



EHESP

IASS

Promotion : **2012-2014**

Date du Jury : **mars 2014**

La mesure de la plus-value des CLS mis en oeuvre en Bretagne

Rémi Cros

Remerciements

Je remercie chaleureusement :

- Mon maître de stage, Béatrice Lastennet, pour le choix du thème de mémoire. Ce thème m'a permis d'aborder le métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale de façon globale et transversale et de rencontrer un nombre important et varié de professionnels du domaine de la santé et d'acteurs responsables de la mise en œuvre de politiques territoriales ;
- Tous les agents de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé de Quimper, qui connaissant le thème de mon mémoire, m'ont associé dès qu'ils l'ont pu aux réunions sur le sujet et m'ont mis en contact avec les personnes impliquées sur le terrain ;
- Les professionnels qui ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions. J'ai apprécié leurs engagements, leurs dynamismes et leur volonté de faire progresser le système de santé au travers d'un travail en collaboration. Leur approche de terrain m'a éclairé sur leur ressenti dans la mise en œuvre de l'outil du contrat local de santé et sur leurs attentes quant à la démarche d'évaluation ;
- Mon épouse, mes proches et collègues de l'EHESP qui m'ont soutenu, relu et conseillé dans la rédaction de ce mémoire ;
- Les équipes de l'EHESP qui m'ont guidé dans les différentes étapes de la rédaction du mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le CLS est un outil innovant dont le cadre réglementaire laisse une importante liberté d'utilisation.....	5
1.1 Présentation générale de la base réglementaire et du Contrat Local de Santé.....	5
1.1.1 Le cadre réglementaire général des CLS.....	5
1.1.2 Les acteurs concernés dans la signature d'un CLS	6
1.1.3 Les étapes du CLS	9
1.1.4 Les objectifs du CLS sont multiples mais ne doivent pas dissimuler sa véritable finalité	11
1.2 La mise en œuvre des CLS en Bretagne et dans le Finistère: un large panel des CLS	12
1.2.1 L'état des lieux du déploiement des CLS en Bretagne.....	12
1.2.2 Les objectifs recherchés des CLS bretons	15
2 Bien que l'outil CLS présente des avantages, sa mise en œuvre rencontre des difficultés. Une évaluation de l'outil, de ses apports et de ses limites permettrait d'accompagner son déploiement.....	17
2.1 L'outil de CLS présente des atouts de souplesse, de coordination des acteurs, d'adaptation aux problématiques de territoire.....	17
2.1.1 Les atouts de l'outil.....	17
2.1.2 L'exemple de la Bretagne	23
2.2 Mais des faiblesses de l'outil existent et rendent leurs mises en œuvre parfois difficiles.....	28
2.2.1 Les faiblesses de l'outil	28
2.2.2 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'outil dans le région Bretagne.....	32
2.3 Des démarches d'évaluation des CLS permettraient d'accompagner leurs déploiements en s'appuyant sur ses atouts et en palliant ses faiblesses. Des dispositifs d'évaluation existent mais sont encore balbutiants et restent à construire.....	33
2.3.1 Un dispositif d'évaluation a été défini pour rendre compte du déploiement de l'outil et de l'atteinte des objectifs fixés	34
2.3.2 Le dispositif d'évaluation en Bretagne.....	35
3 Le dispositif d'évaluation des CLS doit être développé pour accompagner leurs déploiements	37
3.1 L'intérêt de l'évaluation des CLS et pourquoi améliorer le dispositif d'évaluation.....	37

3.1.1	Rappel historique de l'évaluation des politiques publiques	37
3.1.2	Les enjeux de l'évaluation des CLS.....	38
3.2	Comment évaluer et quels sont les champs des CLS à évaluer.....	39
3.2.1	La construction des indicateurs répond aux questions: pour qui, pour quels objectifs, quand et par qui	39
3.2.2	L'application de l'évaluation aux CLS	41
3.2.3	Les spécificités du domaine de la santé imposent une évaluation spécifique pour l'outil CLS.....	42
3.3	Un bouquet d'indicateurs à proposer qui ne doit pas être restrictif	43
3.3.1	Les indicateurs de processus	43
3.3.2	Les indicateurs de résultats ou une mesure qualitative du CLS	45
3.3.3	Une méthodologie à mettre en place	46
	Conclusion	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACSé	: Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'égalité des chances
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la performance
AM	: Assurance Maladie
ARS	: Agence Régionale de Santé
ASV	: Atelier Santé Ville
ATS	: Animateur Territorial de Santé
CARSAT	: Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS	: Centres Communaux d'Action Sociale
CH	: Centre Hospitalier
CLS	: Contrat Local de Santé
CNP	: Centre National de Pilotage
CNSA	: Caisse National pour la Solidarité et l'Autonomie
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DDCS	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGOS	: Directeur Général de l'Organisation des Soins
DRJSCS	: Direction Régionale Jeunesse Sport Cohésion Sociale
CUCS	: Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DT	: Délégation Territoriale
EIS	: Évaluation d'Impact en Santé
ESMS	: Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
HCSP	: Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoire
IASS	: Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
ISS	: Inégalités Sociales de Santé
ISTS	: Inégalités Sociales et territoriales de Santé
PADD	: Plan d'Aménagement et de Développement Durable
PDU	: Plan de Déplacement Urbain
PLFSS	: Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAP	: Modernisation l'Action Publique
ONDAM	: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORSB	: Observatoire Régional en Santé de Bretagne

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
PPS : Prévention Promotion de la Santé
PRS : Programme Régional de Santé
PTS : Programme Territorial de Santé
SCOT : Schéma de Cohérence Territoriale
SNS : Stratégie Nationale de Santé

Introduction

Entre relation hiérarchique et partenariat : « l'Agence Régionales de Santé (ARS) incarne l'Etat tout en animant une politique de santé qui doit s'adapter aux spécificités régionales »¹. Cette affirmation du Directeur Général de l'Organisation des Soins (DGOS) pose le constat que le territoire local est le lieu privilégié de coordination entre les acteurs de développement d'une « politique de santé participative en direction de l'ensemble des populations »². Il est plus facile de cerner les besoins et de faire émerger les demandes au sein des populations, c'est-à-dire de prendre en compte les spécificités du territoire et de les croiser avec les priorités définies au niveau national.

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS), Programmes Territoriaux de Santé (PTS) et Contrats Locaux de Santé (CLS) répondent à cette volonté d'adapter la mise en œuvre des politiques de santé de l'État aux territoires. Instaurés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 ces outils permettent de décliner les politiques de santé à plusieurs niveaux de territoire : la région pour le PRS, le territoire de santé pour les PTS et au niveau local pour les CLS. Les CLS offrent ainsi la possibilité aux ARS de contracter, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements sur des territoires infra territoriaux pertinents.

Bien que non-inscrits formellement dans la loi HPST, les objectifs des CLS seraient aussi de réduire les inégalités de santé dans une approche transversale des politiques publiques. Un lien existerait entre une politique multisectorielle et la diminution des inégalités sociales de santé. Le CLS, par l'interconnexion entre les différentes politiques publiques qu'il permet, favoriserait la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cet objectif de réduction des inégalités de santé sociales et territoriales de santé est souvent réaffirmé par les pouvoirs publics, notamment avec la loi de Santé Publique 2004 du 9 août 2004 ou encore lors de la présentation de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) le 23 septembre 2013. Ainsi, la SNS qui préfigure la prochaine loi de santé publique de 2014 le confirme par le modèle d'organisation transversale du pilotage de la politique de santé : un comité interministériel sera chargé d'améliorer la coordination au sein du gouvernement afin que les objectifs en matière de santé « se diffusent » au sein

¹ Audition de Jean Debeauvais DGOS par la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat, audition du 5 juin 2013

² Termes extraits du premier CLS signé : CLS de la ville de Marseille dont le projet d'expérimentation proposé par la région PACA avait été retenu le 24 février 2009

des autres ministères tels que l'éducation, le travail, l'intérieur et l'environnement³... Le CLS qui préfigurerait ce même comité au niveau local influencerait ainsi sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

J'ai choisi d'étudier ce nouvel outil du CLS et d'analyser ses atouts par rapport aux autres outils de programmation existants. J'ai tenté d'analyser la mesure de sa plus-value en terme de déclinaison des politiques nationales et régionales de santé, en terme d'outil de coordination des acteurs et en terme d'outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

J'ai choisi ce thème pour plusieurs raisons.

Le CLS est un outil d'animation territoriale qui est au coeur de l'activité d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) en délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (DT ARS).

Ce thème est récent et nous disposons aujourd'hui de peu d'éléments de bilan. Le ministère de la santé n'a pas engagé de décompte national et de suivi des CLS. L'appropriation des CLS par les ARS est très hétérogène. Si l'Île de France est résolument engagée : vingt CLS sont signés et soixante-dix sont en cours de négociation, les autres régions n'en prévoient que trois à quatre par an. En Bretagne, six CLS ont été signés et six étaient en cours de mise en place pendant la réalisation de mon stage d'exercice professionnel. Nous avons donc commencé aujourd'hui à avoir quelques éléments pour en mesurer les effets.

Ce sujet est un sujet transversal des politiques de santé: le CLS implique l'ensemble des acteurs dans le champ de la santé mais aussi hors du champ de la santé : cohésion sociale, éducation, collectivités territoriales, diverses directions de préfecture... . Le CLS favorise ainsi les synergies pour répondre de manière plus adaptée et efficace aux besoins de santé sur les territoires. Les contrats sont signés principalement par les élus des collectivités territoriales: maires, présidents de communautés de communes, par le président de conseil général, etc... ; par les opérateurs de santé, par le préfet... Les partenaires potentiels des CLS peuvent être des institutions ou professionnels associés à la démarche pour leurs compétences et leur rôle, des institutions ou professionnels associés à la démarche en tant que porteurs d'actions (Assurance Maladie, branche famille et mutuelles, offreurs de soins, associations de professionnels de santé ou d'usagers, les réseaux et filières, etc.). C'est ainsi que le choix de ce thème m'a permis de rencontrer un nombre important d'intervenants dans le domaine du sanitaire et social,

³ Dépêche APM du 23 septembre 2013 sur la présentation des piliers de la SNS

intervenants avec qui je devrai travailler dans mes futures fonctions d'IASS que ce soit dans des postes du champ du sanitaire ou du social.

Enfin, ce choix de mémoire m'a permis d'apprécier l'évolution du métier de IASS en DT-ARS autour d'un positionnement renforcé dans les fonctions d'animation territoriale (avec toute la difficulté de définir précisément le champ de l'animation territoriale) et du développement du travail en mode projet.

J'ai axé mon travail sur l'analyse des méthodes d'élaboration et de mise en œuvre des CLS pour ensuite proposer une trame ou des méthodes de mesure et d'évaluation des CLS. La problématique de l'évaluation m'a paru intéressante du fait du manque de recul sur les CLS mais aussi du contexte de diminution des moyens et de contraintes budgétaires auxquelles l'État, les collectivités sont confrontés. Les pouvoirs publics évaluent leur action pour la rationaliser et la rendre plus efficiente. Cette nouvelle contrainte est d'autant plus nécessaire que les ARS sont aussi confrontées à moyens limités, à l'augmentation de leurs missions dues à l'augmentation des attentes en santé de la population.

La ministre de la santé et des affaires sociales a d'ailleurs affirmé « qu'il nous faut des programmes d'action précis, mais aussi des indicateurs chiffrés pour mieux évaluer nos actions » et pour cela sera inscrit « pour la première fois dans la loi (de santé) des indicateurs d'état de santé de la population »⁴. Le Haut conseil de la santé publique (HSCP) tiendra un « tableau de bord » de l'état de santé de la population.

Pour ce mémoire, j'ai choisi de rencontrer les différents acteurs et responsables de la mise en œuvre des CLS, de les interroger sur leur perception de l'outil, sur leurs attentes dans son utilisation et sur l'évaluation qu'ils proposeraient. Pour cela j'ai mené des entretiens semi directifs pour lesquels j'ai distingué les différentes parties de mise en œuvre des CLS, et notamment la partie de l'évaluation. Je me suis efforcé d'interroger tous les types de parties prenantes des CLS : responsables de pilotage au niveau national, responsables de la mise en œuvre au niveau local du côté de l'ARS, de ses délégations territoriales, des collectivités territoriales, des animateurs de CLS, des porteurs d'actions du CLS. La méthodologie de ce mémoire, les grilles d'entretien et la liste des personnes rencontrées figurent en annexe.

Pour répondre à la question de l'évaluation des apports de l'outil CLS, il m'a semblé nécessaire de bien déterminer l'objet étudié, d'analyser le dispositif en général puis en

⁴ Intervention de Marisol Touraine du 23 septembre 2013, relative à la présentation de la Stratégie Nationale de Santé (SNS)

particulier sur la région Bretagne. J'ai décrit le cadre réglementaire, les parties prenantes, les conditions d'élaboration et les différentes étapes des CLS.

Ensuite, pour savoir quels éléments évaluer, j'ai axé mon analyse sur les objectifs, les atouts et plus-values de l'outil CLS et ses difficultés de mise en place. Cette analyse a été faite en m'inspirant du modèle utilisé dans les entreprises privées pour évaluer leur action, leur stratégie, pour analyser, décrire et diagnostiquer. Ce modèle est défini suivant l'acronyme MOFF (ou SWOT⁵ en termes anglo-saxons) pour Menaces, Opportunités (origine externe), Forces et Faiblesses (origine interne). Il permet de dresser un résumé global, qualifié et hiérarchisé des éléments à prendre en compte pour une décision éclairée. Cette méthode s'est d'ailleurs largement développée dans la sphère publique depuis quelques années.

Enfin dans une dernière partie, les principes et outils existants d'évaluation de politique publique ont été analysés et adaptés à la démarche CLS pour tenter de faciliter son déploiement et diffuser les bonnes pratiques dans leurs mises en œuvre.

⁵ L'analyse SWOT a été créée et développée aux Etats-Unis par Albert Humphrey dans les années 1960 et 1970

1 Le CLS est un outil innovant dont le cadre réglementaire laisse une importante liberté d'utilisation

1.1 Présentation générale de la base réglementaire et du Contrat Local de Santé

1.1.1 Le cadre réglementaire général des CLS

Les programmes territoriaux de santé dans leur forme actuelle découlent des travaux qui ont abouti à la loi HPST et notamment le rapport Ritter⁶ relatif à la création des Agences Régionales de Santé. Ce rapport préconise de réformer le pilotage régional pour améliorer notre système de santé. Il suggère deux leviers majeurs d'amélioration. Le premier est d'unifier le pilotage territorial du système de santé en décloisonnant le système et en améliorant la cohérence territoriale des politiques de santé. Le deuxième est de responsabiliser le pilote régional en adaptant de façon plus optimale les politiques de santé aux spécificités territoriales et en liant l'organisation de l'offre de soins et la recherche de l'efficacité.

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS), Programmes Territoriaux de Santé (PTS) et Contrats Locaux de Santé (CLS) répondent à cette volonté d'adapter la mise en œuvre des politiques de santé de l'État aux territoires dans une approche globale et transversale. Les CLS offrent ainsi la possibilité aux ARS de contracter, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements sur des territoires infra territoriaux pertinents.

Avant la loi HPST, des outils et politiques étaient déjà utilisés pour décliner les politiques de santé au niveau local à l'instar de ce que les ateliers santé ville (ASV) ont pu réaliser, les Plans locaux de santé, ville santé OMS, Agenda 21 avec volet santé, centre municipal de santé, conseil local de santé mentale (CLSM)...

Mais la particularité avec l'instauration de la loi HPST est que les politiques de santé se déclinent localement et de façon transversale dans le sanitaire, le médico-social, la médecine de ville et la Prévention Promotion de la Santé (PPS).

C'est l'article L 1434-17 de la Loi HPST qui énonce 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

⁶ Rapport Ritter relatif à la création des Agences Régionales de Santé, janvier 2008

promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.» et l'article L 1424-2 précise que les PTS qui déclinent les schémas régionaux de prévention, d'organisation médico-sociale «peuvent donner lieu à des contrats locaux de santé ».

La loi est très succincte au sujet des CLS et laisse une grande souplesse quant aux territoires concernés par leur mise en œuvre, quant au champ des contrats et à leur contenu. Toutefois la circulaire du 20 janvier 2009⁷ précise qu'ils devront être signés en priorité dans les quartiers de la politique de la ville dont les caractéristiques sont d'être des quartiers défavorisés. Cette précision apporte aux CLS en plus de l'objectif de territorialisation des politiques de santé, un objectif de réduction des inégalités de santé dans une approche transversale des politiques publiques.

1.1.2 Les acteurs concernés dans la signature d'un CLS

La loi mentionne deux acteurs principaux dans le CLS. Ces deux acteurs sont l'ARS d'une part et les collectivités territoriales et leurs groupements d'autre part. Le législateur a voulu insister sur les liens essentiels dans le domaine de la santé qui existent entre l'État, représenté essentiellement par l'ARS mais aussi par la Direction Régionale Jeunesse Sport et Cohésion Sociale (DRJSCS) et la Direction Départementale Cohésion Sociale (DDCS), et les collectivités territoriales et leurs groupements.

Ces liens peuvent se concevoir à trois niveaux⁸ :

- « Sur le plan juridique c'est-à-dire de compétence, la santé relève d'abord, mais non exclusivement, de l'État ». Bien que l'organisation du système de santé reste centralisée, que l'État en assure le financement et perçoit les cotisations nécessaires par le biais des organismes de la sécurité sociale, les départements conservent cependant une responsabilité avec notamment la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L.1423-1 du Code de la Santé Publique). Ils participent aussi à la mise en œuvre de programmes de santé comme le dépistage des cancers (article L.1423-2 du Code de la Santé Publique) et les collectivités territoriales exercent des activités de vaccination et de lutte contre les

⁷ Circulaire du 20 janvier 2009 du ministère de la santé et des sports et du secrétariat d'État chargé de la politique de la ville, relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

⁸ Rapport d'information sur les territoires et la santé du Sénat, n°600, session 2010-2011

maladies infectieuses. Ainsi en terme de compétence, le rôle des collectivités territoriales est essentielle car il permet une véritable action de proximité.

- « Et en tant qu'objectif d'intérêt général et de préoccupation privée », l'État aussi bien que les collectivités territoriales se doivent de répondre aux attentes de leurs citoyens. Les collectivités territoriales intégreront cependant en plus une volonté de rendre leurs territoires attractifs.

En plus de ces trois niveaux de lien, sur le plan technique, l'État : ARS, DRJSCS et DDCCS, apporte un appui méthodologique et une ingénierie des politiques de santé dans leur domaine de compétence ; les collectivités territoriales apportent une méthodologie de travail en réseau avec les acteurs de terrain et une expertise dans la définition du périmètre du territoire.

Par le CLS, le souci du législateur a donc été de renforcer les liens entre l'État et les collectivités territoriales et ainsi de territorialiser l'action publique dans le champ de la santé en s'appuyant sur l'expertise des élus locaux et sur leur connaissance de la gestion de proximité et sur leur capacité à mobiliser les acteurs de proximité. Cette association des élus est d'autant plus importante qu'ils sont des représentants des citoyens et de leurs besoins.

Dans la pratique les acteurs concernés par la signature et la mise en œuvre d'un contrat local de santé sont plus nombreux que les seuls ARS et collectivités territoriales. Et dans les parties prenantes à un CLS, on distingue par ailleurs le signataire du partenaire au contrat. Le signataire s'engage formellement dans le contrat, alors que le partenaire ne signe pas le contrat et n'a pas d'obligation contractuelle. Le partenaire sera associé à la mise en œuvre des actions déclinées dans le contrat.

Chaque signataire et partenaire apportent une compétence différente dans la mise en œuvre du contrat. En plus des différents niveaux de collectivités territoriales, les parties prenantes d'un CLS que j'ai pu observées sont :

- le préfet ;
- les organismes de l'Assurance Maladie : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (AM) et Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) ;
- la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) ;
- des centres hospitaliers (CH) ;
- des associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;
- des associations de professionnels de santé (médecins ou professionnels paramédicaux) ;
- l'Éducation Nationale.

Nous avons vu que les collectivités territoriales et leurs groupements apportaient une connaissance du territoire et un ancrage sur le territoire pour organiser le déploiement CLS. Il existe en plus des spécificités pour chaque niveau de collectivités territoriales associées dans le CLS. Ces spécificités dépendent de leur niveau de compétences respectives.

Ainsi le Conseil Régional est généralement associé à un CLS qui porte sur des politiques santé de la jeunesse, addiction, transport, économie de la santé ou formation ; le Conseil Général dans les CLS portant sur des actions dans le domaine social, d'intégration des plus démunis, de prise en charge des personnes âgées, du logement... Pour la ville et les groupements d'agglomérations, l'intérêt de les associer porte sur les apports dus à leurs compétences et missions de proximité en matière sociale et médico-sociale au travers des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), sur les politiques de la ville qu'ils mènent, leur logique d'aménagement du territoire, d'urbanisme et de présence de services de santé de premier recours qu'ils portent. On peut noter que le champ d'intervention des communes est large et que c'est le seul niveau de collectivité territoriale pour lequel la clause générale de compétence n'est pas remise en cause. Cette clause permet ainsi aux communes d'intervenir dans tous les champs de politique publique, ceux de la santé comme ceux qui lui sont connexes⁹.

Pour le préfet, il permet de renforcer la programmation concertée avec les autres politiques déconcentrées de l'État.

Pour les organismes de l'assurance maladie et la CNSA, les associer aux CLS permet d'apporter une expertise sur les régimes de prise en charge, les financements disponibles, la coordination avec les autres financements.

Les CH et les ESMS jouent au sein des CLS un rôle de référent dans le domaine de prise en charge sanitaire et médico-social.

Les associations de professionnels de santé apportent quant à elles une bonne connaissance de la démographie médicale du territoire, une meilleure coordination et un travail en réseau des professionnels de santé du territoire couvert par le CLS.

Enfin, associer l'Éducation Nationale permet de relayer l'information auprès des jeunes, de porter des actions de prévention et de promotion de la santé.

⁹ Loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales et projet de loi adopté le 19 décembre 2013 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles en voie de recours au Conseil constitutionnel depuis le 26 décembre 2013

1.1.3 Les étapes du CLS

Les CLS se construisent par étapes¹⁰. Elles permettent de poser un diagnostic de santé sur un périmètre bien défini de territoire, de dégager des priorités de santé et de décliner un plan d'actions pour gérer ces priorités. L'élaboration d'un CLS s'étend sur un temps relativement long (de l'ordre d'une année pour les CLS étudiés au niveau national et pour la Bretagne) et peut dans certains cas ne pas aboutir¹¹. La mise en œuvre d'un CLS porte en général sur une durée ajustée à celle de fin du PRS. Pour la Bretagne, la durée moyenne des CLS est de trois ans. Cependant des CLS peuvent porter sur une année et être renouvelés en fonction de l'atteinte ou non des objectifs qui lui sont fixés.

Dans un premier temps, l'ARS définit en interne une stratégie du territoire du CLS par une lettre de cadrage. Celle-ci est rédigée par le niveau régional de l'ARS avec l'appui de la DT pour les CLS de leur département respectif. Cette lettre de cadrage pour la Bretagne s'intitulait « Les CLS : vision institutionnelle de l'ARS Bretagne ». Elle rappelait le contexte régional en terme de programmes locaux de santé, le contenu général du CLS et les critères de priorisation de choix de territoire pour mettre en œuvre les CLS.

- L'identification du territoire

Une première étape consiste donc à identifier les territoires pertinents qui présentent une homogénéité dans les problématiques de santé. Puis un diagnostic est posé en points forts et en points faibles sur les besoins de santé, l'offre de soins, l'accès aux soins, l'offre médico-sociale du territoire défini. Dès cette première étape, la collectivité territoriale est associée et les premiers échanges avec les signataires et les partenaires sont initiés. Des travaux complémentaires visant à affiner la connaissance du territoire en question peuvent être conduits par l'ARS et les parties prenantes du contrat afin de préparer le travail de programmation d'actions.

- Le diagnostic de santé du territoire

Une fois délimité, un diagnostic de santé de ce territoire pertinent est dressé. Ce diagnostic est une synthèse entre les données à l'échelle du territoire choisi. Il regroupe des données sociodémographiques¹² représentant le contexte social du territoire ; des

¹⁰ Voir le schéma des étapes du CLS en ANNEXE IV. Schéma extrait du kit méthodologique CLS

¹¹ Exemple du CLS de Toulouse dont la signature a été reportée à plusieurs reprises et n'est pas visé à ce jour

¹² Les données sociodémographiques sont basées sur des indicateurs sociaux (seuil de pauvreté, pourcentage d'enfants vivants dans des foyers à bas revenus, pourcentage de bénéficiaire CMU, pourcentage de logements indignes, Indice de Développement Humain qui est une moyenne

données sanitaires et sociales représentant l'offre de santé locale ; et des indicateurs de santé de la population. Le diagnostic donne ainsi une vision plus précise de la problématique du territoire, de ses fragilités et il permet de prendre en compte la pluralité des facteurs qui influencent la santé : recours aux dispositifs de soins, prévention, environnement et conditions de vie, et comportements liés aux facteurs psychosociaux...

Le kit méthodologique préconise que ce diagnostic soit partagé et réalisé sur des informations recueillies auprès des acteurs sur le territoire. Il doit croiser des données qualitatives sur la perception de santé des élus, des partenaires du CLS et de la population. Ces acteurs ont une connaissance plus fine de leur territoire et de leurs problématiques. Enfin, la collectivité territoriale qui est, avec l'ARS, le co pilote du CLS sera plus intéressée à porter les actions qui répondent précisément aux problématiques de son territoire.

Ce diagnostic sert de base à la définition des priorités et des objectifs du CLS.

- La formalisation du CLS en axes stratégiques et en plan d'actions

Un plan d'actions est alors élaboré pour répondre aux priorités dégagées et atteindre les objectifs fixés par le CLS. Des indicateurs permettant de mesurer les objectifs à atteindre, un responsable par action et une date de réalisation de chaque action sont fixés.

- La signature du CLS

Le CLS est formalisé et peut être signé, après avis de la conférence de territoire¹³. En général la couverture médiatique de l'événement est assurée pour donner plus d'impact à la démarche.

- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du CLS

Le CLS est alors mis en œuvre et suivi par le biais de trois instances :

1. un comité de pilotage qui est composé des signataires et est chargé de la gouvernance politique du CLS ;
2. un comité technique qui est composé de techniciens représentant les parties signataires ;
3. un secrétariat de projet qui peut être confié à un coordonnateur CLS recruté pour l'occasion, ou par un chargé de mission d'un comité santé de la collectivité locale, ou encore à un animateur ASV ou Animateur Territorial de Santé (ATS).

d'indicateur de santé, d'éducation et de revenu) et sur des indicateurs socio environnementaux (niveau de chômage, transport, pollution et bruit, accès aux soins de premier recours)

¹³ Voir article R1434-7 du code de la santé publique

Le CLS est évalué au travers de la réalisation d'un suivi de l'état d'avancement des actions et une évaluation des actions menées.

1.1.4 Les objectifs du CLS sont multiples mais ne doivent pas dissimuler sa véritable finalité

La loi mentionne le CLS comme moyen de mettre en œuvre le PRS par le biais de contrats passés entre l'ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements. Les contrats portent sur une approche globale et transversale des politiques de santé : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Le CLS est donc un outil de territorialisation des politiques de santé, de déclinaison du PRS au niveau local. L'outil permet, au même titre que le PRS, une mise en œuvre transversale des politiques de santé. Il permet de soutenir des dynamiques de santé sur des infra-territoires de santé avec une approche intersectorielle et un pilotage unifié des différentes composantes des politiques de santé.

On a vu qu'en plus de ces objectifs de territorialisation des politiques de santé qui apparaissent de façon succincte dans la loi HPST, la circulaire du ministère de la santé et des sports et du secrétariat d'État chargé de la politique de la ville¹⁴ présente le CLS comme un outil de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS).

Le kit méthodologique élaboré par le secrétariat général du ministère des affaires sociales qui propose un ensemble de fiches pratiques pour aider à mettre en œuvre un CLS présente aussi ces objectifs de réduction des ISS pour les CLS dans sa première partie sur les éléments de référence sur les CLS. Le CLS est ainsi présenté comme un outil qui « vise un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) »¹⁵ parce qu'il permet de faire émerger des dynamiques sur des territoires défavorisés en terme d'offre de soins et de besoins en santé des populations et ainsi favoriser une péréquation entre territoires.

Cependant dans la pratique le CLS est surtout un outil de territorialisation des politiques de santé, de travail coordonné des acteurs et d'articulation des politiques publiques. C'est un outil transversal pour faire rencontrer logique PRS et logique de territoire.

Les CLS peuvent d'ailleurs contribuer à accentuer les inégalités sociales et territoriales de santé si on limite les CLS à cette fonction, compte tenu des disparités d'implication dans

¹⁴ Références mentionnées supra

¹⁵ Kit méthodologique CLS, fiche n°1 éléments de référence sur les CLS, p 4

les CLS des diverses ARS. Le dynamisme et l'intensité des politiques de santé au niveau local seraient très inégales et renforceraient les disparités entre les régions et à l'intérieur même des régions. Le déploiement des premiers CLS s'est d'ailleurs souvent réalisé en s'appuyant sur des dynamiques locales de santé existantes au détriment de territoires sans dynamique, défavorisés et sur lesquels le travail coordonné des acteurs en place était inexistant, contribuant encore à accentuer les inégalités sociales et territoriales de santé.

En outre, une partie importante de la diminution des inégalités trouve des solutions à d'autres niveaux : national par la simplification d'accès aux droits ; international pour des réglementations environnementales diminuant les risques d'exposition liés à l'environnement¹⁶.

En définitive, le CLS contribue à la diminution des inégalités d'accès à la santé, d'accès aux soins et non à la diminution des ISTS qui nécessite une action coordonnée au niveau national avec une définition de critères identiques pour la mise en place des CLS. La contribution à la réduction des ISS nécessite quant à elle une action sur les déterminants de santé, sur l'inter-sectorialité : l'environnement, le logement, le transport, le développement économique, l'éducation...¹⁷. Or le CLS est un outil transversal pour faire rencontrer la logique du PRS et la logique de territoire. Il s'inscrit dans les problématiques de santé de territoire plus que sur l'inter-sectorialité bien que nous verrons qu'il peut agir sur l'inter-sectorialité.

1.2 La mise en œuvre des CLS en Bretagne et dans le Finistère: un large panel des CLS

1.2.1 L'état des lieux du déploiement des CLS en Bretagne

- La stratégie initiale de l'ARS Bretagne

En propos liminaire, il est à noter que l'ARS Bretagne a participé à un groupe de travail avec d'autres ARS et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales pour fixer un cadrage de mise en place des CLS et de définition d'un contenu type pour les CLS au travers du kit méthodologique CLS cité supra. La participation à ce travail a permis à l'ARS de Bretagne de déployer ses CLS suivant une méthodologie uniforme et cadrée à compter d'avril 2011, date de diffusion du kit.

¹⁶ Éditorial de la lettre n°69 de l'institut Renaudot, juin 2012

¹⁷ Propos recueillis lors de l'entretien avec Françoise Schaezel, MISP et IGAS

Pour la région Bretagne, l'ARS a fixé sa stratégie de déploiement des CLS en Bretagne au travers d'une note¹⁸ qui a été présentée aux élus et partenaires bretons à la journée nationale CLS le 20 juin 2012, soit après le déploiement des premiers CLS bretons.

L'ARS a dans un premier temps élaboré son diagnostic santé sur l'ensemble de son territoire sur la base des synthèses de l'Observatoire Régional en Santé de Bretagne (ORSB) «Santé des 21 Pays de Bretagne», «État de santé de la population en Bretagne» de l'ORSB en septembre 2010 et de «l'analyse de l'offre de santé en Bretagne» de l'ARS Bretagne en septembre 2012. Elle a ainsi déterminé les territoires avec des inégalités sociales et territoriales de santé, les territoires présentant des indicateurs dégradés, les territoires avec la présence d'un ASV ou d'ATS.

Ensuite, dans sa stratégie de déploiement des CLS, les objectifs de l'ARS Bretagne étaient multiples. Ils étaient d'installer de façon durable une dynamique locale en santé, de territorialiser son action, de répondre à des indicateurs d'offre ou d'états de santé défavorables et de permettre un déploiement des CLS sur des territoires vastes pour un rééquilibrage de l'offre sur l'ensemble des territoires.

La stratégie initiale de choix de territoire était le Pays qui est un territoire de projet¹⁹ et non un territoire purement électif comme peuvent l'être les communautés de communes ou les communes.

Pour mémoire, le Pays est un territoire qui présente une « cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale » afin d'exprimer « la communauté d'intérêts économiques, culturels et sociaux de ses membres »²⁰ et de définir des projets de développement commun. Un rapport parlementaire du Sénat de 2006 précisait que le Pays était vu par les présidents de Pays comme un « espace de projets à l'échelle d'un bassin de vie pertinent ; un échelon de coordination pour certaines politiques intercommunales ; et un lieu de démocratie de proximité »²¹. Il est à noter que la possibilité de création de nouveaux Pays a été supprimée par l'article 51 de la loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales. Le projet de loi de

¹⁸ Note de stratégie des CLS pour la région Bretagne, année 2012

¹⁹ Propos recueillis auprès de Thierry de La Burthe, directeur adjoint démocratie sanitaire ARS Bretagne

²⁰ Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (LOADT), dite Loi Pasqua du 4 février 1995, renforcée par la LOADDT, dite Loi Voynet du 25 juin 1999

²¹ Rapport d'information n° 430 (2005-2006) de M. Alain Fouché fait au nom de la délégation à l'aménagement du territoire, déposé le 28 juin 2006

modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles qui était en finalisation d'adoption fin 2013, les remplacerait par des «pôles d'équilibre et de coordination» dont les périmètres et les formes seraient identiques à ceux des Pays.

L'ARS utilise ainsi la région comme territoire de déploiement du PRS, le département et les territoires de santé pour le déploiement des PTS. Pour le niveau infra-territorial, le territoire de déploiement des CLS était initialement le Pays. Le Pays représente en Bretagne le zonage le plus fin de conclusion des CLS permettant de mettre en place des actions partagées au niveau local²²

Nous verrons cependant que, dans certains cas, le Pays n'est pas un territoire pertinent car il n'est pas forcément homogène. Certains Pays en Bretagne sont très étendus et présentent des différences importantes, des identités différentes... (ex: Rennes, le Cap Sizun est différent de Quimperlé alors que ces territoires sont dans le même Pays, idem pour Crozon qui est différent de Brest...).

- Présentation de l'état des lieux des CLS de Bretagne: la cartographie

Le premier CLS signé a été celui du Pays de Vitré²³. À la fin de l'année 2013, cinq CLS supplémentaires ont été signés, six CLS sont en cours de mise en place et trois CLS potentiels pour lesquels l'ARS a été contactée par une collectivité sont au stade des premières prises de contact²⁴.

Les premiers CLS signés et CLS en cours sont essentiellement localisés sur des Pays et sur des territoires bénéficiant d'un dispositif d'animation territoriale de santé (ATS) ou portant un ASV.

Sur un total de douze CLS signés et en cours de signature, dix concernent un territoire de mise en œuvre à l'échelle du Pays, huit bénéficient d'un dispositif d'animation territoriale préexistant et deux sont mis en œuvre sur des territoires qui regroupent des caractéristiques de vulnérabilité.

Le premier constat est que par rapport à sa stratégie, l'ARS Bretagne utilise principalement comme critères de priorisation celui de l'échelle territoriale suffisante (celle du Pays) et celui de la dynamique locale. Le critère de territoires présentant des caractéristiques de vulnérabilité ne concerne que deux CLS : les CLS du Pays Centre-Ouest Bretagne (COB) et le Pays de Morlaix.

²² ATLAS du PRS de la région Bretagne, année 2013, p 7

²³ Date de signature le 24 octobre 2011

²⁴ Tableau récapitulatif des CLS signés, en cours et potentiels en région Bretagne en annexe V

Les CLS mis en œuvre sur des territoires autres que ceux du Pays sont soit des territoires avec des problématiques spécifiques comme pour la communauté de communes de Belle-Île en Mer et la ville de Rennes ; soit des territoires de taille inférieure au Pays mais pour lesquels l'ARS a le projet d'étendre la zone de mise en œuvre du CLS au Pays comme pour les CLS de Morlaix Communauté et de Pontivy Communauté.

1.2.2 Les objectifs recherchés des CLS bretons

Les six CLS déjà signés en Bretagne sont représentatifs d'un large panel de problématiques territoriales de santé. Ces problématiques peuvent être catégorisées ou rattachées à des types de territoires : territoires urbains, territoires ruraux, littoraux ou insulaires.

Les territoires urbains présentent en général des problématiques de santé autour de l'accès aux soins des populations défavorisées ou démunies, de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) pour les populations les plus jeunes. Pour les territoires ruraux, les problématiques de santé tournent autour de l'isolement des populations avec les conséquences sur l'accès aux soins de premier recours, sur la santé mentale des populations et sur la prise en charge des personnes âgées. Les territoires du littoral sont souvent caractérisés par une implantation importante de population vieillissante avec des problématiques autour de la prise en charge des personnes âgées. Les territoires insulaires présentent essentiellement des problématiques autour de la permanence des soins et d'accès aux soins de premier recours.

Les CLS bretons répondent à chacune de ces problématiques spécifiques de territoire en fixant des objectifs adaptés à celles-ci.

- Les CLS en milieu urbain

Le CLS de la ville de Rennes développe sept thématiques ou axes prioritaires dont le développement de l'information sur la santé ; l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis ; et l'action en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants.

- Les CLS bretons en territoires ruraux

Le CLS du Pays de Vitré fixe trois axes d'intervention stratégiques autour du renforcement des soins de premier recours et de la permanence des soins ; du développement des politiques de prévention dans les domaines de santé au travail, du

mal-être et des conduites addictives ; et l'amélioration des coopérations entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le CLS du Pays COB a travaillé sur trois axes autour de la promotion/prévention de la santé et la réduction de la souffrance psychique, du risque suicidaire et des conduites addictives ; le maintien et le développement de l'offre de soins libérales et hospitalières ; et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Le CLS de Pontivy communauté a focalisé son action sur la prise en charge des personnes âgées afin d'améliorer leurs parcours de santé sur le territoire de Pontivy communauté.

- Les CLS en territoires ruraux et littoraux

Le CLS de Morlaix a axé les priorités sur la prévention et la prise en charge des conduites addictives et la prévention/promotion du suicide et de la santé mentale ; la prise en charge des personnes âgées et handicapées ; et le développement de la coordination des acteurs de santé.

- Les CLS en territoire insulaire

Le CLS de Belle-Île en mer fixe comme objectifs principaux de contribuer à la continuité et à la permanence des soins en formalisant un projet de regroupements professionnels libéraux et hospitaliers, et en promouvant l'exercice libéral de la médecine en milieu hospitalier.

2 Bien que l'outil CLS présente des avantages, sa mise en œuvre rencontre des difficultés. Une évaluation de l'outil, de ses apports et de ses limites permettrait d'accompagner son déploiement

2.1 L'outil de CLS présente des atouts de souplesse, de coordination des acteurs, d'adaptation aux problématiques de territoire...

2.1.1 Les atouts de l'outil

La loi HPST a instauré les CLS comme un outil déclinant les politiques de santé localement et de façon transversales dans le sanitaire, le médico-social, la médecine de ville et la Prévention Promotion de la Santé (PPS). Ces caractéristiques présentent des atouts dans l'utilisation du CLS.

Nous verrons aussi que la définition succincte du CLS dans la loi apporte une grande souplesse ce qui présente aussi des avantages dans l'utilisation de l'outil.

- La définition de territoires pertinents

Le CLS permet une construction d'un territoire de santé pertinent pour adapter les politiques de santé nationale aux problématiques locales.

Pourtant cette construction n'a pas été simple et s'est faite progressivement. Une première étape importante s'est effectuée dans les années 70 avec la loi Boulin qui instaure la carte sanitaire avec 21 régions et 256 secteurs sanitaires. Puis les Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de 1^{ère} et de 2^{ème} génération²⁵ définissent le meilleur découpage territorial possible en terme d'offre de soins de court séjour. Une structuration et une territorialisation des réseaux de santé seront impulsées par la loi du 4 mars 2002²⁶. Puis la circulaire du 5 mars 2004²⁷ fixe l'organisation du système de soins en fonction des besoins de la population ou de la demande effective de soins hospitaliers sur un territoire de santé pertinent. Le territoire de santé devient un espace de concertation entre les acteurs de santé à travers les conférences de territoire. En 2008,

²⁵ Respectivement loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin et ordonnance Juppé n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique

²⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé

²⁷ Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004

nous avons vu que le rapport Ritter²⁸ préconise de mieux adapter les politiques de santé aux spécificités territoriales et le rapport Flajolet²⁹ propose la création de « communautés de santé » permettant de « recréer l'accès aux soins dans les zones déficitaires autour d'un projet de santé commun aux élus et aux acteurs sociaux et médico-sociaux ». La loi HPST est l'aboutissement de ces étapes et rapports successifs. Elle propose une nouvelle territorialisation stratégique qui est une confrontation entre deux logiques : celle d'une gestion territorialisée de la politique de santé où les orientations de l'État sont déclinées localement et celle des dynamiques locales portées par des collectivités territoriales. C'est de cette confrontation que s'inscrit la création des territoires de santé et des Contrats Locaux de Santé.

Le secrétariat général des ministères sociaux liste un certain nombre de critères pour définir des territoires de santé pertinents :

- Ils sont construits autour d'une compétence globale de l'ARS qui couvre l'offre de soins hospitalière, l'ambulatoire, le médico-social, la prévention, la veille et la sécurité sanitaire ;
- Ils créent un espace de débat public associant les acteurs locaux ;
- Ils sont cohérents avec les pratiques spatiales de la population ;
- Les distances d'accès par rapport à l'offre de services sont acceptables ;
- Ils s'articulent avec les espaces de proximité ;
- Ils intègrent l'offre de soins et de services, de prévention et médico-sociale ;
- Ils sont cohérents avec les autres acteurs de la région (projets territoriaux de développement, organisation territoriale des collectivités territoriales, espaces de politique de la ville) ;
- Leur définition prend en compte la capacité des ARS à les animer.

Le CLS permet une territorialisation des politiques de santé dans des micro territoires qui peuvent être de taille inférieure aux territoires de santé et qui s'adaptent avec souplesse aux problématiques locales. Il permet de décliner les politiques de santé dans des territoires peu accessibles, sans dynamique sur les questions de santé, comme les milieux ruraux. « Les CLS sont l'occasion pour les territoires (...) d'élargir leur action à la question de l'offre de soins souvent problématique dans les milieux ruraux³⁰. »

En impliquant les différents niveaux de collectivités territoriales, le CLS permet de déterminer le bon niveau d'intervention des politiques de santé. Les collectivités apportent

²⁸ Ritter, rapport sur la création des agences de santé, janvier 2008.

²⁹ Flajolet, rapport sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avril 2008.

³⁰ Note Etd, « Observation des dynamiques des contrats locaux de santé », exemple de la p 9

leur connaissance des problématiques du territoire, permettent de faire le lien avec les acteurs locaux et permettent de définir le territoire pertinent d'intervention : quel choix de territoire et selon quels critères, comment définir le territoire pertinent : Pays, territoire dynamique en termes d'implication des élus dans les questions de santé, territoire présentant une homogénéité, territoire présentant des indicateurs de santé défavorables...

Le CLS fait ainsi partie des instances de démocratie de santé les plus pertinentes sur un territoire donné au regard des modes d'intervention. Cet outil vient s'ajouter aux autres existants tels que les conférences de territoire, les schéma départementaux, les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), les Coopérations Hospitalières de Territoire (CHT), Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées...³¹. Il est une nouvelle porte d'entrée qui s'adapte avec souplesse au territoire. Les ARS peuvent ainsi « retenir d'autres formules plus souples de territorialisation du PRS en lien avec leurs partenaires et permettant de répondre aux besoins d'une stratégie territorialisée de santé à mi-chemin entre les schémas et le CLS »³².

- Une démarche descendante des politiques de l'État (PRS) et ascendante (diagnostic territorial et initiatives locales)

Le CLS permet à l'État représenté par l'ARS de réinvestir au niveau local le champ de la santé duquel il s'était éloigné depuis 2009 avec la loi HPST qui crée les ARS. L'État n'était plus représenté dans le champ de la santé au niveau local et des collectivités que par l'intermédiaire des DRJSCS et DDCS.

Ainsi le CLS est une démarche descendante des politiques de santé de l'État en ce qu'il permet de décliner l'outil de planification du PRS mais aussi une démarche ascendante car il permet de faire remonter les problématiques du territoire.

Ce double échange peut aussi être adaptée en fonction de chaque territoire. On peut prendre l'exemple de la région Alsace où la démarche du CLS strasbourgeois est plutôt descendante : il n'y a pas d'implication des promoteurs dans l'élaboration des contrats ; et la démarche mulhousienne qui est essentiellement ascendante : la remontée des besoins est faite par le terrain et les associations des habitants³³.

³¹ Guide ANAP « Le secteur médico-social – comprendre pour agir mieux », juillet 2013, p 40

³² Éléments de référence 3 du kit méthodologique CLS, p 7

³³ Présentation des Contrats Locaux de Santé en Alsace, Ateliers interrégionaux sur la mise en œuvre territoriale des PRS, avril 2012

Le CLS est donc plus qu'une déclinaison descendante des axes du PRS sur le territoire mais bien une démarche de rencontre des politiques locales ascendantes avec les objectifs du PRS. Cette rencontre entre politique de l'État et politique du territoire permet de garantir un portage local des politiques, un relais actif par les acteurs locaux. Il permet aussi d'aller au-delà et ouvre des possibilités de faire émerger des initiatives locales et des réponses locales en fonction des besoins du territoire.

Le CLS n'est plus uniquement une déclinaison de politiques nationales mais devient un outil de déconcentration des politiques de santé.

- La formalisation d'un contrat entre acteurs

Le CLS concrétise par le biais d'un contrat un accord formel entre l'ARS, les collectivités territoriales et les autres acteurs de terrain.

Les politiques de santé sont caractérisées par une multiplicité d'acteurs et une grande pluralité de niveaux d'intervention. Le contrat propose un cadre d'intervention adéquate pour concilier les intérêts divergents des multiples parties prenantes et permet de contrôler une complexité intrinsèque du système sanitaire et social français. Le contrat implique un partage d'information entre les parties prenantes et permet de convenir d'intérêts convergents³⁴.

Le CLS permet de concilier l'action des parties prenantes, de reprendre au sein d'un même document des actions préexistantes, de concrétiser des actions en cours de réflexion, de mettre en oeuvre des actions nouvelles, de les harmoniser, les réorienter ou de les modifier. Cette formalisation dans un document unique donne une meilleure visibilité sur l'ensemble de la politique menée. Il permet aussi de faire figurer plus simplement l'ensemble des financements déjà alloués au niveau local et d'en attribuer de nouveaux qui n'auraient pas été déjà attribués. Enfin il est un atout pour mieux coordonner les acteurs et de suivre l'ensemble des actions par le biais d'un comité de pilotage et de suivi.

- La coordination des acteurs: sanitaire, médico-social et médecine de ville, en relation avec les élus locaux

Les ressources financières sont de plus en plus limitées et il existe donc un besoin de travailler ensemble, de coordonner, de changer le fonctionnement de notre système de

³⁴ Sources rapport recherche action EN3S, ALAUX, EYRAL, POIRAUDEAU, RENAULT, SAGNES, VIGNES, 2013, Les conditions d'élaboration des CLS: une approche de la performance en santé publique, p 23

santé. Celui-ci est encore trop centré sur l'offre de soins et hospitaliers. Il y a nécessité d'intégrer le médico-social et l'ambulatoire pour faire des prises en charge des patients qui est devenue globale autour de parcours de santé et de vie. Il y a aussi nécessité d'agir en préventif et plus uniquement en curatif en intégrant la prévention et la promotion de la santé (notion éthique) dans les politiques de santé.

Les concepts de parcours de soins, de parcours de santé et de parcours de vie ont émergé il y a quelques années et ont été abordés en février 2013 par Jean-Marc Ayrault lors de sa présentation de la réforme structurelle de notre système de santé. L'organisation du système de santé ne doit plus fonctionner comme « une succession d'actes ponctuels mais comme une organisation en parcours ». Ainsi le parcours de soins est celui qui coordonne l'organisation des soins ; le parcours de santé est celui qui coordonne les soins et la prévention, le domaine du social et du médico-social ; enfin le parcours de vie coordonne l'ensemble de ces champs auxquels on ajoute l'école, l'emploi et le logement.

Le CLS, au même titre que le PRS et le PTS, intègre l'ensemble de ces champs d'intervention au niveau local.

- La dynamique et la mobilisation des acteurs: des professionnels en local

On ne peut pas déployer une politique locale sans les collectivités territoriales qui connaissent leur territoire et les acteurs présents sur ces territoires. Cette connaissance permet de mobiliser les réseaux existants, de coordonner les acteurs et créer de nouveaux liens.

Le CLS en engageant les collectivités territoriales dans la mise en œuvre des politiques de santé, permet de mobiliser les acteurs locaux autour d'objectifs et d'actions communes, à la différence des PTS qui engagent les conférences de territoire sur des territoires de santé plus étendus et avec des problématiques de santé qui ne sont pas toujours homogènes et avec des acteurs qui ne travaillent pas forcément ensemble sur la prise en charge globale des patients sur ce territoire.

- L'articulation avec l'intersectoriel

En associant les élus locaux, le CLS permet la jonction avec l'intersectoriel, de travailler en prenant en compte des dimensions environnement, sociaux, économiques... Les élus locaux sont à la croisée de l'ensemble des politiques locales que ce soit dans le domaine de l'éducation, de l'accès aux soins, de la culture, de l'aménagement du territoire, de l'environnement de vie, du logement, de l'urbanisme, des transports... Les leviers santé-environnement sont dans les collectivités.

Or toutes les politiques saines sont porteuses de santé. On peut prendre l'exemple du transport avec les politiques qui favorisent la marche à pied, la construction de pistes cyclables qui contribuent à diminuer la pollution, à vivre en bonne santé...

L'ARS Ile de France a d'ailleurs introduit les Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) dans ses CLS par rapport au projet du « Grand Paris ». Ces EIS ont pour objectifs d'aider à prendre en compte la santé dans la mise en oeuvre des politiques de la ville, des collectivités territoriales.

L'enjeu est important car un tiers des problèmes de santé dépistés est pris en charge par le système de santé et l'offre de soins ne joue que pour 15 à 20 % dans la réduction des ISS. Les deux tiers des problèmes de santé restants sont la conséquence d'autres facteurs, dont les leviers d'action sont dans des politiques connexes à celle de la santé.

- L'articulation avec d'autres programmes de santé

La contractualisation au niveau local des politiques de santé permet une meilleure articulation avec les autres programmes de santé déclinés au niveau régional, départemental ou local. Le CLS permet de décliner le PRS, le PTS, de les adapter aux problématiques de terrain. Il permet aussi de se coordonner ou d'intégrer des programmes portant sur des problématiques de santé sur des territoires similaires comme les ASV³⁵.

Pour mémoire, l'ASV est le volet santé des Contrats Urbains et de Cohésion Sociale (CUCS) mais à la différence des CLS, les moyens ASV alloués par l'Etat restent ciblés sur les quartiers prioritaires et sur des objectifs définis par le dialogue Etat et collectivités signataires des CUCS. Quant au CLS, il décline localement les objectifs du PRS et du PTS. Le CLS présente une cohérence avec le PRS et les plans nationaux de santé alors que l'ASV décline un programme orienté exclusivement sur les quartiers défavorisés en milieux urbains. L'ASV participe aux politiques de la ville et est financé sur le budget de l'État par l'intermédiaire de l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'égalité des chances (ACSé).

Le kit méthodologique CLS, éléments de référence des ARS sur les CLS présentent quatre scénarii pouvant déterminer les conditions d'intégration des ASV au CLS³⁶. Le référentiel national des ASV précise aussi l'articulation des ASV avec les CLS³⁷ : démarche territorialisée de coordination et d'ingénierie de santé identique tant sur le plan

³⁵ Les ASV sont définis par la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 sur la mise en oeuvre des Ateliers Santé Ville

³⁶ Kit méthodologique CLS éléments de référence, fiche outil n°1, p 8 à 10

³⁷ Référentiel national des ASV, les éditions du CIV, mars 2012 p 21

méthodologique (mode projet, diagnostic, fédérations d'acteurs, programmation d'actions, coordination et animation) que stratégique (dynamique locale de santé).

Le CLS ne remplace pas l'ASV mais le complète ou converge avec ses orientations. En intégrant les ASV aux CLS, les ARS insufflent une nouvelle dynamique sur des territoires plus larges que les seuls quartiers prioritaires et permet de travailler sur des zones blanches avec peu de dynamique en place. Ce nouvel outil peut aussi être « une nouvelle porte d'entrée par rapport aux ASV ». Il trouverait son utilité car il est difficile d'attirer les publics empêchés et « plus on multiplie les portes d'entrée, plus on capte de public »³⁸.

- La pérennisation du financement des projets et de l'animation des CLS

Quand des financements existent, leur inscription dans le cadre d'un CLS permet de pérenniser les politiques mises en œuvre, d'assurer des financements sur une période de trois ans, plus longue que l'année dont bénéficie les porteurs de projets dans le cadre des Appels à Projet (AAP). Cette durée apporte de la visibilité pour les différentes parties prenantes au contrat.

Une des valeurs ajoutées des CLS sur le plan budgétaire est qu'il peut être un effet de levier par la mobilisation de cofinancements et par les économies d'échelle dégagées, dues à la mutualisation et à la coordination des dispositifs.

Le CLS permet donc de territorialiser les politiques de santé sur des territoires pertinents, de faire rencontrer les démarches descendantes des politiques de l'État avec celles ascendantes du niveau local. Il permet de formaliser dans un contrat les actions existantes, de mieux coordonner, de conduire des projets cohérents avec une vision de long terme, de mieux répondre aux appels à projet. C'est un outil de mutualisation des bonnes pratiques, de mise en commun des ressources, de mobilisation des acteurs au niveau local pour bénéficier dans les temps des programmes, des financements en place, pour faire avancer les projets. Il permet enfin une articulation avec l'intersectoriel ainsi qu'avec les autres dispositifs et programmes de santé existants.

2.1.2 L'exemple de la Bretagne

J'ai pu constater que la mise en œuvre des CLS dans la région de la Bretagne tire bénéfices des différents atouts du CLS présentés précédemment.

³⁸ Propos recueillis au cours de l'entretien de M Mogan, directeur ESMS et porteurs d'actions au CLS Morlaix communauté

- La territorialisation d'une politique de santé et le territoire opportun

Les critères de priorisation de territoire définis par l'ARS Bretagne cités supra ont permis de mettre en place des CLS sur des échelles de territoire suffisantes : le Pays qui est un échelon reconnu pour coordonner et animer le développement des territoires. Il permet de s'adapter à la cohérence des territoires.

Pour les représentants du Pays COB, le CLS a été « une réponse apportée par l'ARS car le territoire de santé ne correspondait pas à l'homogénéité du territoire »³⁹. Le Pays COB est un territoire homogène avec des problématiques cohérentes sur le Pays, or ce territoire est couvert par plusieurs départements et plusieurs territoires de santé distincts : le Pays COB s'étend sur les départements des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan et il est à l'intersection des territoires de santé n°1, 2, 3, 7 et 8. Cette imbrication rend difficile la déclinaison des PRS et PTS. Le découpage territorial n'était pas forcément adapté, pertinent et la mise en place d'un CLS a permis de l'adapter à un territoire pertinent. Il a permis une reconnaissance du territoire et une mise en oeuvre des politiques de santé au plus près de la population. Le Pays COB est un « territoire cohérent, homogène par son histoire et son homogénéité, ce qui lui donne une légitimité. Il a l'habitude de territorialiser les politiques, de contracter avec l'Union Européenne, l'État, la région... »⁴⁰. Ce territoire présente une dynamique du territoire, il permet la rencontre des acteurs, des signataires.

La dynamique de territoire était aussi le deuxième critère de priorisation de l'ARS pour la mise en place des CLS : favoriser une implantation à partir d'une dynamique locale existante.

Comme pour le Pays COB, on peut relever pour ce critère l'exemple du CLS de Morlaix communauté qui s'est mis en place sur un territoire d'acteurs plutôt que sur un territoire prédéfini. Il s'est appuyé sur une expérience sociale pour faire progresser l'outil : la dynamique locale existante de l'ASV en place depuis 2007. Sa création avait été réalisée dans le cadre des politiques de la ville et des CUCS. Il devait se terminer en 2010 mais a été prolongé jusqu'en 2014. La mise en place du CLS a pu s'appuyer sur cet ASV.

Enfin le troisième critère de l'ARS Bretagne visait à mettre en place des CLS sur des territoires portant des caractéristiques de vulnérabilités spécifiques. Comme présenté dans le paragraphe sur l'état des lieux des CLS bretons, les CLS mis en oeuvre dans la région ont permis d'adapter les politiques de santé aux problématiques de territoire et sur leurs vulnérabilités spécifiques : dans les milieux urbains avec l'accès aux soins des plus

³⁹ Propos de JP Hemon, président de la commission santé du Pays COB

⁴⁰ Ibidem

démunis et la PPS ; dans les milieux ruraux ou côtiers avec la prise en charge des personnes âgées et la logique de premiers soins ; et dans les milieux insulaires avec la continuité et la permanence des soins.

- Une démarche descendante des politiques de l'État (PRS) et ascendante (diagnostic territorial et initiatives locales)

Tous les CLS bretons ont posé un diagnostic local, mené par les acteurs de terrain en concertation avec l'ARS et ses délégations territoriales. Les acteurs de terrain ont adapté les axes stratégiques du PRS et du PTS aux spécificités du territoire. Ainsi, « le CLS définit un champ d'intervention commun entre le PRS et le territoire »⁴¹.

Par ailleurs, les CLS du Pays COB et de Morlaix communautés sont issus d'initiatives locales. Pour le Pays COB, la volonté était de faire reconnaître son territoire comme pertinent pour la mise en œuvre des politiques de santé. Pour Morlaix, la volonté de la communauté de communes était de pérenniser les dispositifs d'animation territoriale autour des politiques de la ville et de la santé dont les financements pouvaient être remis en question.

- La formalisation d'un contrat entre acteurs

Comme énoncé précédemment, l'ARS Bretagne a participé à un groupe de travail sur l'élaboration du kit méthodologique CLS qui fixe un cadre de mise en place des CLS et de définition d'un contenu type pour les CLS. La participation à ce travail a permis aux signataires de mettre en œuvre leurs CLS suivant un cadre et une méthodologie uniforme.

Les CLS signés en Bretagne réunissent un nombre important de parties prenantes : entre trois signataires pour le contrat de Belle-Île en Mer et sept signataires pour le contrat de la ville de Rennes. Le nombre de partenaires associés aux différents CLS est au minimum de trois et dépasse souvent la dizaine.

- La coordination des acteurs: sanitaire, médico-social et médecine de ville, en relation avec les élus locaux

Les objectifs affichés lors de la mise en place des CLS bretons et formalisés dans les contrats proposent une approche globale et décloisonnée des politiques de santé. L'ensemble des CLS propose des actions qui relèvent des trois champs sanitaire, médico-social et ambulatoire, ainsi que de la prévention et promotion de la santé.

Le CLS de Pontivy communauté qui pourtant a un axe stratégique très spécifique, centré sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, propose et met en œuvre

⁴¹ Propos d'Élodie Potin, coordinatrice ASV Morlaix communauté

cette coordination et ce décloisonnement entre les acteurs médico-sociaux, de la ville, de l'hôpital et les acteurs de la prévention.

Lors de mes entretiens, toutes les personnes interrogées ont relevé les apports des CLS en termes de coordination des acteurs et de décloisonnement des politiques de santé.

- La dynamique et la mobilisation des acteurs: des professionnels en local

Avec le CLS de Morlaix, « cela a permis de renforcer la dynamique locale et les partenaires existants, de valoriser les acteurs de terrain. Avant les acteurs ne se connaissaient pas. Aujourd'hui ils travaillent en réseau. Cela permet de formaliser, de contractualiser, conventionner ce travail »⁴². Les pompiers du Service Départemental d'Incendie et de secours (SDIS), de la gendarmerie, de la sécurité civile par exemple ont été formés, ont appris les techniques de prise en charge de personnes âgées.

- L'articulation avec l'intersectoriel

En plus de la déclinaison du PRS sur le territoire, de la définition d'un champ d'intervention commun entre le PRS et le territoire, de la coordination des acteurs dans une approche globale de la santé, « la relation avec les élus permet la jonction avec l'intersectoriel »⁴³.

Ainsi le CLS de la ville de Rennes propose dans un de ses sept axes stratégiques de « promouvoir un environnement urbain favorable à la santé » en « favorisant l'activité physique et la mobilité active dans la ville le développement », ou en « développant l'information et la connaissance en matière de santé environnement », ou encore en « améliorant les réponses à apporter à l'habitat indigne »...

Et si les actions déclinées jusqu'à maintenant dans les CLS bretons relèvent majoritairement du champ de la santé, des actions de santé sont étendues aux autres domaines. L'axe stratégique n°3 du CLS de Morlaix communauté est « le soutien à l'animation du projet territorial de santé ». Cet axe décline une seule action de portée très générale, celle de « coordonner la mise en œuvre du PTS, de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé sur le territoire de Morlaix communauté ». Cette action est en réalité le regroupement d'actions qui émergent en cours de CLS. Ces actions sont ensuite portées par l'ASV et par différents acteurs et elles touchent plusieurs politiques autres que celles de la santé : culture, logement, emploi... L'absence de formalisation précise permet une grande souplesse dans la mise en œuvre de ces actions

C'est l'intérêt de contractualiser avec une communauté d'agglomérations qui est sur le terrain et qui permet d'aborder la santé suivant une approche intersectorielle de promotion

⁴² Propos de Michel Mogan, directeur ESMS, porteur d'actions du CLS Morlaix communauté

⁴³ Propos de Françoise Schaezel, MISP et IGAS

de la santé, du bien être, de l'hygiène, de l'insertion... Il y a un réel travail de transversalité dans les compétences⁴⁴.

- L'articulation avec d'autres programmes de santé

Les CLS bretons sont la déclinaison des PRS et PTS. Ils mentionnent tous leurs axes stratégiques qui fixent le cadre général des politiques de santé sur la région et le territoire de santé. Sans décliner ces axes dans leur ensemble, ils en reprennent quelques-uns afin d'adapter les politiques de santé aux problématiques et aux priorités identifiées localement.

Quand des démarches locales de santé existent sur le territoire, les CLS prévoient dans la formalisation du contrat un article relatif à « l'articulation entre les différentes démarches concourant aux politiques locales et territoriales de santé »⁴⁵ ou encore « articulation avec les autres politiques publiques »⁴⁶. Dans cet article est précisée la cohérence du CLS avec le PRS, le PTS, les éventuels programmes d'actions menés par les partenaires du territoire ainsi que l'appui du CLS sur les dynamiques d'animation et de coordination développées par l'ASV ou l'ATS.

- La pérennisation du financement des projets et de l'animation des CLS

Les CLS de Bretagne permettent d'identifier les financements possibles afin d'envisager leur pérennisation sur la durée du CLS. Dans la plupart des CLS sont présentés les engagements financiers des signataires et les financements déjà mobilisés sur le territoire : projets de maisons ou pôles de santé, actions de prévention...

Le CLS du Pays de Vitré présente une synthèse financière des projets du territoire et les montants sollicités.

Le CLS de Belle-Île en Mer précise dans son article 5, l'obligation des signataires du CLS à s'informer mutuellement des actions qu'ils financent.

Le CLS de la ville de Rennes présente dans son article 6 les engagements financiers réciproques des partenaires ARS, ville, CPAM, Conseil Régional et Conseil Général d'Ille et Vilaine.

De même, le CLS de Morlaix présente les engagements financiers des signataires dans son titre 3 du CLS et précise que « les signataires du CLS s'engagent à apporter des financements tels que prévus dans les fiches action ». Dans chaque fiche action sont ainsi repris les financements existants et les budgets prévisionnels et engagements prévisionnels de chaque partie sur la durée du contrat. Selon les initiateurs du CLS au sein de Morlaix communauté, le CLS favorise les échanges entre les financeurs et donne

⁴⁴ Propos de Monique Quéré, élu de Morlaix communauté et initiatrice du CLS de Morlaix

⁴⁵ Contrat Local de Santé 2012-2014, Territoire de Morlaix communauté, p 9

⁴⁶ Contrat Local de Santé 2013-2015, Ville de Rennes, p 7

une meilleure visibilité sur le responsable du financement d'une action ou d'une politique particulière.

2.2 Mais des faiblesses de l'outil existent et rendent leurs mises en œuvre parfois difficiles

2.2.1 Les faiblesses de l'outil

Malgré les nombreux avantages que présentent l'outil, les CLS peuvent rencontrer des difficultés dans leur mise en place et dans leur mise en œuvre.

- La détermination d'un territoire pertinent : le bassin de santé ou le bassin de vie, les territoires sinistrés sans dynamique locale

La première étape de la démarche de mise en place des CLS est celle de l'identification des territoires pertinents : soit par des initiatives locales, soit par des critères établis par les ARS pour identifier les territoires partenaires prioritaires. Or Il existe une multiplicité de territoires et de choix du territoire de déploiement des CLS et la définition du territoire pertinent peut différer suivant les parties signataires ou les parties intéressées par la signature d'un CLS.

Pour les ARS, le territoire régional est celui de la stratégie, le territoire départemental représente celui de la concertation, le territoire des bassins de santé de proximité ceux de la coordination des offres et de la prise en charge notamment des personnes âgées. Ces bassins de santé de proximité sont constitués autour de pôles de santé de base et de bassins de patientèle⁴⁷. Ils constituent ainsi l'échelon de proximité d'action des professionnels de santé, de mise en œuvre des politiques locales de santé.

Bien que ce territoire puisse être intéressant pour faire des études, il ne correspond pas pour autant à un territoire administratif. Or pour contractualiser l'ARS doit avoir des interlocuteurs : le conseil général, les représentants d'un Pays, d'une communauté de communes... Ce n'est pas le cas du bassin de santé.

La phase d'identification du territoire pertinent est souvent réalisée par l'ARS (territoire défavorisé, présentant des inégalités de santé importantes...) mais le critère de sélection préalablement défini n'est soit pas le critère retenu car le choix dépend des initiatives et dynamiques locales pour certaines régions ou départements⁴⁸, soit imposé par un des

⁴⁷ Informations issues de la lettre n°74 de l'INSEE Auvergne et présentation interne au sein de l'ARS Bretagne

⁴⁸ Observation des dynamiques des contrats locaux de santé, ETD, juillet 2013, p 5

autres signataires⁴⁹. La mise en place des CLS dans une région peut alors manquer de cohérence, de stratégie globale.

Souvent les CLS sont mis en place sur des territoires où les partenaires sont prêts de longue date, où les groupes d'acteurs sont déjà mobilisés (ASV) perpétuant ainsi les disparités territoriales. Or le choix du territoire pertinent doit être avant tout basé sur ses besoins sur l'identification des zones déficitaires où les besoins de santé sont supérieurs à l'offre proposée. Quelle peut alors être la solution pour un territoire sinistré sans partenaire local solide ? Sans une volonté des signataires sur des territoires avec de fortes inégalités de santé ?

Le choix du territoire pertinent s'inscrit souvent dans le dilemme de celui de l'aménagement du territoire qui est une préoccupation majeure des élus locaux : entre l'établissement d'une politique nationale unique déclinée à différentes strates sur l'ensemble du territoire et le renforcement des territoires les plus défavorisés ou les plus innovants.

- L'articulation avec les autres plans peut sembler ajouter un étage au millefeuille administratif

Les Plans locaux de santé, ville santé OMS, Agenda 21 avec volet santé, centre municipal de santé, conseil local de santé mentale (CLSM), les dispositifs Atelier Santé Ville (ASV) ...sont les formes diverses que peuvent prendre les pratiques locales en santé.

La multiplicité des plans et programmes peut avoir des effets de dilution des responsabilités, de manque de clarté et entraîne une méconnaissance des dispositifs. Cela peut aussi avoir comme conséquence d'occulter la visibilité sur la plus-value des CLS. Un travail de communication, de pédagogie est donc nécessaire pour expliquer les différences entre ces outils et leurs complémentarités.

- L'absence de financement identifié et/ou la difficulté de financer, de recruter l'animateur du CLS

Souvent le CLS n'apporte pas de financement supplémentaire. Il permet seulement de donner une information sur les financements existants, de favoriser des échanges d'information.

On note d'ailleurs que les financements européens sur des politiques territoriales sont souvent accordés que pour des projets à l'échelle de la Région ou du Pays (Fonds Social Européen : FSE, Fonds Européen de Développement Régional : FEDER).

⁴⁹ CLS de Toulouse, périmètre imposé par la ville à l'ARS sur le quartier du Mirail et du centre ville

Il n'existe pas d'enveloppe spécifique dédiée au financement des CLS. Les financements des actions déclinées dans le CLS sont assurés par des redéploiements de crédits. Les financements sollicités nécessitent souvent des demandes transversales et relèvent à la fois d'une procédure particulière et d'une direction métier de l'ARS. Les procédures d'attribution et le fléchage des fonds sont souvent en cours de mises en place⁵⁰. Pour l'ARS, les moyens sont mobilisés dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) et souvent la condition de sa mobilisation par l'agence est l'accord par les co-signataires de financer à parts égales le temps de coordination.

Les trois types de coûts qui peuvent être financés pour la mise en œuvre d'un CLS sont :

1. les coûts de la phase diagnostic qui sont en général pris en charge par l'ARS et la collectivité ;
2. les actions du CLS mais suivant des sources multiples et non propres au CLS ;
3. le poste d'animateur de CLS selon des montages financiers complexes et croisés⁵¹.

Le financement du poste d'animateur est primordial pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du CLS. La difficulté des CLS est de mettre du lien entre tous les acteurs pour utiliser des outils communs, pour coordonner les actions. Il est donc indispensable d'avoir un animateur de projet dynamique ayant des compétences en méthodologie de projet, d'animation, en négociation et des connaissances en santé publique et sur les territoires, sur les acteurs et leurs besoins. L'absence de financement dédié de ce poste d'animateur est un réel élément de fragilité des CLS.

- La lenteur d'un processus CLS

Les ARS ont été étonnés par la lenteur d'un processus CLS⁵². Le temps de mise en place d'un CLS est long : entre six mois et un an. Il nécessite de désigner un référent au sein de l'ARS ou de ses délégations territoriales. Celui-ci participe à des groupes de travail pendant toutes les phases de construction du CLS : lettre de cadrage, définition du territoire pertinent, diagnostic, définition des priorités et des axes stratégiques, déclinaison en fiches action.

⁵⁰ COPIL CLS ARS Bretagne du 23 mai 2013

⁵¹ Observation des dynamiques des contrats locaux de santé, ETD, juillet 2013, p 11

⁵² Propos de Nicolas Prisse, chargé de mission SG ministère des affaires sociales

Ce travail de planification s'inscrit dans une démarche de concertation, de négociation et de consensus avec un nombre important d'intervenants. Les sujets abordés sont transversaux et le référent de l'ARS, s'il est spécialisé dans un secteur particulier, n'a pas forcément les compétences ou les éléments pour faire avancer le dossier. Il doit alors faire des allers et retours avec les directions métier de l'ARS pour confirmer l'engagement de l'agence sur des points précis. Tout cela sous-entend un nombre important de réunions et des temps longs pour que les décisions puissent être prises.

- L'absence de visibilité sur les CLS, l'inquiétude sur le transfert de charge vers les collectivités (en lien avec le financement) et les possibles freins politiques

L'absence de visibilité sur les CLS et sur leur plus-value suscite parfois des inquiétudes chez les signataires. Ils craignent qu'avec la raréfaction des sources de financement, l'outil soit utilisé comme un moyen de transférer de nouvelles charges vers les collectivités signataires. Ainsi des politiques qui avant relevaient de la compétence des ARS seraient reprises par les collectivités territoriales (permanence des soins, lutte contre les addictions...) ⁵³.

Des freins politiques peuvent aussi empêcher la mise en place d'un CLS sur un territoire qui le nécessiterait. On peut citer par exemple les freins dus à :

- la différence de couleur politique des conseils généraux ou communes candidats pour s'engager dans un CLS par rapport à celle du gouvernement ;
- au calage de construction du CLS avec le calendrier électoral. Les élus ont la volonté d'avoir une vision prospective, de lancer les études en fin de mandat pour qu'au nouveau mandat l'étude soit lancée ⁵⁴. Par ailleurs pendant les périodes de réserve électorale où la règle est de ne pas s'afficher avec les élus, la posture à adopter sur des démarches CLS en cours est difficile à définir : quelle est la réponse à apporter aux élus ?
- au rapport de force entre les élus et l'ARS. Pour conduire un CLS, le référent CLS de l'agence doit savoir précisément ce que l'ARS accepte ou rejette, connaître les points de divergence avec les élus et ces points de divergence ont tendance à s'accroître avec les échéances électorales.

⁵³ Mémoire 2013 IASS M Kordylas, propos tenu par un élu local impliqué dans la démarche d'un CLS à Béziers, p 34 et 35 ; et mémoire 2013 MISP MJ Moquet, inquiétudes manifestées par neuf villes sollicitées pour s'engager dans un CLS dans le Val-de-Marne, p 8.

⁵⁴ Cas du projet de lancement d'un CLS Lesneven qui se situe sur le Pays de Brest

2.2.2 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'outil dans le région Bretagne

- La problématique du territoire :

La stratégie initiale de l'ARS Bretagne a été de mettre en place les CLS sur une échelle de territoire suffisamment vaste : l'échelle du Pays.

En Bretagne, la région est découpée en vingt et un Pays⁵⁵. Or les caractéristiques des vingt et un Pays bretons font que ces territoires ne sont pas toujours cohérents ou homogènes. Ils sont issus d'un découpage « politique ». Souvent ils ne s'imbriquent avec aucun autre territoire administratif, même si on observe une certaine cohérence avec les territoires d'action sociale qui sont au nombre de dix-huit sur la région Bretagne et qui servent aux schémas de politiques publiques élaborés par les conseils généraux.

Ces territoires se déclinent sur des grands secteurs. On note que souvent la moyenne des indicateurs de santé sur ces secteurs sont bons alors que les différentes zones de ces secteurs sont très inégalitaires et des zones sont sinistrées.

Le Pays de Brest par exemple comprend la ville de Brest, la presqu'île de Crozon et des zones rurales comme Saint Renan, Lesneven. Or la mairie de Brest a un service de santé publique et n'a donc pas besoin du Conseil Général et de l'ARS pour mettre en place une coordination. Les zones rurales au nord de Brest et la presqu'île de Crozon sont très éloignées et travaillent peu ensemble alors qu'elles font parties du même Pays.

Par ailleurs les Pays du COB et de Cornouaille semblent trop vastes pour un niveau de proximité. Certains Pays n'ont pas de centre hospitalier, ce qui nécessite de regrouper des Pays comme pour les Pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine avec celui de Rennes et le pays d'Auray avec celui de Vannes.

- La mise en cohérence du CLS avec les autres programmes : PRS, PTS

Bien que chaque CLS formalise une volonté de cohérence et d'interfaçage avec les autres programmes de santé existants, ceux-ci ne sont pas toujours effectifs. Le lien des actions du CLS avec le territoire de santé n'est pas toujours réalisé.

On peut citer notamment l'exemple des représentants du Pays COB qui n'étaient pas associés à des actions qui concernaient à la fois leur CLS et le PRS ou le PTS. L'ARS ne les avait pas conviés à l'inauguration du pôle de santé de Châteauneuf-du-Faou, ni à celle de la maison médicale de garde de Carhaix qui sont pourtant des actions du CLS de leur Pays.

Il y a une nécessité d'améliorer l'interfaçage de ces différents programmes en améliorant la circulation de l'information entre l'ARS Bretagne, ses délégations et les signataires des

⁵⁵ Voir la carte des Pays bretons en annexe VI

CLS, en présentant systématiquement les actions des CLS en conférence de territoire, en retraçant les actions communes et en créant du lien entre ces différentes actions.

- Le financement des actions et de la coordination

Les CLS bretons permettent de lister les financements préexistants mais n'apportent pas aujourd'hui de financement supplémentaire en dehors du soutien technique au diagnostic territorial et au financement du poste de coordinateur.

On a vu combien le poste d'animateur coordinateur de CLS était la « clé de voûte » de la conduite d'un CLS. En Bretagne, le financement de cet animateur par l'ARS est conditionné au rattachement d'un CLS est à un Pays. Une dérogation est accordée pour le CLS de Morlaix communauté qui ne couvre pas le Pays complet et le poste d'animateur est cofinancé par le Conseil Général, par Morlaix communauté et par l'ARS.

Certaines collectivités signataires de CLS breton attendent de l'ARS des financements supplémentaires dans le cadre des procédures d'Appel À Projet (AAP). Leur raisonnement est que leur participation à la mise en œuvre d'un CLS va créer de nouvelles opportunités par le travail coordonné des acteurs sur leur territoire. Il va permettre d'accompagner plus de projets et ainsi de bénéficier plus facilement de financements supplémentaires par AAP de l'ARS. Les attentes sont importantes alors que les moyens à la disposition sont toujours aussi contraints.

2.3 Des démarches d'évaluation des CLS permettraient d'accompagner leurs déploiements en s'appuyant sur ses atouts et en palliant ses faiblesses. Des dispositifs d'évaluation existent mais sont encore balbutiants et restent à construire

Une autre faiblesse de l'outil est l'absence de construction de dispositif d'évaluation qui permettrait d'accompagner leur mise en œuvre, de s'appuyer sur leurs atouts et d'en corriger les manques. Souvent les objectifs des CLS ne sont pas quantifiés et l'évaluation reste à construire.

2.3.1 Un dispositif d'évaluation a été défini pour rendre compte du déploiement de l'outil et de l'atteinte des objectifs fixés

On peut noter que l'élaboration de documents écrits est souvent la première étape de l'entrée dans un processus d'évaluation, de la nécessité d'élaborer un système documentaire. La formalisation d'un CLS est donc une première étape de la démarche d'évaluation.

Au niveau national, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2013 (PLFSS) dans son annexe 7 prévoit la tenue d'un indicateur sur le nombre de CLS signés sur des territoires prioritaires ou ruraux⁵⁶.

Pour autant, il n'existe pas de tableau de bord national CLS et la mise en œuvre des CLS s'est faite en l'absence d'instructions du ministère vers les ARS pour couvrir l'ensemble du territoire. L'objectif était de laisser le choix aux ARS pour contracter sur les territoires les nécessitant. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ministère ARS fixait deux cents soixante CLS à passer avant la fin 2013⁵⁷ or on sait qu'environ cent vingt CLS ont été signés à la fin 2013 et quatre-vingt-quatorze seraient en cours de signature⁵⁸.

Une instance nationale a pourtant été mise en place : le Centre National de Pilotage ARS (CNP ARS). Cette instance anime et pilote le réseau ARS pour la programmation des PRS, la contractualisation des CLS (Kit méthodologique CLS) et l'accompagnement de la démocratie sanitaire (Conférence Régionale de la santé et de l'autonomie/conférence de territoire). Ce groupe national a diffusé en avril 2011 le guide national d'accompagnement pour la mise en œuvre des CLS qui prévoit des modalités d'évaluation et de pilotage des CLS. La troisième partie du kit relative aux outils opérationnels sur le CLS, propose entre autres « un tableau d'évaluation des résultats des actions du CLS », « un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre » et « une fiche de synthèse du suivi de la mise en œuvre »⁵⁹. Ces fiches donnent un cadre formel et très général sur l'évaluation des CLS. Ce cadre reprend les objectifs principaux du contrat et propose de suivre par des indicateurs à construire : les axes stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions du CLS. Le kit ne propose pas de modalités précises de l'évaluation et ne présente pas les enjeux de l'évaluation des CLS. Par ailleurs, ce kit a été diffusé après les premières mises en place de CLS. Le modèle de fiche d'évaluation n'a donc pas été systématiquement mis en œuvre.

⁵⁶ PLFSS 2013 annexe 7, p 33. Pour information, la tenue de cet indicateur n'est plus demandée dans le PLFSS 2014

⁵⁷ Source secrétariat général des Ministères Sociaux

⁵⁸ Source enquêtes ETD et mémoire 2013 MISP Moquet, p 11

⁵⁹ Respectivement fiches n°8, 9 et 10 du kit méthodologique CLS

Cependant le CNP ARS travaille à la mise en place d'une base de données des CLS (sharepoint ministère)⁶⁰ qui sera renseignée à terme par chaque ARS quand elle signera un CLS (fiche base de données). Ainsi chaque ARS pourra récupérer des données sur sa région, les CLS intéressants et faire du benchmark (ou parangonnage).

Des démarches d'évaluation sont aussi en cours dans les régions par l'élaboration de cahier des charges sur l'évaluation des démarches CLS au regard des objectifs de l'agence : un cahier des charges de l'évaluation des CLS est en cours d'élaboration en région Île de France et en région Alsace.

Le cadre général et théorique de l'évaluation existe, cependant ces évaluations n'ont pas été initiées au moment de la mise en place des CLS et elles restent à construire dans la pratique.

2.3.2 Le dispositif d'évaluation en Bretagne

L'évaluation est perçue par les parties prenantes des CLS de Bretagne comme un temps d'échange et de partage sur l'état d'avancement, les difficultés, sur le questionnement de l'intérêt de la démarche, sur le partage des expériences, sur les pratiques transférables à d'autres publics⁶¹.

Cependant cette évaluation n'a pour l'instant été réfléchi que de façon théorique comme au niveau national. Ainsi pour chaque action, il est prévu de tenir un indicateur propre suivi par l'acteur porteur de l'action et l'évaluation est réalisée sur la base d'indicateurs rassemblés par le coordonnateur ou l'ATS. La synthèse des indicateurs est présentée au moment des rapports annuels d'activité aux membres de la conférence de territoire et au Comité de Pilotage (COPIL) CLS.

Les indicateurs d'évaluation prévus d'être suivis dans les CLS sont essentiellement des indicateurs d'évaluation quantitative : taux de réalisation des actions, de la dynamique propre du CLS, vie du CLS, fréquence des réunions du CLS...

⁶⁰ Propos recueillis au cours de l'entretien avec Nicolas Prisse, chargé de mission SG ministères sociaux

⁶¹ Propos de M Mogan, directeur ESMS, porteur d'actions du CLS Morlaix communauté

Au moment de l'enquête de terrain et de la rédaction de ce mémoire, aucun rapport annuel n'avait encore été réalisé et je n'ai pu analyser ni indicateurs de réalisation des CLS, ni tableau de bord d'indicateurs.

Il n'y a pas eu de modalités prévues pour une évaluation finale et globale des CLS. Cette évaluation est en cours de construction en Bretagne.

3 Le dispositif d'évaluation des CLS doit être développé pour accompagner leurs déploiements

3.1 L'intérêt de l'évaluation des CLS et pourquoi améliorer le dispositif d'évaluation

Pourtant, l'évaluation permet d'apprendre, de piloter et décider, de valoriser et de donner du sens à l'action publique. L'objectif affiché de l'évaluation est de réguler par l'amélioration de la qualité et la recherche de l'efficacité. Dans le domaine des politiques territoriales de santé, du pilotage et du déploiement des CLS, elle est essentielle.

3.1.1 Rappel historique de l'évaluation des politiques publiques

L'évaluation vient du secteur privé qui pour piloter son action a développé au sein de ses structures des services de contrôle de gestion, de comptabilité analytique et de démarche qualité. Face à la diminution des financements publics et aux différentes crises structurelles, les pouvoirs publics ont développé un intérêt croissant pour l'analyse de la performance et l'évaluation de leurs actions. Les institutions publiques sont ainsi passées d'une logique de moyens à une logique de résultats. Aujourd'hui toutes actions publiques doivent être évaluées, analysées au travers de la définition d'indicateurs, de tableaux de bord, de processus de qualité.

Dans la sphère publique, on peut noter plusieurs grandes étapes dans l'analyse de la performance et de l'évaluation. Dans les années 1970-1984 une première étape est opérée avec la rationalisation des choix budgétaires à la suite des premières crises économiques, puis dans les années 1980 avec la politique de renouveau du service public sous le gouvernement de Michel Rocard. La création du comité interministériel de l'évaluation entre 1989 et 1992, du conseil scientifique de l'évaluation et le fonds national de développement de l'évaluation marquent les premières institutionnalisations d'organismes publics d'évaluation. Le mouvement se poursuit avec la mise en place des études d'impacts des nouvelles normes, puis en 2001 avec la Loi Organique sur les LOis de Finances (LOLF) et ses Projets Annuels de Performance (PAP) et Rapports Annuels de Performance (RAP). Puis la révision constitutionnelle de 2008⁶² qui instaure l'obligation de mener une étude d'impact permettant d'évaluer tout projet de loi. Enfin en 2009, les audits de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et de la Modernisation l'Action Publique (MAP) sont les derniers grands chantiers d'évaluation des politiques

⁶² Voir la loi organique du 15 avril 2009 qui précise les modalités de cette révision constitutionnelle

publiques qui se caractérisent par leur ampleur et la simultanéité des actions d'évaluation menées dans l'ensemble des institutions publiques.

La mise en place de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en 1996 et la création en 2009 de l'Agence Nationale d'Appui à la performance (ANAP) confirment que cette tendance s'étend au domaine de la santé.

3.1.2 Les enjeux de l'évaluation des CLS

L'évaluation répond à une volonté de transparence de l'action publique. Il est nécessaire de rendre des comptes des actions menées sur le territoire, des nouvelles démarches initiées et le cas échéant de l'utilisation des deniers publics engagés.

L'évaluation permet de faire un bilan du CLS à rendre pour le financeur sous la forme d'un rapport annuel d'activité. Cela permet aussi de garantir, de pérenniser les financements pour avoir la certitude de les avoir pendant la durée du CLS qui est le plus souvent pluriannuelle.

L'évaluation permet de fixer les objectifs de chaque signataire ou financeur pour savoir quelle finalité, quels objectifs viser, savoir ce qu'il faut faire valoir auprès des différents signataires : l'ARS, auprès des politiques, des collectivités territoriales...

Le CLS engage un nombre important de signataires et de partenaires. Si le CLS ne prévoit pas de modalités de pilotage et d'évaluation, il peut laisser augurer un degré d'engagement variable entre ces différentes parties prenantes avec des risques de sous engagement de certains partenaires et de sur engagement des co signataires principaux : ARS et collectivités territoriales.

L'évaluation permet d'alimenter le débat public et d'éclairer le décideur. Elle permet enfin d'améliorer l'efficacité et les services rendus aux usagers.

Cette évaluation peut être réalisée suivant deux axes :

- Un axe quantitatif évalué par des indicateurs de processus: cet axe permet d'évaluer l'effectivité du CLS par l'évaluation du processus du CLS, du nombre de réunions, de leur périodicité, du nombre de porteurs mobilisés, du dynamisme du CLS... Cet axe d'évaluation est déjà initié tant au niveau national que pour la région Bretagne. Il peut encore être amélioré en harmonisant les méthodes

d'évaluation, en regroupant les indicateurs, en étudiant l'évolution de ceux-ci au travers de tableau de bord ;

- Un axe qualitatif évalué par des indicateurs de résultat: cet axe permet d'évaluer les apports du CLS avec des indicateurs sur la perception des acteurs de terrain, de ressenti des porteurs d'actions, de l'amélioration du fonctionnement en réseau... de l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, la facilité du parcours de soins, des difficultés persistantes, de la réalisation des objectifs du PRS et du PTS à travers le CLS qui serait la synthèse locale des programmes. L'évaluation de la contribution des CLS à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé relèverait de cet axe d'évaluation. Nous verrons cependant que cette évaluation semble difficile pour plusieurs raisons. Le nombre important des déterminants de santé rend difficile l'établissement d'un lien de cause à effet. Le CLS qui est en début de mise en œuvre ne peut aujourd'hui être évalué que sur un trop court terme alors que l'impact sur la santé doit s'évaluer sur des périodes longues. Le CLS est une action parmi tant d'autres qui ont des effets sur la santé (PRS, PTS, politiques de la ville, aménagement du territoire...). La population touchée évolue au cours du temps.

3.2 Comment évaluer et quels sont les champs des CLS à évaluer

3.2.1 La construction des indicateurs répond aux questions: pour qui, pour quels objectifs, quand et par qui

Le dictionnaire du petit Robert définit l'évaluation comme une action qui consiste à « porter un jugement sur la valeur de ». Dans le cas des CLS, l'évaluation va porter un jugement sur la valeur de la démarche, de la politique menée. L'objectif de l'évaluation est de prendre une décision.

Lors des universités d'été 2013 de la performance en santé sur le thème de « l'évaluation pour améliorer le système de santé : du bon usage des indicateurs », François Charleux⁶³ précisait que « l'évaluation n'est pas un contrôle et ne doit pas être subie mais pilotée par la structure elle-même par le biais d'un projet évaluatif qui est l'occasion de préciser les modalités de l'évaluation. Ce qui fait l'évaluation, ce n'est pas l'outil utilisé mais son appropriation et sa mise en œuvre par les professionnels »⁶⁴.

⁶³ Évaluateur interne et directeur de RH & Organisation

⁶⁴ article HOSPI MEDIA du 23/09/2013 « Qualité : un guide présente des clés pour la réussite des évaluations interne et externe des ESMS »

L'évaluation doit être réalisée en fonction de la démarche à analyser, elle doit être intégrée à celle-ci et les acteurs de la démarche doivent se l'approprier. L'évaluation permet d'apprécier la performance d'un système, d'une procédure, de voir si cette procédure a atteint les objectifs assignés, si elle respecte le mandat donné et si elle recherche la meilleure productivité compte tenu des ressources allouées.

- Les différents types d'évaluation

Il existe différents types d'évaluation.

L'évaluation ex-ante qui est réalisée avant la mise en place d'un processus et qui permet de vérifier la cohérence et la faisabilité d'une politique.

L'évaluation intermédiaire réalisée en cours de démarche qui permet de mesurer l'efficacité et l'efficience d'actions mises en œuvre et de les réorienter le cas échéant.

L'évaluation finale qui a vocation à être réalisée à la fin pour mesurer l'efficacité et l'efficience des actions réalisées.

L'évaluation ex-post qui est une évaluation réalisée quelque temps après et qui autorise une prise de recul par rapport au dispositif mis en œuvre.

L'autoévaluation ou l'évaluation interne est aussi un type particulier d'évaluation dans laquelle le membre du projet est à la fois sujet et objet de l'évaluation.

- Les différents périmètres de l'évaluation

L'évaluation peut porter sur les aspects micro du processus mis en place : sur des actions particulières, des axes bien définis ; ou sur le niveau macro du processus : le processus dans son ensemble, sur sa cohérence générale et sa lisibilité.

- Les différents types d'indicateurs

Pour que chacun puisse s'approprier les indicateurs, ils doivent être en nombre limité, simple et coproduit. Ils doivent permettre de formuler un jugement, être immédiatement interprétables, robustes et élaborés à un coût raisonnable⁶⁵.

Outre les indicateurs de processus et de résultat cités précédemment, le guide sur la démarche de la performance⁶⁶ préconise d'utiliser des indicateurs équilibrés entre trois objectifs ou points de vue : le point de vue du citoyen ou « socio-économiques » ; le point de vue de l'utilisateur ou de « la qualité de service » et le point de vue du contribuable ou de « l'efficience de la gestion ».

⁶⁵ « La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs », juin 2004, p 24, 28 et 30

⁶⁶ Ibidem, p 22

- Les limites de l'évaluation

Sans être exhaustif, les principales limites de l'évaluation sont tout d'abord, le temps nécessaire à sa mise en place et les coûts humains et financiers qu'elle nécessite.

L'évaluation interne a l'avantage d'être moins coûteuse mais peut être sujette à des biais car l'évaluateur est à la fois juge et parti. L'évaluation externe présente l'avantage de la neutralité mais elle est plus coûteuse. Le choix de l'évaluateur externe est important pour le respect de cet impératif de neutralité de l'évaluation.

Il peut aussi exister une crainte de l'évaluation qui se réduit à des indicateurs trop nombreux, ne reflétant ni la réalité, ni le travail réalisé. L'évaluation ne doit pas se fonder sur le sentiment de l'évaluateur, d'où la nécessité de documenter les pratiques au sein des systèmes d'informations futurs.

3.2.2 L'application de l'évaluation aux CLS

- Les différents types d'évaluation

Pour les CLS, les évaluations ex-ante et intermédiaire ont été pensées théoriquement mais n'ont pas été mises en œuvre. Les outils pour construire l'évaluation finale des CLS sont en cours de mise en place.

- Les différents périmètres de l'évaluation

On peut constater qu'une première évaluation micro des CLS a été initiée en même temps que la mise en place des CLS. Des indicateurs ont été définis sur certaines actions. Pour autant il n'y a pas de schéma d'ensemble de cette évaluation. Des actions emblématiques du CLS peuvent ne pas avoir d'indicateur alors que des actions moins importantes en ont. Je n'ai pas pu étudier de rapports d'activité de CLS qui présentent le taux de réalisation d'actions pour lesquelles un indicateur est déjà existant.

Pour l'évaluation du CLS dans son ensemble ; de ses axes; de l'atteinte de ses objectifs, celle-ci est en cours de construction.

- Les différents types d'indicateurs

Les CLS impliquent un nombre important de signataires et de partenaires. Les axes, objectifs et actions mises en œuvre sont eux aussi en nombre important.

Les indicateurs doivent cependant être lisibles pour pouvoir être facilement exploités et identifier les acquis du CLS, les modifications à apporter. Le regroupement des indicateurs dans un tableau de bord permet d'avoir une vision globale de l'évaluation menée.

La co-production des indicateurs des CLS doit permettre de les adapter aux réalités du terrain et l'évaluation doit être différenciée suivant les différents signataires, parties

prenantes du CLS. Une grille de questions doit ainsi être adressée aux différents signataires pour évaluer la qualité de la démarche, et aux différentes personnes susceptibles d'être impactées par le CLS : les citoyens (représentés par les élus), les financeurs (représentés par l'ARS, le Conseil Général, l'Assurance Maladie...) et les usagers (représentés par les associations représentantes d'usagers).

Dans l'évaluation des CLS, la distinction entre le citoyen et l'utilisateur est importante. L'évaluation des CLS suivant le point de vue du citoyen est primordiale afin de ne pas limiter cette évaluation à la seule action sur la santé, sur la maladie et sur les soins mais bien de l'étendre à la santé dans sa définition globale suivant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

- Les limites de l'évaluation

Les biais de l'évaluation ont montré l'importance du choix de l'évaluateur.

Pour le CLS, si l'ARS ou un autre signataire sont l'évaluateur, ils deviennent juges et partis. Dans un objectif de neutralité de l'évaluation, il est souvent nécessaire de recruter une personne extérieure. Mais cela représente des moyens, des coûts supplémentaires alors que le CLS est mis en œuvre dans un contexte de financements limités.

Pour pallier ces difficultés, l'évaluation pourrait éventuellement être réalisée en interne par quelqu'un qui n'a pas porté le projet.

3.2.3 Les spécificités du domaine de la santé imposent une évaluation spécifique pour l'outil CLS

Il est difficile de voir si le CLS contribue à diminuer les inégalités sociales de santé (ISS) ou les inégalités territoriales de santé (ITS) car les déterminants de santé sont multifactoriels. Il y aurait par conséquent trop de déterminants de santé à analyser. De plus, l'outil CLS est trop récent et il serait difficile d'en observer les effets dès maintenant. Nous avons aussi vu les difficultés d'attribuer les effets d'une politique à une amélioration éventuelle et de nombreux programmes autres que CLS peuvent prendre en compte des problématiques et permettre d'améliorer l'État de santé de la population : PRS, PTS, ASV, Plan d'Aménagement et de Développement Durable (PADD), Plan de Déplacement Urbain (PDU), Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT)...

Par conséquent, les effets d'une politique sur l'état de santé de la population sont difficilement mesurables et nécessitent un temps d'observation long. L'évaluation des CLS doit prendre en compte ces contraintes et se baser sur des indicateurs de processus plus que de résultats.

En revanche il est possible et utile de mesurer si un CLS intègre des objectifs de diminution des ISS mais sans évaluer les résultats ou impacts du CLS sur la diminution des ISS. La mesure porterait notamment sur les passerelles que le CLS permet avec l'intersectoriel, avec les politiques de santé environnement, sur les autres politiques publiques comme le transport, le logement, l'emploi... L'exemple du CLS de Morlaix qui décline un axe stratégique relatif au « soutien à l'animation du projet territorial de santé » pour les actions portées qui touchent plusieurs politiques est emblématique de la mesure de cet objectif de diminution des ISS.

Pour la mesure des ITS et de leur réduction, celle-ci présente un intérêt dans la mesure où une stratégie cohérente, unique de mise en place des CLS au niveau national est appliquée. Les critères seraient de favoriser la signature de CLS dans les zones « blanches » ou fragiles, des zones qui présentent des indicateurs de santé défavorables et dans lesquelles il n'existe pas de dynamique locale. Un indicateur par rapport à cet axe de niveau stratégique pourrait être tenu au niveau central : ministère ou secrétariat général. Sans évaluer les effets du CLS sur les indicateurs de santé, ce suivi permettrait de mesurer l'atteinte de l'objectif de péréquation de mise en place de politiques et de moyens de santé de santé sur l'ensemble du territoire national. On peut cependant noter que pour l'instant la politique du ministère est de laisser de la souplesse aux ARS dans la mise en place des CLS et qu'aucun objectif particulier de réduction des ITS au niveau national n'a été fixé. « Il y a eu une absence d'instructions du ministère vers les ARS pour couvrir l'ensemble du territoire et l'objectif a été de laisser la main aux ARS pour contracter sur les territoires le nécessitant »⁶⁷.

3.3 Un bouquet d'indicateurs à proposer qui ne doit pas être restrictif

Compte tenu des caractéristiques de l'évaluation, des spécificités de l'outil CLS et de l'évaluation des politiques de santé présentées précédemment, des indicateurs peuvent être proposés.

3.3.1 Les indicateurs de processus

Les indicateurs de processus permettront le plus de rendre compte de l'effectivité, de la réussite de la mise en place des CLS. Ils reprendront essentiellement des indicateurs de type quantitatifs, avec des objectifs facilement chiffrables et mesurables.

Ces indicateurs doivent permettre de répondre aux questions suivant les différents thèmes suivants :

⁶⁷ Propos recueillis au cours de l'entretien avec Nicolas Prisse, chargé de mission SG ministères sociaux

- La mise en oeuvre des actions (niveau micro de réalisation du CLS)

Des indicateurs de suivi et de réalisation de chaque action qui pourront être discutés en comité de suivi du CLS.

Les actions sont-elles effectives ? Les indicateurs peuvent être le nombre de réunions réalisées pour l'action en question, le nombre de participants à ces réunions...

- Les CLS sont-ils opérationnels ? (niveau macro de réalisation du CLS)

L'animation fonctionne-t-elle ? Les actions sont-elles effectives ?

Les financements et leur pérennité ont-ils été obtenus ? Si le CLS n'avait pas existé, les actions auraient-elles été mises en place ? Le territoire a-t-il bénéficié de plus d'Appel à Projet (AAP), de financements supplémentaires, de pérennité dans les budgets ?

Le CLS a-t-il apporté en termes de formations des co-contractants ? d'une meilleure coordination des acteurs ?

- La gouvernance du CLS

Quels sont les partenaires intéressants à associer en fonction des objectifs recherchés du CLS : Conseil Général, Conseil Régional, éducation nationale, CARSAT... ?

Ces partenaires ont-ils été associés ?

Comment les signataires doivent-ils s'organiser ?

Qui doit faire quoi dans le CLS ? Qui aurait dû faire quoi ?

Qu'est ce qui a fonctionné, n'a pas fonctionné, comment le corriger ?

- Les objectifs du CLS

En fonction des objectifs généraux recherchés, des objectifs particuliers recherchés par chaque partie prenante :

Existe une clause de révision du CLS pour mise en adéquation en fonction de l'évaluation faite et des objectifs recherchés ?

Quelle est la périodicité de révision des diagnostics et de mise en adéquation du CLS ?

Si le CLS est une déclinaison d'autres programmes de santé, les indicateurs d'évaluation possible de l'ARS peuvent être le nombre d'actions déclinées du PRS.

Si le CLS est un programme parmi d'autres programmes, sa coordination avec les autres programmes de santé et plans d'action locaux est elle réalisée ?

Si le CLS a comme objectif une réduction des ISS, y a t il une démarche de Santé Environnement prise en compte dans le CLS, permet-il un lien avec d'autres politiques que celles de santé, permet-il une prise en compte d'une approche globale de la santé (liens entre santé, urbanisme, habitat, transport, emploi...) ?

3.3.2 Les indicateurs de résultats ou une mesure qualitative du CLS

La mesure ou l'évaluation des impacts sur la santé de la mise en œuvre d'un CLS semble être un objectif trop ambitieux. La comparaison d'indicateurs de santé du diagnostic en cours du CLS : espérance de vie à la naissance, espérance de vie à 60 ans, taux de mortalité, de mortalité prématurée... nécessite à la fois un temps long d'observation et d'isoler chaque déterminants de santé, chaque programme ou politique pouvant contribuer à leur amélioration.

Plutôt que d'évaluer ces impacts, une mesure qualitative de l'apport du CLS peut être proposée. Elle permettrait de mesurer l'impact du CLS en termes d'intensité des actions conduites et de ressentis des parties prenantes sur la mise en œuvre du CLS.

- Au niveau de l'ARS

Quelles sont les attentes des collectivités territoriales ? des différents signataires et parties prenantes ?

En termes d'effets et impacts attendus du CLS, de ses apports, le rapprochement des politiques de santé du territoire, le CLS a-t-il permis de s'extraire des blocages politiques ? Comment lever les freins politiques ?

- Au niveau des collectivités territoriales

Les Collectivités Territoriales s'y retrouvent-elles ?

A-t-on réussi plus de mécanismes de concertation, de coordination ? Plusieurs niveaux de concertation existent : CRSA et conférence de territoire, commission de coordination des ARS, CLS. Ces 3 niveaux ont ils permis de porter des politiques de santé ? Quel est l'apport du CLS sur ce point ?

Le CLS a-t-il permis de rapprocher les acteurs ?

Quelles sont les attentes de l'ARS ? La place que l'ARS lui donne ? Quelle est la cohérence, l'articulation avec les autres programmes de territoire: PTS...

En termes d'effets et impacts attendus du CLS, de ses apports, le rapprochement des politiques de santé du territoire, le CLS a-t-il permis de s'extraire des blocages administratifs ? Comment lever les freins administratifs ?

- Au niveau de la population, des usagers, des professionnels de santé

Mesurer auprès de la population si elle a eu connaissance du dispositif CLS, si elle en a bénéficié ?

Quelles connaissances ont les différents acteurs du CLS: population, professionnels de santé, les autres communautés de commune non encore impliquées dans la démarche ?

Pour la population, quel est l'intérêt que retire la population de la mise en oeuvre d'un CLS ?

Pour les professionnels de santé, le CLS a-t-il permis de rapprocher les acteurs, de mieux les coordonner ?

3.3.3 Une méthodologie à mettre en place

Avant de proposer de façon stricte des indicateurs d'évaluation qui risquerait de fixer un cadre trop rigide à l'évaluation des CLS, il faut surtout appliquer une méthodologie rigoureuse de l'évaluation.

Pour la construction des indicateurs, les principes suivants pourront être appliqués :

- Les indicateurs ne doivent pas être trop nombreux, ne pas contribuer à rendre les situations indéchiffrables ;
- Les indicateurs ne doivent pas être coûteux à produire et à exploiter ;
- Les indicateurs doivent être informatifs, utiles et favoriser les retours d'expérience ;
- Les indicateurs ne doivent pas être à but incitatifs afin de conditionner une action à une récompense⁶⁸. Des effets pervers sont possibles : pour éviter une surmortalité par exemple, les médecins seraient tentés de pratiquer moins d'opérations ;
- Les indicateurs devront tenter de suivre ces résultats sur des périodes longues. Ils devront tenter de suivre les résultats et non la causalité d'un effet ;
- Les indicateurs doivent être utilisés avec précaution. Des indicateurs de processus plus que de résultats devront être mis en place. Pour les indicateurs de résultat mis en place, ils devront tenter de répondre à la question : le CLS a-t-il permis de mobiliser plus de leviers, d'améliorer la situation par rapport à une situation sans CLS ?

Pour l'évaluation proprement dite, des pistes d'action pour mesurer de façon optimale les apports des CLS peuvent être les suivantes :

- Définir au préalable, une stratégie claire et précise de mise en place des CLS et de leurs objectifs attendus. L'évaluation est plus facile quand on a prédéfini les indicateurs de suivi ;
- Identifier les objectifs recherchés du CLS et de chacune des parties prenantes au CLS. Les indicateurs doivent être définis en fonction des objectifs à atteindre et adaptés à chaque partie prenante du CLS. L'évaluation ou l'appréciation ne peut être réalisée qu'une fois identifiés précisément ces objectifs et les attentes des différentes parties prenantes du CLS. Il faut par conséquent catégoriser les

⁶⁸ Propos de Christian Anastasy, directeur général de l'ANAP, Universités d'été de la performance en santé, août 2013

- objectifs des CLS et les lister pour les CLS suivis. L'évaluation doit être différenciée suivant les différents signataires et partenaires du CLS ;
- Co-construire avec l'ensemble des parties prenantes au CLS le dispositif d'évaluation. La co-production des indicateurs des CLS doit permettre de les adapter aux réalités du terrain et aux spécificités de la démarche ou politique menée ;
 - Le choix de l'évaluateur est important. Il doit être neutre par rapport au processus évalué ;
 - Initier l'évaluation des CLS dès le début de la démarche ;
 - Mettre en place une analyse économique des modèles pour qu'ils soient durables. Ne pas expérimenter des dispositifs qu'on ne peut pas financer. Par conséquent, mettre en place une réflexion dès le début pour savoir si les projets peuvent être financés ;
 - Favoriser les échanges de bonnes pratiques, de mutualisation d'actions par la mise en place de bases de données communes des CLS par exemple ;
 - Documenter les pratiques au sein des systèmes d'informations futurs ;
 - Utiliser des indicateurs équilibrés entre les trois objectifs ou points de vue. Pour permettre une mesure des résultats ou une mesure qualitative de l'apport des CLS, veiller à mesurer le ressenti de l'ensemble des parties prenantes au contrat et notamment à la place des représentants des usagers et des citoyens. Dans l'évaluation des CLS, la distinction entre le citoyen et l'utilisateur est importante. L'évaluation des CLS suivant le point de vue du citoyen est primordiale afin de ne pas limiter cette évaluation à la seule action sur la santé ;
 - Mettre en place des indicateurs différents pour chaque niveau de conduite :

Au niveau pilotage stratégique :

- Définir des indicateurs conformes au déploiement d'une stratégie nationale/régionale si elle existe ;
- Si le CLS est utilisé comme un dispositif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, veiller à ce que le CLS contribue à diminuer les inégalités de santé et ne conduit pas à les augmenter. Pour cela : suivre un indicateur de déploiement des CLS avec les collectivités locales les moins favorisées ; mesurer si le CLS intègre des objectifs de diminution des ISS et sans forcément chercher à évaluer les résultats ou impacts du CLS sur la diminution des ISTS ;
- Recentrer le programme de travail sur les principaux enjeux de santé publique, ceux qui ont un impact significatif sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades, la coordination des partenaires.

Au niveau de la mise en œuvre opérationnelle :

- Faire un état des lieux des actions menées en partenariat en début et fin de la démarche pour évaluer le travail en partenariat sur le territoire et la meilleure articulation entre les politiques publiques ;
- S'inspirer sans s'y limiter au cadre des indicateurs de processus et de mesure qualitative défini précédemment.

Conclusion

Déclinaison du Programme Régional de Santé, le Contrat Local de Santé est l'outil opérationnel de planification appliquée au champ sanitaire et social pour un territoire de santé donné.

Son objectif est de rendre plus efficient les politiques de santé grâce à la territorialisation des politiques de santé. Les politiques de santé sont ainsi déclinées localement sur des territoires pertinents et de façon transversale dans le sanitaire, le médico-social, la médecine de ville et la Prévention Promotion de la Santé. Le CLS permet aussi une meilleure coordination des parties prenantes avec les politiques connexes à celles de la santé et il permet de prendre en compte l'ensemble des dimensions des politiques de santé : facteurs biologiques, environnementaux, économiques, culturels, habitudes de vie...

La démarche du CLS se fait par étapes : identification des territoires pertinents, diagnostic, constitution des équipes projets, élaboration des actions par thématiques de santé prioritaires, mise en œuvre, suivi et évaluation. Chacune de ces étapes est importante et est réalisée dans un cadre local. Ainsi le CLS implique une participation d'acteurs du territoire aux rationalités différentes et n'étant pas liés par des liens hiérarchiques. Afin d'obtenir une mise en œuvre efficace et efficiente de ces politiques, l'Etat déconcentré (ARS) contractualise avec les acteurs locaux et ensemble ils animent l'inter territorialité. La démarche formalisée dans le contrat CLS est ainsi cadrée de façon rationnelle.

Afin de garantir l'acceptabilité et la pérennité des CLS, les co-contractants doivent évaluer les résultats de leur action. Cette évaluation qui a été essentiellement pensée de façon théorique, commence à se mettre en place et reste pour l'essentiel à construire. Elle est pourtant indispensable pour pallier les difficultés de mise en place des CLS, pour accompagner les politiques mises en œuvre et pour s'appuyer sur les atouts de l'outil. L'évaluation permet de mieux piloter, pour légitimer une politique et poursuivre l'expérience des CLS.

Des indicateurs types peuvent être proposés. Ils permettront de répondre aux enjeux de l'évaluation qui sont d'aborder les différents angles de vue des signataires et partenaires des CLS, de mesurer les politiques et de justifier les actions mises en œuvre. Les indicateurs d'évaluation proposés ne doivent cependant pas être trop restrictifs pour ne pas restreindre l'utilisation des CLS et qu'ils restent des outils adaptables aux

problématiques de chaque territoire. Avant de définir précisément des indicateurs d'évaluation c'est surtout une méthodologie de l'évaluation qui doit être mise en œuvre pour accompagner le suivi des CLS. Les règles essentielles de cette méthodologie sont l'anticipation de la mise en place de l'évaluation, la définition d'objectifs précis et une évaluation qui se rapporte à ces objectifs, une co-construction de l'évaluation qui s'adapte à la politique mise en œuvre, au territoire et aux objectifs des différentes parties prenantes, le choix d'un évaluateur neutre et indépendant. Le dispositif devra par ailleurs ne pas nécessiter de moyens trop importants, que ce soit en temps à consacrer ou en moyens financiers.

L'évaluation ainsi mise en place permettra de mesurer l'effectivité de la territorialisation des politiques de santé mais pourra difficilement mesurer les apports en terme de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Car bien que les CLS peuvent être considérés comme un des instruments réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé, celles-ci sont avant tout la conséquence d'actions multifactorielles et ayant des effets sur des périodes longues. Leur évaluation en est rendue d'autant plus difficile.

Bibliographie

- Textes législatifs et réglementaires,

- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, projet de loi de financement de la sécurité sociale – annexe 7 – ONDAM et dépense nationale de santé, 2013.

- Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, [en ligne]. JORF n°0292 du 17 décembre 2010 page 22146, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023239624&categorieLien=id>

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [en ligne]. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- MINISTERE DE LA SANTE ET SECRETARIAT D'ETAT A LA POLITIQUE DE LA VILLE. Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 no 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/3 du 15 avril 2009, Page 302, disponible sur internet :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf

- Loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, [en ligne]. JORF n°31 du 5 février 1995 page 1973, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000531809&categorieLien=id>

- Loi no 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, [en ligne]. JORF n°148 du 29 juin 1999 page 9515, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760911&dateTexte=&categorieLien=id>

- Articles (de périodiques),

- CHAUDIEU E, 2012, « Mettre en place un contrat local de santé », *Le Courrier des maires et des élus locaux* de juin 2012. Disponible sur internet : <http://www.courrierdesmaires.fr/8210/mettre-en-place-un-contrat-local-de-sante/>
- INSTITUT RENAUDOT, lettre n°69, juin 2012;
- GOJIN E, 2013, « Belle-Île-en-Mer, médecine mixte », *Connexion Santé Bretagne le mag*, trimestriel, numéro 3 de l'été 2013.
- HOSPIMEDIA du 23 septembre 2013 « Qualité : un guide présente des clés pour la réussite des évaluations interne et externe des ESMS ».
- HOSPIMEDIA du 2 septembre 2013 « Qualité : Les indicateurs, outils de l'évaluation, doivent être utilisés avec précaution ».
- APM du 10 juin 2013, article relatif aux comptes-rendus de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, intervention de Jean Debeaupuis, DGOS.

- Rapports,

- VINCENT D, ZIMMERMANN A, juillet 2013, « Observation des dynamiques des contrats locaux de santé », les notes Etd, le centre de ressources du développement territorial. Disponible sur internet : <http://www.projetdeterritoire.com/index.php/Nos-publications/Notes-d-Etd/Observation-des-dynamiques-des-contrats-locaux-de-sante>
- SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DE LA VILLE, 2012, « Référentiel national des Ateliers santé ville ».
- CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, Avis du 29 novembre 2012 sur le bilan de la démocratie en région.
- SÉNAT, BRUGUIÈRE MT, juin 2011, Rapport d'information sur les territoires et la santé du Sénat, n°600, session 2010-2011.
- ARS Ile de France, CHAMBAUD L, novembre 2011, « Note aux ministres en charge de la santé, de la cohésion sociale, de l'aménagement du territoire et de la ville et à la secrétaire générale chargée des affaires sociales relative à la mission sur les contrats locaux de santé. Analyse du dispositif au niveau national et propositions ».
- MOLEUX M, SCHAETZEL F, SCOTTON C, mai 2011, « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action », rapport IGAS.
- SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DE LA VILLE, 2011, « Panorama pratique de la politique de la ville ».

- DREES, « Méthodes d'évaluation des politiques publiques - Actes du séminaire », mai 2011, Collection Etudes et statistiques.
- POTVIN L, MOQUET MJ, M. JONES C, « Réduire les inégalités sociales en santé », 2010, guide INPES, 379 p.
Disponible sur internet <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- RITTER P, janvier 2008, Rapport sur la création des agences de sante.
- FLAJOLET A, avril 2008, Rapport sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.
- SÉNAT, FOUCHÉ A, juin 2006, Rapport d'information « Quel avenir pour les PAYS ? », n°430, session 2005-2006.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, « La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs », juin 2004. Disponible sur internet :
http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/fileadmin/medias/documents/ressources/guides/guide_performance.pdf
- Référentiels nationaux,
 - Guide ANAP, juillet 2013, « Le secteur médico-social – comprendre pour agir mieux ».
 - ARS ILE DE France, 2011, Kit méthodologique CLS. Disponible sur internet :
http://www.espt.asso.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=44
 - Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), 2010, Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé,
 - Association pour la fondation des pays, 2007, Guide/repères méthodologiques : Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement,
- Thèses et mémoires,
 - LENAULT C, 2012, La déclinaison du projet Régional de Santé à travers les deux outils de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire, programmes territoriaux de santé et contrats locaux de santé : réflexion sur les facteurs de réussite de leur mise en œuvre, exemple des territoires de santé Bretons n°5 et n°6, mémoire PPAPS : EHESP,

- BLANC P, 2013, *Contrat local de santé et lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple du département de la Seine-et-Marne*, mémoire avant titularisation IASS : EHESP, 60 pages.

- KORDYLAS M, 2013, *Les contrats locaux de santé (CLS) comme outils de la co-construction des politiques locales de santé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales. Enjeux et perspectives au sein de l'ARS Languedoc-Rousillon*, mémoire avant titularisation IASS : EHESP, 67 pages.

- MOQUET MJ, 2013, *Contrats locaux de santé et inégalités sociales de santé : Analyse et perspectives pour le Val-de-Marne*, mémoire MISP : EHESP, 89 pages.

- ALAUX, EYRAL, POIRAUDEAU, RENAULT, SAGNES, VIGNES, 2013, *Les conditions d'élaboration des CLS: une approche de la performance en santé publique*, rapport recherche action EN3S, 116 pages.

Liste des annexes

ANNEXE I : Méthodologie du mémoire : la démarche mise en œuvre

ANNEXE II : Méthodologie du mémoire : liste des entretiens réalisés

ANNEXE III : Méthodologie du mémoire : grilles d'entretien

ANNEXE IV : Les étapes de la mise en place d'un CLS

ANNEXE V : L'état des lieux des CLS en Bretagne

ANNEXE VI : La carte des Pays bretons

ANNEXE I : Méthodologie du mémoire : la démarche mise en œuvre

Les principales informations que j'ai dû recueillir pour répondre à ma question sur l'évaluation des CLS, sur l'apport de la territorialisation des politiques de santé et de son ingénierie ont été axées sur les méthodes suivantes:

La recherche bibliographique

Les CLS ont été récemment mis en place. Par conséquent la littérature sur le sujet est encore limitée. Cependant des notes, lettres et mémoires commencent à être diffusés. Une analyse des CLS dans les autres départements a ainsi été réalisée pour comparer l'importance de l'utilisation de cet outil suivant chaque département et identifier les facteurs favorisant une réelle valeur ajoutée des CLS.

Par ailleurs j'ai réalisé une recherche bibliographique sur l'évaluation des politiques publiques en général.

Les entretiens semi directifs avec les différents acteurs et parties prenantes des CLS

J'ai choisi de rencontrer et d'interroger l'ensemble des parties prenantes d'un CLS :

- Responsables en administration centrale,
- Responsables projets en ARS et en DT ARS,
- Représentants du conseil général et élus locaux,
- Coordonnateurs de CLS,
- Professionnels de santé, représentants d'association.

L'observation directe à l'aide de grilles d'observation

J'ai participé à des réunions ou d'instances, à l'occasion de groupes de travail sur les CLS déjà mis en place ou les CLS à mettre en place. Au cours de ces réunions, mon objectif était de repérer les décalages entre les discours que les acteurs tiennent sur leurs pratiques et la réalité observable.

ANNEXE II : Méthodologie du mémoire : liste des entretiens réalisés

Nom	Fonction
Ministère et organismes centraux	
Nicolas Prisse	Chargé de mission au secrétariat du ministère chargé des affaires sociales
Françoise Schaetzel	Médecin inspecteur de santé publique à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
ARS et DT ARS	
Thierry de la Burthe	Directeur adjoint de l'ARS Bretagne, responsable de la démocratie sanitaire
Alain Mevel	Médecin inspecteur de santé publique à la DT ARS du Finistère et référent CLS pays de Morlaix
Béatrice Lastennet	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale à la DT ARS du Finistère et référent CLS pays de Morlaix et Crozon
Élus des collectivités territoriales	
Jean-Pierre Hemon	Président de la commission de santé et responsable politique de santé du Pays COB
Monique Quéré	Élu en charge de la cohésion sociale, jeunesse et santé de la communauté d'agglomérations de Morlaix
Coordonnateurs de CLS et porteurs d'actions CLS	
Isabelle Le Gal	Chargée de mission service à la population, Pays COB
Nolwenn Merrien	Chargée de mission Animation Territoriale de Santé, Pays COB
Élodie Potin	Coordnatrice Atelier Santé Ville de la communauté d'agglomérations de Morlaix
Michel Mogan	Directeur d'établissements sociaux et médico-sociaux en Finistère, porteur d'actions du CLS de Morlaix

ANNEXE III : Méthodologie du mémoire : grilles d'entretien

GRILLE DE QUESTIONS COMMUNES (quel que soit le type de personnes interrogées)

INTRODUCTION

Présentation :

- de l'enquêteur,
- du but de l'enquête
- justification du choix de la personne enquêtée.

Comment avez-vous été amené à être concerné par la thématique des CLS ?

Quelle est la définition d'un CLS pour vous ?

Quelles sont les plus-values des CLS, en général, par rapport aux autres outils existants ?

L'EVALUATION du CLS

L'évaluation d'une politique est-elle importante pour vous ?

Quelle est selon vous la différence entre un indicateur de suivi et indicateur d'évaluation ?

Quelles sont selon vous les caractéristiques d'un bon indicateur, d'une bonne évaluation de politique publique, d'un CLS ?

Quelles sont selon vous la ou les plus-values d'un CLS ? Par apport aux outils existants ? En tant que politique publique locale ?

La plus-value des CLS peut-elle être mesurée et par quel outil ? Les questions évaluatives clés (ou spécifiques) d'un CLS ?

Quels sont les effets pervers, les risques dans l'utilisation des indicateurs, dans l'évaluation ?

GRILLES D'ENTRETIEN Ministère et organismes centraux

PILOTAGE ET SUIVI DES CLS

Quels étaient vos objectifs et vos craintes par rapport aux CLS ?

Quel est le territoire le plus approprié pour le CLS ?

Qui est à l'initiative de la définition des territoires ?

Quels sont les travaux du groupe national du SG ministères sociaux sur le suivi et l'évaluation des CLS

Existe-t-il un schéma récapitulatif des objectifs stratégiques et opérationnels du CLS ?

Quels sont les objectifs concernant les CLS dans les CPOM entre le ministère et l'ARS ?

Quelle est la stratégie nationale pour le déploiement des CLS ?

Quel est le rôle à donner à la commission de coordination des politiques publiques ?

Pour les CLS, s'agit-il d'insuffler une dynamique et que les ARS se désengagent par la suite ?

Quel est l'état des lieux sur le territoire national ?

GRILLES D'ENTRETIEN ARS et DT ARS

PHASES DE LANCEMENT DES CLS

Quel est selon vous le rôle de l'ARS dans la mise en œuvre des CLS ?

Comment se sont déroulés les premiers contacts entre l'ARS et la collectivité ?

Comment ont démarré les projets ? Qui les portait ? Quels sont les acteurs et les signataires indispensables du CLS ?

Quel calendrier a été évoqué ? Idée de la durée potentielle de la démarche ?

Quels étaient vos objectifs et vos craintes par rapport aux CLS ?

Les outils utilisés ? le kit méthodologique ? Est-ce un outil de cadrage utile ou une contrainte ?

Quels ont été les axes de travail initiaux ? Les axes prioritaires du CLS sont retenus en fonction de quels critères ?

Diagnostic : Quels ont été les éléments retenus qui ont servi pour établir le diagnostic ?

Quel territoire pour le CLS ? Quel est le territoire le plus approprié ?

Qui est à l'initiative de la définition des territoires ?

Quels sont les domaines que vous avez refusés dès le départ d'intégrer ? Quels sont les domaines que le porteur a dès le départ refusé d'intégrer ?

PERSPECTIVES pour les CLS

Couvrir tout le territoire régional ?

Pourra-t-on faire sans la volonté des élus ?

Comment envisager vous les prochaines étapes du déploiement des CLS ?

Comment considérez-vous l'organisation de l'animation territoriale au sein de l'ARS ?

Quel est l'état des lieux en Bretagne ? les objectifs recherchés pour chaque CLS en Bretagne sont ils les même ?

GRILLE D'ENTRETIEN élus

LES PREMISSES DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Comment avez-vous été impliqué en tant qu'élu par les CLS ?

Parlez-moi « en quelques mots » du CLS dans lequel vous êtes impliqué ?

Quelles sont les motivations de la ville, de l'agglomération de se saisir de la thématique de la santé et de signer un CLS ?

Comment a démarré le projet ? Qui le portait ?

Comment se sont déroulés les premiers contacts avec l'ARS ?

La perspective de signer un CLS a-t-elle tout de suite été actée ?

Qu'attendiez-vous de l'ARS ?

Quels étaient vos objectifs et vos craintes ?

L'ELABORATION DU CLS

Quels ont été les axes de travail initiaux ?

Quels sont les domaines que vous avez refusés dès le départ d'intégrer ? Les domaines que l'ARS a dès le départ refusé d'intégrer ?

Quelle est la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?

Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre collectivité ?

Les CLS/ la co-construction des politiques de santé, représentent-ils une innovation par rapport aux relations antérieures avec DDASS/DRASS ARS ?

ÉVOLUTION DU CLS

Quelle a été l'organisation, la gouvernance provisoire mise en place ?

Comment analysez-vous les facteurs de réussite ? Les éléments de complexité liés à votre CLS ?
Quelle est votre vision « de l'extérieur » de l'organisation de l'ARS sur cette thématique ?
Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre collectivité ?
Quels sont les éléments d'amélioration de la démarche que vous proposeriez ?

Grille d'entretien porteurs / coordinateurs CLS

LA PREMISSE DE LA CONSTRUCTION DU CLS

Présentation du CLS dans lequel vous êtes impliqué
Comment a démarré le projet ? Qui le portait ?
Quel calendrier a été évoqué ? Idée de la durée potentielle de la démarche ?
Quels étaient vos objectifs et vos craintes d'intégrer, de coordonner un CLS ?

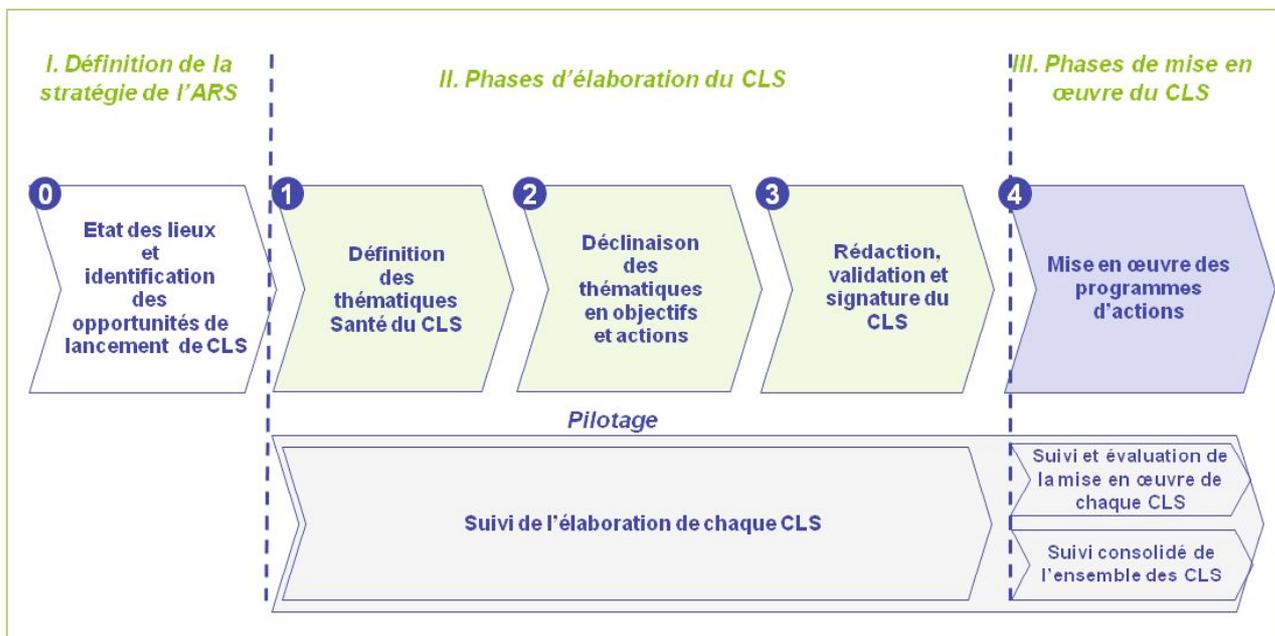
L'ELABORATION DU CLS

Quels ont été les axes de travail initiaux ? Quel a été le territoire initial
Quelle est la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?
Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre collectivité ?

EVOLUTION DU CLS

Le territoire couvert par le CLS a-t-il évolué ?
Quels ont été les projets abandonnés ou apparus en cours de travail
Quelle a été la place des représentants du territoire dans l'élaboration du contrat, dans la préparation de la mise en œuvre ? La place de l'ARS ?
Quelle est la part d'initiative et de décision de l'ARS et du local ?
Quelle a été l'organisation, la gouvernance provisoire mise en place ?
Comment analysez-vous les facteurs de réussite ? les éléments de complexité liés à votre CLS ?
Quelle est votre vision « de l'extérieur » de l'organisation de l'ARS sur cette thématique ?
Est-ce un outil qui a permis de faire évoluer la place de la santé dans la politique de votre territoire ?
Quels sont les éléments d'amélioration de la démarche que vous proposeriez ?

ANNEXE IV : Les étapes de la mise en place d'un CLS



Source Kit méthodologique CLS

ANNEXE V : L'état des lieux des CLS en Bretagne

Recensement des CLS en Bretagne (Juillet 2013)

CLS potentiels pour lesquels l'ARS a été contactée par une collectivité	CLS en cours	CLS signés
<ol style="list-style-type: none">1. Pays de Brocéliande2. Crozon3. Quimperlé	<ol style="list-style-type: none">1. Pays de Fougères2. Pays de Redon Bretagne Sud3. Pays du Trégor Goëlo4. Pays de Guingamp5. Pays de Ploërmel6. Pays Centre Bretagne	<ol style="list-style-type: none">1. Pays de Vitré – Porte de Bretagne CLS signé le 24 octobre 20112. Pays du Centre Ouest Bretagne (COB) CLS signé le 27 juin 20123. Communauté de communes de Belle-Ile en Mer CLS signé le 10 janvier 20134. Morlaix Communauté CLS signé le 20 mars 20135. Ville de Rennes CLS signé le 1^{er} juillet 20136. Pontivy Communauté CLS signé le 3 juillet 2013

ANNEXE VI : La carte des Pays bretons



CROS

Rémi

Mars 2014

IASS

Promotion 2014

LA MESURE DE LA PLUS-VALUE DES CLS MIS EN ŒUVRE EN BRETAGNE

Résumé :

La loi HPST a instauré un nouvel outil de territorialisation des politiques de santé : les Contrat Locaux de Santé (CLS).

Leurs mises en place se sont faites progressivement et ils suscitent un intérêt croissant. Ainsi, à la fin de l'année 2013, cent vingts CLS avaient été signés sur le territoire national dont six sur la région Bretagne et de nombreux CLS étaient en cours de signature.

L'engouement pour cet outil s'explique par les nombreux atouts qu'il présente : instrument de déclinaison des politiques de santé sur des territoires pertinents ; approche globale et transversale portant à la fois sur la promotion de la santé, la prévention, le soins, le médico-social mais aussi sur les politiques connexes à la santé ; le CLS permet de mieux coordonner les acteurs et de conduire des projets cohérents avec une vision de long terme.

Pourtant leur mise en œuvre rencontre quelquefois des difficultés. L'objet de ce mémoire est de proposer des démarches d'évaluation pour accompagner leur déploiement en s'appuyant sur ses atouts et en palliant ses faiblesses.

Mots clés :

Contrat local de santé, collectivités territoriales, territorialisation des politiques, inégalités sociales et territoriales de santé, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, évaluation, indicateurs de processus, indicateurs de résultat

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.