



Campus Condorcet  
93300 AUBERVILLIERS  
[contact@fabrique-territoires-sante.org](mailto:contact@fabrique-territoires-sante.org)

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

Siret — 537 674 707 00048

## SYNTHESE DE LA JOURNÉE D'ETUDE

**« CLS, ASV, CLSM...  
quelles (bonnes) échelles  
pour la gouvernance et  
la coordination des démarches  
de santé ? »**

—  
Nantes - 28 novembre 2024

# « CLS, ASV, CLSM... quelles (bonnes) échelles pour la gouvernance et la coordination des démarches de santé ? »

La journée d'étude « *CLS, ASV, CLSM<sup>1</sup>... : quelles (bonnes) échelles pour la gouvernance et la coordination des démarches de santé* », a réuni divers acteur·rices (collectivités, ARS, associations, universitaires) pour échanger sur les échelles territoriales les plus adaptées à la gouvernance et à la coordination des démarches en santé.

L'événement a permis de réfléchir aux impacts de l'élargissement géographique des démarches territoriales, notamment en termes de pilotage et de cohérence des actions menées. L'objectif était de déterminer les échelles d'intervention les plus pertinentes pour optimiser l'efficacité des démarches en santé, dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé tout en favorisant la participation citoyenne et l'harmonisation des politiques locales.

Plus de 90 personnes ont pris part à cette journée.



<sup>1</sup> ASV : Atelier santé ville  
CLSM : Conseil local en santé mentale

## SYNTHESE

*Quels critères permettent de choisir les bonnes échelles territoriales, conciliant besoins locaux et ressources disponibles ?*

### I. OUVERTURE ET INTRODUCTION DE LA JOURNÉE

Bénédicte Madelin, administratrice (Fabrique Territoires Santé) a ouvert la journée. Après une présentation rapide de l'association, elle a rappelé que si les initiatives locales se multiplient, leur extension géographique questionne la gouvernance. Dès lors, quels critères permettent de choisir les bonnes échelles territoriales, conciliant besoins locaux et ressources disponibles ?

Martine Oger, élue métropolitaine santé, accessibilité universelle, handicap, solidarités (Nantes Métropole) a présenté la mise en place du Contrat local de santé (CLS) métropolitain de Nantes qui traduit la volonté de déployer une politique publique de santé cherchant à agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités. Cette démarche vise la déclinaison des politiques locales de santé en respectant l'identité de chaque territoire.

Marlène Collineau, adjointe au Maire en charge de la santé (ville de Nantes), a complété cette présentation rappelant que la mise en place d'un CLS métropolitain peut susciter des craintes concernant notamment la « dilution » des projets engagés à l'échelle de la ville de Nantes, ainsi que les conséquences financières liées à la métropolisation (impliquant une baisse de dotation pour les communes.) Elle a appelé à la mise en place de temps d'échanges pour travailler à l'articulation des politiques publiques.

Enfin, pour David Évrard, directeur de la délégation territoriale de Loire-Atlantique (ARS Pays de la Loire), l'échelle intercommunale est privilégiée car elle favorise la mobilisation des ressources et son champ d'intervention permet de mieux saisir des questions de santé environnementale ou encore de santé mentale et non plus uniquement de l'offre de soins. Cette échelle exige néanmoins une coordination efficace entre acteur·rices. Les enjeux liés à la « superposition » des différentes échelles administratives et professionnelles (CPTS, CLIC, etc.) sont signalés.





## II. PLÉNIÈRE

---

### ***TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ : QUE NOUS DISENT LES SCIENCES HUMAINES ET POLITIQUES ?***

#### **SYNTHÈSE**

---

Trois « regards » sur la territorialisation des politiques de santé : la géographie de la santé, l'(a)ménagement du territoire et la santé publique. Quels seraient les critères et les enjeux à retenir pour définir « le(s) bonne(s) échelle(s) territoriale(s) des projets de santé locaux » ?

› D'après l'intervention de Gérard Salem, *professeur émérite - géographie de la santé - Université Paris Nanterre*

Retour sur les concepts d' « échelle » et de « territoire »

Il ne s'agit pas de définir une échelle territoriale idéale puisque :

*« chaque échelle a des avantages et inconvénients, ... on perd en information en élargissant la focale .... Chaque objet a son échelle mais dans une articulation d'échelles interdépendantes ».*

De nombreux programmes se réfèrent en effet à la notion de territoire (et à la territorialisation) sans vraiment la définir : *Pacte territorial et santé, Projet territorial de santé mentale, Conseil local de santé mentale, Projet alimentaire territorial, territoires de démocratie en santé, communauté professionnelle territoriale de santé...* Le Conseil constitutionnel soutient pour sa part que « *la territorialisation de la politique de santé implique l'identification par les pouvoirs publics d'un territoire permettant d'analyser les besoins de santé et l'offre sanitaire, mais également celle d'un lieu de pouvoir doté d'une certaine autonomie* ».

Les territoires sont donc à ce titre des constructions dynamiques. C'est pourquoi les politiques publiques doivent prendre en compte et s'adapter aux « multi-appartenances » (lieu de vie, travail, offre de soins) de la population et éviter les « assignations » qui risquent de renforcer les exclusions. Les inégalités de santé ne sont ni sociales ni territoriales, mais bien socio-territoriales.

*« Le code postal est plus prédictif de l'état de santé que le code génétique »*



## SYNTHÈSE

Les « *besoins en santé* » sont par ailleurs difficile à mesurer en raison du manque d'indicateurs de santé en population générale d'une part et du risque de confusion entre accès et accessibilité aux soins d'autre part.

Les « *besoins en santé* » sont par ailleurs difficile à mesurer en raison du manque d'indicateurs de santé en population générale d'une part et du risque de confusion entre accès et accessibilité aux soins d'autre part.

Enfin, il existe des jeux d'acteur·rices à chaque échelle, ainsi que des articulations entre les échelles de vie, du/des territoire(s).

*« Il existe un et des territoires à la fois, avec des mailles territoriales à chaque échelle, des acteur·rices, et des articulations entre les échelles. »*

### Pistes de réflexion

› Les échelles permettant d'analyser les situations ne sont pas nécessairement celles de l'action.

Pour les géographes, rien n'est figé : l'échelle la plus fine n'est pas toujours la meilleure et la « meilleure » échelle n'est pas toujours utilisable. L'échelle à retenir pour dresser un état des lieux peut varier selon le problème de santé considéré.

Pour les acteur·rices et les décideur·ses, il y a des échelles pour agir, et elles peuvent être différentes selon les problèmes considérés et selon les lieux (village ruraux, banlieues, communes multipolarisées,...).

› Il est nécessaire d'articuler actions sociales et territoriales et de sortir de la logique offre/demande. Il convient, au contraire, de promouvoir une logique de satisfaction des besoins et d'adapter le système aux besoins des habitant·es (et non l'inverse !).

› L'approche territoriale - donnant lieu à des actions « au plus près » des habitant·es, en pied d'immeuble par exemple - peut comporter le risque d'une forme d'« assignation territoriale » qui conduit in fine à conforter le phénomène d'exclusion. Il y a alors un risque de renforcer les inégalités et/ou la compétition entre les territoires, à l'opposé de l'objectif d'inclusion et d'accès à une offre de soins initialement visé.

› L'approche territoriale renvoie à un enjeu de démocratie sanitaire. Elle s'appuie sur un état des lieux qui doit permettre de définir des priorités et interroge le processus de prise de décision : qui décide, comment, qui assure le suivi des décisions ?

› Le choix des échelles territoriales renvoie à une certaine conception de la cité. La politique de territorialisation est un outil politique. La santé est un sujet politique.

› Il faut promouvoir une politique d'équité.

*Les inégalités de santé ne sont ni sociales ni territoriales, mais bien socio-territoriales.*



D'après l'intervention de Laurent Chambaud, *ex-directeur de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)*

L'ensemble des systèmes de santé européens est aujourd'hui en crise. En France, le *turn over* des ministres de la santé participe de la fragilité à penser les politiques de santé sur le long terme.

**Coordonner pour décloisonner ?**

Le système de santé français se caractérise à la fois par son cloisonnement et par la prépondérance de l'hôpital. Le cloisonnement du système de santé a conduit à la mise en place de différents dispositifs de coordination à l'image des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la coordination de la médecine libérale, des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour les hôpitaux, des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour le médico-social, ou encore des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pour la gérontologie....

*« Le système de santé mis en place après la Seconde Guerre mondiale, avec une prépondérance forte de l'hôpital, est cloisonné... on parle sans arrêt de décloisonner, on met en place des dispositifs permettant de coordonner. »*

*« Il faudrait se poser la question de faire autrement pour améliorer la fluidité des parcours, sans augmenter le mille-feuille de coordinations ».*

**Le rôle du niveau local en santé**

La santé n'est pas une compétence locale, mais les collectivités s'y engagent de plus en plus parce que le niveau local est pertinent pour tisser des politiques intersectorielles en matière de santé, mais sans disposer pour autant de budgets dédiés.

Territoire administratif et territoire de projet sont bien souvent distincts. Il faut retenir le niveau qui permettra de rendre le meilleur service à la communauté.

*« Il faut donner plus à ceux qui en ont le plus besoin. Arrêter d'être égalitaire pour être équitable ! »*

## SYNTHESE

---

Le territoire doit être respectueux des entités communales

D'après l'intervention de Patrick Braouezec, *vice-président du Conseil national des Villes. Ancien maire de Saint-Denis et président de Plaine Commune (93)*

### L'intercommunalité comme territoire de projet

Le « bon » territoire se définit dans la perspective d'élaborer un projet commun. Il s'appuie sur un socle commun de valeurs et principes partagés qui va permettre de dépasser certaines limites. On observe par exemple que la majorité des plans locaux d'habitat à l'échelle intercommunale prévoit la construction de logements sociaux y compris pour des communes n'en voulant pas au départ.

L'intercommunalité permet ainsi de « faire mieux ensemble ». Pour cela, elle doit respecter les identités locales et favoriser la coopération pour des objectifs communs.

*« Il faut s'appuyer impérativement sur le respect des villes et de leurs élus puis convaincre de l'intérêt à réduire les inégalités sur un territoire donné ... il faut mettre en avant les conséquences potentielles des inégalités des territoires proches sur leur propre territoire. »*

*« Quelles politiques de régulation sur l'intercommunalité pour que les communes les plus en difficulté aient plus de moyens ? »*

*« Il y a possibilité de faire territoire sur des objectifs définis, des principes et des valeurs afin que les populations vivent mieux. »*

*« Le territoire n'est pas figé. »*

### Gouvernance et animation : des échelles distinctes

Le territoire doit être respectueux des entités communales. Il convient donc de distinguer l'échelle de « pilotage » (intercommunale) de l'échelle d'« animation » (plutôt communale).

*« L'animation doit être communale pour que les communes restent maîtresses de la mise en œuvre des politiques décidées à l'échelle intercommunale. »*

*« Le territoire doit être respectueux des entités communales. »*





### III. TABLE-RONDE

#### SYNTHESE

**Isabelle DUGELET**, vice-présidente de Charlieu Belmont Communauté, co-animatrice de la commission Santé de l'association des maires ruraux de France (AMRF).

Isabelle Dugelet a impulsé la mise place d'un CLS sur les 25 communes rurales de la communauté de communes, autour de problématiques par toutes les municipalités.

Le CLS s'appuie sur un diagnostic territorial des besoins. Les élus veulent un CLS simple, accessible à toutes et tous, jusque dans le plus petit des villages. Ils n'ont pas choisi une alliance avec la grande agglomération proche par crainte d'être « noyés », et ce choix a été validé par l'ARS.

Le CLS doit rester accessible et adapté aux besoins locaux. Les zones rurales souffrent de problèmes d'accès aux soins, malgré des initiatives prometteuses (bus santé, cabinets solidaires, ...). Des difficultés particulières sont observées en matière de santé mentale, notamment du fait du sentiment d'isolement, noté comme plus fort en milieu rural. La création d'espaces de liens sociaux semble être une piste. La difficulté des financements annuels d'associations phares en matière de santé des jeunes est également pointée, suggérant d'adopter plutôt des financements pluriannuels.

Les risques de mise en concurrence des territoires (départements notamment) sont forts. Un travail d'articulation notamment avec la Convention territoriale globale (CTG) de la CAF (CAF) est nécessaire.

*« La question de l'accès aux soins se dégage... on espère que le CLS sera attractif pour de nouveaux professionnel·les. »*

*« La difficulté des associations qui doivent répondre à des appels à projets annuels pour des financements. Nous souhaitons que l'ARS donne des subventions pérennes pour permettre la continuité des prises en charge. »*

*« Beaucoup de sujets se recoupent quand on fait les diagnostics. Il faut évoluer vers un unique mode de contractualisation (CLS/CTG). Il faut simplifier la vie des élus. »*



## SYNTHESE

---

*Si le CLS est juste un outil de contractualisation sans intention politique, il ne sert à rien... Mais l'intention politique doit être confrontée au diagnostic.*

**Pascale Echard-Bezaud**, adjointe au DGA Santé Sport Alimentation de la ville d'Évry-Courcouronnes, médecin de santé publique.

Évry-Courcouronnes est une commune nouvelle de 70 000 habitant·es comprenant neuf quartiers prioritaires de la politique de la ville qui regroupent plus de 60 % de la population, dont une majorité de jeunes. Elle compte sur des acteur·rices très investi·es, et une capacité d'innovation importante, y compris dans les politiques publiques. La politique locale de santé s'appuie sur quatre démarches territoriales de santé - deux Ateliers santé ville, un Contrat local de santé et un Conseil local de santé mentale - conduites à trois échelles différentes.

L'entente entre les villes d'Évry et de Courcouronnes existait avant la fusion en 2019 en une seule ville et c'est sur la santé que cette fusion a été la plus facile, car elle a permis une meilleure coordination. Le CLS inclut une gouvernance participative et des actions transversales permises par le niveau local. Chaque fiche action est questionnée sous le prisme de la participation : « *Le niveau local est celui de la démocratie participative... Une assemblée citoyenne qui rend des avis, avec différents collèges (53 personnes), une saisine sur la santé avec plusieurs axes débattus. Une sollicitation du conseil des sages qui travaille aussi sur la santé des séniors.* ».

« *Il faut du temps pour créer une dynamique et insuffler la santé dans toutes les politiques, pour acculturer tous les acteurs et apprendre à travailler ensemble.* »

« *La ville peut être la bonne échelle mais ça va à l'encontre des bassins de vie, qui ne sont plus aussi cloisonnés qu'avant.* »

« *Il faut avoir la réelle volonté d'avancer ensemble et de travailler sur des territoires de projets.* »

**Jonhy Pattery et Tania Songne Petricien**, direction de la Cohésion sociale de la communauté d'agglomération Espace Sud, Martinique.

Consultée sur l'échelle de démocratie sanitaire, la Collectivité territoriale de Martinique a retenu le territoire de la communauté d'agglomération comme territoire de démocratie sanitaire pertinent et a proposé en outre la prise en compte de trois bassins de vie. L'intercommunalité est adaptée à la complexité locale (disparités géographiques), mais nécessite une acculturation des acteur·rices pour garantir la pertinence des actions. Concernant l'implantation d'une maison de santé :

« *Il faudrait une "géographie du juste"* »

« *Si le CLS est juste un outil de contractualisation sans intention politique, il ne sert à rien... Mais l'intention politique doit être confrontée au diagnostic.* »

« *Il faut tenir compte des jeux d'acteurs et appuyer sur le principe de la coopération, principe qui ne transpire pas naturellement dans les politiques publiques à la française. .... Les échelles territoriales doivent être suffisamment souples pour permettre la réponse appropriée à chaque niveau.* »

« *L'échelle intercommunale est la bonne car c'est l'échelle des projets.* »



**Florian Lavoyer, directeur santé publique, ville de Nantes et Nantes Métropole.**

La métropole soutient les projets locaux tout en structurant des actions communes, notamment via les CLS. L'engagement politique est indispensable pour porter les projets sur le territoire, et doit se faire dans un dialogue permanent.

Les marges de manœuvre aux mains des collectivités - qui peuvent faire un certain nombre de choix - sont une vraie question politique. Avec le déploiement des Maisons de santé, Nantes ne prend pas une compétence de l'État, ni des professionnel·les de santé libéraux mais porte un engagement fort et mobilise ses politiques locales concernant l'aménagement des territoires, l'accès à la prévention, le lien social et le maillage avec l'école et la petite enfance... qui créent des conditions qui incitent les professionnel·les à s'engager. Il s'agit de créer un territoire accueillant avec des conditions de travail satisfaisantes. C'est une vraie plus-value des villes par rapport aux ARS qui ne sont pas en proximité, ni dans les quartiers. Et cela n'empêche pas une collaboration satisfaisante entre collectivité et ARS.

*« Les 24 élus·es de la politique de santé se réunissent régulièrement dans des espaces de dialogues pour une acculturation entre pair·es élus·es, quel que soit le poids de la commune, ce qui construit une culture commune. »*

*« Le CLS fonctionne par étape, il faut se donner de la souplesse. »*

## SYNTHESE

---

### Enjeux clés et recommandations issus des échanges

- › **Participation citoyenne** : il est impératif d'associer activement les habitant·es dans la gouvernance pour identifier les besoins et évaluer les actions, en amont de l'élaboration du CLS.
- › **Coordination et pilotage** : il faut du temps pour créer une dynamique et insuffler la santé dans toutes les politiques, notamment à l'échelle intercommunale. L'échelle de projets reste à définir en fonction des enjeux repérés et des territoires. La question de l'association des communes à la réflexion intercommunale reste à définir. Il semble pertinent de favoriser des outils uniques et adaptés (ex. contractualisation unique du CLS et de la Convention territoriale globale de la CAF).
- › **Échelles souples** : il convient d'adopter une approche différenciée selon les territoires, en respectant leurs identités et en favorisant la coopération.
- › **Moyens financiers dédiés** : il est nécessaire d'assurer des financements pérennes, notamment des moyens dédiés à la coordination, pour les associations locales et pour les projets innovants.



## SYNTHESE

---

### CONCLUSION

Bénédicte Madelin, Administratrice (Fabrique Territoires Santé)

Quel est la « bonne » échelle territoriale ? À l'issue de cette journée, il ressort des propos et débats qu'il n'y a pas une seule et unique bonne échelle territoriale mais bien des territoires ou des espaces d'actions pertinents. Cela rappelle tous les débats sur la « bonne » échelle contractuelle de la politique de la ville : le quartier, la ville, l'agglomération ?

Ne devrait-on pas alors parler des bonnes échelles, vivantes, mobiles, des échelles qui créent des possibles et non des frontières, des cloisons ?

La question des échelles est inséparable de celle des territoires. Le territoire, initialement présenté comme une alternative à la technocratie, est le lieu d'identification des besoins et de mise en œuvre des actions. C'est le lieu de la proximité.

Cependant, il est crucial d'éviter une « dictature du bon territoire » comme une « dictature du projet » qui risqueraient, l'une et l'autre, de détourner les politiques de santé de leur objectif. Le territoire, c'est un construit d'acteur·rices où il est nécessaire de construire un consensus autour de valeurs communes – plutôt qu'un simple compromis – pour structurer une politique orientée vers les besoins des habitantes et habitants.

Concernant la santé, il est important de rappeler que si toutes les politiques publiques n'ont pas de territoire (par exemple, l'Éducation nationale qui relève d'une politique régaliennes), celles ayant un impact direct sur la santé n'obéissent pas toujours aux mêmes logiques de gouvernance ni aux mêmes logiques territoriales. Je pense à toutes les politiques publiques, qui sont des déterminants de la santé, comme les transports, par exemple. Cela soulève la question cruciale de leur coordination pour en maximiser l'efficacité.

Bien que le local et la proximité soient souvent valorisés, les pratiques politiques actuelles, notamment en matière de santé et de gestion de la ville, tendent à agrandir les territoires. Cette évolution génère une tension entre la signature collective de contrats et le maintien d'un territoire de proximité, nécessaire à une démocratie citoyenne.

En effet, la participation des habitant·es doit rester au cœur des réflexions, même si elle peut déjà être présente dans les pratiques. Les paroles des habitant·es sur la santé, bien qu'hétérogènes, sont essentielles pour construire des politiques adaptées et inclusives.

Pour conclure, l'enjeu qui se présent à nous, fabricants de démarches territoriales de santé, est de construire des espaces d'actions souples, basés sur des valeurs partagées, et de garantir une participation citoyenne réelle pour répondre aux besoins locaux de manière équitable.

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

Nous contacter :  
[contact@fabrique-territoires-sante.org](mailto:contact@fabrique-territoires-sante.org)  
[www.fabrique-territories-sante.org](http://www.fabrique-territories-sante.org)

Réalisé avec le soutien de :



AGENCE  
NATIONALE  
DE LA COHÉSION  
DES TERRITOIRES