



Observation des dynamiques des contrats locaux de santé

Juillet 2013

Delphine VINCENT et Annabelle ZIMMERMANN | Etd
d.vincent@etd.asso.fr - a.zimmermann@etd.asso.fr

Les Contrats locaux de santé (CLS) ont pour vocation de contribuer à la déclinaison territoriale des politiques de santé, en définissant des actions locales qui portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Au-delà de ces éléments de définition, le champ des contrats, les échelles de contractualisation et les modalités d'organisation de la négociation locale sont laissés à la libre appréciation des Agences régionales de santé (ARS) et des collectivités partenaires.

Avant que les projets régionaux de santé aient été tous adoptés, des CLS ont déjà été signés dans certaines régions, nonobstant le fait que des cadres généraux d'organisation de la contractualisation aient été élaborés ou non. Au regard de ces premiers exercices de contractualisation, de nombreuses questions émergent de la part des ARS et des élus locaux encore peu informés sur le cadre et les conditions de contractualisation.

La présente note a vocation à restituer un travail d'observation des premiers CLS signés, avec pour objectif, d'outiller les collectivités et leurs partenaires pour contractualiser dans de bonnes conditions avec les ARS en mettant à leur disposition des éléments d'analyse et de méthode relatifs aux contenus, modalités d'élaboration, partenariats...

Elle a été réalisée en 2012 par Etd, en partenariat avec la Datar, et dans le cadre d'un comité de pilotage animé par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, associant différentes directions du ministère de la Santé : la DG de la santé, la DG de l'offre de soin, la DG de la cohésion sociale, mais aussi le SGCIV, l'AdCF et des représentants de 5 ARS (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Île-de-France et Poitou-Charentes).

Cette étude a été menée en 3 phases successives avec une méthodologie qui a permis de croiser des analyses documentaires et des entretiens avec des acteurs concernés.

La première phase a consisté à mener des entretiens avec 8 ARS (Alsace, Auvergne, Bretagne, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord – Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes) sur la philosophie des contrats, les approches territoriales, les méthodes d'élaboration, les formes d'accompagnement proposées et les moyens mobilisés.

La deuxième phase de cette étude a été consacrée à l'analyse d'une quarantaine de contrats signés.

Cette phase d'analyse documentaire a été ensuite complétée par une troisième phase d'échanges avec les territoires.

Sommaire

Le Contrat local de santé (CLS), un outil innovant et adaptable	3
1. Un cadre législatif souple et ses conséquences	3
2. Les objectifs	4
3. Les enjeux de la territorialisation	5
3.1. Les diagnostics territoriaux	5
3.2. La géographie prioritaire	7
3.3. Les échelles de contractualisation	8
Les atouts du principe même de contractualisation	10
1. Les bases du contrat, les partenaires	10
2. Les financements	11
3. L'animation	12
Des contenus opérationnels riches et transversaux	15
1. Les formes du contrat	15
2. Les champs d'intervention	16
Conclusion	23

Le Contrat local de santé (CLS), un outil innovant et adaptable



1. Un cadre législatif souple et ses conséquences

L'article L 1434-17 de la Loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) du 21 juillet 2009 qui crée les CLS, indique que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social ».

Ce texte est complété par la circulaire du 20 janvier 2009 du ministère de la santé et du secrétariat d'état à la politique de la ville qui précise : « le CLS a vocation à s'appliquer sur tous les territoires de santé définis par les ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville » ; il sera ainsi susceptible de compléter le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) reconduits en 2010.

Le législateur a ouvert la possibilité aux ARS de conclure des contrats avec les collectivités, sur l'ensemble des champs de compétence des agences tout en laissant une grande souplesse quant au champ des contrats et à leur contenu mais aussi aux territoires concernés ; même si la circulaire du 20 janvier 2009 précise qu'ils devront être signés en priorité dans les quartiers de la politique de la ville.

Cette souplesse est un atout pour le CLS, notamment du point de vue des ARS, qui par la voie de leurs directeurs généraux se félicitent de ce « couteau suisse » qu'ils peuvent utiliser pour organiser leur partenariat avec les collectivités. Elle est également génératrice d'interrogations tant sur le contenu des contrats que sur la manière dont peuvent se nouer les relations entre collectivités et ARS. À quelques exceptions près, les premiers contrats ont d'ailleurs été conclus plus de deux ans après la création des CLS par la Loi HPST.

L'analyse d'une trentaine de CLS dans douze régions métropolitaines montre que la principale conséquence de la liberté laissée aux parties pour élaborer et conclure les CLS est leur grande hétérogénéité. Et si l'hétérogénéité des contrats est importante à l'échelle nationale - ce qui est logique puisque l'interprétation qu'en font les Agences régionales et la manière dont elles se sont emparées de l'outil varient largement d'une région à l'autre - il est intéressant de noter qu'à l'intérieur même d'une région on trouve aussi une grande diversité de contrats. Cette diversité peut être liée au type de territoire, aux catégories d'acteurs engagés, enfin à l'historique ou à l'antériorité de l'engagement des territoires sur les questions de santé.

L'observation laisse à penser que du texte peu normatif de la Loi HPST créant les CLS, les acteurs ont conservé le principe contractuel, l'accord entre les parties qui va définir la forme et le contenu du contrat. C'est vraisemblablement une des raisons du succès, tardif mais réel, des contrats locaux de santé.

2. Les objectifs

Si les formes et contenus des contrats peuvent diverger, on note néanmoins une constante essentielle qui porte sur les objectifs qui leur sont assignés. L'objectif premier, partagé par tous les acteurs, est que le CLS doit contribuer à la fois à la réduction des inégalités **sociales** de santé et à la réduction des inégalités **territoriales** de santé.

Pour ce qui concerne les inégalités sociales, l'objectif est de répondre aux besoins des populations les plus vulnérables. Cette question prend des contours différents selon que l'on se situe en milieu urbain ou en milieu rural. En fonction du territoire, on est effectivement confronté à différents types de catégories de population et à des besoins qui varient en conséquence. Si l'on devait brosser ces catégories à grands traits, il s'agirait de populations socialement défavorisées en milieu urbain, et de populations plutôt âgées en milieu rural, chaque type de population présentant à son tour des différences de nature socio-économique ou pathologiques par exemple.

Le traitement des inégalités territoriales de santé peut s'envisager à différents niveaux : il peut s'agir de les réduire au sein même d'une commune urbaine, en particulier avec une entrée « quartier », « politique de la ville ». À une autre échelle, régionale par exemple, la question peut être de limiter les différences dans l'accès aux soins. Cette problématique que l'on observe traitée principalement dans les CLS en milieu rural, se retrouve néanmoins, et à tendance à se développer en milieu urbain.

Ces deux objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé constituent le fond des contrats. La priorité qui pourra être donnée par les partenaires au volet social ou territorial pourra avoir un impact sur le contenu opérationnel des contrats.

Un autre objectif dévolu aux CLS est la territorialisation des politiques de santé. Il se traduit par la rencontre entre la stratégie régionale de l'ARS et la mobilisation des collectivités locales sur les questions de santé, qu'il s'agisse d'accès aux soins, de prévention ou de la mobilisation de leurs compétences (transports, habitat, environnement) au profit d'une politique locale de santé. Ainsi cette territorialisation qui apparaît comme une des valeurs ajoutées de l'outil CLS ne signifie pas uniquement la déclinaison locale du Projet régional de santé (PRS).

Enfin, on retrouve également dans les objectifs de ces contrats la volonté de consolider le partenariat local, voire de l'élargir à l'ensemble des acteurs locaux qui œuvrent dans le champ de la santé.

Exemple

Les objectifs des CLS en Alsace

Tous les contrats alsaciens reprennent le même préambule dans lequel sont énumérés leurs objectifs. Ils sont de plusieurs ordres :

Il s'agit d'une part d'afficher le partage des priorités entre la collectivité et l'ARS et d'autre part d'associer les citoyens à la démarche.

L'objectif de réduction des inégalités est ciblé sur l'accès à la prévention ou aux soins.

La contractualisation doit également permettre de compléter les diagnostics locaux grâce à des outils d'observation et au développement de connaissances partagées.

Enfin, l'inscription de l'action dans le temps apparaît comme un des atouts du contrat.

Mais ce qui retient particulièrement l'attention, c'est une définition qui intègre que le croisement des compétences entre État et collectivités est présenté en tant qu'objectif à part entière, avec un double aspect « soutenir la collectivité dans sa volonté de prendre en compte la santé dans toutes les politiques » et « intégrer les problématiques d'aménagement du territoire dans les décisions de santé ».

3. Les enjeux de la territorialisation

La territorialisation des politiques de santé a pour objet la conjonction des compétences et moyens des ARS et des collectivités pour traiter les enjeux sanitaires au plus près des besoins locaux.

Une des premières questions qui s'est posée aux ARS, est celle de l'identification des territoires pertinents. Dans certains cas, ce sont les initiatives locales qui ont permis cette définition, dans d'autres cas, les ARS ont établi des critères leur permettant de choisir quels devaient être prioritairement les territoires partenaires.

Exemple

Un découpage territorial spécifique aux enjeux sanitaires en Auvergne⁽¹⁾

Le projet régional de santé (PRS) est constitué de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas. En vertu de l'article L 1434-17 du code de la Santé Publique, cette programmation peut prendre la forme de projets territoriaux de santé (PTS). En Auvergne, ces PTS sont déployés à l'échelle de bassins de santé intermédiaires. En effet, dans cette Région, afin de structurer l'offre de santé dans sa globalité, l'ARS a défini quatre niveaux de territoires de santé. Les spécificités auvergnates ont guidé la démarche de définition de ce zonage territorial : le vieillissement de la population, la faible densité, la composante fortement rurale et l'éloignement excessif des équipements collectifs pour une partie de la population.

Chaque échelon a sa propre fonction : le territoire régional est celui de la stratégie, le territoire départemental celui de la concertation. Viennent ensuite les bassins de santé intermédiaires dont la finalité est d'assurer la coordination des offres et la coordination de la prise en charge en particulier des personnes âgées. Leur définition est construite autour des établissements hospitaliers, en intégrant les temps de parcours. La Région en compte 15. C'est à cette échelle qu'ont été établis les diagnostics qui serviront de base aux CLS.

Enfin, on compte 123 bassins de santé de proximité, niveau dédié à l'observation en particulier de l'offre de premier recours. Ils sont constitués autour de pôles de santé de base (communes comptant a minima un médecin généraliste, un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un chirurgien-dentiste, une pharmacie) et de bassins de patientèle (zones d'attractivité déterminées à partir des déplacements constatés des patients vers leurs médecins généralistes).

(1) Informations issues de la Lettre n° 74 de l'INSEE Auvergne

3.1. Les diagnostics territoriaux

Quand il existait un projet territorial de santé sur le territoire, porté par les collectivités, un diagnostic territorial de santé avait la plupart du temps été réalisé, à partir d'éléments parfois fournis par les Agences ou leurs différentes composantes avant leur création en 2009. Les données fournies par les observatoires régionaux de santé (ORS) sont quant à elles souvent utilisées pour la réalisation d'états des lieux ou de diagnostics.

Enfin, dans la plupart des régions, les ARS avaient réalisé des diagnostics territoriaux, à des échelles diverses, qu'ils soient préalables à la signature de CLS ou qu'ils aient été faits dans une logique de spatialisation des données sanitaires.

Exemple

Les portraits socio-sanitaires en Bourgogne

En Bourgogne depuis 2009, dans le cadre de la plate-forme d'observation sociale et sanitaire, l'Observatoire régional de santé (ORS) édite une collection de portraits socio-sanitaires à l'échelle des pays et de certaines grandes villes, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres régions

selon la méthodologie proposée par la Fédération nationale des ORS. L'objectif de ces présentations standardisées d'indicateurs est de fournir des données de cadrage en vue de l'élaboration de projets de santé. Ces éléments sont conçus pour être complétés par des informations recueillies auprès des acteurs sur les territoires. L'articulation de ces deux approches doit permettre d'établir un diagnostic partagé, étape préalable à la détermination des priorités et des actions appropriées aux territoires. Ainsi constitués, ils servent de préalable aux CLS bourguignons.

Il est intéressant de noter que ces portraits s'intéressent à la fois aux volets sanitaires et sociaux du territoire. En effet, la santé est influencée par une pluralité de facteurs qui tiennent à l'environnement et aux conditions de vie de la population, aux comportements en partie liés aux facteurs psychosociaux, et au recours approprié aux dispositifs de prévention et de soins. Suivant cette approche, les portraits rassemblent des données caractérisant la population et ses conditions de vie, l'état de santé des habitants, et enfin les services sanitaires et sociaux auxquels ils peuvent recourir. En tant que diagnostic pour les CLS, ils permettent donc d'envisager les questions de santé dans leur acception la plus large et de faire de cette contractualisation un outil transversal.

Les agences qui se sont investies dans la réalisation de diagnostics territoriaux l'ont fait de plusieurs manières : soit en fournissant des données aux collectivités qui souhaitaient se doter d'une stratégie sanitaire, et souvent par l'intermédiaire des ORS ; soit en utilisant des données pour réaliser des analyses AFOM (atouts faiblesses / opportunités menaces), qui leur permettaient de faire un point sur les enjeux des territoires ; allant dans certaines Régions jusqu'à définir des priorités issues de ces diagnostics, dans une logique de stratégie territoriale.

Dans certains cas, la réalisation des diagnostics a été l'occasion d'une association des acteurs de la société civile et des habitants.

Exemple

Les diagnostics locaux partagés en Ile de France

Sur chaque territoire ayant vocation à mettre en place un CLS, l'ARS Île-de-France a élaboré une « monographie de la ville » qui synthétise les principales données sociodémographiques, de l'état de santé et de l'offre sanitaire et médico-sociale. Pour la réalisation de cet état des lieux, les principaux indicateurs sont de trois ordres :

- le contexte social : pourcentage d'enfants vivant dans les foyers à bas revenus, pourcentage de bénéficiaires de la CMU, proportion de logements indignes.
- l'offre en santé locale : densité des professionnels de santé.
- indicateurs de santé : espérance de vie et mortalité, taux de mortalité à la naissance...

Ces monographies sont systématiquement discutées avec la collectivité et permettent de faire ressortir des faits marquants qui pourront faire l'objet d'une attention particulière lors de la contractualisation.

Les statistiques ne permettant pas d'avoir une vision exhaustive de la situation, elles doivent être enrichies de données qualitatives sur la perception de la santé du territoire par les élus, par les partenaires et par les citoyens. Il pourra être fait appel à des prestataires extérieurs spécialisés pour cette dimension complémentaire du diagnostic. L'ARS fournit pour ce faire un cahier des charges aux collectivités locales. Le cas échéant, l'ARS peut participer au financement de cette phase du diagnostic, qui constitue alors le premier volet du CLS.

Globalement, des diagnostics territoriaux ont été réalisés soit sur l'ensemble du territoire régional, dans une perspective de spatialisation des données sur des périmètres divers, soit directement à l'échelle qu'avait identifiée l'Agence dans la perspective de la signature d'un CLS.

Que ce soit à l'initiative des ARS ou des collectivités, ces données agrégées, analysées, qui servent de base à la définition de priorités, sont un indispensable préalable à la négociation, à la signature, et bien sûr à la mise en œuvre des CLS.

3.2. La géographie prioritaire

Un certain nombre de collectivités, qui avaient développé des projets territoriaux de santé sur leur territoire ou avaient repéré des enjeux sanitaires et des actions prioritaires à mener, se sont adressées aux ARS dans la perspective de conclure un CLS pour développer leur projet. Mais le plus souvent, ce sont les ARS qui sont à l'initiative des CLS, du repérage des territoires les plus pertinents pour la conclusion de tels contrats, avec des interprétations différentes selon les ARS.

En accord avec l'objectif premier des CLS, la plupart des régions a utilisé des indicateurs d'inégalités sociales et territoriales de santé pour établir le volume et l'ordre de priorité des territoires potentiellement signataires des contrats.

Quelques ARS ont fait le choix de critères « scientifiques » ; c'est le cas en particulier de la région Île-de-France qui s'est appuyée sur un indicateur qui est un agrégat d'indicateurs. L'IDH2 (indicateur de développement humain 2) permet d'agréger un certain nombre de données sociales sur un territoire et de voir par comparaison quels sont les territoires sur lesquels il y a le plus d'inégalités sociales en matière de santé mais aussi de bien-être. L'usage de cet indicateur et notamment de sa dimension « bien être » cible le CLS sur la problématique de santé au sens large, telle que l'entend l'OMS, c'est-à-dire en tenant compte de tous les éléments qui contribuent au bien être des individus, au delà de la question des soins.

Dans d'autres régions, l'existence d'une dynamique territoriale préexistante sur les questions de santé a prédominé dans le choix des territoires prioritaires, et en particulier le portage de ces enjeux par des élus. Ce portage politique, quand il était fort, a conduit certaines agences à privilégier un territoire plutôt qu'un autre. Néanmoins, le plus souvent, c'est le croisement entre des indicateurs dits « péjoratifs » et l'existence d'un portage politique fort qui a conduit à ce que des territoires ont été prioritairement retenus.

La question de l'approche choisie pour identifier les territoires prioritaires est essentielle pour comprendre les logiques de contractualisation adoptées dans chaque région. Là où sont privilégiés des indicateurs « péjoratifs », les territoires qui se situent hors des critères de base peuvent être exclus de la contractualisation. Dans d'autres régions qui privilégient la prise en compte des questions de santé dans les dynamiques locales, les ARS ne souhaitent pas pénaliser les collectivités engagées eut égard à leur situation économique et signent des CLS avec elles, fussent-elles riches.

Certaines ARS ont souhaité signer prioritairement avec des territoires sur lesquels il y avait des actions innovantes, le CLS étant vu ici comme un moyen d'expérimenter des actions, ou encore - et c'est le cas pour les régions à dominante rurale - d'essayer d'équilibrer l'accès aux soins entre les territoires urbains et les territoires ruraux.

L'analyse nous a montrés que sur l'année 2012 la quasi intégralité des CLS signés entre les collectivités et les agences l'ont été sur des territoires sur lesquels existait déjà une dynamique de santé territorialisée. En particulier en milieu urbain avec le volet santé des CUCS, qui ont souvent permis l'instauration d'Ateliers santé-ville (ASV), mais aussi en milieu rural avec des projets locaux de santé, voire des volets santé d'un agenda 21 ou d'une Charte de pays, par exemple.

3.3. Les échelles de contractualisation

Le choix des échelles de contractualisation dépend de l'initiative de la négociation et de la contractualisation du CLS. Le plus souvent, cette initiative émane des agences. Certaines ARS n'avaient pas de présupposé sur l'échelle territoriale pertinente et notamment parce qu'elles connaissent peu l'organisation territoriale des collectivités et les modes de planification et de contractualisation qui organisent leurs coopérations.

Elles se sont fondées dans ces cas-là principalement sur les éléments de diagnostic. Elles ont aussi parfois pris en compte des éléments liés à la masse critique démographique principalement en milieu rural comme c'est le cas dans le Nord – Pas-de-Calais sur un territoire suffisamment étendu pour avoir un maillage pertinent des acteurs en santé. Dans d'autres cas, c'est la pertinence du porteur de projet au regard du type d'opération à conduire ou de la problématique propre au territoire qui a dicté les choix.

En milieu urbain, ce sont clairement les quartiers de la politique de la ville qui ont servi de base à la signature d'un CLS qui se fait alors à l'échelle communale. On a là un élargissement du quartier à la commune, avec parfois (comme la circulaire le précise) des focales sur les quartiers de la politique de la ville. Au-delà du passage du quartier à la ville, l'enjeu réside dans l'élargissement de la ville à l'agglomération, dans une logique de stratégie territoriale mais aussi de croisement avec les compétences de l'agglomération, lorsque les communes ont transféré des compétences à mobiliser sur la stratégie territoriale de santé. Cet enjeu d'élargissement concerne aussi la mobilisation des acteurs et le moyen de toucher un plus grand nombre d'habitants sur les questions de santé.

Exemple

De la commune à l'agglomération

En Île-de-France, l'ARS a communiqué des éléments de diagnostics aux communes comprenant un ASV en vue de la signature d'un CLS. Sur le territoire de la communauté d'agglomération des Deux Rives de la Seine, trois communes étaient concernées. Le territoire a souhaité que la signature du contrat se fasse à l'échelle de l'agglomération, celle-ci ayant pris la compétence santé en particulier sur les aspects éducation et promotion de la santé et venant d'adopter une charte portant sa politique en la matière. Même si le CLS intervient prioritairement sur les trois communes bénéficiant d'un volet santé du CUCS, l'élargissement des orientations stratégiques du CLS aux 12 communes de l'agglomération constitue une réelle plus value, non seulement dans une logique de compétence mais aussi en termes de coordination des acteurs impliqués.

En Poitou-Charentes, la ville de Soyaux a été un des premiers territoires à signer un CLS. Un ASV existait sur cette commune et il a ciblé une intervention prioritaire dans le cadre du CLS. Faute d'élargir le CLS à l'agglomération d'Angoulême et dans la mesure où l'agglomération pourrait avoir son propre CLS, le contrat prévoit « qu'à moyen ou long terme, le CLS pourrait être étendu à des actions communes avec le Grand Angoulême ou aux communes de l'agglomération souhaitant s'engager dans cette démarche »

Pour la ville et la communauté urbaine de Strasbourg, et pour tenir compte des spécificités de l'intervention des deux collectivités en matière sanitaire, il a été décidé de signer deux CLS, distincts mais complémentaires (cf. exemple p. 21).

En milieu rural, pour des raisons de masse critique, la contractualisation s'effectue au minimum à l'échelle de la communauté de communes mais aussi des pays qui s'avèrent constituer une échelle pertinente pour la coordination d'actions et pour la définition et la mise en œuvre d'une stratégie territoriale.

Exemple

En Bretagne, les pays territoires naturels des CLS

L'intégralité du territoire breton est couverte en pays. Au nombre de 21, les pays constituent, en Bretagne plus encore qu'ailleurs, une maille territoriale reconnue pour animer et coordonner le développement des territoires. C'est à cette échelle que le Conseil régional et les services de santé soutiennent depuis 2005, avec le concours de certains Départements, un dispositif d'animation territoriale de santé. Il vise à contribuer au développement des territoires dans le champ de la prévention / promotion de la santé et se concrétise par le recrutement d'animateurs territoriaux de santé. Cette animation est aujourd'hui implantée à l'échelle de 9 territoires (8 pays + la ville de Rennes). Chaque animation s'appuie sur la structure porteuse du territoire qui la cofinance. Les retours sur ce dispositif ont mis en relief ses atouts en termes de prise en compte des inégalités territoriales de santé, d'amélioration de la qualité des projets et de coordination des acteurs locaux dans le champ de la prévention. C'est donc logiquement que les premiers CLS signés en Bretagne le sont sur ces territoires au même titre que sur les territoires portant un ASV. Les CLS sont l'occasion pour ces territoires de contractualiser avec l'ARS en élargissant les interventions à la question de l'offre de soins, souvent problématique dans les espaces ruraux. Par ailleurs, l'ORS Bretagne a réalisé en 2005, et remis à jour en 2012, des cahiers concernant la santé des habitants dans les 21 pays bretons. Ces cahiers permettent de disposer d'informations détaillées relatives à l'état de santé, à l'accès aux soins ainsi qu'à la situation sociale et économique de ses habitants. Ils constituent, en ce sens, de véritables outils diagnostics à l'échelle des pays et peuvent ainsi servir de première étape à la préparation d'un CLS.

Si les agences sont souvent à l'initiative de la négociation d'un CLS, les collectivités y prennent toute leur place et ont pu aussi réorienter un éventuel *a priori* de l'ARS sur l'échelle de contractualisation lorsqu'il en existait un. La collectivité revendique un co-portage de la stratégie territoriale avec l'agence à l'échelle de la communauté de communes, de la communauté d'agglomération ou du pays et souhaite véritablement que le CLS - quand il sera formalisé - ne se résume pas à une programmation, certes pertinente mais qui serait déconnectée d'une stratégie que la collectivité souhaite véritablement continuer de porter.

Les atouts du principe même de contractualisation



Peu disert sur les modalités de contractualisation, la Loi HPST ne donne aucune indication sur la gouvernance des CLS, tout au plus se limite-t-elle à préciser que les contrats peuvent être conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements. C'est donc aux partenaires qu'il appartiendra d'en définir les conditions d'élaboration, les contenus et les modalités de mise en oeuvre.

1. Les bases du contrat, les partenaires

Une constante, tous les contrats sont bien évidemment signés *a minima* par l'agence régionale de santé et la collectivité. Selon les cas, on retrouve d'autres types de partenaires, certains avec une dimension institutionnelle, souvent signataires du contrat, d'autres présentant un profil plus opérationnel, associés à la mise en œuvre du programme d'actions mais pas nécessairement signataires.

Outre les représentants de l'ARS et de la collectivité ou son groupement, les signataires les plus fréquents sont les Préfets de départements. C'est systématiquement le cas en milieu urbain, lorsque les collectivités concernées sont engagées dans un programme de la politique de la ville, notamment un Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) dont la gestion financière est assurée par le représentant de l'État dans le département. Les CUCS comportent un volet santé qui peut se traduire par l'organisation d'Ateliers santé ville (ASV) dont il faudra assurer la cohérence ou l'articulation avec les CLS.

En second niveau, on retrouve fréquemment comme signataires les centres hospitaliers, qui sont des partenaires à la fois institutionnels et opérationnels des CLS. Ils peuvent, à titre d'exemple, assurer des fonctions de coordination ou porter les postes des animateurs des contrats. La CPAM, la MSA et autres opérateurs de la prise en charge sont souvent associés, y compris en tant que signataires.

Les autres partenaires des contrats, avec des modes et niveaux d'implication très variables sont l'Inspection académique ou le Rectorat (nombre d'actions concernant les jeunes sont mises en place par le biais des établissements scolaires). Les conseils généraux dans le champ du médico-social et parfois le conseil régional, et les Unions professionnelles de santé ou Ordres de médecins, sont aussi très souvent associés, mais rarement signataires des contrats.

Certaines agences régionales de santé ont pu, à la suite d'une interprétation restrictive de la loi, estimer que la signature du CLS devait être circonscrite à l'agence et à la collectivité. La réalité des faits montre l'intérêt d'associer au contrat d'autres types d'acteurs comme les

établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé et ce à deux titres. D'une part, l'association de ces acteurs au contrat permet de les mettre tous autour de la table pour envisager une coordination des actions et donner une réponse concertée aux problématiques de santé. D'autre part, lorsqu'ils sont signataires du contrat, ils ont un engagement plus fort vis-à-vis des autres partenaires et des actions à conduire.

Y compris dans le cas de CLS dont le contenu serait circonscrit à une valorisation d'actions déjà négociées ou engagées, la formalisation du partenariat favorise une coordination entre acteurs d'origines différentes, et c'est certainement une vraie plus-value des contrats.

Certains contrats, conclus à l'origine avec un nombre réduit de partenaires, envisagent l'association d'autres acteurs par voie d'avenant. Construit par les partenaires, le CLS est un outil souple et surtout il est l'occasion de revoir les bases du partenariat entre ARS et collectivités dans le sens d'un rééquilibrage de la relation.

En effet, l'élaboration du CLS s'appuie sur l'identification d'enjeux partagés, négociés entre ARS et collectivités, qui constitueront la base du programme d'actions et de la relation partenariale. Autre élément d'équilibre, le co-financement État/collectivités d'un certain nombre d'actions, ou même parfois l'absence de financements qui met l'accent sur la volonté de réponse concertée aux problématiques locales.

La formalisation induite par la contractualisation a plusieurs effets : elle oblige les partenaires à s'engager dans le temps notamment grâce à d'une programmation pluriannuelle, sur 3 à 5 ans, permettant la déclinaison d'une stratégie locale à moyen terme. Elle sécurise les financements mobilisés par les collectivités comme par les ARS, qui par le biais du contrat s'engagent à accompagner un certain nombre d'actions qui ne l'auraient pas été forcément ou qui l'auraient été de façon différente. Au-delà de cette sécurisation, il apparaît que certaines actions n'auraient pas pu bénéficier de soutien financier si elles n'avaient pas été inscrites dans un CLS.

2. Les financements

Trois types d'actions peuvent faire l'objet d'une prise en charge financière mais ne mobilisent pas les mêmes types de financements :

- Les diagnostics sont le plus souvent financés conjointement par l'ARS et la collectivité. Il peut arriver que des moyens techniques soient mis à disposition, en lieu et place des financements ;
- L'animation peut être prise en charge selon des montages encore complexes ;
- Les actions du CLS font l'objet de financements dont les sources sont multiples.

Les sources de ces financements présentent autant de diversité que le partenariat : on distingue les financements mobilisés par les partenaires du contrat, collectivités et autres acteurs associés et d'autre part les financements de l'ARS qui peuvent être assez diversifiés. Le plus souvent, les agences font appel au FIR (Fonds d'intervention régionale), voire à l'ONDAM^[1] sanitaire et/ou médico-social, dans une démarche très pragmatique : dans la mesure où les CLS peuvent couvrir l'ensemble des champs d'intervention de l'agence, il lui appartient d'identifier et de mobiliser les sources de financements adaptées pour accompagner les actions inscrites dans le CLS. Si d'autres sources de financement peuvent être identifiées, elles sont mobilisées pour l'animation du contrat.

[1] ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

Ces crédits ne constituent pas une « enveloppe » dédiée au financement des CLS, une telle enveloppe n'existant pas. Le financement des actions des CLS est principalement assuré par redéploiement de crédits. Le CLS est en effet une occasion, pour l'ARS mais aussi pour les autres partenaires du contrat, de balayer l'ensemble des actions mises en œuvre par chacun et de réorganiser le tout à partir de la stratégie partagée déclinée dans le contrat.

Les contrats locaux de santé ont donc un impact sur la priorisation des financements des ARS, et ce avec une diversité d'approches dans les différentes régions.

Enfin, il y a d'autres modalités de contribution aux CLS, et notamment à l'animation des contrats, par la mise à disposition de personnels (pour la coordination du contrat), de matériel, de locaux, ou de données dans le cadre des diagnostics.

3. L'animation

Une des valeurs ajoutées du contrat local de santé réside dans la coordination des acteurs, une réponse concertée à des enjeux sanitaires identifiés, un programme de travail qui répond à une stratégie locale. Comme pour tout projet territorial, l'ensemble de ce schéma de développement nécessite une fonction d'animation inscrite dans la durée. Or, les CLS ne sont pas nécessairement porteurs de financements dédiés qui pourraient être affectés à une telle fonction.

Plusieurs cas de figure ont pu être observés :

Lorsqu'il n'existe pas de cellule d'animation spécifique, les opérations sont coordonnées par un comité de pilotage ou un comité technique.

Mais, le plus souvent, par exemple en milieu urbain quand préexistaient des Ateliers Santé ville, les dispositifs d'animation du CLS peuvent s'appuyer sur les coordonnateurs de ces dispositifs. Le coordonnateur ASV ainsi mobilisé sur le CLS voit son métier évoluer puisque les CLS ne touchent pas seulement les quartiers de la politique de la ville et sont élargis à une dimension communale, voire intercommunale et peuvent couvrir des champs d'intervention plus larges. D'autres dispositifs d'animation existants, tels les conseillers locaux de santé mentale, ou des chargés de mission santé de projets territoriaux - par exemple dans un pays - peuvent également être mobilisés pour assurer la coordination du CLS. La mobilisation de moyens humains préexistants est intéressante dans la mesure où, déjà implantés sur le territoire et impliqués dans des projets locaux de santé, ils en connaissent les problématiques, mais cela ne va pas sans poser parfois des problèmes de mobilisation, la coordination du CLS s'ajoutant à une animation locale déjà engagée.

Enfin, les CLS peuvent être l'occasion de créer des postes *ad hoc*. Dans ce cas, les cofinancements peuvent être assurés par l'ARS et la collectivité concernée. Dans un certain nombre des régions observées, les financements étant limités, le choix du pragmatisme renvoie le financement des postes à certaines lignes de crédits du secteur médico-social. À ce stade de l'observation et du développement des contrats, le financement des postes d'animation des CLS relève de montages relativement complexes.

Le rattachement fonctionnel des animateurs est également difficile à établir, compte-tenu du principe partenarial et là encore les cas de figure varient d'un territoire à l'autre. S'ils sont toujours officiellement rattachés aux signataires du contrat et donc au comité de pilotage, dans les faits les contrats des animateurs sont le plus souvent portés par les collectivités

ou par les centres hospitaliers. Pour autant l'ARS ou les autres partenaires sont aussi parties prenantes dans leur financement.

Le rôle d'animateur pourrait être qualifié d'ensemblier mais il va au-delà. Sa principale mission est d'animer la vie du contrat en faisant vivre ses instances et jouant le rôle d'interface entre les différents partenaires, qu'ils soient institutionnels ou opérationnels. Il s'assure de la bonne programmation et exécution des actions inscrites au contrat et en est aussi parfois le chef de projet, en particulier dans les phases de lancement. Il peut également être amené à assurer le lien avec les citoyens. Enfin, il pilote l'évaluation des opérations, voire celle du contrat si elle est prévue.

Exemple

Profil de poste de l'animateur du CLS de Limoges (Haute-Vienne / Limousin)

- Missions générales
 - intervenir au plus près des populations dans le cadre des objectifs et actions à mettre en place au niveau du CLS
 - animer les actions prioritaires du CLS
 - conduire les projets, en lien avec les partenaires institutionnels et les évaluer
- Missions opérationnelles
 - animer les groupes de travail et coordonner les intervenants et partenaires du Contrat Local de Santé
 - ➡ l'animation et la mobilisation de tout groupe ou équipe autour d'une action : préparer leurs interventions de terrain, analyser les résultats des actions, les évaluer et les adapter ;
 - ➡ la coordination et l'animation d'un réseau d'acteurs ;
 - ➡ le repérage et l'identification de spécificités des différents acteurs par rapport à leurs pratiques en matière de santé et de prévention ;
 - ➡ l'adaptation et la mise en œuvre d'une démarche de santé spécifique au contexte ;
 - accompagner ou mettre en œuvre certaines actions du CLS
 - participer à l'actualisation du diagnostic et proposer la mise en place d'actions, à partir de besoins nouveaux identifiés
 - assurer le lien entre les professionnels de santé libéraux et la population du CLS
 - ➡ assurer le lien avec tous les professionnels de santé libéraux et les intervenants sociaux
 - ➡ faire connaître les droits à la santé et les moyens pour y avoir accès.
 - effectuer une veille régulière et ciblée relative aux actualités en matière sanitaire et sociale, et anticiper les impacts des éventuelles évolutions juridiques sur le contenu des missions du CLS.
- Particularités du poste

Cet animateur bénéficiera d'un rattachement administratif et hiérarchique au CHU de Limoges. Il participera au comité de suivi du CLS, rendra compte et sera rattaché fonctionnellement au délégué territorial de la Haute-Vienne de l'ARS du Limousin ; il travaillera en lien avec les personnels responsables du CLS à la Délégation Territoriale de la Haute-Vienne et avec les agents intervenant sur ce dossier au sein des différentes institutions signataires du CLS.

Exemple

Deux postes d'animation pour le CLS de la communauté de communes de Bourgneuf Royère de Vassivière (Creuse / Limousin)

Pour ce contrat, comme pour d'autres dans le Limousin, il est apparu utile de créer deux postes d'animation.

Le coordonnateur est responsable de la vie du contrat. Il coordonne les partenaires, gère et anime les instances. Il accompagne les partenaires dans la définition des actions, dans la réponse à des

appels à projets et pour l'évaluation des actions. Il doit être source de proposition pour faire émerger de nouveaux projets. Il a donc un double rôle institutionnel et opérationnel.

L'accompagnateur territorial est quant à lui responsable de l'interface avec les usagers. Il est donc amené à mettre en œuvre et à assurer le suivi de certaines actions dans leur dimension « terrain », sur le lieu de vie des populations concernées. Il doit être disponible pour les usagers et assure parfois un rôle de médiation entre les personnes cibles des actions et les partenaires. Sa mission revêt également une dimension d'aide sociale. Il assure le lien entre le Centre Hospitalier et les professionnels de santé d'une part et la population concernée d'autre part. Il guide alors les usagers dans leurs parcours de soins et les accompagne vers des actions de dépistage. Enfin, il joue un rôle d'interface entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux et s'assure de faire connaître leurs droits à la santé aux habitants.

Les deux postes sont portés par le Centre hospitalier de Bourgneuf et sont financés par l'ARS.

Des contenus opérationnels riches et transversaux



1. Les formes du contrat

En matière sanitaire, deux types d'approches prédominent : une approche thématique ou une approche populationnelle. Les contrats sont organisés principalement avec une approche thématique et au sein de ces thématiques l'approche populationnelle vient très régulièrement se glisser. Les contrats sont structurés en axes prioritaires découlant de la stratégie, mais le plus souvent calés sur les champs d'intervention de l'agence. On retrouve assez classiquement la prévention-promotion de la santé, l'offre de soins, le médico-social, puis la coordination et l'animation du contrat qui peuvent se présenter de manière transversale ou dans un axe spécifique.

Dans certains contrats des approches thématiques sont liées aux pathologies : diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires par exemple. Dans ce cas, c'est la pathologie qui permet d'organiser les actions, qu'elles soient de prévention, de soin - avec toute la question de l'accès aux soins - ou de coordination des actions.

Les approches populationnelles induisent des entrées soit selon les âges de la vie - les actions spécifiques à la petite enfance, à la jeunesse, à l'âge adolescent, aux personnes âgées -, soit en fonction de situations particulières - les femmes enceintes - la santé au travail -, ou encore en fonction de handicaps.

En ce qui concerne la forme des contrats, il a semblé dans un premier temps, compte tenu de la souplesse de la Loi, que les CLS auraient pu se limiter à des conventions d'objectifs entre les signataires. Or c'est très rarement le cas, et quand cela se produit c'est parce qu'il a été décidé de signer un contrat sur la base d'une stratégie et d'orientations partagées, des fiches actions venant ultérieurement compléter le contrat.

Ainsi, les contrats locaux de santé présentent une véritable dimension programmatique, intégrant des fiches actions qui encouragent une opérationnalité directe des contrats, notamment quand il y a une antériorité d'actions locales dans le secteur de la santé.

On constate en outre que la plupart des actions nouvelles présente une dimension opérationnelle. Les fiches actions précisent les objectifs, les partenaires, le calendrier, les publics concernés et les moyens affectés. Les sources de financement sont parfois évoquées, mais les montants affectés plus rarement. Il convient de préciser que les partenariats cités le sont parfois en termes de mobilisation potentielle ou ultérieure.

En tout état de cause, et quel que soit le degré de précision des fiches actions, le contrat peut évoluer dans son contenu, soit en précisant les actions, soit en le complétant par de nouvelles actions, ou en élargissant son champ.

L'évaluation des opérations est prévue dans la majorité des fiches actions, des indicateurs d'évaluation sont parfois intégrés et le suivi des contrats est souvent évoqué dans les documents. Néanmoins, l'évaluation même du dispositif contractuel est très rarement envisagée. Ni indicateurs, ni méthodologie d'évaluation ne sont prévus pour estimer le dispositif du CLS, la stratégie adoptée et les retombées du contrat, en dehors des opérations elles-mêmes.

2. Les champs d'intervention

Tous les champs d'intervention des ARS ont vocation à être couverts dans une logique de territorialisation du Projet régional de santé, même si cette déclinaison territoriale ne se fera pas sur l'ensemble des territoires de la région.

L'analyse des contrats permet d'identifier, d'une part les champs d'intervention traditionnels de l'agence que sont la prévention promotion de la santé, l'accès aux soins et le médico-social, d'autre part des champs d'intervention qualifiés de spécifiques, c'est-à-dire ceux sur lesquels il apparaît qu'au-delà de la coordination le CLS apporte une véritable valeur ajoutée due au partenariat entre l'agence et la collectivité.

Sur les champs d'intervention classiques, et en particulier en ce qui concerne la prévention / promotion de la santé, on peut identifier des actions sur la vaccination, l'éducation thérapeutique du patient, les questions de nutrition ; et des entrées centrées davantage sur les pathologies - cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires en premier lieu. Il peut y avoir également des programmes relatifs à des maladies spécifiques liées à un environnement territorial particulier, mais de manière marginale.

Exemple

limiter les facteurs de risques cardio-vasculaires dans les communautés de communes du Saint-Polois et du pays d'Heuchin⁽²⁾ (Pas-de-Calais / Nord - Pas-de-Calais)

Le diagnostic sanitaire du territoire fait ressortir des chiffres élevés pour les affections de longue durée liées aux maladies cardio-vasculaires (138,8 pour 100 national). Il met également en évidence un taux d'obésité particulièrement élevé chez les adolescents doublé d'un très faible taux de recours aux soins après les visites (22 % sur le territoire contre 34 % dans le Département).

En conséquence, un des axes prioritaires du CLS est très logiquement de limiter les facteurs de risques cardio-vasculaires, en particulier chez les jeunes. Des actions se déclinent autour de l'objectif stratégique de développer la culture de l'indice de masse corporelle. À destination des jeunes. Il s'agit d'actions de promotion de l'hygiène alimentaire ou des activités physiques grâce à des interventions en milieu scolaire associant des partenaires comme l'éducation nationale ou la DRJSCS. Des opérations emblématiques sont programmées tout au long de l'année : une journée « sport pour tous », une journée PIED, la réalisation d'un passeport santé.

(2) La communauté de communes du Saint-Polois et la communauté de communes du pays d'Heuchin ont fusionné le 1^{er} janvier 2013 pour devenir la communauté de communes des Vertes collines du Saint-Polois

Le champ médico-social se caractérise par des approches majoritairement populationnelles qui peuvent croiser la prévention / promotion de la santé, en particulier la santé mentale, avec des actions qui visent à intervenir sur la souffrance psychique, sur le suicide et sur les addictions, et des approches liées aux âges de la vie ou aux situations particulières évoquées plus haut.

Exemple**La santé mentale des jeunes en pays cœur d'Hérault (Hérault / Languedoc-Roussillon)**

Sur le territoire du pays cœur d'Hérault, l'état des lieux des besoins et des ressources a fait apparaître une réelle carence dans la prise en charge des jeunes en difficultés psychique ou psychologique et dans le dépistage des souffrances graves.

La réponse doit donc croiser des approches populationnelles et liées à certaines pathologies. Dans cette perspective, le CLS a repris et développé des actions qui avaient été identifiées et initiées dans le cadre du projet local de santé préexistant.

Le premier axe retenu est celui de la pédopsychiatrie. Pratiquement, il prévoit la création d'un pôle sur une des communes dont un hôpital de jour pour enfants en lien avec d'autres structures existantes, qui seront elles-mêmes étendues. Le contrat met l'accent sur la nécessité de prévoir rapidement des antennes de ce pôle dans deux autres villes afin d'assurer un maillage plus étroit du territoire en particulier pour couvrir des zones excentrées.

Sont également prévues des actions sur l'axe prévention : la création d'une maison de la parentalité, le soutien à l'espace santé jeunes, des actions de formation des intervenants en contact avec les enfants et les jeunes.

Le 3^e champ couvert est l'accès aux soins, et en particulier les questions liées à l'organisation du premier recours, dont un très grand nombre de projets sur les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé, mais aussi les centres de santé en milieu urbain. On trouve également des actions qui consistent à organiser le partenariat ville-hôpital, avec en milieu rural en particulier, des opérations de télémédecine, de sécurisation des parcours de soin, et portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cet axe des contrats rappelle l'importance d'associer des professionnels de santé en amont des contrats, dans la définition de la stratégie territoriale.

En matière d'offres de soins de premier recours, les CLS permettent de s'exonérer des réponses toutes faites et grâce au partenariat, d'imaginer d'autres approches ou solutions. À titre d'exemple, l'élaboration d'une stratégie territoriale de santé partenariale peut être l'occasion de voir qu'il existe des solutions alternatives à l'implication immobilière des collectivités dans des maisons de santé pluridisciplinaires pour lutter contre la désertification médicale.

Il est à noter que le CLS peut être utilisé comme un élément d'attractivité territoriale. Certains professionnels de santé étant plus enclins à s'installer sur des territoires où les questions de santé sont réfléchies, organisées, voire formalisées dans un contrat qui sécurise et pérennise les actions.

Exemple**La question de la démographie médicale au Cœur du CLS du pays Châtillonnais (Côte d'Or / Bourgogne)**

Les problèmes de démographie médicale sur le territoire du pays sont connus depuis de nombreuses années et les élus en ont fait un axe d'intervention privilégié. Dès 2007 la thématique « santé » a été placée comme deuxième priorité du projet territorial. En parallèle, par arrêté préfectoral en date du 25 novembre 2008, la communauté de communes, structure porteuse du pays, a pris la compétence santé sur les aspects attractivité des professionnels de santé et prévention. S'il existait donc bien une dynamique en matière sanitaire il n'y avait pas de formalisation des interventions. Le CLS est apparu comme l'instrument naturel de cette formalisation en partenariat avec l'ARS et les autres acteurs concernés comme les professionnels de santé ou les établissements hospitaliers et médico-sociaux. La négociation du CLS a été initiée dès 2010 et a pris la forme d'une convention d'engagement et d'objectifs. Ensuite le CLS a été décliné en fiches-actions et cela a permis de rentrer dans une phase opérationnelle. Grâce au CLS,

l'axe du renforcement de l'offre de premier recours ne s'est pas limité à la construction d'une maison de santé mais d'autres solutions ont été envisagées et des actions complémentaires ont été programmées. Ainsi il est prévu de mettre en place des structures d'exercice coordonné (maison pluridisciplinaire ou pôle de santé), d'accompagner les professionnels dans leur projet d'installation en zones fragiles et d'optimiser l'accessibilité aux soins *via* l'offre de transport et par le déploiement de la télé-médecine. En parallèle, un axe prévoit l'amélioration de la structuration de l'offre hospitalière.

Bien que prioritaires, les interventions en matière d'offre de soins restent lourdes à mettre en oeuvre et ambitieuses, le CLS a donc permis d'enclencher plus rapidement des actions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

L'accès aux soins, ne porte pas seulement sur l'organisation du premier recours, mais aussi sur l'accès aux droits, qui croise les approches médico-sociales et les approches populationnelles ciblées sur les populations défavorisées.

Exemple

L'accès aux droits en santé pour les habitants de Soyaux (Charente / Poitou - Charentes)

Considérant que pour réduire les inégalités sociales de santé, un des leviers est d'agir sur l'accès aux droits, certains CLS en ont fait un de leur axe d'intervention. C'est le cas du CLS de Soyaux qui prévoit des actions d'information pour faciliter l'accès à une complémentaire santé. Pilotée par la CARSAT^[3], cette action prévoit des sessions de sensibilisation à la législation et aux dispositifs relatifs à la CMUC et à l'aide à la complémentaire santé, en faveur des habitants en situation de précarité.

Dans le cadre du CLS une étude est également lancée pour déterminer « un panier de soins » adaptés aux besoins des habitants en situation de précarité. Elle se déclinera sur trois ans :

- Année 1 : un diagnostic sur la nature des besoins et la définition d'un ou plusieurs paniers répondant aux caractéristiques des besoins de base.
- Année 2 : une contribution à l'outil de communication utilisé dans le cadre des actions de sensibilisation.
- Année 3 : l'évaluation des outils.

Les partenaires apprécient le déploiement des actions du CLS dans le temps et la complémentarité des opérations qui permettent la mise en oeuvre de stratégies coordonnées et pérennes.

[3] Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

On constate dans les contrats des disparités dans la priorisation des champs en fonction du type de territoire concerné.

En milieu urbain, ce sont clairement les questions de prévention / promotion de la santé qui sont prééminentes et prioritaires. Cela s'explique en raison de la préexistence du volet santé des CUCS, qui à travers les ASV ont touché essentiellement les questions de prévention / promotion de la santé, et présentent également des axes médico-sociaux liés aux populations défavorisées.

En milieu rural en revanche, la question de l'accès aux soins et l'organisation du premier recours constitue un axe fort des contrats avec les maisons de santé pluridisciplinaires pour répondre aux problèmes ou risques de désertification médicale. Quant aux populations prioritairement ciblées, ce sont souvent des personnes âgées dont l'isolement est accentué par les caractéristiques géographiques du territoire.

Enfin, il est intéressant de voir que la dynamiques des CLS a souvent été enclenchée par l'une ou l'autre de ces entrées - prévention / promotion de la santé ou accompagnement médico-social en milieu urbain et problématique d'accès aux soins et d'offre de soins de premier recours en milieu rural.

Les CLS interviennent, en outre, sur des champs d'intervention spécifiques qui traitent de questions transversales, en particulier liées aux déterminants de santé. Il ne s'agit pas ici des déterminants de santé comportementaux - qui sont liés à la nutrition, au stress, à l'alcool, ou aux activités physiques, par exemple -, mais des déterminants de santé environnementaux qui font appel aux compétences des collectivités locales.

Le partenariat tissé entre les agences et les collectivités, et notamment la mobilisation des compétences des collectivités (environnement, aménagement, logement ou transport), constitue la véritable valeur ajoutée des CLS en ce qu'il permet d'agir sur les déterminants de santé. L'ensemble des politiques publiques qui peuvent avoir un impact sur la santé au sens large peuvent être véritablement mises en avant dans les CLS par un croisement de compétences et d'approches.

Exemple

La prise en compte de toutes les politiques publiques dans le CLS de Saint-Denis (Seine Saint-Denis / Île-de-France)

La prise en compte de toutes les politiques publiques est présentée comme un des enjeux majeurs du CLS de la ville de Saint-Denis comme en témoigne cet extrait du cadre pour la réduction des inégalités sociales : « Les signataires considèrent que le principe de « la santé dans toutes les politiques » est l'un des fondements de leur action. Ce principe rend compte du rôle décisif des déterminants sociaux et environnementaux dans la constitution des niveaux de santé. Mais, de façon plus précise, il renvoie aussi au fait que la plupart des politiques publiques non sanitaires ont un impact important, positif ou négatif, sur la santé des habitants ».

Ces principes sont illustrés en particulier dans l'un des axes du contrat consacré à la santé environnementale au sein duquel on retrouve des objectifs opérationnels tels que la diminution de l'impact de l'habitat dégradé et des risques d'exposition au plomb pour les habitants notamment pour les enfants ou la réalisation d'un diagnostic environnemental afin d'identifier des leviers d'actions correctrices.

Sur les questions de santé environnementale, c'est l'intervention sur la qualité de l'eau, les ressources en eau potable, sur la qualité de l'air, et également sur les pollutions sonores. Sur le logement / habitat, il est possible de travailler sur les habitats dégradés ou indignes, sur des pathologies spécifiques liées à ces habitats dégradés (Légionellose). Les programmes locaux de l'habitat, voire les plans locaux d'urbanisme, peuvent être réinterrogés au regard de la stratégie portée par le CLS. En matière de transports, au-delà des questions de pollution, les approches relatives aux circulations douces, par exemple, peuvent avoir un impact sur les déterminants de santé comportementaux liés aux activités physiques. Le CLS sera ainsi l'occasion de travailler sur les questions de mobilité active, la signalétique, les lieux d'implantation des pistes cyclables, des incitations en direction des populations jeunes touchées par les problèmes d'obésité et de nutrition non adaptée.

Autre exemple de politique publique qui impacte directement les problématiques de santé, l'emploi et le lien avec les entreprises, notamment l'amélioration des conditions de travail : pour promouvoir la santé au travail, certains territoires ont choisi de travailler sur l'emploi précaire avec des démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur les territoires et le rapport au lieu de travail.

Exemple

Emploi et santé au pays de Vitré (Île-et-Vilaine / Bretagne)

Le pays de Vitré est l'un des bassins d'emploi les plus industriels de Bretagne (plus de 34 % de l'emploi salarié contre une moyenne régionale de 18 %), ce qui a pour conséquence une « sur-représentation » d'ouvriers et une précarisation des emplois. Or l'emploi précaire se révèle être un multiplicateur des inégalités sociales de santé. À ce titre, le CLS fait des initiatives pour la protection de la santé au travail, un de ses axes prioritaires ; dans la continuité de la démarche initiée par le CODES⁽⁴⁾ 35 depuis 2009.

Un partenariat associant les acteurs de la santé au travail, de l'insertion professionnelle et des acteurs économiques (employeurs et agences d'intérim) a donc été constitué et a permis de définir plusieurs actions :

- expérimenter un dispositif territorial de promotion de la santé et de la sécurité au travail des personnes en situation de précarité professionnelle (renforcer et valoriser la dynamique engagée ; renforcer la capacité à agir des personnes en situation de précarité professionnelle sur leur santé et améliorer leur accès aux droits et aux soins ; sensibiliser les PME-PMI à l'accueil et à la sécurité des contractuels) ;
- mobiliser les services de la CARSAT⁽⁵⁾ en amont des projets de construction extension ou réhabilitation de bâtiments d'entreprises ;
- mettre en place une action expérimentale en matière de troubles musculo-squelettiques ;
- solliciter les services de la CARSAT afin d'organiser des journées de formation à l'attention de référents d'entreprises

Ces initiatives nécessitent la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs y compris des entreprises rarement associées aux démarches des CLS.

Parfois innovantes, certaines actions sont réalisées dans le cadre du CLS à titre expérimental. Hors du CLS elles n'auraient sans doute pas pu bénéficier du financement des partenaires institutionnels classiques.

Dans ce cas, le CLS permet de légitimer une démarche et donc d'associer l'ensemble des partenaires concernés et de mobiliser leurs financements.

(4) Comité départemental d'éducation pour la santé, désormais fusionné avec l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé).

(5) Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Malgré ces quelques exemples, la prise en compte de l'impact des politiques publiques sur la santé, même si elle semble logique et pertinente, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Il s'avère encore difficile de mobiliser les compétences classiques des collectivités sur une politique locale de santé. Il y a là une piste d'action et d'amélioration, pour le partenariat du contrat local de santé.

Exemple

Le CLS de la CU de Strasbourg sous le signe de la coordination (Bas-Rhin / Alsace)

Pour l'agglomération strasbourgeoise les partenaires ont souhaité signer deux CLS. L'un avec la ville l'autre avec la communauté urbaine afin de tenir compte des différentes compétences et modalités d'intervention dans le domaine de la santé entre les deux collectivités.

Il a été également décidé de faire porter le CLS sur un champ d'intervention volontairement limité en fonction des problématiques prioritaires et du rôle de chacun.

Dans le cas du CLS de la communauté urbaine de Strasbourg (CUS), c'est le rôle de coordinateur qui a été privilégié. Ainsi, le CLS comprend 4 axes d'intervention :

Le premier axe est celui de la mise en place d'un observatoire local de santé à l'échelle de l'agglomération.

Le deuxième concerne l'inscription de la santé dans toutes les politiques publiques portées par la CUS. Doivent ainsi être impactés les différents schémas tels que le plan local d'urbanisme (PLU), le plan de déplacements urbains (PDU) avec le développement des modes de déplacements actifs mais aussi le plan local de l'habitat (PLH) et les actions en faveur de l'environnement.

Le troisième axe consiste en un soutien aux communes volontaires. Et le quatrième, comme un écho au troisième, a pour objectif de mettre cohérence les interventions sur le territoire non seulement entre les communes mais également avec l'ARS via notamment l'organisation d'une animation territoriale.

Le CLS a ici une vocation d'ensemblier et de coordination pour faciliter des actions plus classiques et opérationnelles menées par ailleurs.

Le dernier champ d'intervention, qui revêt une importance toute particulière compte-tenu des objectifs des CLS, est constitué de tout ce qui est observation et coordination. Dans un certain nombre de contrats, ces actions apparaissent en tant que telles dans des fiches actions, opérations ou axes du contrat. Quels que soient leur forme ou positionnement, ce sont elles qui font du CLS un ensemblier et un instrument d'une stratégie coordonnée.

Conclusion



En conclusion, il ressort de l'observation que le CLS est un outil au service de la cohérence. La cohérence entre les politiques de santé au sens strict et les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé. La cohérence des actions, puisqu'en réponse aux besoins locaux identifiés dans les diagnostics, il permet d'organiser une réponse collégiale. La cohérence entre les acteurs donc, avec un rôle d'ensemblier qui permet une réponse coordonnée aux problématiques de santé.

Permettant de nouveaux modes de travail coordonnés, la conclusion de contrats locaux de santé marque aussi une évolution des cultures professionnelles. En parallèle de la vision transversale des politiques publiques qu'il entraîne, on constate à travers le CLS, un décloisonnement progressif des logiques métiers par leur croisement avec des approches territoriales. Cela participe à faire évoluer les métiers au sein des ARS mais aussi la manière dont sont appréhendées les questions de santé par les collectivités locales.

Santé et territoires : 3 ressources de référence en accès libre !



FOCUS

La dynamique des contrats locaux de santé

SEPT. 2013

À l'occasion de la parution de la note sur la dynamique des CLS, Etd propose une recollection des documents qui ont servi à l'observation de l'émergence de cette nouvelle forme de partenariat entre territoires et ARS. Textes de référence, éléments de méthode, analyses issues de réseaux nationaux mais aussi exemples de contrats ou notes de cadrages de certaines ARS constituent les principales rubriques de ce focus thématique.

REVUE T COMME TERRITOIRES

Dossier : «Santé et territoires»

SEPT. 2010

Confrontés à des problèmes de démographie médicale ou à des difficultés d'accès aux soins pour certaines spécialités, nombre de territoires cherchent à renforcer leur attractivité aux yeux des professionnels de santé en proposant des mesures incitatives à l'installation et en soutenant le développement des maisons de santé. Le dossier principal de ce numéro présente et illustre les nouvelles mesures issues de la loi HPST en faveur de l'organisation de l'offre locale de santé.

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ?

AOÛT 2010

Etd, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Sports et la Datar, publie un guide à destination des acteurs locaux souhaitant agir sur l'offre de santé et son accessibilité.

La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) entrée en vigueur en 2010 apporte un cadre favorable à une action territoriale de santé renouvelée. Les collectivités et leurs groupements, en partenariat avec les agences régionales de santé et les professionnels de santé peuvent agir sur l'offre de soins dans le champ de leurs compétences. Ce guide propose quelques pistes d'action illustrées de pratiques de collectivités.



Accédez à l'intégralité du focus dès le 18-09-2013 sur :
www.projetdeterritoire.com > rubrique Les ressources
> Focus La dynamique des contrats locaux de santé

Sommaire détaillé et téléchargement libre de la revue sur :
www.projetdeterritoire.com > rubrique Nos publications
> Revue T comme territoires

Téléchargez gratuitement le guide sur :
www.projetdeterritoire.com > rubrique Nos publications
> Revue T comme territoires



Présentation

MISSION

Etd, le centre de ressources du développement territorial, assure une mission d'intérêt général au service des collectivités et de leurs groupements.

Ses services fondés sur des études et des productions méthodologiques visent à qualifier et professionnaliser les élus, techniciens et partenaires engagés dans l'élaboration d'un projet de territoire et de ses déclinaisons opérationnelles.

Dans certains domaines émergents ou sur des champs encore peu investis, Etd accompagne l'expérimentation de nouvelles formes d'intervention et d'action des collectivités afin de contribuer à faire progresser les politiques publiques.

L'observation des modalités de coopération entre collectivités est un axe majeur des travaux d'Etd, qu'il s'agisse de coopération entre collectivités de même rang à l'échelle de territoires plus vastes ou entre des collectivités de niveau différent.

GOUVERNANCE

Avec l'adoption de ses nouveaux statuts en octobre 2012, Etd a élargi sa gouvernance aux associations d'élus et aux réseaux nationaux intervenant dans le champ du développement territorial. L'association comprend désormais quatre catégories de membres : collectivités et leurs groupements, Régions et Départements, association d'élus et réseaux nationaux.

Un comité des financeurs réunit les personnes morales publiques ou privées contribuant de façon substantielle et récurrente au financement du programme de travail de l'association et est invité aux réunions du conseil d'administration.

ACTIVITÉ

L'activité d'Etd est conduite pour et en partenariat avec ses usagers. Elle s'organise en 3 grands domaines :

- Observation des stratégies et des pratiques du développement territorial,
- Travaux de recherche-développement à vocation méthodologique,
- Services aux élus et techniciens engagés dans le développement territorial.

PRÉSIDENT

Marc CENSI

DIRECTRICE

Delphine VINCENT

BUDGET

2,5 M€ dont 75% Datar - Caisse des dépôts et 25% recettes propres

ADHÉRENTS AU 31/10/2012

262 dont 12 Régions, 19 Départements et 231 Intercommunalités et leurs groupements

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Régions	4 sièges
Départements	4 sièges
Collectivités et groupements	6 sièges
Associations d'élus et réseaux	6 sièges
Personnalités qualifiées	4 sièges

