les démarches mobilisent parfois les mêmes acteurs, restreindre

---

<sup>77</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000045197595](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045197595)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

les moyens humains dédiés à chacune peut affecter leur bon déploiement et gommer leurs spécificités.

Sur le plan des échelles territoriales, les stratégies restent à affiner au-delà de l'effet d'aubaine créé par la manifestation d'intérêt exprimée par une collectivité ou un établissement public. Il appartient à l'ensemble des parties prenantes d'interroger l'adéquation du territoire administratif avec la notion de territoire de proximité ou de territoire vécu, afin de penser une coopération cohérente avec les parcours de santé des habitants.es.

Enfin, malgré leur utilité, nous constatons les limites de cette course aux coopérations incarnée par des coordinations. Outre les inégalités territoriales générées par la variabilité des moyens mobilisés, elles n'ont que rarement permis de pleinement impliquer les autres politiques publiques sectorielles en matière de santé. Face aux nombreux défis actuels en santé, des espaces et modalités de coopérations intersectorielles pérennes restent à créer et devraient être soutenus par l'État et les grands opérateur·trices de la santé (Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), professionnel·les de santé, etc.).

Si ces constats et réflexions, inspirés par les témoignages de coordinateur·trices, sont ceux de Fabrique Territoires Santé, reste à savoir si les autres protagonistes de ces coordinations les partagent et souhaitent les mettre en débat à leurs échelles respectives. Si tel est le cas, notre association se tient à leur disposition.



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

## ressources bibliographiques

Le **style Vancouver**<sup>78</sup> a été utilisé pour formater les références dans la bibliographie de ce Dossier ressources. Les références sont classées par ordre alphabétique et par catégories de ressources.

### articles

[Aubert I, Kletz F, Sardas JC. La coordination : d'une fonction à un métier ? Le cas des coordonnateurs dédiés en santé. Politiques Manag Public. 2022 ; 3\(3\) : p. 317-339.](#)

[Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. Santé Publique. 2007 ; 19\(hs\) : p. 73-77.](#)

[Bartoli A, Gozlan G. Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation. Manag Avenir. 2014 ; 68\(2\) : p. 112-133.](#)

[Berchi C, Cueille S. Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations. Politiques Manag Public. 2022 ; 3\(3\) : p. 287-295.](#)

[Bourgueil Y. L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? Commentaire. Sci Soc Santé. 2017 ; 35\(1\) : p. 97-108.](#)

[Charapoff S, De Fos E, Oumarjal M, et al. Coordonner un conseil local de santé mentale : un métier à part entière. Inf Psychiatr. 2020 ; 96\(7\) : p. 561-567.](#)

[Fleuret S. Les contrats locaux de santé : un \(timide\) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire. Sci Soc Santé. 2016 ; 34\(2\) : p. 107-115.](#)

[Garcette C. La coordination en travail social : principe et mode d'organisation. Vie Soc. 2008 ; 3\(3\) : p. 45-54.](#)

[Haschar-Noé N, Salaméro É. La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions. Sci Soc Santé. 2016 ; 34\(2\) : p. 81-105.](#)

---

78 Format : Auteur(s). Titre de l'article. Titre de la revue. Année ; volume(numéro)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

[Haschar-Noé N, Salaméro É, Honta M. La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé. J Gest Econ Med. 2015 ; 33\(6\) : p. 375-388.](#)

[Hassenteufel P. L'impossible intersectorialité en santé ? Commentaire. Sci Soc Santé. 2021 ; 39\(3\) : p. 107-112.](#)

[Honta M, Haschar-Noé N. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. Sci Soc Santé. 2011 ; 29\(4\) : p. 33-62.](#)

[Honta M, Haschar-Noé N, Salaméro É. L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des Contrats locaux de santé. Négociations. 2018 ; 29\(1\) : p. 143-155.](#)

[Honta M. L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité. Epidemiology and Public Health = Rev Epidemiol Sante Publique. 2019 ; 67\(suppl. 1\)](#)

[Honta M. Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance. Sci Soc Santé. 2017 ; 35\(1\) : p. 71-96.](#)

[Le Goff T, Mangeney C, Sad A. Les intercommunalités franciliennes se saisissent de la santé. Note rapide Gouvernance-Santé. 2024 Apr 25 ; \(1009\).](#)

[Malone T. W. and Crowston K., 1994. The Interdisciplinary Study of Coordination. ACM Computing Surveys 26 \(1\), p. 87-119](#)

[Paquot T. Qu'est-ce qu'un « territoire » ? Vie Sociale. 2011 ; \(2\) : p. 23-32](#)

[Pesqueux Y. De la notion de territoire. Prospective et stratégie. 2014 ; 4-5\(1-2\) : p. 55-68.](#)

[Peters DJM, Klijn EH, Stronks K, et al. La coordination et l'intégration des politiques, la confiance, la gestion et la performance dans les réseaux de politiques de santé publique : enquête. Rev Int Sci Adm. 2017 ; 83\(1\) : p. 205-225.](#)

[Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rev Fr Aff Soc. ; p. 231-260.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

[Sallé L, Honta M, Haschar-Noé N. Les injonctions contradictoires à l'intersectorialité dans l'action publique sanitaire. L'exemple du Programme National Nutrition Santé. Sci Soc Santé. 2021 ; 39\(3\) : p. 79-105.](#)

[Thomas O. L'absence persistante de suffrage universel direct pour l'intercommunalité française : atout ou handicap ? Politique et Sociétés. 2011 ; 30\(3\) : p. 3-163](#)

[Vignerot E. Les bassins de santé : concept et construction. ADSP \[Internet\]. N° 29 - Santé publique et aménagement du territoire.](#)

## études et travaux

[Fabrique Territoires Santé. Enquête sur le déploiement des démarches territoriales de santé que sont les Contrats locaux de santé \(CLS – Politique de la santé\) et les Ateliers santé ville \(ASV – Politique de la Ville\). 2023.](#)

[Fabrique Territoires Santé – CGET. Les dynamiques territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur : configuration et déploiement. 2017.](#)

## actes et ouvrages

[Fabrique Territoires Santé. Rencontre nationale « Contrats locaux de santé, Conseils Locaux en Santé mentale et autres Ateliers santé ville : Rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles ». Fabrique Territoires Santé ; 2023.](#)

[Fabrique Territoires Santé. La Territorialisation des Politiques de Santé. Journée d'études #1, Actes. Intervention de Renaud Epstein, sociologue, maître de conférences en sciences politiques, Science Po Saint-Germain-en-Laye ; 2018.](#)

[Gaudin JP. Gouverner par contrat. Paris : Presses de Sciences Po ; 2007.](#)

Jeannot G. Les métiers flous. Travail et action publique. Toulouse : Octarès Éditions ; 2005. 166 p

Gaudin JP, Novarina G, éditeurs. Politiques publiques et négociation : multipolarités, flexibilités, hiérarchies : quelques courants contemporains de recherche. Paris : CNRS Éditions ; 1997. (Cahiers du PIR Villes).





## DOSSIER RESSOURCES

—

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Le Berre M. Territoires. In : Bailly A, Ferras R, Pumain D, éditeurs. Encyclopédie de géographie. Paris : Economica ; 1995.

Fassin D. Politique des corps et gouvernement des villes. Dans : Fassin D, dir. Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris : La Découverte ; 1998. p. 7-46.

Gardon S, Bergeron H, Benamouzig D. Chapitre 10 - L'instrumentation de l'action publique. Dans : Bergeron H, Castel P, Nouguez E, dir. La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques. Versailles : Éditions Quæ ; 2020. p. 225-246.

## revues

[Promotion Santé Bretagne. Les territoires de la promotion de la santé. Horizon Pluriel. 2023 ; \(39\) : p. 123-130.](#)

[Labocités, Fabrique Territoires Santé. ASV, CLS, CLSM, politique locale en santé... Quelles évolutions des démarches territoriales en santé en Auvergne-Rhône-Alpes ? 2019.](#)

[Contrat local de santé : les atouts et les contraintes du milieu rural. La Gazette des communes.](#)



## DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

# liste des annexes

## annexe n°1 : protocole d'enquête

### 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 majoritairement le féminin dans ce document.

### Phase exploratoire

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

### Recueil de données

Une grille d'entretien et d'analyse ont ensuite été élaborées. 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'analyse et de les mettre en discussion. Ils ont permis de croiser la parole de 9 coordinatrices.



## annexe n° 2 : échantillon des professionnelles interrogées

### DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Intitulé de poste	Coordinatrice santé (CLS et ASV)	Coordinatrice CLS	Coordinatrice CLS + une nouvelle coordinatrice en cours de recrutement	Coordinatrice CLSM	Coordinatrice CLS
Type de contrat de la coordinatrice	Fonctionnaire de la fonction publique territoriale/ titulaire	CDD	CDD	CDD	CDD/CDD de projet
Type d'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou de regroupement d'EPCI	Commune	Pôle d'équilibre territorial et rural (PETR)	Parc naturel régional (PNR)	Service santé de la commune et EPSM	Communauté d'agglomération (CA)



## annexe n° 3 : échantillon des coordinatrices participantes aux entretiens collectifs

### DOSSIER RESSOURCES

### LES COORDINATIONS DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

#### Atelier 1 : 29 février 2024

Intitulé de poste (types de dispositifs coordonnés)	Chargée de mission santé (CLS)	Chargée de mission santé (CLS)	Coordinatrice CLS	Chargée de mission santé (CLS et CLSM)	Direction et dispositifs connexes (CLS et ASV)
Type de contrat	CDD	Contrat de projet	CDD	Fonctionnaire	Fonctionnaire
Type d'établissement public de coopération intercommunale ou de regroupement d'EPCI	PETR	CA	PETR	Communal	Communal
Service	Service administratif du PNR	Direction des solidarités	Service administratif PETR	CCAS	Service politique de la ville

#### Atelier 2 : 6 mars 2024

Intitulé de poste (types de dispositifs coordonnés)	Cheffe de projet santé (CLS)	Coordinatrice des politiques de santé (CLS)	Chargée de mission santé (CLS et CLSM)	Coordinatrice du CLS et ASV
Type de contrat	Fonctionnaire de la fonction publique territoriale	Fonctionnaire de la fonction publique territoriale	CDD	Fonctionnaire titulaire de la fonction publique territoriale
Type d'établissement public de coopération intercommunale ou de regroupement d'EPCI	PETR	Communauté d'agglomération (CA)	Communauté d'agglomération (CA)	Commune
Service	Équipe administrative du PETR	Direction santé hygiène sénior	DGA solidarité	Double rattachement CCAS et service vie associative de la mairie de la commune



Fabrique Territoires Santé, nouveau nom de la Plateforme nationale de ressources ASV, s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CSL, CLSM,...) et aux porteurs de ces dynamiques dans les territoires, concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politique de la ville. La capitalisation, l'information et la veille documentaire, l'organisation de rencontres et de temps de qualification des acteurs sont les outils qui lui permettent de mener à bien ses missions. Fabrique Territoires Santé est une association loi 1901, financée principalement par Santé publique France, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et la Direction générale de la santé.

## Dossiers Ressources

-

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé.

La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques.

Après une capitalisation consacrée aux Ateliers santé ville, les *Dossiers Ressources* proposent une approche par thématique.

Les *Dossiers Ressources* présentent un état des lieux du sujet et diverses actions locales inspirantes.