



EHESP

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Mars 2016**

**Les contrats locaux de santé comme
outil au service de la coordination
territoriale : l'exemple du Tarn**

Johanna HAY

Remerciements

Ce mémoire constitue le travail principal de mon stage d'exercice professionnel effectué à la délégation territoriale du Tarn rattachée à l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées. Je tiens à remercier l'ensemble des personnels de la DT pour leur accueil sympathique et leur confiance sur les différents dossiers auxquels j'ai pu être associée.

J'adresse ma particulière reconnaissance à ma maîtresse de stage Isabelle VILAS qui a encadré mon stage et mon mémoire et qui m'a fait confiance à propos des différentes missions qu'elle m'a laissé accomplir en relative autonomie.

Florence COMMES, infirmière de santé publique, a également été d'un soutien appréciable tout au long de ce stage et m'a soutenu en acceptant de faire régulièrement le point sur l'avancement de mon mémoire.

Je remercie Didier FAGET et Mylène REILLES de m'avoir notamment associée à leurs missions d'inspection, ainsi que Marie-Thérèse VANNESTE et Anne MOLY pour notre travail collaboratif sur les maisons de santé pluriprofessionnelles. Le travail sur l'analyse financière et la campagne budgétaire fut également très enrichissant auprès de Françoise QUERCY et de Marlène ARRESTAT. Cette dernière m'a également associée à trois visites de conformité.

Par ailleurs, je remercie l'ensemble des membres du comité de pilotage et des groupes de travail du contrat local de santé de la communauté de communes du Ségala-Carmausin (3CS) pour leur disponibilité lors de nos divers entretiens relatifs à la mise en œuvre de ce contrat. J'adresse également ma gratitude à M.BIAU, Mme DESER, Mme JARDRY et Mme PEYRIN ayant accepté de s'entretenir longuement avec moi au sujet du contrat local de santé de Graulhet.

Enfin, je remercie Nicole BOHIC pour ses conseils lors de la rédaction de ce mémoire et pour le temps qu'elle a consacré à sa relecture.

Sommaire

1	Présentation générale des CLS.....	5
1.1	La cohérence du contexte de création des CLS.....	5
1.1.1	Historique des outils de déclinaison des politiques de santé publique et réaffirmation de la forme contractuelle	5
1.1.2	Un enjeu de territorialisation ancien réaffirmé dans la loi HPST.....	7
1.2	L'adaptabilité des CLS au service d'une meilleure coordination	9
1.2.1	Sur le fond, un outil ambitieux adaptable aux spécificités locales grâce à un champ d'action large	9
1.2.2	Sur la forme, un outil de seconde génération favorisant la complémentarité des approches ascendante et descendante	11
1.3	Conditions de la mise en œuvre d'un CLS : approche méthodologique	13
1.3.1	Chronologie de la démarche projet d'un CLS.....	13
1.3.2	Le CLS : une nouvelle logique de co-construction	15
2	L'exemple du Tarn : deux CLS aux contours différents	18
2.1	La nécessité de comprendre le contexte sociogéographique pour déployer une politique sur mesure	18
2.1.1	L'objectivation diagnostique des problématiques de santé comme préalable indispensable à un choix pertinent des territoires	18
2.1.2	Axes stratégiques retenus dans les CLS Tarnais : entre reflet des besoins locaux et déclinaison du PRS	23
2.2	Deux contextes organisationnels interne et externe différents impactant le degré d'implication des acteurs	27
2.2.1	Le CLS, un outil de coopération souple à concilier avec les autres outils locaux	27
2.2.2	Le rôle central de l'ARS en matière d'animation territoriale : quel impact sur l'implication des acteurs du CLS ?	31
2.3	Les fragilités de la mise en œuvre des CLS dans le Tarn.....	33
2.3.1	Une implication insuffisante de certains acteurs : un enjeu de découplage partiellement atteint.....	34
2.3.2	Un effort de coordination tardif mais en progression.....	36
2.3.3	Une anticipation des modalités de suivi et d'évaluation des CLS à renforcer	37
3	Préconisations pour la mise en œuvre des CLS	39
3.1	Un pilotage des CLS par l'ARS à perfectionner.....	39

3.1.1	Renforcer la communication globale : accroître la visibilité et la lisibilité du dispositif pour faciliter son déploiement et son utilisation	40
3.1.2	Renforcer la communication inhérente à chaque CLS : vecteur premier d'une meilleure dynamique territoriale.....	42
3.2	La clarification des rôles au service d'une meilleure performance	43
3.2.1	La clarification des rôles partenaires de l'équipe projet ARS : vers l'optimisation de l'appui méthodologique.....	44
3.2.2	Une bonne connaissance des acteurs de terrain mais un ciblage à renforcer 44	
3.2.3	Un accompagnement prévoyant une responsabilisation des porteurs de fiches-actions	46
3.3	Amélioration du suivi et de l'évaluation de l'outil CLS	47
3.3.1	L'efficacité et l'adaptabilité des actions conditionnées par un suivi pertinent 47	
3.3.2	Optimiser la transposabilité des CLS grâce à l'amélioration de l'évaluation	48
Conclusion		51
Bibliographie.....		53
Liste des annexes.....		I
	Liste des entretiens menés :	II
	Grilles d'entretien semi-directif, questions générales auprès des acteurs de terrain :....	III
	Questions supplémentaires spécifiques aux élus du CLS du Graulhérois :.....	III
	Grille d'entretien en ARS et DT ARS :.....	III
	Dimension multi-partenariale du dispositif des CLS :	IV
	Périmètre d'action des CLS et déclinaison en thématiques, la conciliation des besoins locaux avec les objectifs du PRS	IV
	Liste des 16 fiches actions du CLS du Graulhérois :	V
	Liste des 33 fiches actions du CLS de la 3CS :	VI
	Densité de professionnels libéraux de la santé au 1er janvier 2013	IX

Liste des sigles utilisés

3CS :	communauté de communes du Ségala-Carmausin
ADELI :	automatisation des listes
ALD :	affection de longue durée
ARH :	agence régionale d'hospitalisation
ARS :	agence régionale de santé
ARS MP :	agence régionale de santé de Midi-Pyrénées
AVS :	atelier santé ville
CAF :	caisse d'allocations familiales
CC :	communauté de communes
CH :	centre hospitalier
CLS :	contrat local de santé
CMP :	centre médico-psychologique
CMPEA :	centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CMU-c :	couverture maladie universelle complémentaire
CNSA :	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMOP :	comité opérationnel
COFIL :	comité de pilotage
CPAM :	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS :	code de la santé publique
CRSA :	conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CT :	collectivité territoriale
CUCS :	contrats urbains de cohésion sociale
DATAR :	délégation interministérielle du territoire et à l'action régionale
DDASS :	direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDCSPP :	direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DGS :	direction générale de la santé
DRASS :	direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRESS :	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DT-(ARS) :	délégation territoriale (de l'agence régionale de santé)
EPCI :	établissement public de coopération intercommunale
FINESS :	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR :	fonds d'intervention régional

HPST :	hôpital, patients, santé, territoires
IASS :	inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IDE :	infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat
IGA :	Inspection Générale de l'Administration
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF :	Inspection Générale des Finances
INSEE :	institut national de la statistique et des études économiques
IPASS :	inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale
IPP :	institut de la performance publique
IREPS :	institut régional de l'éducation et de la promotion de la santé
ISP :	infirmière de santé publique
ISS :	inégalité sociales et territoriales de santé
KM ² :	kilomètre carré
LRMIPY :	Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées
MSP :	maison de santé pluri-professionnelle
OCDE :	organisation de coopération et de développement économiques
ORMISP :	observatoire régional de la santé en Midi-Pyrénées
ORS :	observatoire régional de santé
PNNS :	programme national nutrition santé
PRAPS :	programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR :	programme régional de gestion du risque
PRIAC :	programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS :	projet régional de santé
PSRS :	plan stratégique régional de santé
PTS :	programme territorial de santé
QPV :	quartier prioritaire de la ville
SROS :	schéma régional d'organisation des soins
SRU :	solidarité et renouvellement urbains
SSIAD :	service de soins infirmiers à domicile
SSR :	soins de suite et de réadaptation
URPS :	union régionale des professionnels de santé

Introduction

D'après Pascale ECHARD, chargée de mission à la délégation interministérielle du territoire et à l'action régionale (DATAR), « *la santé est une question à part entière d'aménagement du territoire* »¹. Inscrits dans un objectif global de rapprochement du pilotage des politiques publiques et des territoires, les contrats locaux de santé (CLS) constituent un outil de coopération visant à s'adapter aux besoins locaux.

Cet outil fut créé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi Bachelot, dite « *loi HPST* ») promulguée le 21 Juillet 2009². Celle-ci intègre un nouvel article L.1434-17 au sein du Code de la santé publique (CSP), selon lequel « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.* »

Cet article constitue le seul cadre juridique des CLS, dont le contour demeure flou. Il en ressort que cet outil est une modalité optionnelle de déclinaison du projet régional de santé (PRS), engageant *a minima* l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales ou leurs groupements, sur des thématiques larges. En pratique, s'y ajoutent d'autres partenaires issus de milieux différents, tels que des professionnels libéraux, l'assurance maladie, l'éducation nationale, des associations et bien d'autres. Cette configuration transversale et multi-partenariale apparaît comme un élément autant représentatif que fondateur du CLS. En effet, la création d'une dynamique locale, le partage de représentations et la réussite des actions dépendent essentiellement de cette mise en réseau. Cela fait du CLS un espace de dialogue qui favorise la prise d'initiatives et la véritable co-construction des projets. Porté par l'ARS, il ne se limite pas aux champs de compétences de celle-ci mais tisse du lien avec d'autres secteurs tels que l'éducation, l'urbanisme, le logement etc.

Afin de mieux percevoir l'ampleur de ce dispositif, il convient d'ores et déjà de dresser un rapide état des lieux national, tant quantitatif que qualitatif. D'après une publication³ de juillet 2015 faisant suite à une enquête nationale, 260 contrats locaux de santé étaient signés en juin 2015 et 58 étaient en cours de création. Cette enquête est la

¹ Revue T comme territoires, centre de ressources du développement territorial, n°1, Septembre 2010, p.22

² Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 Juillet 2009, publiée au Journal officiel du 22 Juillet 2009

³ Décision publique, *Mise en effectivité des contrats locaux de santé en France*, Juillet 2015.

première à réactualiser ces chiffres depuis 2013. Malgré la création d'un espace partagé national (dit « *Share-point* ») par la circulaire⁴ du 21 Février 2014 sur lequel chaque DT ARS renseigne les CLS qu'elle conclut, il n'existe pas de statistiques nationales ni de recensement global automatisé indiquant le nombre de CLS en France.

Afin de dresser un diagnostic national global au début de mon stage pour mieux cerner l'ampleur de l'utilisation de cet outil, j'avais entrepris une enquête, préalablement à la publication de ladite décision. Le but était de connaître le nombre de CLS signés et en cours de création en France – ou *a minima* sur un échantillon de régions – ainsi que les principaux porteurs et thèmes abordés. Pour cela, j'avais dans un premier temps consulté les sites internet de toutes les ARS et obtenu des premiers éléments de réponse. J'ai ensuite complété ce recensement en contactant les directions générales des différentes ARS de France⁵. J'ai cessé mes investigations lorsque j'ai eu connaissance de la publication précitée, recensant précisément les données recherchées. Celle-ci indique que les 260 CLS signés concernent plus de 18 millions d'habitants⁶, soit environ 27,8% de la population française. Ils couvrent environ 18% de la superficie du territoire français. S'agissant des caractéristiques territoriales, environ 86,5% des 6 871 communes inscrites dans un CLS se situent sur un territoire rural⁷. Environ 68% de celles-ci se situent en-dessous du revenu médian par unité de consommation (INSEE 2010) et environ 63,6% des CLS ont un indice de vieillissement supérieur à la moyenne nationale (INSEE 2011).

En sus d'une présentation générale du dispositif, le cœur de ce mémoire traite de l'exemple du département du Tarn, en Midi-Pyrénées. Un premier CLS y a été signé le 21 Février 2014 et la commande qui m'a été confiée dans le cadre du stage au sein de la délégation territoriale (DT ARS 81) a été de participer à la mise en place d'un second CLS à l'échelle d'une communauté de commune (CC). La période de mon stage concordait parfaitement avec ce projet et m'a permis de mener une observation directe en étant présente à toutes les phases clé, de la première réunion du comité de pilotage (COFIL) à la signature effective du CLS.

La méthodologie développée a consisté en une première phase de recherche documentaire afin de m'imprégner du sujet. J'ai consulté de la documentation générale sur internet ainsi que les documents de travail tels que le PRS Midi-Pyrénées, les schémas en découlant, le CLS préexistant ou encore les outils méthodologiques encadrant la mise en œuvre d'un tel outil. A mon arrivée en stage, le territoire du nouveau

⁴ Circulaire SG/DGS n°2014-67 du 21 Février 2014 relative à la constitution d'un espace partagé sur les contrats locaux de santé (CLS)

⁵ Par envoi d'un courriel à toutes les DG ARS afin qu'elles le transmettent au service en charge des CLS, suivi d'appels téléphoniques de relance.

⁶ 18 288 340 habitants en France métropolitaine selon les données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2012.

⁷ Selon l'OCDE, « *une commune est une collectivité rurale si sa densité de population est inférieure à 150 habitants par km²* »)

CLS de la Communauté de Communes du Carmausin-Ségala (3CS) et les membres du COFIL avaient déjà été déterminés. Avant sa première réunion ayant permis de fixer les grandes thématiques retenues, je me suis imprégnée du diagnostic du territoire concerné et j'ai analysé le dossier du CLS préexistant dans le Tarn pour comprendre la démarche.

La chef de projet du CLS au sein de la DT a constitué une équipe-projet composée :

- D'elle-même, inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale (IPASS), en tant que pilote du COFIL et du groupe de travail sur l'une des deux thématiques retenues, en l'occurrence le groupe populationnel des personnes âgées ;
- De l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) référent du pôle « personnes âgées », en appui technique sur les actions proposées dans ce domaine ;
- D'une infirmière de santé publique (ISP) responsable du pôle « prévention », désignée comme pilote du groupe de travail autour de la seconde thématique relative au public des « jeunes » ;
- D'une chargée de mission de l'Institut régional de l'éducation et de la promotion de la santé (IREPS) apportant un appui méthodologique transversal ;
- De moi-même, stagiaire IASS, en appui transversal

Dans ce cadre, j'ai participé aux réunions des groupes de travail, rédigé des comptes rendus, préparé et animé des présentations etc. J'ai communiqué avec les partenaires engagés dans la démarche tout au long de sa déclinaison afin de répondre à leurs questions, de les guider dans la structuration des fiches-actions, ou encore de leur fournir des éléments de connaissance partagée, tant sur le fond des sujets traités que sur la coordination entre les différents acteurs impliqués sur une même problématique de terrain.

La problématique centrale qui a guidé mes réflexions a été la suivante : le CLS est-il un outil efficace au service de la coordination des initiatives locales en matière de réponse aux besoins de santé de la population ?

Cela engendre un questionnement sur la construction même d'un CLS : sur un territoire dont il conviendra d'explicitier les critères de choix, s'agit-il d'une déclinaison locale des politiques régionales de santé ou d'une simple réponse aux besoins spécifiques locaux ? En partant de l'hypothèse qu'il s'agit d'une conciliation de ces approches ascendante et descendante, il convient d'analyser comment le CLS tient compte de la réalité des territoires tout en déclinant le PRS.

Par ailleurs, il est légitime de s'interroger sur la pertinence du CLS pour répondre aux besoins de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé sur un territoire. Sachant que des outils préexistaient en matière de déclinaison

locale des politiques de santé, quelle est sa plus-value par rapport aux autres dispositifs ? L'hypothèse retenue se base sur la souplesse de fond et de forme de cet outil. Le CLS semble améliorer la coordination des actions menées localement en matière de santé publique, en associant des acteurs nombreux et hétérogènes. En somme, la liberté de délimitation d'un territoire opportun permet d'adapter concrètement les réponses proposées aux réels besoins de la population et palie la rigidité de certains dispositifs antérieurs dont le périmètre géographique était imposé (une ville, un quartier...).

D'autres questionnements organisationnels permettront d'alimenter les réflexions. Quelles sont les étapes de la démarche projet adoptée pour la mise en œuvre d'un CLS ? Quel est le rôle de l'ARS, en particulier s'agissant des ressources mobilisables pour la mise en œuvre d'un tel contrat ? Quelle est la position à adopter par le chef de projet et son équipe ? Comment parviennent-ils à impliquer les acteurs, tant les professionnels que les élus, pour apporter une réponse concertée à un besoin de santé sur un territoire ?

Fort de ces questionnements, il convient de commencer ce mémoire par une présentation de l'outil des CLS de façon générale en déclinant la manière dont il a été créé par la loi HPST, ses caractéristiques, ses enjeux et ses modalités de mise en œuvre (1).

Une fois ce cadre d'étude posé, une seconde partie s'attachera à étudier concrètement l'utilisation des CLS dans le département du Tarn (2). Elle développera l'analyse tirée des investigations que j'ai pu mener sur mon terrain de stage, en réponse aux questionnements soumis ci-dessus. Après avoir justifié le choix des territoires et actions retenus pour les deux CLS Tarnais, cette seconde partie analysera leur articulation avec les autres outils et dispositifs de santé publique. Elle s'attachera également à comprendre le rôle central de l'ARS dans le déploiement des CLS comme outil d'animation territoriale. Enfin, il s'agira de soulever les principales fragilités dont a fait preuve la déclinaison des CLS dans le Tarn.

En découlera naturellement la proposition d'axes d'amélioration pour la mise en œuvre des CLS dans le Tarn (3).

Une conclusion tirera le bilan de ce mémoire professionnel et évoquera les perspectives d'avenir de l'outil CLS, au regard de la nouvelle « loi santé »⁸ adoptée en lecture définitive le 17 Décembre 2015.

⁸⁸ ASSEMBLEE NATIONALE, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, Petite loi, texte adopté n°650, 17 Décembre 2015

1 Présentation générale des CLS

Instauré par la HPST en 2009, le CLS constitue un outil règlementaire non contraignant au service de la mise en œuvre de politiques de santé coordonnées sur un territoire et fait suite à une série d'autres dispositifs (1.1). La réglementation souple dont il fait l'objet en fait un outil adaptable aux spécificités locales (1.2). Méthodologiquement, la mise en œuvre d'un tel outil passe par une succession d'étapes dont il conviendra de présenter la chronologie ainsi que les acteurs impliqués (1.3).

1.1 La cohérence du contexte de création des CLS

La déclinaison locale des politiques nationales de santé a fait l'objet de plusieurs outils. Les CLS ne s'inscrivent donc pas dans un espace neutre mais doivent se concilier avec ces modalités préexistantes (1.1.1). Un des objectifs commun de ces outils de proximité consiste à adapter l'offre aux besoins territoriaux, selon une logique croissante de territorialisation (1.1.2).

1.1.1 Historique des outils de déclinaison des politiques de santé publique et réaffirmation de la forme contractuelle

La création des CLS en 2009 résulte d'un long processus historique durant lequel les collectivités territoriales (CT) se sont imprégnées des politiques de santé. Juridiquement, cette compétence est très faible parmi leurs attributions. La santé est l'un des domaines publics ayant été le moins impacté par les mouvements de décentralisation. L'Etat a longtemps souhaité conserver la compétence de principe en la matière et la déclinaison de ses politiques se faisait essentiellement de façon déconcentrée. Toutefois, la montée en puissance des revendications locales et de la démocratie sanitaire et sociale ont nécessité de prendre plus en compte les spécificités locales. Ainsi, bien que la politique de santé soit traditionnellement entendue comme une politique régaliennne, le principe de subsidiarité ayant permis aux collectivités locales de s'en saisir s'est progressivement développé et formalisé.

A la fin du XIX^{ème} siècle, les municipalités étaient très investies dans le domaine de l'hygiène publique et de la médecine sociale et solidaire, à travers le mouvement qualifié d'hygiéniste. Au cours du XX^{ème} siècle, elles se sont pour la plupart progressivement désintéressées de ce domaine. Avec l'arrivée de grandes crises sanitaires depuis les années 1980 (SIDA, sang contaminé, vache folle...), les municipalités ont de nouveau réinvesti la politique de santé. Leur action a été renforcée grâce au développement des

politiques de la ville dans les années 2000 et encore plus nettement avec la circulaire⁹ du 13 Juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers santé ville (ASV) partant du constat d'une implication insuffisante des villes dans le domaine de la santé. Les ASV constituent une démarche partenariale « *d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, [...] au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville* »¹⁰. Ces derniers pouvaient s'intégrer dans les contrats-ville, devenus en 2007 les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), dont la logique partenariale visait également à coordonner différents acteurs autour de problématiques sanitaires. Ces outils veillaient déjà à élargir la vision strictement sanitaire de la santé en s'ouvrant aux différents déterminants de santé tels que les dimensions sociale, éducative, urbaine etc. La mise en œuvre de politiques transversales en la matière et selon une approche territoriale n'est donc pas nouvelle.

C'est dans la continuité de ce mouvement qu'ont été instaurés les CLS afin notamment de mutualiser les savoir-faire et l'expertise développés, d'améliorer l'articulation entre les projets locaux existants et la politique régionale de santé. Cette nouvelle démarche de contractualisation incite à une plus grande implication des villes, tout en dépassant largement le cadre des politiques de la ville. Ainsi par exemple, contrairement aux AVS, les CLS ne se limitent pas exclusivement aux quartiers prioritaires, bien qu'ils y trouvent une application particulière en raison de la concentration des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). A ce titre, le CLS est « *susceptible de compléter le volet santé des CUCS* »¹¹. Leur fonds est également plus large que les questions de précarité et englobe toutes les compétences des ARS que sont « *la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »¹², en y associant les nombreux déterminants de santé.

S'agissant de sa forme, le recours à la forme contractuelle dans le secteur sanitaire est bien antérieur aux CLS. Il fut introduit à la fin des années 1970 avec la création de la carte sanitaire puis renforcé par la loi hospitalière¹³ du 31 Juillet 1991 et par les ordonnances Juppé de 1996¹⁴. Le recours à cette forme intrinsèque aux CLS réaffirme

⁹ Circulaire DGS/SP 2 no 2000-324 du 13 Juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire, dont l'annexe IV fixe le cadre méthodologique des ASV

¹⁰ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006)

¹¹ Circulaire du 20 Janvier 2009 de la ministre de la santé, des sports et de la secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des CLS.

¹² Article L.1434-17 du CSP relatif au champ de compétence des CLS, introduit par la loi HPST.

¹³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁴ Ont instauré les contrats d'objectifs et de moyens que les établissements de santé doivent signer avec les agences régionales d'hospitalisation (ARH, devenues ARS), en déclinaison du schéma régional d'organisation des soins (SROS).

la confiance de l'Etat dans la forme contractuelle pour redynamiser les politiques de santé. Celle-ci permet d'impliquer plusieurs acteurs dans l'objectif de mener des actions conjointement et consensuellement. Elle ne satisfait toutefois pas unanimement la doctrine, comme Michel CHAUVIERE, considérant que « *quand tout se contractualise [...], bien des fondements de l'action collective sont en effet en jeu* », notamment « *la conception du lien social [... et] les fondements de l'autorité* ».

Cette construction progressive des politiques de santé publique se justifie par la complexité du système sanitaire et social français, marqué par une pluralité des niveaux d'intervention et une multiplicité d'acteurs. La forme contractuelle permet de fixer un cadre de coopération visant à concilier des intérêts parfois divergents et à mutualiser certaines ressources à l'échelle d'un même territoire d'intervention. Un autre avantage du contrat est l'accroissement de la visibilité sur les moyens et ressources que les co-contractants s'engagent à apporter dans la poursuite des objectifs communément fixés.

Le CLS constitue un nouvel outil fédérateur des politiques de santé qui s'inscrit dans la transversalité recherchée avec la création concomitante des ARS, entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, auparavant cloisonnés. Leur finalité n'est pas de se superposer aux outils préexistants mais de coordonner les initiatives existantes pour mieux les articuler voire les renforcer, en créant une dynamique locale de santé cohérente et adaptée aux besoins de la population. Ainsi, ces contrats visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé formalisée dans le projet régional de santé (PRS) avec les différentes initiatives locales de santé existante, notamment le volet « santé » des CUCS, les ateliers santé ville, l'Agenda 21, le contrat local de santé mentale, ou encore les actions menées par des associations ou centres sociaux par exemple.

1.1.2 Un enjeu de territorialisation ancien réaffirmé dans la loi HPST

Les CLS constituent une mesure souple et innovante instaurée par la loi HPST de 2009. Celle-ci propose un pilotage unifié et concerté des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales au niveau local, sous l'égide des ARS. L'échelon régional est un premier niveau de mise en œuvre des politiques nationales, nécessitant d'être sous-déclinées concrètement en interne à des échelons plus pertinents. L'analyse de la territorialisation inhérente aux CLS comprend deux volets : le rappel d'une préoccupation législative ancienne et sa déclinaison concrète en termes d'accessibilité des services proposés aux citoyens usagers du système de santé.

Le débat territorial n'est pas nouveau. Il trouve ses fondements dès la Révolution française en 1789, où les cahiers de doléances avaient exprimé un souci de créer des

échelons administratifs de proximité, d'où la création des communes et départements en 1790. Les collectivités territoriales et leur libre administration furent reconnues par la Constitution du 27 Octobre 1946 et reprises dans celle de 1958. En 1982, la loi Defferre créa la région en tant que CT¹⁵. En complément de la loi du 4 Février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, des nouveaux périmètres d'action locale furent définis la loi du 25 Juin 1999 d'orientation et d'aménagement durable du territoire ainsi que la loi du 13 Décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU). Afin de décliner des politiques de façon efficace et cohérente, il convient d'adopter la bonne échelle et d'être attentif aux équilibres sociaux et territoriaux. La loi n'impose aucun périmètre géographique pour la conclusion des CLS. Certains sont donc conclus à grande échelle, comme le CLS de Rennes Métropole, d'autres à l'échelle d'une communauté de communes, comme c'est le cas des deux CLS du Tarn. L'objectif commun est de soutenir des dynamiques territoriales de santé sur un infra-territoire de santé de proximité, au sens du Plan Régional de Santé (PRS).

La loi HPST définit les territoires comme des « *espaces pertinents de santé publique* ». La présence du terme « territoires » dans le titre même de la loi souligne la volonté de mieux l'aménager afin d'adapter la répartition de l'offre de soins et de l'organisation territoriale du système de santé aux populations. Elle comporte quatre titres axés sur la coopération entre acteurs à l'échelle des territoires afin d'optimiser l'accès de tous à des soins de qualité en prenant en compte les spécificités géographiques :

- Titre 1 : le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social
- Titre 2 : la réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les questions de la lutte contre les déserts médicaux
- Titre 3 : la performance des hôpitaux
- Titre 4 : l'attractivité des métiers de la santé, la santé des jeunes et d'une manière générale de la coordination du système de santé

Les CLS sont l'occasion de redéfinir un territoire répondant à des besoins propres à un bassin de population, en prenant en compte ses spécificités quantitatives et qualitatives. Cette différenciation territoriale des politiques vise à « *adapter les standards, les types d'action, les niveaux d'action aux situations locales* »¹⁶. L'enjeu est de garantir une égalité plus réelle et effective entre les citoyens sur un périmètre contingent aux problématiques de proximité. Ce traitement différencié constitue une discrimination positive visant à réduire les ISTS.

¹⁵ La région existait déjà en tant que circonscription administrative déconcentrée depuis 1964.

¹⁶ J-B AUBRY, extrait de l'article de F.LERIQUE, *La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé*, RDSS n°5, 1^{er} Novembre 2013, p.859

En terme quantitatif, la densité de population est très hétérogène d'un territoire à l'autre. A l'échelon national, environ 80% de la population occupe 20% du territoire, alors que 20% se concentre sur 1% du territoire, au détriment de zones plus désertiques.

En terme qualitatif, un CLS doit tenir compte de caractéristiques multiples telles que l'urbanisation, les modes de vie, les modalités de déplacements, et bien évidemment les problématiques de santé prégnantes. Celles-ci diffèrent sensiblement d'une zone géographique à l'autre, nécessitant de mener un fin diagnostic visant à adapter les réponses aux besoins de la population.

Cela confirme la nécessité de définir le périmètre des interventions publiques locales au cas par cas en fonction des besoins pour ne pas cloisonner le territoire local en une multiplicité de zones au découpage rigide. Cet écueil risquerait d'entretenir des espaces incapables de générer du développement local autonome. La détermination de ces contours passe notamment par le critère de l'accessibilité, dont la promotion est un levier important au service du parcours de vie des usagers. Grâce au développement de la mobilité, l'organisation territoriale se préoccupe désormais plus de l'accessibilité aux infrastructures et aux services que de la proximité. Cela encourage une démarche plus globalisante autour de l'utilisateur du système de santé. Au-delà du parcours de *soins* privilégiant la vision sanitaire et du parcours de *santé* englobant la prévention sanitaire et médico-sociale, le parcours de *vie* introduit l'inter-sectorialité et prend en compte les divers déterminants de santé, que la territorialisation doit tâcher d'englober.

1.2 L'adaptabilité des CLS au service d'une meilleure coordination

La réglementation relative aux CLS est souple tant sur le fond que sur la forme. La loi HPST leur confère en effet un large champ d'action (1.2.1) et ne précise pas les modalités à privilégier pour leur mise en œuvre. Cela permet de concilier la déclinaison descendante des politiques régionales de santé et la prise en compte ascendante des besoins spécifiques locaux (1.2.2).

1.2.1 Sur le fond, un outil ambitieux adaptable aux spécificités locales grâce à un champ d'action large

La loi n'impose nullement le contenu des CLS et laisse aux acteurs locaux responsables de sa mise en œuvre une large marge de manœuvre afin de répondre au plus près aux besoins spécifiques du territoire. La seule contrainte de fond est de conserver une cohérence avec les politiques régionales, ce à quoi doivent veiller les personnels de la DT ARS chargés de leur application. En somme, l'objectif général ambitieux à conserver en ligne de mire est la réduction des ISTS. Le CLS apparaît dès lors ambitieux et potentiellement dense.

La loi HPST englobe les différents angles de la répartition de l'offre de soins tels que l'offre de soins de premier recours, les soins hospitaliers, le développement de nouvelles pratiques professionnelles favorables à l'aménagement du territoire ou encore la création des PRS. Ces derniers définissent les objectifs à atteindre tout en prévoyant « *des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion* »¹⁷. Cette dimension intersectorielle se retrouve à l'article L.1434-17 du CSP, indiquant que les CLS portent « *sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». Ce caractère global vise à favoriser le respect des droits des usagers du système de santé, notamment leur droit fondamental d'accès aux soins, aux services et à la prévention, en particulier pour les personnes « *démunies* ». Cela favorise également l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux (à travers le logement, les transports, l'environnement physique ou encore la cohésion sociale) qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations. L'exposition à des déterminants délétères dégrade l'état de santé des personnes et creuse ainsi les ISTS.

Bien que dotée d'un système de santé performant et largement plébiscité, la France souffre d'inégalités marquées en termes de santé, allant au-delà de la question de l'accès aux soins. A travers la prise en compte des particularités locales, les CLS contribuent à la déclinaison territoriale des politiques de santé dans un objectif de réduction de ces ISTS. Cet enjeu est d'autant plus prégnant en Midi-Pyrénées puisqu'il est identifié comme le premier des trois axes du plan stratégique régional de santé (PSRS). Le second vise à positionner l'utilisateur au cœur du système de santé en organisant la fluidité des parcours de santé sans rupture de prise en charge. Le troisième consiste à adapter le système de santé à l'évolution des besoins pour garantir « *le bon soin, au bon endroit, avec le bon professionnel* ».

Afin d'améliorer l'accès de tous au système de santé et ainsi réduire les ISTS, l'outil du CLS concerne les territoires particulièrement vulnérables et volontaires pour un engagement contractuel. Outre les ARS et les collectivités locales explicitement mentionnées dans l'article L.1434-17 du CSP précité, les CLS peuvent également associer d'autres acteurs, signataires ou partenaires, tels que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la caisse d'allocations familiales (CAF), l'éducation nationale, des associations... Cette multitude de partenaires atteste encore de la souplesse de cet outil. L'initiative de réalisation d'un CLS provient tantôt des élus, faisant part de leurs besoins sur le territoire, tantôt de l'ARS, ciblant une zone géographique nécessitant de soutenir certaines actions. Se pose alors la question de savoir si la logique de déclinaison de ce contrat est ascendante ou descendante.

¹⁷ Article L.1434-2 du CSP

1.2.2 Sur la forme, un outil de seconde génération favorisant la complémentarité des approches ascendante et descendante

Sur la forme, la souplesse de la loi favorise la complémentarité des approches ascendante et descendante dans l'initiative des CLS, portés par des partenaires coopératifs. Ainsi, le CLS n'est pas une simple déclinaison du PRS sur un infra-territoire local mais une mesure innovante visant à mettre en cohérence la politique régionale de santé et les démarches localement menées en la matière. Il vise donc à créer des synergies autour de problématiques spécifiques du territoire, tout en respectant les priorités régionales¹⁸, dans un objectif global de réduction des ISTS. Cette double approche se veut plus efficace et est considérée comme le symbole d'un outil plus performant et innovant, parfois qualifié de « *seconde génération* »¹⁹.

En premier lieu, les CLS s'inscrivent pour partie dans une logique descendante, consistant à décliner la politique nationale et régionale sur les territoires locaux. Les PRS se déclinent en divers schémas et programmes répondant à des exigences de proximité et d'accessibilité des soins. Seul le schéma régional d'organisation des soins (SROS) doit être décliné pour chaque territoire de santé. Parmi les programmes, quatre sont obligatoires²⁰ et il peut y avoir des programmes territoriaux de santé (PTS), facultatifs. L'article L.1434-2 du CSP prévoit que « *la programmation peut prendre la forme de PTS pouvant donner lieu à des CLS* ». Dans ce contexte, l'ARS peut jouer un rôle central dans le processus de contractualisation en orchestrant une planification stratégique descendante au niveau du système local de santé. Cela permet de structurer les rapports entre les multiples acteurs locaux, dans un contexte de complexification des interactions autour de l'organisation des soins sur un territoire. En effet, malgré la concertation autour d'un diagnostic initial, les divers partenaires du contrat n'ont pas tous le même niveau d'expertise en matière de planification stratégique des politiques de santé et l'apport d'une méthodologie commune par l'ARS peut leur être bénéfique.

En second lieu, les initiatives locales ne semblent pas devoir être relayées derrière les directives nationales et régionales, dont la mise en œuvre des CLS ne doit pas être une simple exécution. Cet outil se veut en effet adaptable aux spécificités territoriales. Une participation locale active à l'élaboration d'un plan d'action stratégique

¹⁸ Voir schéma en annexe page IV

¹⁹ P-H.BRECHAT, C.BONAL, M-R.GUEVEL, C.GRAVELAT, M-H.SCAPIN, P.THEBAULT, A.JOURDAIN, *La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations*, Journal de Gestion et d'Économie Médicales, n° 7-8, 405-428, 2013.

²⁰ Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins ; le programme régional de gestion du risque ; le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie et le programme de télémédecine

est gage d'une meilleure implication des acteurs. Par la même, une politique contractuelle soucieuse de l'expression des singularités locales et impliquant de multiples acteurs de terrains (professionnels, institutions, associations, élus, usagers...) tend à mieux répondre à l'objectif de renforcement de la démocratie sanitaire prôné par la loi HPST. L'un des enjeux est « *le renouvellement de la manière d'appréhender les questions de santé afin de favoriser l'émergence de nouvelles réponses aux besoins de la population, de disposer d'un système de pilotage en prise avec les réalités du terrain, de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé au niveau régional et local* »²¹. Ces objectifs sont présents dans la logique des CLS.

Toutefois, l'approche ne peut être uniquement ascendante puisqu'il apparaît complexe que des acteurs de terrain de nature très diverse parviennent à faire converger leurs intérêts et modalités d'intervention sans une régulation descendante. Le rôle de l'ARS est donc fondamental pour harmoniser une approche intersectorielle, grâce à ses nombreux domaines d'intervention légitimant sa position centrale dans le dispositif des CLS.

Cette brève analyse permet de déduire qu'en dépit des avantages indéniables que présente une démarche ascendante en termes de participation locale et d'adéquation fine entre les besoins du territoire et les orientations retenues, les CLS doivent utilement s'inscrire dans le cadrage porté par les ARS. Dans ce contexte, les signataires du contrat doivent s'entendre sur ses modalités de réalisation. La loi HPST et le CSP ne qualifient pas les engagements des cocontractants d'obligation de moyens ou de résultat. De plus, aucun dispositif contraignant n'est prévu en cas de non-respect des engagements pris par les parties. C'est en ce sens que l'économiste Jean PERROT²² qualifie les partenaires des CLS de « *coopératifs et désireux de développer ou de renforcer une interpénétration organisationnelle* ». La nature de cette relation explique le niveau de coopération variable des acteurs en fonction de leurs spécificités, de leur champ de compétence et de leurs ressources.

Malgré cette souplesse de forme, il convient que la rédaction du contrat soit très structurée afin de favoriser l'engagement de ses signataires. Chaque partenaire doit connaître son champ d'action de façon précise afin que les responsables des différentes actions s'y impliquent au mieux.

²¹ E.WARGON, à l'époque secrétaire générale des ministères en charge des affaires sociales, lors de l'ouverture du Forum de la participation citoyenne en santé, organisé par la CNS et la DGS le 9 décembre 2010

²² Dans son ouvrage coécrit avec E.DE ROODENBEKE et 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Ed. Karthala.

Par ailleurs, un CLS qui ne prévoirait pas de modalités de pilotage, de révision et d'évaluation risquerait de démobiliser la bonne volonté de ses acteurs et de solliciter un effort de régulation plus important, notamment de la part de l'ARS.

1.3 Conditions de la mise en œuvre d'un CLS : approche méthodologique

Le CLS est un outil malléable dont la mise en place nécessite tout de même de répondre à certains préalables indispensables dont la chronologie sera ici présentée (1.3.1). Il conviendra ensuite de faire un focus sur la nature des acteurs susceptibles de s'engager dans un CLS pour démontrer la recherche d'une véritable co-construction d'un tel contrat (1.3.2).

1.3.1 Chronologie de la démarche projet d'un CLS

Afin d'associer au mieux les différents acteurs autour de problématiques pertinentes à définir sur un territoire à délimiter, la mise en œuvre d'un CLS fait appel à une démarche projet en plusieurs étapes.

La première phase stratégique en amont du lancement consiste pour le siège régional de l'ARS à identifier réellement les opportunités de lancement d'un CLS au sein de son territoire. C'est en effet à cette échelle que sont élaborés les plans, programmes et schémas définissant des priorités d'action que la région soutient et finance. De plus, le siège dispose d'une vision globale grâce à un diagnostic territorial quantitatif et qualitatif, réalisé notamment dans le cadre du projet régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Certains territoires sensibles susceptibles de faire l'objet d'un CLS sont alors identifiés au sein de chaque département. Tantôt, la demande de conclusion d'un CLS provient d'un manifestement d'intérêt des élus, tantôt des territoires sensibles sont plus spécifiquement visés et sollicités par l'ARS. Parallèlement à cette analyse régionale, la possibilité de conclure des CLS est présentée à la Conférence de Territoire, composée de 50 membres institutionnels du département.

Une fois le territoire choisi après accord de l'ARS et des élus concernés, il convient d'affiner le diagnostic afin d'acquérir une connaissance commune des problématiques de santé sur ce territoire, préalablement à la définition des axes stratégiques et des actions à mener. Cela peut être effectué par un acteur neutre et objectif tel qu'un observatoire régional de la santé (ORS), par l'ARS elle-même ou par un cabinet d'experts mandatés par l'ARS ou la collectivité. L'ARS choisit souvent, comme c'est le cas en Midi-Pyrénées, de confier le diagnostic quantitatif à un organisme extérieur tel que l'ORS. Son rapport livre notamment des indicateurs de précarité dont se servira

chaque délégation territoriale (DT) pour mener un diagnostic qualitatif sur son territoire et ainsi repérer les zones de fragilité. En complément, les DT s'appuient sur les travaux menés par d'autres partenaires en la matière, tels que le plan pauvreté²³ coréalisé par l'Etat via la préfecture et par le Conseil Départemental.

Après cette première phase de diagnostic territorial en entonnoir, il convient de réunir les acteurs susceptibles de prendre part à la mise en place du CLS. Ceux-ci peuvent être informés de la démarche notamment par les élus locaux ou par l'ARS.

Des instances de concertation propres sont mises en place pour chaque CLS, afin de décider des thématiques à traiter dans le contrat et de déterminer les publics concernés. Il s'agit principalement du comité de pilotage (COPIL) et accessoirement d'un comité technique, qui n'a pas été constitué de façon distincte dans le Tarn. En tant que comité de direction stratégique du contrat, le COPIL a vocation à perdurer toute la durée du contrat. Il prendra en charge le suivi des travaux d'élaboration, notamment la production et la validation de thématiques et la mise en œuvre de la gouvernance. Il sera également chargé de compléter le diagnostic des besoins ou de le préciser périodiquement, d'assurer le suivi des fiches actions et de coordonner l'accompagnement du CLS par les signataires.

Certaines régions élargissent le choix des thématiques à l'ensemble des acteurs et publics concernés, comme l'ARS Bretagne qui organise des « appels à manifestation d'intérêt » ouverts à tous. Le Tarn n'a pas prévu de modalité équivalente.

Les grands axes stratégiques déterminés par le COPIL sont ensuite déclinés en actions concrètes par des groupes de travail constitués de partenaires spécialisés ou du moins concernés par lesdites thématiques. Les actions envisagées sont soumises à la validation du COPIL avant d'être inscrites dans des fiches-actions, pour partie rédigées par les porteurs eux-mêmes. L'équipe projet vérifie qu'elles soient réalisables, cohérentes et complètes puis les harmonise sur la forme. Elle s'assure également qu'elles comportent des objectifs opérationnels clairs, accompagnés d'indicateurs de suivi et d'outils d'évaluation. D'autres fiches ont fait l'objet de la démarche inverse en étant rédigées par des membres de l'équipe projet de la DT ARS puis proposées pour validation aux porteurs des actions concernées.

Toutes les fiches doivent ensuite être définitivement validées, nuancées ou infirmées par le COPIL dans son ensemble. Il vérifie pour cela leur bien-fondé, l'opportunité de leurs modalités de mise en œuvre et leur viabilité financière. Il s'assure en outre de leur cohérence avec les thématiques prédéfinies et leur inscription concrète sur le territoire défini pour le CLS. L'équipe projet apporte enfin les éventuelles modifications

²³ *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion*, disponible sur internet : www.tarn.gouv.fr

puis rédige le contrat socle, qu'elle envoie au siège régional de l'ARS pour validation définitive des actions et accord sur les financements sollicités. Inscrits dans une dynamique partenariale associant divers acteurs autour d'un projet, les CLS²⁴ sont également « *soumis pour avis aux conférences des territoires concernés* »²⁵. Ils revêtent par ailleurs d'autres aspects de démocratie sanitaire locale à travers l'organisation de réunions publiques, de débats, d'enquêtes...

Enfin, le document contractuel final sera approuvé et co-signé. Dans la plupart des cas, les signataires se réduisent à l'ARS et à la collectivité concernée. Parfois, certains acteurs peuvent être désignés comme cosignataires si leur implication est très importante, notamment sur le plan financier ou stratégique. Cela peut notamment être le cas du Conseil Départemental, de la Préfecture ou encore de l'assurance maladie. Les autres acteurs prenant part au CLS, notamment en tant que porteurs de fiches actions, seront simplement nommés dans la liste des partenaires. Ils peuvent être nombreux et de profils très hétérogènes, permettant de construire le projet en englobant un maximum toutes les personnes concernées par une problématique donnée. Cette co-construction des politiques publiques est une nouvelle logique instaurée par les CLS.

1.3.2 Le CLS : une nouvelle logique de co-construction

La plupart des outils de mise en œuvre de politiques publiques de santé précédents le CLS ne font intervenir que des institutions, décidant d'actions à décliner sur un territoire. Comme précédemment démontré, le CLS vise au contraire à associer de nombreux acteurs de terrains pour co-construire la réponse à un problème de santé au plus près des besoins du territoire.

Sur un même territoire, plusieurs acteurs institutionnels tels que l'ARS, les CT, les directions de l'Etat et de l'assurance maladie mènent leurs propres politiques. Dès lors que leurs champs de compétences propres sont bien délimités, ils peuvent envisager de développer des partenariats afin de gérer des interfaces communes et de mutualiser certains moyens. Dans ce contexte, les CLS permettent d'améliorer l'efficacité de la gestion de certaines problématiques de santé en favorisant la connaissance mutuelle entre acteurs. Au-delà d'une simple délimitation des actions de chacun afin d'éviter les doublons, le CLS les coordonne afin de tendre vers une cohérence globale en réponse à des besoins définis.

La réussite d'un CLS passe notamment par la détermination d'une entrée pertinente au regard des priorités du PRS mais aussi surtout des sollicitations locales,

²⁴ Comme toutes les composantes du PRS

²⁵ Article R.1434-7 du CSP. Les Conférences de territoire ont été créées par la loi HPST.

favorisant une meilleure implication des acteurs, y compris des porteurs principaux, ARS et CT. Les élus des CT concernées doivent en effet par nature signer les CLS, ce qui assure leur portage politique. Ils constituent des acteurs incontournables du déploiement d'une politique de santé locale. Au-delà, la loi laisse une grande liberté quant aux autres partenaires et signataires.

La spécificité nouvelle apportée par le CLS est la réelle co-construction des actions. L'objectif est d'impliquer tous les protagonistes susceptibles d'être concernés. Au-delà des acteurs institutionnels (ARS, collectivités locales, Etat, Assurance maladie...), une multitude d'acteurs de terrain est sollicitée. Il peut s'agir d'établissements publics et privés de santé et médico-sociaux, de professionnels libéraux, d'associations, mais aussi des habitants eux-mêmes, au-delà de la notion d'usagers. La prise en compte des constats et des attentes de ces derniers en tant qu'acteurs-ressources est encouragée depuis le début des années 2000²⁶ mais dans la pratique, leur implication est souvent difficile.

Une des valeurs ajoutées résultant de la co-construction des CLS concerne le plan budgétaire et réside dans l'effet de levier produit par la mobilisation de cofinancements partenariaux. De surcroît, de réelles économies d'échelle sont réalisées par la mutualisation et la meilleure coordination des dispositifs de soins et de leur pilotage.

Les actions peuvent être financées par les divers signataires et partenaires. La participation d'un ou plusieurs acteurs devra être précisée et chiffrée dans le contenu de chaque fiche action. Les financements incombant à l'ARS relèvent du fonds d'intervention régional (FIR), alimenté par des dotations de l'Etat, de l'assurance maladie et de la CNSA, et dont l'ARS est l'ordonnateur unique. Ces crédits sont conjugués avec ceux des collectivités territoriales concernées, des acteurs impliqués et éventuellement avec les crédits des régimes de sécurité sociale extérieurs au FIR (les branches maladies et retraite). Certaines actions préexistent parfois au contrat, qui n'est qu'une façon de les valoriser, de les soutenir et de les faire connaître. Celles-ci conserveront donc en principe le même financeur mais peuvent bénéficier d'un appui financier supplémentaire.

Le financement des CLS présente tout de même quelques inconvénients. Comme le souligne une recherche-action de l'école nationale supérieure de sécurité sociale de 2013²⁷, le fait qu'un CLS constitue un engagement pluriannuel peut percuter la logique des financements publics annuels. Ainsi, les actions envisagées sur plusieurs années ne

²⁶ Notamment à travers la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁷ L.ALAUX, C.EYRAL, G.POIRAUDEAU, A.RENAULT, E.SAGNES, M.VIGNES, 3 Janvier 2013, *Les conditions d'élaboration des CLS : une approche de la performance en santé publique*. Recherche action de l'EN3S dirigée par B.PARENT, pages 10-11.

peuvent s'appuyer de façon certaine que sur des financements annuels, créant une incertitude quant au renouvellement des lignes de crédit d'une année sur l'autre.

Par ailleurs, les financements publics sont souvent destinés à un échelon territorial prédéfini (quartier, commune, département, région). Or le périmètre des CLS est variable et est la plupart du temps intercommunal. Afin de contrecarrer cette rigidité territoriale, la création du FIR²⁸ a donné aux ARS une plus grande souplesse dans la question de certains de leurs crédits, pouvant permettre d'adopter une stratégie d'intervention plus transversale comme dans le cadre des CLS.

Après cette présentation générale des CLS, il convient désormais d'analyser les modalités concrètes de leur mise en œuvre sur deux territoires Tarnais. Cela nécessite de justifier les choix stratégiques et opérationnels ayant été adoptés, notamment s'agissant des territoires concernés, des partenaires, des axes stratégiques, des actions et de leur financement. En découlera ensuite l'analyse de la coordination des CLS avec leur environnement, ainsi que les limites qu'ils rencontrent, qu'elles soient intrinsèques ou extérieures au dispositif.

²⁸ Créé par l'article 65 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2012, le FIR regroupe désormais au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés sur les thématiques de la permanence des soins, de la performance et la qualité des soins, des actions de prévention en santé publique.

2 L'exemple du Tarn : deux CLS aux contours différents

Le département du Tarn comporte deux CLS, signés en février 2014 et en octobre 2015 sur des territoires différents, présentant chacun des inégalités sociales et territoriales de santé spécifiques. L'étude de la mise en œuvre de ces contrats débute par l'explication des contextes sociogéographiques dans lesquels ils s'inscrivent, afin de justifier le choix tant des territoires que des actions (2.1). S'en suivra l'analyse de leur environnement, du point de vue du contexte externe avec l'étude de leur conciliation avec les outils préexistants, ainsi que du point de vue interne à travers les leviers d'implication des acteurs de ces contrats (2.2). Cette compréhension globale permettra enfin de dresser le bilan d'étape de ces deux CLS en soulignant leurs difficultés et limites (2.3).

2.1 La nécessité de comprendre le contexte sociogéographique pour déployer une politique sur mesure

Chaque territoire comprend une multitude de problématiques sanitaires et sociales. La région Midi-Pyrénées est étendue et hétérogène. Le PRS encourage la signature de CLS dans chacun de ses huit départements. Le diagnostic territorial quantitatif et qualitatif mené dans le Tarn a permis de délimiter les territoires des CLS, au sein d'un territoire global hétérogène (2.1.1). Cette approche territorialisée suscite un décloisonnement des différents champs de la santé, un partage de connaissances entre acteurs et une réelle articulation des politiques publiques. Ainsi, les CLS ne s'inscrivent pas dans un espace neutre et vidé de toute action publique mais doivent se coordonner avec les dispositifs préexistants portés par divers opérateurs de terrain (2.1.2).

2.1.1 L'objectivation diagnostique des problématiques de santé comme préalable indispensable à un choix pertinent des territoires

A la veille des nouvelles grandes régions ayant vu le jour le 1^{er} janvier 2016, Midi-Pyrénées constituait la plus vaste des 22 régions métropolitaines, étendue sur plus de 45 000 km² et comportant près de trois millions d'habitants. Sa densité de population moyenne est l'une des plus faibles de l'hexagone, avec 61 habitants par kilomètre carré (km²) contre 113 habitants par km² en France métropolitaine d'après le PRS Midi Pyrénées. Cette densité est très hétérogène entre les huit départements, allant de 30 en Ariège à 188 en Haute-Garonne, avec 65,8 pour le Tarn, comportant 378 947 habitants au 1^{er} janvier 2012.

La densité des professions libérales de santé, indicateur couramment utilisé pour évaluer quantitativement l'offre de soins sur un territoire, est plus élevée en région Midi-Pyrénées qu'à l'échelon national en raison de son attractivité. Dans le Tarn, la densité

des professionnels de santé libéraux est plus faible que la moyenne régionale²⁹, à l'exception des infirmiers libéraux diplômés d'Etat (IDE).

Les indicateurs précités sont également hétérogènes au sein même du département du Tarn. Certaines zones sont plus désertifiées que d'autres, s'agissant des habitants mais surtout des professionnels de santé. Dans certains territoires par nature peu accessibles, notamment dans les zones de la Montagne Noire ou dans les campagnes excentrées, la difficulté d'accès aux soins est amplifiée par la plus faible densité de professionnels et établissements de santé. S'y concentrent donc souvent les plus fortes ISTS, dont la réduction est la finalité première d'un CLS. C'est donc en particulier vers ces zones que ces contrats doivent se tourner. Ils s'inscrivent dans une démarche de territorialisation des politiques de santé nécessitant de déterminer une échelle pertinente pour leur mise en œuvre. Un CLS se réduit rarement à une seule commune, notamment dans les territoires ruraux tels que le Tarn, où ils associent plusieurs communes présentant des problématiques de santé similaires. Les élus des autres communes susceptibles d'être concernées, les acteurs de terrain pouvant être mobilisés mais également l'ARS doivent harmoniser leurs connaissances du territoire. Cette vision commune de ses problématiques de santé est un préalable indispensable à la délimitation des contours plus précis du CLS et à la définition d'axes pertinents. Pour y parvenir, un diagnostic territorial affiné est nécessaire, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'Observatoire de santé de Midi-Pyrénées (ORMIP) a été mandaté par l'ARS pour conduire le diagnostic quantitatif du département du Tarn, divisé en trois grands bassins de santé, le Nord le Sud et l'Ouest. Afin de dégager les thématiques pertinentes faisant l'objet du contrat, de fixer des objectifs et de prioriser des actions, l'ARS complète ce diagnostic quantitatif par une analyse qualitative. Dans le champ de la santé, les indicateurs épidémiologiques sont fréquemment utilisés. Force est de constater qu'il existe souvent un lien entre concentration de problèmes sanitaires et problèmes sociaux. Ainsi, la territorialisation nécessite une coordination et une action transversale autour des divers déterminants de santé des personnes.

Sans détailler exhaustivement les chiffres, il convient tout de même de présenter les principales caractéristiques des territoires concernés par les deux CLS du Tarn et de faire émerger la vision commune des problématiques de santé que leurs habitants y rencontrent.

²⁹ Voir données précises en annexe page IX, tableau : *Densité des professionnels libéraux de la santé au 1^{er} Janvier 2013*.

CLS du Graulhétos :

Le premier CLS Tarnais, dit « *CLS du Graulhétos* » fut signé le 21 Février 2014 dans le bassin de santé Ouest pour une période de trois ans. La zone concernée comprend 16 communes pour un total de 21 601 habitants³⁰. Les 7 communes du canton de Graulhet sont concernées et rassemblent 77,4% de la population du territoire retenu, soit 16 720 habitants contre 4 881 résidant dans les 9 autres communes rurales avoisinantes. La ville de Graulhet concentre à elle seule 57% de la population de la zone du CLS.

En se basant sur les données publiées par l'INSEE pour l'année 2010, l'ORMISP a mis en lumière une situation sociodémographique plutôt défavorable après comparaison avec le département, notamment le reste du bassin de santé ouest. La population y est plus âgée, avec un indice de vieillissement plus élevé (125, contre 100 dans le bassin ouest) et une part plus importante de la population âgée de plus de 75 ans (12,5% contre 10,4). Le niveau d'étude est faible puisque 25,6% des personnes sorties du système scolaire n'ont pas de diplôme, contre 20,6% de moyenne dans le bassin. De plus, la part d'ouvriers et de chômeurs y est plus élevée (respectivement 32% contre 24% et 13,6% contre 10,5%). Par ailleurs, le revenu moyen des foyers de cette zone est plus faible de 2 315€ par an par rapport au reste du bassin. La part des foyers fiscaux non imposables y est plus importante et la part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) s'élève à 10,5% contre 6% dans le bassin, 5,5% en Midi-Pyrénées et 6,5% à l'échelon national³¹. La ville de Graulhet atteint à elle seule un taux encore plus élevé avec 15,5% de bénéficiaires de la CMU-c.

Toutes caractéristiques confondues, il est à noter que la zone retenue présente des disparités entre les 16 communes concernées. Bien que six aient une situation sociodémographique considérée comme moyennement défavorisée et 7 comme peu défavorisée, cette zone est dite vulnérable du fait que les trois autres communes³² sont classées dans la catégorie la « plus défavorable » et qu'elles représentent plus des deux-tiers de la population. Sachant qu'elles sont limitrophes et inscrites dans le canton de Graulhet, il est légitime de se demander pourquoi le CLS ne s'en est pas tenu à ces trois communes. La réponse réside dans le fait que l'ARS refuse que les CLS soient conclus sur des territoires trop petits, tant en superficie qu'en nombre d'habitants concernés. De plus, les communes les moins défavorisées se situent en bord de bassin et n'auraient pas fait l'objet d'autres mesures.

³⁰ Recensement INSEE 2012

³¹ Source : www.ecosante.fr; données : DRESS, fond CMU. Chiffres disponibles sur www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm

³² Graulhet (12 121 habitants en 2012), Briatexte (1 900 habitants) et Missècle (93 habitants).

La ville de Graulhet présente des indicateurs particulièrement négatifs en raison notamment de la forte crise économique ayant touché le secteur de la mégisserie qui fut longtemps la principale activité locale. L'important déclin de l'attractivité économique et démographique de la ville a fortement augmenté la précarité, le chômage et l'âge moyen de la population, notamment du fait que les actifs partent travailler ailleurs, réduisant ainsi à 66% leur part à Graulhet. Un autre constat dans cette ville concerne la part plus importante de population étrangère (8,1% contre 5,5% dans la zone du CLS, 3,4% dans le bassin de santé et 4,5% en Midi Pyrénées). Le fait que cette ville rassemble plus de la moitié de la population concernée par le CLS explique en grande partie la situation sociodémographique défavorable observée dans cette zone.

Les données sociodémographiques générales précitées ont été complétées par une analyse consolidée de l'état de santé de la population. Pour cela, l'ORSMIP s'est appuyé sur divers indicateurs étendus sur la période 2005-2009. La situation sanitaire des habitants de la zone du CLS du Graulhérois est globalement moins favorable que celle de l'ensemble des habitants du département et de la région, tant s'agissant de la mortalité générale que des affections de longue durée (ALD, indicateur fréquemment utilisé). Ainsi par exemple, le taux standardisé d'incidence des ALD était de 22,5 pour-mille (‰) dans la zone du CLS, contre 21,1‰ dans le Tarn et 20,3‰ en Midi-Pyrénées. Qualitativement, il a été observé que la fréquence des nouvelles admissions en ALD ayant pour motif le diabète et les maladies cardiovasculaires est nettement supérieure à la moyenne départementale et régionale, justifiant de mettre particulièrement l'accent sur ces deux aspects.

S'agissant de l'offre de soins, le territoire du CLS du Graulhérois est marqué par quelques faiblesses, telle qu'une densité de professionnels de premier recours et de spécialistes (notamment les orthophonistes) inférieure à celle observée aux niveaux régional et départemental. Certains domaines manquent par ailleurs de cohérence, comme le rattachement des centres médico-psychologique (CMP) à deux établissements de santé différents.

A contrario, les points forts de cette zone sont la présence d'un centre hospitalier – ex hôpital local – comprenant des lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR), un taux de professionnels de santé libéraux convenable, ou encore l'existence de deux CMP, l'un destiné aux enfants et aux adolescents, l'autre aux adultes.

CLS de la 3CS :

Le second, dit « *CLS de la 3CS* » (Communauté de communes du Carmausin Ségala), fut signé le 15 octobre 2015 dans le bassin de santé du Tarn Nord pour une durée de cinq ans. Il comprend les 33 communes de ladite communauté de communes.

Celles-ci sont majoritairement rurales et sont organisées autour d'un « noyau » urbain comprenant les communes de Carmaux, Saint-Benoît-de-Carmaux et Blaye-les-Mines. Au total, 29 648 habitants³³ sont concernés par ce CLS, dont la moitié vit dans les trois communes urbaines précitées, Carmaux comportant à elle seule 9 933 habitants.

Tout comme pour le CLS du Graulhérois, le diagnostic partagé par les cosignataires a été élaboré par l'ORSMIP et complété par l'ARS. Les indicateurs sociodémographiques traduisent une situation globalement plus défavorable que dans le reste du département. De façon générale, plusieurs indicateurs témoignent d'une précarité financière importante, tels qu'un revenu moyen par foyer fiscal plus faible, une part plus importante des foyers non imposables ou encore la présence d'une zone particulièrement défavorisée classée comme quartier prioritaire des politiques de la ville (QPV). L'offre de soins sur le territoire de la 3CS se caractérise par une faible densité des professionnels de santé de premier recours. L'accessibilité aux soins en termes de disponibilité des praticiens et de temps d'accès à leurs services est, pour certaines communes de la 3CS, très inférieure à la moyenne départementale et a fortiori régionale.

Le territoire présente tout de même certains atouts tels que la présence d'un pôle gériatrique et d'un pôle ambulatoire dans une clinique, l'existence de centres de santé médicaux et infirmiers relevant de la CARMI³⁴, de CMP pour les enfants, adolescents et adultes, ou encore l'engagement d'acteurs dans diverses actions de prévention.

La prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap est globalement satisfaisante, avec un nombre et une diversité de places en institution couvrant les besoins, 200 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que divers services d'aide à la personne. Comme au niveau national, la tendance démographique principale s'illustre par un vieillissement de la population. A l'instar du CLS du Graulhérois, l'indice de vieillissement de la 3CS est plus élevé que la moyenne Tarnaise (140,7 contre 98). De même, la part de la population âgée de plus de 75 ans y est plus importante (16,8% contre 12,4), dont 38,1% vivent seule à domicile contre 35,7% dans le Tarn. Leur isolement apparaît comme une première problématique prioritaire.

A contrario, le nombre de « jeunes » entre 16 et 25 ans est moins élevé que dans le reste du département (8,3% contre 10%). Toutefois, les indicateurs relatifs à la santé des jeunes, approfondis par des entretiens réalisés auprès de professionnels de santé, font ressortir des difficultés inquiétantes, notamment d'apprentissage, d'insertion sociale ou professionnelle. Celles-ci ont des répercussions sur les modes de vie telles que des problématiques de mal-être psychique et physique, notamment de surcharge pondérale, de conduites addictives, d'alimentation non équilibrée et de questionnements autour de la vie affective et sexuelle. Le diagnostic a également fait apparaître un besoin d'accroître la

³³ Recensement INSEE 2012.

³⁴ Caisse régionale de la sécurité sociale dans les Mines.

lisibilité des actions menées sur le territoire en matière de promotion de la santé des « jeunes » et de renforcer les partenariats entre acteurs. Cet aspect constitue la seconde problématique prioritaire du CLS, qui sera déclinée ci-après.

D'autres indicateurs sociodémographiques étaient fortement défavorables mais n'ont pas trouvé écho dans le CLS. La raison principale est que malgré son champ d'action très large et son objectif ambitieux de réduction des ISTS, le CLS doit s'efforcer de cibler des actions afin de concentrer les efforts et ainsi garantir la meilleure efficacité des réponses apportées. Une autre raison sous-jacente est que les axes stratégiques issus du diagnostic territorial sont validés par l'ARS, qui oriente les choix effectués vers les priorités d'action qu'elle défend dans sa politique régionale.

Au titre des exemples d'inégalités marquées soulevées dans le diagnostic mais non incluses dans le CLS, on retrouve par exemple une part d'ouvriers et d'employés dans la population active de la 3CS significativement supérieure à la moyenne du Tarn. La mortalité générale de la de la 3CS est proche de celle du Tarn mais l'indice de mortalité prématurée y est plus élevé (201,7 décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, contre un indice départemental moyen de 180,4). Les décès considérés comme évitables peuvent faire l'objet de prévention, notamment ceux liés à des consommations d'alcool, de tabac, à l'accidentologie ou au suicide. Cet aspect sera partiellement traité dans les fiches actions destinées au public jeune précité.

Au-delà de la réponse aux besoins locaux, tous les CLS d'une même région ont pour condition commune de s'inscrire dans les priorités du PRS tout en respectant les contraintes financières. L'objectif de fond consiste à décroiser l'offre de soins (tant hospitalière qu'ambulatoire), l'offre médico-sociale et la prévention autour d'axes prioritaires.

2.1.2 Axes stratégiques retenus dans les CLS Tarnais : entre reflet des besoins locaux et déclinaison du PRS

Les huit départements de Midi-Pyrénées constituent des territoires de santé et représentent l'échelon de la concertation sanitaire, notamment dans le cadre des Conférences de territoire. La région se subdivise ensuite en 33 bassins de santé, dont trois dans le Tarn, délimités en concertation avec les élus et les professionnels de santé. C'est à cet échelon que l'ARS souhaite garantir à tous l'accès aux soins et aux services de santé les plus fréquemment utilisés. Au sein même de ces bassins, le diagnostic territorial a été affiné afin de concentrer les efforts des CLS sur les micro-territoires présentant les plus fortes ISTS.

Comme précédemment indiqué, aucun des textes n'impose de directives quant aux axes à décliner dans les CLS. Ceux-ci sont donc différents d'un site géographique à l'autre, y compris au sein d'un même département comme c'est le cas pour les deux CLS du Tarn. La souplesse de fonds de cet outil permet de ne pas figer des axes éloignés de la réalité locale mais de partir des préoccupations des acteurs de proximité. Il convient toutefois de veiller à ne pas s'enfermer dans la seule vision des professionnels de terrain, prônant souvent pour leur propre champ de compétence, risquant ainsi de définir des axes très spécialisés, tant en terme de problématiques que de populations. Afin de prendre de la hauteur sur cette synergie de terrain et de s'inscrire dans un cadre cohérent, les CLS doivent être validés par le siège régional de l'ARS, s'assurant de leur inscription dans les priorités du PRS.

Le PRS de Midi-Pyrénées détermine les priorités d'actions pour cinq ans, détaillées dans le plan stratégique régional de santé (PSRS). Celles-ci sont élaborées en concertation avec les acteurs de santé – en particulier avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et avec les Conférences de Territoires – mais également avec les collectivités territoriales et les services de l'Etat. A partir de ce cadre, sont déclinés les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), de la prévention (SRP) et du médico-social (SROMS), ainsi que divers programmes d'action, notamment le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Pour la période 2012-2017, le PRS inscrit son action autour de trois défis à relever :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé pour permettre l'accès de tous à notre système de santé ;
- Positionner l'usager au cœur du système de santé en organisant la fluidité des parcours de santé, sans rupture de prise en charge ;
- Adapter le système de santé à l'évolution des besoins, pour garantir le bon soin, au bon endroit, avec le bon professionnel

Les CLS déployés sur les différents territoires de la région doivent donc s'inscrire dans cette synergie d'actions et même en être l'expression privilégiée au travers des actions prioritaires qu'ils mettent en œuvre. La loi HPST et l'article L.1434-17 du CSP qui en découle présentent en effet ces contrats comme une modalité de déclinaison territoriale du PRS, dont « *la mise en œuvre [...] peut faire l'objet de CLS* ». Or, l'expression de cette seule vision descendante masque l'ambition sous-jacente de partir des besoins spécifiques de chaque territoire selon la logique ascendante présentée ci-dessus (1.2.2).

Il convient donc de présenter les axes stratégiques retenus dans les deux CLS du Tarn et d'analyser s'ils concilient équitablement les besoins locaux et les priorités

régionales ou si l'un des deux aspects est prégnant. Cette analyse demeure toutefois délicate en raison du fait que le PRS et les documents en découlant sont rédigés de façon large, englobant la majorité des axes pouvant concrètement être déclinés sur un territoire.

La préoccupation de répondre aux besoins locaux est prise en compte à travers la réalisation de diagnostics, dont découlent des priorités d'actions pour chacun des territoires retenus. Celles-ci doivent être validées par l'ARS, à travers son pilotage du COPIL et conduisent les signataires des CLS à s'engager autour de grands axes stratégiques.

Dans le cadre du CLS du Groulhétois, ils sont au nombre de trois et sont déclinés en dix-sept fiches actions³⁵ :

Le premier consiste à « *promouvoir une alimentation équilibrée et l'activité physique auprès des enfants du Groulhétois* » pour prévenir le surpoids, en développant les démarches présentes sur le territoire. Cela tend à accroître l'adhésion des professionnels issus tant du domaine médical, social, scolaire, sportif, etc.... qui sont potentiellement impliqués dans la prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Le second axe vise à « *faciliter le parcours de santé des patients diabétiques* », en améliorant leur dépistage et leur suivi par le déploiement d'un programme d'éducation thérapeutique et la mise en place de protocole de coopération entre les différents acteurs concernés.

Enfin, le troisième axe tend à « *améliorer la réponse à la souffrance psychosociale des jeunes* », en mettant de la synergie dans les actions menées par les professionnels intervenant auprès de ce public et en renforçant le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins du Groulhétois.

Ces trois axes répondent aux trois priorités précitées identifiées dans le PRS. Ils combinent des aspects de préventions, de promotion de la santé et d'organisation de l'offre de soins de premier recours.

S'agissant du CLS de la 3CS, deux axes stratégiques ont été retenus et déclinés en trente-trois fiches actions³⁶.

Le premier axe répondant au diagnostic territorial précité comprend treize fiches actions autour de la « *promotion des comportements favorables à une bonne santé auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes* ».

Le second axe vise à « *préserver l'autonomie de la personne âgée et favoriser un parcours de santé coordonné* ».

³⁵ Voir liste en annexe page V

³⁶ Idem pages VI, VII et VIII

Les intitulés des fiches actions sont recherchés mais pas toujours clairs d'un premier abord, comme c'est le cas par exemple des fiches « *A crocs de la forme* », « *Pour être en forme, j'agis* », « *Alter et Go* », « *Quand respect rime avec égalité* », « *La vie à pleines dents, longtemps* » etc. L'équipe projet a sciemment opté pour des titres courts, parfois originaux voire intrigants. Le contenu de l'action est développé dans les autres rubriques de chaque fiche action, présentant successivement :

- les objectifs opérationnels
- les éventuels éléments de contexte
- la description de mise en œuvre de l'action
- le secteur géographique visé
- le public cible
- le chef de file
- le porteur de l'action
- les partenaires associés
- les éventuels obstacles à lever pour garantir l'efficacité de déclinaison de l'action
- le calendrier de mise en œuvre
- les modalités de suivi
- les indicateurs d'évaluation
- les porteurs financiers et le montant octroyé pour la réalisation de l'action

Sans détailler les fiches actions dont font l'objet les CLS du Tarn, se pose la question de la plus-value qui en est globalement attendue. La plupart des actions ne visent pas à créer de nouveaux dispositifs mais à corroborer des initiatives préexistantes. Cela conforte leurs porteurs dans le bien-fondé de leurs actions. Leur inscription dans le CLS accroît leur légitimité et leur connaissance par les autres acteurs et les usagers. Cela permet également d'étendre leur périmètre géographique d'action, comme c'est le cas pour « *l'Escambiar des aidants* ». Ce dispositif créé en octobre 2012 et porté par le centre social du Ségala Tarnais organisait des ateliers d'échange et de répit au sujet de problématiques rencontrées par les personnes âgées de la commune de Tanus. L'enjeu de la fiche action à ce propos consiste à soutenir le centre social dans la démultiplication des lieux d'accueil sur le territoire de la 3CS. Au titre des dispositifs nouveaux créés par le CLS, citons par exemple le forum destiné à réunir des professionnels de santé autour de tables rondes relatives à la santé des personnes âgées sur le territoire de la 3CS.

Inscrits dans une logique de co-construction des politiques locales de santé, les CLS doivent se concilier avec les outils préexistants sur le territoire en matière de politique de santé. Ils contribuent par ailleurs à développer un nouveau champ de

compétence des agents travaillant en ARS, notamment dans le domaine de l'animation territoriale.

2.2 Deux contextes organisationnels interne et externe différents impactant le degré d'implication des acteurs

Dans le cadre d'une approche territorialisée, il convient d'éviter de renforcer l'impression de mille-feuilles des dispositifs publics, pouvant entraîner parfois des contradictions mais souvent des incohérences ou des sollicitations des mêmes acteurs à de multiples reprises dans des cadres différents, segmentant ainsi des approches qui mériteraient d'être mieux articulées. Ainsi, les CLS n'ont pas vocation à se superposer aux dispositifs existants mais constituent un outil de coopération entre eux permettant accroître leur lisibilité et leur efficacité. Il existe parallèlement d'autres initiatives dites extérieures aux CLS, que ces contrats n'ont donc pas vocation à coordonner mais avec lesquelles ils doivent se concilier.

Sur un même territoire, certains éléments préexistants favorisent la mise en place d'un CLS. Ainsi, l'existence d'une dynamique antérieure favorise grandement l'acceptation du dispositif par les acteurs locaux. Ayant déjà travaillé ensemble, les partenaires connaissent leurs compétences et marge de manœuvre respectives. Il arrive même que l'animateur de l'ancien réseau partenarial soit le même dans le CLS, ce qui permet de maintenir les méthodologies de travail et de rencontres. Dans ce cas, le CLS s'inscrit dans la continuité naturelle de l'existant et apparaît comme une ressource supplémentaire légitime pour approfondir les actions menées dans le champ de la santé, renforçant l'engagement et la motivation des partenaires.

Il conviendra donc tout d'abord de présenter les éléments contextuels « externes » qui ont été favorables à la déclinaison des CLS dans le Tarn (2.2.1). Au niveau interne, l'ARS, via le porteur de projet, joue un rôle central dans la coordination des acteurs. Ce rôle d'animation territoriale est également un levier de leur implication (2.2.2).

2.2.1 Le CLS, un outil de coopération souple à concilier avec les autres outils locaux

Articulation avec les décisions des communes et/ou des communautés de communes :

En termes de population concernée, la majeure partie des territoires respectifs des deux CLS du Tarn comportait déjà des initiatives favorables en matière de politique de santé publique, ayant favorisé le déploiement d'un CLS. Un des enjeux des CLS fut donc de renforcer ces actions, de les coordonner et de les étendre aux territoires ruraux

alentours, faisant l'objet de moins de dispositifs mais présentant des besoins similaires voire accrus.

Au sein du CLS du Graulhérois, la ville de Graulhet était déjà particulièrement dynamique en termes d'actions pour la santé et l'intégration sociale de sa population, ce qui a facilité le lancement du CLS. Tout d'abord, elle dispose d'un contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) depuis juillet 2007. Dans ce cadre, des réflexions et actions ont été menées sur les thématiques suivantes : « éducation/réussite éducative », « prévention de la délinquance », « accès à l'emploi et développement économique », « habitat – cadre de vie » et « santé ». Ensuite, depuis 2013, la ville s'est également engagée dans le dispositif des villes actives « *programme national nutrition santé* » (PNNS). Dans ce cadre, elle déploie chaque année des actions de promotion de la santé concernant la nutrition et la promotion de l'activité physique. Enfin, dans le champ de la jeunesse, la mairie de Graulhet a mis en place un répertoire des ressources et a organisé des rencontres et échanges entre professionnels de l'adolescence. Elle a également mis à disposition des professionnels de l'hôpital Lavour/Graulhet des locaux équipés permettant un accueil non stigmatisant des adolescents, appelé « *Pass ados* ».

Dans la continuité des actions entreprises dans le domaine de la santé à Graulhet, la ville souhaite voir s'installer une maison de santé pluri professionnelle (MSP). Lancé en 2007 afin de redynamiser l'offre de soins sur ce territoire et attirer de jeunes médecins, ce projet a été freiné par un mouvement de médecins eux-mêmes, certains ne souhaitant pas se regrouper de peur de perdre de la clientèle, d'autres s'y opposant simplement en raison d'un désaccord politique avec le maire. De plus, le fait que la loi Fourcade³⁷ du 10 août 2011 ait imposé que les MSP soient portées par les communautés de communes et non plus par l'échelon communal a mis un frein supplémentaire à la réalisation du projet de MSP à Graulhet. Celui-ci devrait finalement voir le jour en 2017.

S'agissant du contexte préalable à la conclusion du CLS de la 3CS, cette dernière disposait auparavant d'un CUCS, puis d'un ASV conclu en 2004 et achevé dix ans plus tard. La communauté de commune précédant la 3CS (dite 3C³⁸) était composée des trois villes précitées composant le noyau urbain de la nouvelle 3CS et adhéraient à la charte Ville Active PNNS. Dans ce cadre, des actions avaient été développées autour de la prévention du surpoids et de la lutte contre la sédentarité, ainsi que d'autres visant à

³⁷ Loi n°2011-940 du 10 Août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

³⁸ La 3CS fut créée le 1^{er} Janvier 2014 suite à la fusion de deux communautés de communes (CC) : la CC du Carmausin et la CC du Ségala-Carmausin.

promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique. Elles ont été déployées et soutenues au travers du CLS.

Focus sur l'articulation avec les politiques de la ville :

Dans le cadre de son articulation avec les politiques communales, le CLS doit veiller à être cohérent avec les politiques de la ville déclinées sur certaines communes qu'il comprend. Celles-ci sont interministérielles et pilotées par la Préfecture. Elles visent à revaloriser les zones urbaines en difficulté et à réduire les inégalités entre les territoires.

La politique de la ville de Graulhet intègre une dimension santé à travers l'atelier santé ville (ASV) mis en place fin 2009 autour de plusieurs thématiques ciblées à partir d'éléments de diagnostic : l'accès aux droits et aux soins, l'aide aux aidants familiaux, la souffrance psychique des jeunes, la qualité de vie des personnes âgées ainsi que la prévention et l'éducation à la santé, en particulier dans le domaine de la nutrition.

Lorsque le territoire du CLS comprend un ou plusieurs quartiers prioritaires, il doit s'articuler avec les contrats ville dont ils font l'objet. A Carmaux, la durée du CLS est concomitante avec la durée du contrat de ville, signé également pour une période de cinq ans le 17 juillet 2015. Toutefois, cela ne crée pas de doublon puisque les périmètres géographiques sont différents. Le CLS est conclu à l'échelle de 33 communes appartenant à la 3CS alors que les actions de la politique de la ville ne concernent qu'un quartier prioritaire comprenant 1 850 habitants. De plus les actions menées bénéficient d'un financement différent. Le contrat ville comporte des axes d'action relatifs à l'accès à l'emploi et au développement économique, au renouvellement urbain et au cadre de vie, ainsi qu'à la cohésion sociale. Ce dernier aspect comprend un volet santé composé de trois orientations stratégiques consistant :

- à croiser les problématiques sociales et de santé, notamment autour des situations de fragilité psychique ;
- à poursuivre la dynamique de prévention et de promotion de la santé ;
- et à lever les freins à l'accès à la santé des habitants

Ainsi, certaines actions trouveront un écho dans le CLS qui, bien que conclu à une plus grande échelle, devra être en cohérence avec les initiatives de la politique de la ville. Toutefois, la Préfecture n'est ni partie aux CLS du Tarn, ni même partenaire, ce qui implique d'engager un dialogue parallèle. N'étant pas prévu par les textes juridiques, ce dialogue se noue de façon informelle et *intuitu personae*. A ce titre, l'IPASS chef du pôle animation territoriale et référente du CLS a sollicité un rendez-vous avec le délégué des politiques de la ville de la Préfecture du Tarn. Parmi les éléments retrouvés dans les deux contrats, sera évoquée la déclinaison du programme PNNS dans les écoles. Sachant que le contrat ville prévoit de déployer une telle action dans l'une des écoles du QPV

concerné, il serait opportun que les financements de cette action soient assurés par les crédits de la politique de la ville, afin de concentrer les financements du CLS sur les autres écoles du périmètre de la 3CS qui feront l'objet de cette action. Cette mutualisation du financement pour une même action permettra également de maintenir les actions PNNS sur chacune des écoles concernées chaque année pendant les cinq ans de validité de ces contrats. A défaut, un roulement aurait certainement dû être mis en place.

Articulation avec les initiatives des institutions locales :

Outre son articulation avec les actions issues de décisions politiques des élus des communes ou des communautés de communes, le CLS doit également prendre en compte les projets menés localement par des principaux acteurs de terrain.

Le CLS du Graulhérois s'est notamment accordé avec les projets des hôpitaux de proximité que sont les centres hospitaliers (CH) de Graulhet et de Lavaur, dont le directeur est cosignataire du contrat aux côtés de la ville de Graulhet, de la direction générale de l'ARS (DG ARS) de Midi-Pyrénées et de la CPAM du Tarn. En l'occurrence, ces deux CH étaient déjà sensibilisés à la problématique du parcours de santé des patients diabétiques et les communautés médicales avaient fait remonter leur souhait qu'il y ait une plus forte synergie autour des thématiques de gastroentérologie et d'endocrinologie/diabétologie. Les actions déployées en la matière dans le CLS confortent les réflexions menées et les évolutions de l'offre de soins envisagées.

De son côté, le CLS de la 3CS, notamment dans son axe consistant à « *préserver l'autonomie de la personne âgée et [à] favoriser un parcours de santé coordonné* », articule ses actions avec celles menées par les centres de santé de la CARMI. Ces derniers furent créés par la loi HPST et l'article L.6112-2 du CSP indique qu'ils « *peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population [...], les missions de service public définies à l'article L. 6112-1* ». Ils constituent une structure de proximité dispensant essentiellement des soins de premier recours. Au sein de la 3CS, ils prônent une approche globale de la personne et un parcours coordonné. Pour cela, ils développent des actions de prévention autour du diabète et des maladies chroniques ; et conduisent une approche préventive de repérage de la fragilité et de l'isolement des personnes âgées. La grande implication et le fort engagement financier de la CARMI ont justifié sa co-signature du CLS de la 3CS aux côtés du président de cette dernière et de la DG ARS Midi-Pyrénées, alors que le principe posé par la DG ARS dès 2015 était de faire signer les CLS de la région uniquement par l'ARS et les élus concernés. Cette exception fut admise dans le but de mettre en exergue l'implication particulièrement importante d'un acteur, afin qu'il soit reconnu par les autres

partenaires et qu'il se sente investi, ce qui est propice à la poursuite de près de son engagement.

Articulation avec les actions de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) :

Les objectifs et actions menées par les deux CLS Tarnais en matière de promotion de la santé et d'accès aux soins sont en adéquation avec la politique de l'assurance maladie, conduite par la CPAM. Cette dernière est d'ailleurs signataire du CLS du Graulhérois, et partenaire du CLS de la 3CS.

2.2.2 Le rôle central de l'ARS en matière d'animation territoriale : quel impact sur l'implication des acteurs du CLS ?

Avant la création des ARS, les services déconcentrés de l'Etat en charge de la santé³⁹ se souciaient déjà des besoins des territoires, mais on ne parlait pas encore d'animation territoriale et la prise en compte des besoins spécifiques et de la répartition de l'offre de soins notamment prévention et promotion de la santé n'étaient pas une préoccupation centrale. Depuis la loi HPST, l'ARS est plus proche des territoires et gère de plus près l'ensemble du parcours de santé des usagers du système de santé. Elle crée « *des espaces de dialogue, parfois même de codécision avec les élus locaux, avec les professionnels, avec les associations de patients* »⁴⁰. L'ARS n'est donc pas simplement le signataire principal des CLS aux côtés des élus des collectivités territoriales concernées, elle est aussi le porteur de cet outil auquel elle apporte une légitimité auprès des professionnels de terrains.

Comme précédemment démontré, l'ARS intervient dans toutes les phases de la mise en place d'un CLS. Elle coordonne le diagnostic territorial, mobilise les partenaires, s'assure de la cohérence des actions proposées avec les objectifs du PRS, en finance certaines. Son rôle central est avant tout organisationnel et fait appel aux ressources humaines de l'agence.

Les grandes étapes chronologiques de la mise en œuvre d'un CLS ont été exposées précédemment. Il convient désormais d'indiquer plus précisément l'importance des ressources humaines de l'ARS impliquées dans ces étapes et les compétences requises en matière d'animation territoriale.

³⁹ Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DDASS) et agences régionales d'hospitalisation (ARH)

⁴⁰ R.Bachelot-Narquin, actes du colloque « *les enjeux locaux d'organisation de la santé* » consacré aux dynamiques territoriales de santé, publiés par la Gazette Santé Social, Novembre 2010.

La mise en œuvre d'un CLS commence par l'identification d'un chef de projet et son équipe au sein de la DT-ARS. En principe, il s'agit d'un IASS relevant du pôle de l'animation territoriale. Cette mission peut également être confiée à un chargé de mission ou à un inspecteur principal (IPASS), comme c'est le cas dans le Tarn. Par commodité d'expression, l'analyse qui suit évoquera souvent l'IASS mais est majoritairement transposable aux autres professionnels chefs de projet CLS.

Le chef de projet joue un rôle primordial de coordination auprès des acteurs locaux, impliquant de bien connaître les partenaires. Il doit faire preuve d'une bonne aptitude à communiquer oralement et par écrit. Dans le champ des CLS, j'ai pu constater cet aspect en participant aux rencontres avec les élus locaux intéressés pour la conclusion du CLS de la 3CS ainsi que les partenaires susceptibles d'être intéressés dans sa mise en œuvre. Ces capacités de communication sont en outre nécessaires à l'oral pour l'animation des réunions des groupes de travail et du COPIL et à l'écrit pour la rédaction des comptes rendus diffusés à l'ensemble des participants. Toutefois, afin que les acteurs soient impliqués pendant toute la durée du CLS, il convient de ne pas se contenter de leur délivrer de l'information mais de susciter un véritable intérêt de chacun.

Par rapport à certains champs de compétence plus cloisonnés en ARS tels que l'allocation de budget, l'inspection/contrôle, l'instruction de dossier d'autorisation ou d'extension, les visites de conformité etc, l'IASS découvre de nouvelles perspectives de travail à travers les CLS qui dépassent le niveau d'un établissement ou d'une association pour s'inscrire dans une véritable démarche d'ingénierie locale. Cette nouvelle dynamique d'animation territoriale lui permet ainsi d'agir dans la transversalité des missions de l'ARS.

L'avantage du positionnement du chef de projet et de son équipe est de pouvoir contextualiser les CLS dans l'environnement départemental et régional. La DT ARS est moins ancrée dans le territoire que les élus locaux, notamment les maires, qui subissent les pressions électorales et divers lobbying des acteurs de proximité. Cela permet de prendre de la distance et de reconsidérer les projets au regard du diagnostic partagé. Le fait d'affiner le diagnostic à un échelon infra-départemental vise à impulser des actions pertinentes conciliant les désidératas des acteurs politiques et techniques, en gardant en tête les besoins de la population. L'équipe projet doit s'assurer de l'équilibre de ces aspects, de l'adhésion des partenaires à la démarche et relayer le dispositif sur le terrain.

En tant qu'animateur territorial et pilote du COPIL, le chef de projet est en charge, à l'aide de son équipe, de recueillir les souhaits et besoins de chaque partenaire afin de prioriser les actions et de constituer des groupes de travail autour de thématiques co-définies. Cette étape préalable conditionne grandement l'implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions retenues. Des groupes de travail sont ensuite constitués et entreprennent une démarche participative de construction des actions à mener.

La DT ARS du Tarn a sollicité l'appel à candidature des acteurs susceptibles d'être intéressés de façon très large, afin de garantir la meilleure représentativité des protagonistes concernés par chaque thématique. Trois groupes de travail ont été constitués dans le cadre du CLS du Graulhérois et deux s'agissant du CLS du Ségala-Carmausin, autour des axes stratégiques présentés ci-dessus. Le COPIL valide les propositions des groupes de travail avant l'élaboration du contrat socle par l'IASS chef de projet, qui le communiquera à la conférence de territoire pour avis avant sa signature.

Sa mise en œuvre et son suivi seront assurés par un comité de suivi et de coordination, qui est la plupart du temps composé des mêmes membres que le COPIL, comme c'est le cas dans le Tarn. Son assiduité dans le suivi de la mise en œuvre du CLS et sa clarté dans les retours effectués aux partenaires sont des leviers importants du maintien de leur mobilisation.

S'agissant des deux CLS du Tarn, j'ai pu constater que l'initiative de conclusion du contrat n'était pas déterminante quant à l'implication des acteurs. Mon idée première selon laquelle les élus ayant sollicité la conclusion d'un CLS sur leur territoire seraient plus impliqués que si leur territoire avait été ciblé par l'ARS et qu'ils ont accepté plus passivement sa conclusion s'est avérée démentie sur le territoire du Tarn. En effet, le CLS du Graulhérois fut conclu sur proposition de l'ARS mais les élus locaux se sont fortement impliqués, notamment en raison du contexte préexistant favorable présenté ci-dessus. A l'inverse, alors que le CLS de la 3CS provient d'une demande des élus, il a été plus difficile de les mobiliser. Ce vient du fait qu'ils étaient moins demandeurs d'axes d'action précis sur ce territoire mais plutôt du déploiement de la démarche de CLS afin de disposer d'un diagnostic de santé global qui faisait défaut et d'en faire ressortir une meilleure lisibilité des actions qui pourraient être utiles à la population. L'ARS ayant alors été beaucoup plus force de proposition, les élus ont eu tendance à être plus passifs et à lui laisser porter plus grandement le projet.

2.3 Les fragilités de la mise en œuvre des CLS dans le Tarn

Au-delà des quelques difficultés précédemment évoquées lors de la présentation des différents aspects des deux CLS du Tarn, il convient de mener une analyse réflexive visant à mettre en lumière les principaux points de vigilance rencontrés dans leur mise en œuvre, avant de consacrer la dernière partie de ce travail aux préconisations qui permettraient d'y palier.

2.3.1 Une implication insuffisante de certains acteurs : un enjeu de décloisonnement partiellement atteint

La place insuffisante des professionnels de santé libéraux, notamment des médecins traitants :

Le CLS vise à rassembler les acteurs intervenant autour d'une même problématique sociale et/ou de santé afin de coordonner et d'optimiser leurs actions. Bien que les deux CLS du Tarn aient mobilisé de nombreux acteurs, se pose la question de la place des médecins libéraux.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie visait à atteindre une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé. Elle crée notamment le statut de médecin traitant, censé avoir un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Or, douze ans après cette réforme, sa place est toujours incertaine. Certes la plupart des assurés sociaux ont choisi et déclaré un médecin traitant, mais son rôle pivot souffre d'un manque de formalisation des relations avec les autres professionnels de santé. Cette lacune se retrouve dans les CLS du Tarn, dans lesquels les médecins libéraux ne sont que très peu impliqués. Or sans eux, la logique de parcours encouragée par la loi HPST ne peut se développer de façon effective. La place du médecin traitant devrait également être renforcée dans le CLS afin d'accroître la légitimité centrale dont il devrait faire l'objet, notamment aux yeux des autres acteurs du système de santé. En effet, les différentes parties prenantes tendent parfois à vouloir que la coordination s'exerce à partir de leurs propres sphères de compétences et de responsabilités. Or d'après l'article L.4130-1 du CSP instauré par la loi HPST, le médecin généraliste de premier recours doit notamment « *s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients* ». C'est surtout le cas des soins de premier recours, définis par l'article L.1411-11 du CSP comme « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients* ». Les actions développées par les CLS vont au-delà de la simple coordination des soins et englobent également des aspects sociaux, dans un but de réduction des ISTS. Même dans cette logique globale et transversale, le rôle du médecin traitant devrait être renforcé.

L'insuffisante représentation des professionnels libéraux dans les travaux d'élaboration du CLS incombe toutefois peu l'ARS, qui a mis en œuvre plusieurs stratégies de communication afin de les solliciter. Dans un premier temps, un courrier a été envoyé à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) dans le but de proposer à des représentants de professionnels libéraux – notamment les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les médecins généralistes – de faire partie du COPIL. Un médecin a intégré le COPIL du CLS du Graulhérois mais aucun médecin ni IDE ne s'est

proposé pour celui de la 3CS. Dans un second temps, la DT ARS a envoyé un courrier individuel à tous les médecins généralistes et IDE recensés sur le territoire concerné afin de leur présenter les grands axes stratégiques retenus par le COPIL et leur proposer de prendre part aux groupes de travail. Le médecin du COPIL du CLS du Graulhétinois s'est alors positionné sur les travaux relatifs au diabète, et un représentant des IDE a intégré le groupe de travail sur le parcours des personnes âgées pour le CLS de la 3CS. La représentation est faible, et l'absence de médecin dans l'élaboration du CLS de la 3CS s'avère particulièrement problématique.

Un dispositif à destination des usagers leur octroyant une place insuffisante :

Le second des trois axes du PRS de Midi-Pyrénées pour la période 2012-2017 vise à positionner l'utilisateur au cœur du système de santé en organisant la fluidité des parcours de santé, sans rupture de prise en charge.

Depuis une dizaine d'années, la place des usagers ne cesse d'être juridiquement renforcée. Le texte charnière en la matière est la loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002. Elle renforce notamment la représentativité des usagers dans les instances dont les décisions les impactent.

Les CLS ne visent pas simplement à appliquer des politiques pensées par de grandes institutions, quel qu'en soit l'échelon – national, régional ou départemental – mais à être à l'écoute des besoins propres au territoire visé. Bien que le CLS ne puisse en être purement le reflet puisque, comme indiqué ci-dessus, il convient de conserver une cohérence avec la politique régionale de santé, la place des usagers semble insuffisante dans la mise en œuvre des CLS du Tarn. Les acteurs présents dans les groupes de travail et dans le COPIL tentent évidemment de mettre en œuvre des actions pertinentes et efficaces mais en amont, bien que le diagnostic recense les besoins de façon précise, la voix des usagers n'est pas suffisamment entendue. De même en aval, la visibilité des actions n'est pas toujours efficacement assurée.

Un écueil notable consiste pour certains acteurs à vouloir afficher des actions qu'ils menaient déjà préalablement, pour se faire connaître voire pour espérer obtenir des financements supplémentaires. Le CLS n'empêche en rien cet affichage et encourage même cette mise en cohérence territoriale mais nécessite parfois d'adapter les actions au nouveau cadre contractuel. Ainsi par exemple, une association déclinant une offre de service sur un territoire restreint devra l'étendre à l'ensemble du territoire concerné.

Les usagers sont très peu représentés dans les groupes de travail des deux CLS Tarnais. Contrairement à la faible représentation des professionnels de santé libéraux, la justification n'est pas ici une absence de mobilisation mais un faible nombre d'associations d'usagers constituées sur le territoire. Les rares associations susceptibles

d'être intéressées pas les thématiques choisies n'ont pas souhaité prendre part au CLS. Ce fut notamment le cas de France Alzheimer pour le CLS de la 3CS.

A défaut de bénéficier d'une bonne représentation des usagers, les CLS tentent de répondre au grand enjeu de démocratie sanitaire en proposant notamment le contenu du contrat à la Conférence de Territoire. Leur composition est déterminée par le DG ARS sur chacun des territoires de santé, correspondant en l'occurrence à chaque département. Elles sont composées de 50 membres dont des représentants d'usagers. En principe, la conférence de territoire se réunit deux fois par an, mais en 2015, elle ne s'est pas réunie dans le Tarn. Tant pour le CLS du Graulhérois signé en février 2014 que pour celui de la 3CS signé en octobre 2015, il n'y a pas eu de réunion de la Conférence de territoire. Elle a simplement été consultée par écrit, via un mail envoyé par la DT ARS à l'ensemble de ses membres. Seuls 20 ont répondu pour le CLS du Graulhérois, et 19 pour celui de la 3CS. Tous les retours étaient favorables au projet de CLS mais rares sont les personnes ayant formulé des remarques.

Une représentation de certains porteurs d'actions :

L'implication globale des acteurs dans les groupes de travail des deux CLS a été satisfaisante en dépit de l'absence de certains acteurs, tel que la Préfecture et la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Certaines institutions partenaires présentent en outre un problème de représentation. Ainsi notamment, certains acteurs des groupes de travail du CLS de la 3CS n'ont pas toujours retranscrit fidèlement la position et les souhaits des institutions les ayant mandatés, notamment de leurs directeurs. Ainsi, lorsque ces derniers devaient valider les fiches actions, certaines modifications étaient à apporter.

2.3.2 Un effort de coordination tardif mais en progression

L'idée de prévoir une coordination des actions de santé sur un territoire et surtout ses modalités de mise en œuvre et de financement est relativement nouvelle en Midi-Pyrénées. Le CLS du Graulhérois n'a pas fait l'objet d'une coordination propre et cette lacune est regrettée par la plupart des acteurs⁴¹. La position de l'ARS de Midi-Pyrénées s'est récemment assouplie en la matière en acceptant de financer une partie des postes de coordonnateur de CLS. Ce changement trouve notamment sa source dans le fait que l'ARS Languedoc-Roussillon finançait déjà de tels postes. Cet assouplissement en 2015 a permis de progressivement harmoniser les politiques, dans le contexte de fusion régionale ayant abouti à une même grande région (LRMIPY) dès le 1^{er} janvier 2016.

⁴¹ Regret souligné par les acteurs du CLS du Graulhérois rencontrés en entretien (voir annexe p.II)

Ainsi, pour le CLS du Carmausin, la DG ARS a signifié à la DT du Tarn qu'un poste de coordonnateur pourrait être financé à condition que la communauté de communes de la 3CS s'engage à hauteur de la moitié de sa rémunération. Cette possibilité n'ayant été communiquée qu'au moment de la rencontre entre la DT et la DG ARS pour la validation finale du contrat socle et des fiches actions, une dernière fiche action a été élaborée mais n'a pas encore été mise en œuvre. Celle-ci prévoit que l'ARS propose un profil de poste de coordonnateur et que ce dernier soit recruté par la 3CS. Le 20 octobre, la 3CS a publié une offre de recrutement d'un coordonnateur chargé d'assurer la mise en œuvre du CLS de la 3CS ainsi que des actions santé du contrat de ville de Carmaux, en collaboration avec l'ARS et les structures porteuses de fiches actions. Il veillera notamment à l'articulation de l'ensemble des démarches santé sur le territoire communautaire. Le pilotage direct de certaines fiches actions pourra lui être confié et il pourra proposer des pistes d'actions permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé du territoire. Il sera chargé d'informer les différentes institutions de l'état d'avancement des programmes d'actions en participant aux instances techniques et de pilotage du CLS et du contrat de ville. Il participera en outre à l'évaluation du CLS en réalisant un bilan semestriel, ce qui n'était pas fourni dans le cadre du CLS du Graulhérois.

Identifié comme référent global de santé sur le territoire, au-delà du CLS, le coordonnateur pourrait également apporter aux acteurs une expertise en ingénierie de projet et aider les porteurs de projets dans leur recherche de financements et d'intervenants. Cela pourrait être complété par l'organisation de temps de formation et d'information.

2.3.3 Une anticipation des modalités de suivi et d'évaluation des CLS à renforcer

Des modalités d'évaluation et de suivi sont fixées dans chacune des fiches actions. Certaines sont proposées par les porteurs eux-mêmes, d'autres sont fixées par l'ARS ou par l'IREPS. Toutefois, celles-ci sont peu explicites.

Les modalités de suivi indiquées dans chaque fiche action des deux CLS du Tarn sont majoritairement très succinctes et peu explicites. Y figurent par exemple les mentions « comité de pilotage », « carnet de bord de l'action », « recueil de données » ou encore « points d'étapes réguliers au COPIL ». Or très peu d'entre elles sont explicitées, notamment quant à la périodicité des rencontres du COPIL ou des retours d'expériences de terrain, ou encore quant au contenu et à la forme des carnets de bords ou des recueils de données.

Par ailleurs, la plupart des indicateurs d'évaluation mentionnés sont également flous et ne permettent pas aux responsables de l'évaluation de la mener correctement. Certaines fiches n'en comprennent d'ailleurs pas et indiquent qu'ils « *seront déterminés ultérieurement par le COPIL* », ou avec les partenaires impliqués. La plupart des fiches prévoient des indicateurs d'évaluation quantitative, tels que le nombre d'ateliers-mémoire déployés sur le territoire de la 3CS ; le nombre de participants ; le nombre d'EHPAD concernés par les actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire et de prévention de la dénutrition etc. Certaines fiches prévoient en outre des indicateurs qualitatifs comme des retours de questionnaires de satisfaction des usagers ; le recensement des types d'outils réalisés et l'analyse de leur efficacité réelle et perçue ; les types de réponses apportées aux personnes repérées comme étant en situation de fragilité par la CARMi, dont l'objectif est d'apporter une réponse rapide et de proximité etc.

La problématique principale s'agissant du suivi des actions ne réside toutefois pas dans l'insuffisance ou l'imprécision de certains indicateurs mais dans le manque de régularité. La périodicité des réunions de suivi n'est pas explicitement prévue dans les deux CLS Tarnais. L'équipe projet de l'ARS rencontre donc les porteurs des actions périodiquement ou sur demande. Dans le cadre de mon stage, j'ai participé à deux réunions de suivi des actions menées en faveur des adolescents dans le cadre du CLS du Graulhérois. Les acteurs impliqués présentaient les actions menées et les difficultés rencontrées.

Le bilan tiré de la mise en œuvre des deux CLS du Tarn est globalement positif et témoigne d'une dynamique partagée entre l'ARS et les nombreux acteurs de terrain y prenant part. Toutefois, certains aspects demeurent perfectibles. Les modalités de suivi et d'évaluation sus-évoquées font partie des axes d'amélioration à travailler par l'ARS dans le but d'optimiser les CLS ultérieurs. L'agence doit également conforter les relations entretenues avec les acteurs du CLS, en clarifiant leur rôle et en s'assurant d'une bonne communication réciproque. De façon plus générale, la démarche mériterait un effort de transparence afin d'encourager son déploiement.

3 Préconisations pour la mise en œuvre des CLS

La présente partie s'attachera à formuler des préconisations méthodologiques relatives à la mise en œuvre d'un CLS, afin de tirer les leçons des fragilités rencontrées lors de la mise en place des deux premiers CLS du Tarn et de limiter ces écueils lors de la conclusion des CLS ultérieurs. Il ne s'agira pas d'entrer dans le contenu des fiches actions, en raison notamment de la lourdeur de cette analyse du fait du grand nombre de fiches, cinquante au total pour les deux CLS du Tarn. En outre, juger l'opportunité des thématiques choisies est peu constructif et peu utile à la conclusion des futurs CLS. Le but de cette analyse n'est pas de juger des institutions ou des personnes mais d'interpréter des éléments objectifs fragilisant la mise en œuvre des CLS et de proposer des axes d'amélioration. L'enjeu des préconisations retenues vise à améliorer la transférabilité de l'outil CLS.

Après s'être attaché au perfectionnement du rôle de pilotage, tant au niveau stratégique national et régional que s'agissant du rôle d'animation territoriale des DT ARS (3.1), il conviendra de se pencher sur la conduite concrète du dispositif dans le Tarn et d'identifier les leviers d'une meilleure implication d'acteurs précisément ciblés, à travers une clarification de leurs rôles respectifs (3.2). Cela conduira dans un dernier temps à constater les failles des modalités de suivi et d'évaluation et d'en proposer des pistes de renforcement (3.3).

3.1 Un pilotage des CLS par l'ARS à perfectionner

Le pilotage et l'animation assurés par l'équipe projet CLS, notamment par le porteur, constituent un levier important de la mobilisation des partenaires. Le chef de projet doit particulièrement faire preuve d'un certain savoir-être et savoir-faire. Il doit avoir le sens de l'écoute, du dialogue, de la négociation, de la conciliation ainsi qu'une capacité à repérer et à comprendre les logiques institutionnelles, les revendications de terrain ainsi que les éventuels « *jeux d'acteurs* ». Ce positionnement nécessite en outre des capacités de concertation afin de mobiliser les partenaires autour d'actions communes et coordonnées. Les leviers à renforcer concernent les stratégies de communication globales, menées à l'échelon national et régional pour permettre une bonne compréhension de l'outil des CLS par tous les acteurs et ainsi encourager leur déploiement (3.1.1), mais également les réseaux et stratégies de communications déployées pour chaque CLS entre la DT ARS et les acteurs concernés (3.1.2).

3.1.1 Renforcer la communication globale : accroître la visibilité et la lisibilité du dispositif pour faciliter son déploiement et son utilisation

Comme indiqué en introduction, 260 CLS étaient signés en juin 2015 et 58 étaient en cours de création à l'échelon national. Afin d'en apprécier l'évolution quantitative globale, il est possible de s'appuyer sur l'indicateur n°43 du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) conclu entre l'Etat et les ARS, indiquant que 116 CLS étaient signés fin 2012 en France, dont la moitié en Ile-de-France. Force est de constater que six ans après la création de ces contrats, leur nombre et l'ampleur de leur déploiement s'avèrent faibles. Cela relève en partie d'un manque de visibilité, qu'il conviendrait d'améliorer.

Il convient de préciser que le dénombrement des CLS ne peut être effectué en temps réel et ne retrace donc pas l'ensemble des démarches engagées. Jusqu'en 2014, aucun système de suivi des CLS n'avait été mis en place pour permettre aux ARS d'analyser les contrats signés sur leurs territoires mais également de pouvoir s'inspirer des CLS des autres régions. Ainsi, rien ne permettait d'apprécier quantitativement ni qualitativement la portée de cet outil au niveau national.

La circulaire du 21 février 2014 a donc décidé de mettre en place un espace partagé sur les CLS, dit « *share-point* », élaboré au sein d'un groupe de travail national composé des administrations centrales ainsi que de certaines ARS. Sa mise en œuvre pratique consiste à remplir un formulaire de caractérisation pour chaque CLS signé afin de constituer une base de données nationale ainsi que des statistiques exportables vers un fichier Excel. L'entrée en vigueur de cette circulaire étant immédiate, tous les CLS signés à compter de sa date de publication doivent figurer dans cet espace partagé. La direction générale de la santé (DGS) demande aux ARS d'y renseigner les données des CLS antérieur dans un délai de six mois, dans la mesure du possible.

Afin d'améliorer la visibilité de l'outil des CLS, il semble important que toutes les ARS complètent ces données. Celles-ci favorisent les échanges de bonnes pratiques entre les agences et leurs partenaires s'agissant des orientations et du contenu des contrats mais aussi de leurs modalités de conception et de mise en œuvre.

Dans le Tarn, le CLS du Graulhérois ayant été signé le même jour que la circulaire, soit le 21 février 2014, un délai de six mois était accordé à l'ARS pour remplir le formulaire, ce qui fut effectué dans les temps, le 17 juillet de la même année. Le CLS de la 3CS devrait être prochainement renseigné sur le *share-point*. Le fait de satisfaire à cette nouvelle obligation n'est donc pas un problème dans le Tarn. Toutefois, la plus-value qui en découle semble faible.

Tout d'abord, l'accès au *share-point* est conditionné par l'octroi d'un droit d'accès nominatif. Cette restriction limite l'accès aux données partagées pour une grande partie des agents de l'ARS, et le rend impossible pour les partenaires extérieurs. Or ce forum permettrait aux premiers de consulter notamment les informations des autres CLS de France au sujet de thématiques similaires à celles qu'ils souhaiteraient déployer, et aux seconds de s'inspirer des démarches menées sur d'autres territoires. L'ouverture plus large de cet espace de partage incombe à l'échelon national.

Ce manque de transparence pourrait être compensé à l'échelon régional. Il conviendrait de réactualiser les données relatives aux CLS sur le site internet de l'ARS. En effet, ce dernier ne mentionne pas les CLS conclus depuis fin février 2014. De plus, la présentation de cet outil est très succincte et ne permet pas aux partenaires susceptibles d'être intéressés, notamment les élus venant consulter le site internet de l'ARS, d'obtenir des renseignements clairs les incitant à solliciter une telle démarche. De plus, le « *chemin* » permettant d'accéder à ces informations n'est pas aisé puisque ce site ne donne pas la possibilité de saisir des mots-clés de recherche et car les CLS ne sont proposés directement dans aucune des sous-rubriques déclinant des principaux onglets. Afin d'y accéder, le chemin le plus communément employé par les acteurs interrogés consiste à inscrire les termes « *CLS* » et « *ARS Midi-Pyrénées* » sur un moteur de recherche. Un onglet de type « *politiques locales* » pourrait conduire plus intuitivement aux outils proposés pour la déclinaison locale des politiques de santé tels que les CLS, les ASV etc. et y associer par exemple les modalités d'exercice des professionnels de santé telles que les MSP. La création du nouveau site internet de la nouvelle ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (LRMIPY) pourrait être l'occasion de faciliter cet accès et d'alimenter ces informations.

Au niveau départemental, la communication générale envers les élus pourrait être renforcée de façon directe par le biais des DT afin de leur présenter l'outil CLS. Au lieu de multiplier les rencontres avec plusieurs municipalités ou intercommunalités de façon ponctuelle, une grande réunion d'information pourrait leur être proposée. La DT ARS pourrait adresser un courrier aux maires et présidents d'intercommunalités afin de les convier à une grand-messe de présentation des CLS et de réponse à leurs interrogations éventuelles.

Au-delà de ces stratégies de communication externe via internet et les rencontres physiques, la lisibilité de l'outil et ses modalités de fonctionnement pourraient également être améliorées dans le fonctionnement interne de l'ARS. A ce titre, l'espace de partage entre le siège de l'ARS et les DT, dit « *arborescence L* » est pratiquement vide. L'échelon régional pourrait optimiser cet espace afin de diffuser les outils communs, tels que le

modèle de contrat socle ou des trames de travail par exemple. Il pourrait également s'en servir pour partager des fonds documentaires, tels que des diagnostics, des kits méthodologiques, une synthèse des modalités de suivi et d'évaluation conseillées etc. Cela éviterait de travailler en doublon avec chacune des DT. Cette marge de progression s'avère d'autant plus importante dans le contexte du regroupement de treize départements au sein de la région LRMIPY.

Au-delà de ces préconisations générales visant à accroître la visibilité de l'outil CLS, la qualité du pilotage de chaque contrat nécessite de mener une animation territoriale dynamique, dont la clé de voute est une bonne communication entre l'ARS et les acteurs concernés.

3.1.2 Renforcer la communication inhérente à chaque CLS : vecteur premier d'une meilleure dynamique territoriale

Dans le Tarn, la communication entre l'ARS et les acteurs se fait réciproquement de façon informelle en fonction des besoins et difficultés rencontrés lors de la déclinaison de chaque CLS. Or, elle gagnerait à être formalisée s'agissant de certains éléments clés.

En amont de chaque réunion et afin de s'assurer d'un niveau de connaissance équivalent de chacun quant aux thématiques à aborder, il serait utile de communiquer une synthèse des points clés, du contexte, des enjeux etc. En effet, l'ordre du jour des réunions d'élaboration du CLS se contente souvent de mentionner succinctement l'objet ainsi que la date et le lieu de rencontre. Ce simple rappel permettrait aux acteurs de se sentir plus à l'aise avec les thématiques abordées et réduirait les temps de présentation et de questions à leur propos lors des rencontres. Cette perte de temps s'avère parfois contre-productive puisque les acteurs n'ont pas pu réfléchir en amont aux données qu'ils apprennent le jour de la réunion, et car ces présentations peuvent apparaître redondantes pour les acteurs déjà au fait de ces éléments de connaissance. En outre, la diffusion de tels documents solliciterait peu de travail supplémentaire à l'équipe projet de la DT ARS puisqu'au-delà de leur caractère succinct, elle les réalise souvent en interne et n'aurait plus qu'à les transmettre aux membres des groupes de travail.

En aval de chaque réunion, la diffusion d'un compte rendu à tous les acteurs devrait être systématique. Cela permettrait d'en clarifier le bilan et les objectifs en découlant, qui seraient alors simplement repris dans la synthèse précitée accompagnant l'ordre du jour de la réunion suivante.

D'autres modalités permettraient de mieux organiser le partage d'informations auprès des acteurs impliqués dans les actions du CLS afin d'avoir une véritable

connaissance commune des problématiques et enjeux et ainsi pouvoir mieux suivre ces actions. En amont de sa conclusion, le diagnostic réalisé par l'ORS et complété par l'ARS est diffusé aux acteurs susceptibles d'être intéressés selon l'ARS, mais sa publication sur internet garantirait une plus grande transparence et engloberait de façon plus libre et plus large ces acteurs potentiels. En aval de la conclusion et par conséquent au-delà de la communication structurant les groupes de travail, des retours réguliers devraient être proposés aux partenaires quant à la réalisation des actions, selon des modalités prédéfinies avec eux lors de la phase d'élaboration. Ils pourraient porter notamment sur l'impact des mesures mises en œuvre, la satisfaction ressentie des usagers, le suivi des indicateurs ou encore les difficultés rencontrées.

Pendant la phase de mise en œuvre du CLS de la 3CS à laquelle j'ai pris part, chacun des membres de l'équipe projet a entretenu des contacts avec les porteurs de fiches action afin de les aider dans leur rédaction et de répondre à leurs éventuels questionnements. Or ces partenaires ne bénéficiaient pas d'un interlocuteur précis au sein de la DT mais pouvaient échanger avec chacun des cinq membres de l'équipe projet. Il semble plus judicieux de répartir l'accompagnement des porteurs entre les membres de l'équipe projet afin de mieux les impliquer et de clarifier le recours des partenaires. Cela était en partie le cas du fait que l'IPASS était référente du groupe de travail sur la thématique des personnes âgées, accompagnée de l'IASS référent de ce pôle au sein de la DT ARS 81, et que l'ISP l'était pour celui relatif au public « jeune ». En revanche mon statut de stagiaire m'a placée en position transversale, à l'instar de la chargée de mission de l'IREPS. Avec le recul sur l'expérience de mise en œuvre d'un CLS, j'estime qu'une meilleure façon d'impliquer les ressources humaines à disposition de l'ARS aurait sûrement été de clarifier les attributions de chacun.

3.2 La clarification des rôles au service d'une meilleure performance

L'institut de la performance publique (IPP) définit la performance de l'action publique comme la « *capacité à satisfaire plusieurs critères : légalité, utilité, efficacité, qualité, productivité, maîtrise du coût, efficience...* »⁴². Il convient ici de s'attacher particulièrement à la qualité de mise en œuvre l'outil CLS, nécessitant un effort d'organisation accru de la part de l'ARS en tant qu'autorité impulsant le projet mais pouvant faire appel à un soutien méthodologique organisé (3.1.1). Cet effort protéiforme comprend essentiellement un volet managérial, nécessitant de cibler les acteurs de façon pertinente (3.2.2) puis d'optimiser et clarifier leurs rôles et leurs responsabilités (3.2.3).

⁴² IPP, *La performance publique*, disponible sur internet : <http://www.ipp.fr/?page=pres>

3.2.1 La clarification des rôles partenaires de l'équipe projet ARS : vers l'optimisation de l'appui méthodologique

Face à l'enjeu de réduction des ISTS et d'égalité de tous devant la santé, l'ARS a conscience que le déploiement des CLS nécessite un appui méthodologique. Cette démarche est donc menée en partenariat avec des équipes de recherche pour les étapes d'observation, d'analyse, de ciblage de territoires prioritaires et d'évaluation des actions menées. L'ORS se voyant confier seul le diagnostic territorial quantitatif, ce monopôle lui octroie un rôle clair.

Afin de renforcer le pilotage technique des CLS, l'ARS fait appel à l'IREPS, dont l'appui méthodologique est intéressant mais pourrait être optimisé. La chargée de mission, présente au sein de la DT ARS du Tarn à hauteur de 0,4 équivalent temps plein (ETP) ne dispose pas de fiche de mission précise en la matière. Sa productivité aurait été accrue si elle s'était vue confier des objectifs plus clairs. En tant que membre de l'équipe projet, elle a pris part aux réunions des groupes de travail et du COPIL. Elle a contribué à la rédaction des fiches actions, en donnant notamment des conseils méthodologiques quant à la présentation à adopter. La plus-value est toutefois à questionner puisque la forme retenue différerait peu de celle des fiches actions du CLS du Graulhérois, auquel l'IREPS n'avait pas pris part. De même, le contrat socle des deux CLS est identique sur la forme. Bien qu'il se base sur la trame régionale, il conviendrait de mieux l'adapter à chaque CLS conclu, afin qu'il soit plus exhaustif et plus clair. Cet axe d'amélioration s'adresse à l'ensemble de l'équipe projet.

3.2.2 Une bonne connaissance des acteurs de terrain mais un ciblage à renforcer

Afin de parvenir à cibler les partenaires de façon pertinente, le chef de projet et son équipe doivent avoir une bonne connaissance des différents acteurs susceptibles d'être concernés sur le territoire. Cela implique de connaître les compétences de chacun d'entre eux, les circuits de décisions, les priorités institutionnelles etc.

La connaissance des acteurs et partenaires par les membres de l'équipe projet du Tarn est bonne, notamment car elle n'est pas propre aux CLS mais qu'elle s'est construite dans le temps, les membres de l'équipe projet étant en poste au sein de la DT 81 depuis plusieurs années. Toutefois, cette connaissance n'a pas toujours été utilisée au profit d'une concertation large des acteurs, ni d'un ciblage précis des personnes les plus concernées pour participer aux groupes de travail au sein d'une institution donnée. L'ARS a convié certains établissements ou institutions en adressant un courrier à leur directeur, décidant lui-même en interne la personne qu'il souhaitait mandater pour participer au projet. Or parfois, la parole de l'institution n'était pas fidèlement retranscrite par son

représentant, faisant sans doute prévaloir sa vision personnelle ou l'intérêt de son service sur la position générale de l'institution. Cette dernière invalidait parfois des éléments des fiches actions au moment de leur soumission à validation, tant sur le fond que sur les modalités, notamment de financement. Bien que cet écueil relève essentiellement de l'organisation interne des établissements ou institutions en question, l'ARS pourrait tenter de s'en prémunir en transmettant à leurs directeurs des points d'information réguliers sur l'avancée de la mise en œuvre du CLS, les axes retenus, les actions proposées et leur financement.

Outre cet axe de précision qualitative, le ciblage des acteurs mériterait un effort quantitatif d'élargissement. A ce titre, l'ARS devrait se servir des relations entretenues avec de nombreux acteurs pour élargir la possibilité d'y prendre part. A titre d'exemple, la DDCSPP du Tarn est très peu impliquée dans les CLS du département alors que l'objectif de réduction des ISTS nécessiterait par essence de décloisonner les champs sanitaire et social. Certes la loi HPST ne précise pas les conditions d'élaboration de ces contrats, mais comme le souligne Florence LERIQUE⁴³, une instruction interministérielle du 11 janvier 2011 « *opère un rapprochement entre les ARS et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports afin de prendre en compte les enjeux au titre de la « cohésion sociale » dans les CLS* ». Il conviendrait donc de renforcer ce lien en informant la DDCSPP de la réflexion sur ces contrats en amont de leur conclusion, afin de solliciter sa représentation au sein des groupes de travail voire du COPIL.

Par ailleurs aucun représentant de la préfecture n'a pris part à l'élaboration des CLS du Tarn, ce qui aurait permis d'accroître l'ancrage social dans ces contrats et de mieux anticiper la coordination avec les politiques de la ville. Cette dernière n'a été envisagée que de façon indirecte du fait que l'équipe projet de la DT ARS 81 en charge de l'élaboration des CLS était constituée des mêmes agents responsables des contrats ville. La préfecture fait pourtant partie des signataires privilégiés des CLS, comme c'est le cas du département de Seine-Saint-Denis, concentrant le plus grand nombre de CLS (10 au 1^{er} septembre 2015)⁴⁴.

Une fois les acteurs ciblés engagés dans la démarche de mise en œuvre d'un CLS, il convient de les responsabiliser afin de conforter leur implication.

⁴³ F.LERIQUE, *La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé*, RDSS n°5, 1^{er} Novembre 2013, p.859

⁴⁴ ARS Ile-de-France, contrats locaux de santé signés – Seine-Saint-Denis, disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-Locaux-de-Sante-signes.126747.0.html>

3.2.3 Un accompagnement prévoyant une responsabilisation des porteurs de fiches-actions

Au-delà de l'équipe projet, la clarification des rôles concerne également les porteurs des fiches action. Afin de concourir à une meilleure implication des élus locaux et des partenaires, il conviendrait de responsabiliser les porteurs des fiches action en leur confiant leur rédaction. L'équipe projet de l'ARS devrait se contenter d'être à leur disposition en tant qu'appui méthodologique puis de relire les fiches proposées, d'ajouter d'éventuels compléments et de les uniformiser avant de les soumettre au COPIL puis au siège de l'ARS pour validation définitive. Cet effort de rédaction implique pour les acteurs de mieux définir et délimiter eux-mêmes le contenu et les modalités de leur action et ainsi de mettre en œuvre un projet qu'ils auront choisi et compris de plus près. En effet un des risques de la rédaction des fiches par l'équipe projet réside dans le fait que les acteurs acceptent parfois de porter une action différant de leur projection initiale et dans laquelle ils se sentiront moins impliqués. En outre, si la fiche est succincte quant aux objectifs opérationnels ou aux indicateurs de suivi et d'évaluation notamment, le porteur risquerait de se l'approprier de façon incomplète voire biaisée.

L'effort de clarification pourrait également concerner le volet budgétaire. En dépit des difficultés induites par le financement pluriannuel d'un CLS, les actions doivent faire l'objet d'un cadrage budgétaire précis afin d'éviter les désillusions et de garantir leur poursuite jusqu'à l'échéance du contrat. Dans la mesure du possible, le financement global de l'action doit être inscrit dans chaque fiche. Or le CLS n'étant pas signé par les partenaires, ils ne sont pas liés par un engagement contractuel mais simplement moral. A noter qu'aucune mesure de sanction n'est prévue à l'encontre des signataires eux-mêmes, ce qui serait dissuasif, et qui irait à l'encontre de la logique volontariste inhérente à l'outil contractuel. En outre, ils ne répondent qu'à une obligation de moyens et non de résultat. La responsabilisation ne peut donc pas passer par la sanction mais plutôt par le fait de maintenir la motivation et l'implication des acteurs, en leur prouvant la plus-value qu'ils peuvent tirer des actions menées dans le contrat et l'intérêt qu'ils ont à les maintenir dans le temps.

Au-delà de la durée du CLS, il serait intéressant d'anticiper et d'encourager le prolongement des actions dans le but de renforcer l'impact positif observé. Cela sous-entend évidemment que les acteurs soient motivés mais la condition *sine qua non* souvent évoquée concerne le volet budgétaire. A ce titre, il convient de hiérarchiser les priorités pour permettre, *in fine*, de concilier la réduction des dépenses publiques et le respect des finalités de la politique. En principe, l'ARS se désengagera des actions et de leur financement au moment de l'échéance du CLS, après une éventuelle reconduction.

Or, elle pourrait tout de même continuer à soutenir certaines actions prioritaires. Comme me l'ont confirmé les entretiens menés sur le territoire du Graulhérois, la plupart des acteurs appréhendent la fin du CLS dans lequel ils sont impliqués et auraient besoin d'être confortés quant aux possibilités d'accompagnement post-contractuel pouvant se traduire de diverses façons. Il peut s'agir d'un soutien financier ponctuel attribué sur la base de crédits non reconductibles (CNR) aux partenaires fortement impliqués, ou dont l'effort est particulièrement important, ou encore aux actions dont l'impact positif ne peut se ressentir qu'à long terme. Le soutien de l'ARS pourrait également consister à prolonger le financement qu'elle accorde au poste de coordonnateur, afin que ce dernier fasse perdurer de façon opportune et adéquate les dynamiques impulsées par le CLS. Ce soutien est d'autant plus important que les acteurs politiques ont souvent tendance à inscrire leur action dans une logique de résultats à court terme, alors que la réduction des ISTS ne peut s'observer que par le biais d'une action prolongée sur les déterminants de santé.

Afin d'optimiser les actions déclinées dans ces contrats, il convient d'assurer un suivi rigoureux. A leur terme, une évaluation précise permettra d'en tirer un bilan quant aux atouts à renforcer et aux faiblesses à compenser en vue de la conclusion de futurs CLS.

3.3 Amélioration du suivi et de l'évaluation de l'outil CLS

Les aspects utiles et efficaces préalablement évoqués dans la définition de la performance proposée par l'IPP consistent à produire « *des effets, des impacts, des résultats qui contribuent à satisfaire les besoins humains* ». Leur développement nécessite notamment par un bon suivi (3.3.1) et une bonne évaluation des actions (3.3.2).

3.3.1 L'efficacité et l'adaptabilité des actions conditionnées par un suivi pertinent

L'équipe projet de chacun des CLS du Tarn est responsable de leur suivi, avec le soutien administratif et technique de l'IREPS si besoin, ainsi que l'aide prépondérante du coordonnateur s'agissant du CLS de la 3CS. Le contrat socle mentionne qu'ils « *présenteront à chaque COPIL [de suivi] les éléments permettant d'apprécier l'état d'avancement des actions retenues dans le CLS et réaliseront annuellement une synthèse des indicateurs de suivi* ». Les deux contrats stipulent que le COPIL se réunira deux fois par an pour assurer ce suivi. Or en 2015 il ne s'est réuni qu'une fois pour le CLS du Graulhérois, la seconde réunion étant programmée en février 2016.

L'objet du suivi consiste à s'assurer de la réalisation des actions dans de bonnes conditions, du bon emploi des ressources allouées par l'ARS et de la satisfaction des

indicateurs de suivi mentionnés dans les fiches actions. Or comme indiqué ci-dessus, ceux-ci ne sont pas définis de façon précise et sont souvent en nombre insuffisant. Bien qu'il ne faille pas les démultiplier afin d'éviter l'écueil d'une mauvaise lisibilité et applicabilité, il conviendrait de diversifier ces indicateurs, en conciliant les aspects quantitatif et qualitatif. Cela pourrait être inscrit de façon explicite dans la mission confiée à la chargée de mission IREPS. La précision des indicateurs de suivi est un levier important de la performance dans la réalisation des actions, permettant à leurs porteurs de mettre en œuvre les moyens adéquats pour parvenir – ou *a minima* tendre – à un résultat prédéfini.

Lorsque les indicateurs de suivi font apparaître d'éventuelles difficultés dans l'atteinte de ces objectifs, l'équipe doit pouvoir proposer des solutions aux partenaires concernés. Elle se doit ensuite de les accompagner de près afin de s'assurer de la résolution des problèmes

Cette phase de suivi vise à apprécier le degré de réalisation des actions et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus.

3.3.2 Optimiser la transposabilité des CLS grâce à l'amélioration de l'évaluation

L'évaluation du CLS consiste à formuler un jugement de valeur sur la politique menée, dont elle doit confronter les effets propres à ses objectifs initialement fixés. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « *l'évaluation de l'action publique (politique, programme, dispositif) a pour objet d'en apprécier la valeur au regard de certains critères, comme la pertinence, l'efficacité, l'efficience... notamment dans le but d'apporter des connaissances pour aider à la décision et éclairer le débat public* »⁴⁵.

D'après le guide d'évaluation réalisé par l'inspection générale de l'administration (IGA), des finances (IGF) et des affaires sociales (IGAS)⁴⁶, la valeur ajoutée du dispositif mis en œuvre s'évalue grâce à un faisceau d'indices comprenant la pertinence des objectifs par rapport aux besoins identifiés et aux priorités politiques émanant notamment du PRS ; leur hiérarchie ; leur cohérence avec les autres dispositifs interagissant avec celui en question ; ainsi que l'efficacité, l'efficience et la soutenabilité du dispositif.

En l'espèce, il semble difficile d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre quant à l'objectif global de réduction des ISTS, la durée des CLS conclus étant trop faible.

⁴⁵ *Méthodes d'évaluation des politiques publiques*, acte de séminaire, DREES, Etude et statistiques, Mai 2011.

⁴⁶ *Cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales*, Guide, IGA, IGF, IGAS, Décembre 2012

Toutefois, l'ARS de Midi-Pyrénées pourrait s'inspirer de pratiques développées par d'autres ARS pour mener cette évaluation à plus long terme. Ainsi par exemple, l'ARS Ile-de-France a mis en place une enquête⁴⁷ d'évaluation du processus de mise en œuvre des CLS au moyen d'un questionnaire en ligne réalisé. Celui-ci permettra de mesurer à plus grande échelle l'impact des CLS sur les ISTS puisque ce même questionnaire s'applique à tous les CLS de la région et dispose donc d'une vision large, tant géographique que temporelle. Afin de pouvoir rassembler les données et produire des indicateurs d'évaluation clairs, un tel questionnaire devrait comporter des possibilités de réponse fermée (oui/non ; score de satisfaction sur une échelle numérique etc.). Afin de pouvoir interpréter plus finement les résultats obtenus dans le but de conforter les atouts et de palier les faiblesses de l'outil CLS, il conviendrait d'ajouter pour chaque question un champ de texte libre permettant d'annoter des commentaires.

Au-delà de l'évaluation régionalisée, la DT doit pouvoir conduire une évaluation propre à chaque CLS. Cette évaluation locale relève à la fois d'une logique de conduite de projet et d'une logique de concertation, permettant d'en tirer un bilan partagé. L'évaluation des actions fait appel à des indicateurs de moyens et de résultats similaires à ceux présentés pour le suivi. De façon générale, il semble que les données issues du diagnostic initial n'aient pas suffisamment guidé la formulation d'objectifs à atteindre. Elles ont conduit à des fiches action⁴⁸ dont l'intitulé comprend pour la plupart un objectif qualitatif exprimé par un verbe d'action (accompagner, sensibiliser/informer, valoriser/renforcer/ améliorer, construire, favoriser, mutualiser, coordonner etc.). Aucun titre de fiche action n'évoque d'objectif quantitatif. Certains en sous-entendent tout de même, notamment à travers le terme « prévenir » le suicide ou l'obésité, visant logiquement à faire diminuer ces comportements. Paradoxalement, la plupart des indicateurs retenus sont quantitatifs et ne permettent donc pas d'évaluer de façon qualitative les objectifs visés par l'action. En outre, l'évaluation quantitative n'est pas non plus optimale. Cet écueil trouve plusieurs éléments de justification, comme le fait que les situations « évitées » grâce à des actions de prévention – visant à limiter l'ampleur de certains problèmes, tels que l'isolement des personnes âgées à domicile, le surpoids, le suicide etc – sont difficilement quantifiables puisqu'appréciées « négativement ». Les résultats quantifiés tels que le nombre de personnes ayant participé à une action (forum, ateliers, consultations...) ne sont pas toujours interprétés finement. Ces carences dans les indicateurs nécessiteraient d'être comblées, notamment en s'appuyant sur la compétence de l'IREPS en la matière.

⁴⁷ ARS Ile de France, *Evaluation du processus de mise en œuvre des CLS*, Novembre 2012.

⁴⁸ Enumérées en annexe

Afin d'éviter la dérive technocratique de l'évaluation, selon laquelle le point de vue des experts prendrait une place centrale, il convient de conforter la place des habitants des zones concernées, en tant que bénéficiaires premiers de l'outil CLS. En dépit de l'association difficile des représentants d'usagers aux travaux d'élaboration de ces contrats, cette faible concertation pourrait être compensée par une évaluation du dispositif par les usagers eux-mêmes.

Afin de faire perdurer les efforts de réduction des ISTS sur les territoires en question et ainsi de tendre vers cet objectif à plus long terme, elle doit parvenir à trouver des relais garants du maintien de la synergie des acteurs et de la poursuite des actions engagées. Pour cela, le coordonnateur a un rôle important à jouer. Le CLS est certes à l'origine de sa création mais ne doit pas être la condition du prolongement de son existence. La création de ce poste fut impulsée par l'ARS mais cette dernière ne doit pas en devenir la tutrice. Tel qu'il est prévu dans la fiche de poste n°23 du CLS de la 3CS, le poste de coordonnateur n'est porté que par l'ARS et la 3CS. Il serait intéressant d'impliquer plus fortement les secteurs sanitaire et médico-social dans la coordination des politiques de santé, en évoquant par exemple cette question lors des comités de suivi du CLS. Cela leur permettrait sûrement de mieux comprendre et apprécier la plus-value d'un tel poste dans l'idée de le prolonger au-delà de la durée du CLS, quitte à ce que l'ARS poursuive un soutien financier sur la base de crédits non reconductibles (CNR).

Conclusion

Présenté comme un outil de déclinaison locale du programme régional de santé, le CLS s'avère en réalité être également et surtout un outil de territorialisation à l'écoute des problématiques et enjeux locaux de santé publique. Bien qu'il n'existe juridiquement pas de politiques « locales » de santé, l'adaptabilité des CLS aux spécificités locales permet de mettre en œuvre des programmes d'actions au plus près des infra-territoires concernés, tout en s'inscrivant dans le cadre régional.

La transversalité dont ils font preuve entre les secteurs sanitaire, médico-social, social et le large champ d'action qu'ils englobent tendent vers l'apport d'une réponse globale aux inégalités sociales et territoriales de santé. A ce titre, le CLS offre à l'ARS la possibilité de dépasser son cadre traditionnel d'organisation, ayant tendance à être encore trop cloisonné. Cette démarche nécessite une concertation large entre les acteurs de terrain ayant un impact sur les divers déterminants de santé tels, économiques, environnementaux, culturels etc. La démocratie sanitaire mériterait d'être renforcée en donnant les moyens aux habitants de participer concrètement à toutes les phases d'un CLS, dont ils sont les premiers bénéficiaires.

La mise en place de ces contrats est coordonnée de façon prépondérante par l'ARS, mais cette dernière doit parvenir à susciter et maintenir l'implication des acteurs y étant associés. Les plus importants s'engagent contractuellement à ses côtés en signant le CLS. Les autres, dits *partenaires*, ne doivent pour autant pas être relégués au second plan puisque l'efficacité de la déclinaison concrète des actions sur le territoire dépend fortement de leur degré de participation. Cet outil intéressant doit ainsi relever de nombreux défis organisationnels afin de faire preuve d'une plus-value justifiant son existence.

Six ans après leur création, il convient de faire état des enjeux nationaux relatifs aux CLS et de leur devenir au regard des évolutions actuelles.

Bien que le déploiement de cet outil ait été relativement lent depuis sa création par la loi HPST en 2009, sa pertinence n'est pas remise en question. Réinscrit dans le projet de *loi de modernisation de notre système de santé* adopté en lecture définitive par le Parlement le 17 Décembre 2015 et en attente de validation définitive par le Conseil Constitutionnel, l'outil CLS demeure optionnel et ne bénéficie pas d'un cadre juridique plus précis que dans la loi HPST. Cette confirmation législative a en outre eu lieu en dépit du fait que les CLS ne sont pas passés par une phase expérimentale mais ont été ouverts à l'ensemble du territoire dès leur création en 2009.

De surcroît, aucune évaluation globale n'a été menée à l'échelon national, si ce n'est que le CLS a fait l'objet la mise en place d'un indicateur au sein du CPOM conclu entre l'administration centrale et les ARS, dans un but de réduction des inégalités sociales de santé.

L'idée principale à retenir des préconisations proposées dans ce rapport concerne l'efficacité de l'outil CLS. En tant que future inspectrice de l'action sanitaire et sociale, le point de vue majoritairement adopté a été celui de l'ARS. Cette dernière va voir le nombre de CLS augmenter, tant à l'échelon régional que dans chaque département. Afin de tenir le rythme de cette montée en charge, l'ARS devra concilier sa nécessaire présence centrale dans chacun des contrats et une implication raisonnable et acceptable, en termes de temps consacré et de moyens financiers alloués. En outre, de perfectionner cet outil, une méthodologie rigoureuse d'évaluation s'avère nécessaire. Celle-ci mérite d'être co-construite par tous les acteurs, avec un appui particulier de l'ARS et de l'IREPS qu'elle a choisi de solliciter dans le Tarn. Son but sera d'entériner les pratiques positives et de pallier les difficultés en vue de la mise en œuvre des CLS ultérieurs.

Force est de constater que l'impact sur les inégalités sociales et de santé est difficilement mesurable puisque leur réduction suscite une action multi-partenariale conduite à long terme autour des multiples déterminants de santé. Comme le souligne Nicolas Prisse⁴⁹, le CLS n'est pas un « *outil miracle* » en la matière. Tout un ensemble de stratégies et d'outils convergent dans la lutte contre ces inégalités : « *les politiques sociales dans leur ensemble, la politique de la ville, le PRAPS, la politique de territorialisation des agences etc.* ». Il en conclut que « *c'est la mobilisation de l'ensemble de ces leviers qui fera reculer le gradient social de santé* ». Afin d'y parvenir, les CLS méritent de continuer à être déployés sur le territoire et sans cesse améliorés grâce à la pratique d'une évaluation minutieuse.

⁴⁹ Nicolas PRISSE, médecin de santé publique au secrétariat général des ministères des affaires sociales, dans les actes du colloque *Villes, CLS et inégalités sociales de santé*, 21 Juin 2012, page 19/42 ; disponible sur internet : www.villes-sante.com/villes-contrats-locaux-de-sante-et-inegalites-sociales-de-sante/

Bibliographie

Règlementation

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

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

ASSEMBLEE NATIONALE, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, Petite loi, texte adopté n°650, 17 Décembre 2015, [visité le 05.01.2016], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0650.asp>

Article L.1434-17 du Code de la santé publique, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891661&dateTexte=&categorieLien=cid>

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, secrétariat général, Circulaire n° SG/DGS/2014/67 du 21 Février 2014 relative à la constitution d'un espace partagé sur les contrats locaux de santé (CLS), [visité le 26.08.2015], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-05/ste_20140005_0000_0091.pdf

MINISTRE DE LA SANTE, DES SPORTS ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT CHARGEE DE LA POLITIQUE DE LA VILLE, Circulaire du 20 Janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des CLS.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, Circulaire DGS/SP 2 no 2000-324 du 13 Juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire : l'annexe IV pose un cadre méthodologique de référence pour la mise en œuvre des ateliers santé ville.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Circulaire SG/DGS n°2014-67 du 21 Février 2014 relative à la constitution d'un espace partagé sur les contrats locaux de santé (CLS)

ASSEMBLEE NATIONALE, *projet de loi relatif à la solidarité et au renouvellement urbains*, 7 Février 2000, [visité le 14.12.2015], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl2131.asp>

Colloques, rapports

A.CORVEZ, 28 Novembre 2013, *Quelle proximité sur nos territoires de santé ?* Colloque Croix Rouge ; disponible sur www.ars.midipyrenees.sante.fr

Réseau français des villes santé de l'OMS, 21 Juin 2012, Colloque *Villes, CLS et inégalités sociales de santé*, Université de Saint Quentin en Yvelines ; disponible sur internet : www.villes-sante.com/villes-contrats-locaux-de-sante-et-inegalites-sociales-de-sante/

Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale des Finances, Inspection Générale des Affaires Sociales, *Cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales*, Guide, Décembre 2012.

Articles et ouvrages

J.PERROT et E.DE ROODENBEKE, 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Ed. Karthala, 575p.

Les Cahiers de la fonction publique n°336, Septembre 2013, pages 45-47

LAURENT-BEQ A. et LE GRAND E., « *Développer une approche territorialisée de la santé* », *La santé de l'homme*, n°383, Mai-Juin 2006, pp.16-17.

Gazette Santé Social, actes du colloque « *les enjeux locaux d'organisation de la santé* » consacré aux dynamiques territoriales de santé, Novembre 2010.

F.LERIQUE, *La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé*, RDSS n°5, 1^{er} Novembre 2013, p.859

P-H.BRECHAT, C.BONAL, M-R.GUEVEL, C.GRAVELAT, M-H.SCAPIN, P.THEBAULT, A.JOURDAIN, *La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations*, Journal de Gestion et d'Économie Médicales, n° 7-8, 405-428, 2013.

Documents institutionnels

IREPS MIDI-PYRENNES, Dossier documentaire : *le contrat local de santé, définition, enjeux, méthode, application*, M.CAMBON, Août 2014, 25p.

Projet régional de santé Midi-Pyrénées 2012-2017, disponible sur internet : <http://www.sante-midipyrenees.fr/>

Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées, 2012-2017, disponible sur internet : http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/L_ARS_MP/PSRS_MIDI-PYRENEES_11072012_1_.pdf

Mémoires et supports pédagogiques

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-Roussillon*. Mémoire de l'EHESP (IASS), 82 p.

M.BOUCAULT et M.GESTIN, 13 Octobre 2014, PPT *Contrats locaux de santé*, Formation Master PPASP – EHESP.

L.ALAUX, C.EYRAL, G.POIRAUDEAU, A.RENAULT, E.SAGNES, M.VIGNES, 3 Janvier 2013, *Les conditions d'élaboration des CLS : une approche de la performance en santé publique*. Recherche action de l'EN3S dirigée par B.PARENT, 116p.

Restitution collective des devoirs de planification – promotion IASS 2014-2016 – groupe sur les CLS – Novembre 2015.

Sites internet :

VINCENT D., ZIMMERMANN A., *Observation des dynamiques des contrats locaux de santé*, Juillet 2013, [visité le 28.05.2015], disponible sur internet : <http://fr.calameo.com/reaad/004299699f200d68ac93e/> et sur www.projetdeterritoire.com

INSEE, base de données, *Département du Tarn (81)*, [visité les 7.08.2015 et 28.12.2015], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-81>

ARS Midi-Pyrénées, *Contrats locaux de santé*, [visité le 10.01.2015], disponible sur internet : <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante.171262.0.html>

Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV), *référentiel national des ateliers santé ville (ASV)*, BO Santé – protection sociale – solidarité n°2012/4 du 15 Mai 2012, page 359, [visité le 13.12.2015] disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf

IRDES, *La couverture maladie universelle (CMU)*, [visité le 26.08.2015 ; mis à jour le 26.03.2013], disponible sur Internet :

www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm

ARS Ile-de-France :

- *Kit méthodologique national des CLS*, archives 2010-2011, disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante-le.116213.0.html>;
- *Evaluation du processus de mise en œuvre des CLS*, Novembre 2012, [visité le 12.01.2016], disponible sur internet : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Contrats_locaux_de_sante/Analyse-Eval-Processus-CLS-2012.pdf
- contrats locaux de santé signés – Seine-Saint-Denis, disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-Locaux-de-Sante-signes.126747.0.html>

Décision publique, *Mise en effectivité des contrats locaux de santé en France*, Juillet 2015, [visité le 02.10.2015], disponible sur internet : www.decisionpublique.fr

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Référentiel national des ASV*, BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2012/5 du 15 Juin 2012, disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-05/ste_20120005_0100_0087.pdf

SNPI (syndicat national des professionnels infirmiers), *ARS : la démocratie sanitaire, un enjeu prioritaire*, 7 Février 2012, (Intervention d'E.Wargon à l'ouverture du Forum de la participation citoyenne en santé, organisé par la CNS et la DGS le 9 décembre 2010), [visité le 15.12.2015], disponible sur internet : <http://www.syndicat-infirmier.com/ARS-la-democratie-sanitaire-un.html>

Mairie de Graulhet, Communiqué de presse Signature du contrat local de santé du Graulhérois, 21 Février 2014, [visité le 02.12.2015], disponible sur internet : http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/L_ARS_MP/Espace_presse/2014/CP-CLS-Graulhet.pdf

Institut de la performance publique, *La performance publique*, [visité le 11.01.2016], disponible sur internet : <http://www.ipp.fr/?page=pres>

Liste des annexes

Liste des entretiens menés.....	II
Grilles d’entretien semi-directif, questions générales auprès des acteurs de terrain.....	III
Questions supplémentaires spécifiques aux élus du CLS du Gers.....	III
Grille d’entretien en ARS et DT ARS.....	III
Dimension multi-partenaire du dispositif des CLS	IV
Périmètre d’action des CLS et déclinaison en thématiques, la conciliation des besoins locaux avec les objectifs du PRS	IV
Liste des 16 fiches actions du CLS du Gers	V
Liste des 33 fiches actions du CLS de la 3CS	VI
Densité de professionnels libéraux de la santé au 1er janvier 2013	IX

Liste des entretiens menés :

ARS et DT ARS	
Tout le long du stage	Membres de l'équipe projet du CLS de la 3CS au sein de la DT ARS du Tarn (<i>selon le modèle libre</i>): <ul style="list-style-type: none">- Isabelle VILAS, chef de projet et référente du groupe « personnes âgées »- Didier FAGET, inspecteur du pôle « personnes âgées »- Florence COMMES, infirmière de santé publique référente du groupe « jeunes »- Carole ALARCON, chargée de mission IREPS
Mercredi 19/08/2015	Mme SGRO, déléguée territoriale de la DT ARS 81 jusqu'au 1 ^{er} Septembre 2015 (<i>semi-directif</i>)
Mercredi 7/10/2015	M. HAMMOU-KADDOUR, délégué territorial de la DT ARS 81 depuis le 1 ^{er} Septembre 2015 (<i>semi-directif</i>)
Juin 2015	Nicole GEORGES, référente CLS à l'échelon régional (<i>semi-directif</i>)
Elus des collectivités territoriales concernées par le CLS	
Tout le long du stage	Membres du COPIL et des groupes de travail du CLS de la 3CS (<i>libre</i>)
Lundi 7/09/2015	Anne-Marie JARDRY, directrice du centre communal d'action sociale (CCAS) de Graulhet (<i>semi-directif</i>)
Mercredi 9/09/2015	Roger BIAU, adjoint au maire de Graulhet, en charge de la santé (<i>semi-directif</i>)
Mercredi 9/09/2015	Danielle DESERT, adjointe au maire de Graulhet (<i>semi-directif</i>)

Grilles d'entretien semi-directif, questions générales auprès des acteurs de terrain :

- Comment définiriez-vous la santé ?
- Quelle place a-t-elle dans les politiques menées sur votre territoire ?
- Estimez-vous avoir une bonne connaissance des problématiques de santé sur votre territoire ? Sur celui du CLS ?
- Qu'est-ce qu'un CLS pour vous ? Comment avez-vous connu ce dispositif ?
- Selon vous, quelle place devrait avoir l'ARS dans les CLS ?
- Comment définiriez-vous votre rôle dans la mise en œuvre et le suivi du CLS ?
- Quelle plus-value attendez-vous du CLS ?
- Pensez-vous que les actions menées pourront être pérennisées à l'issue du terme du contrat ?

Questions supplémentaires spécifiques aux élus du CLS du Graulhétinois :

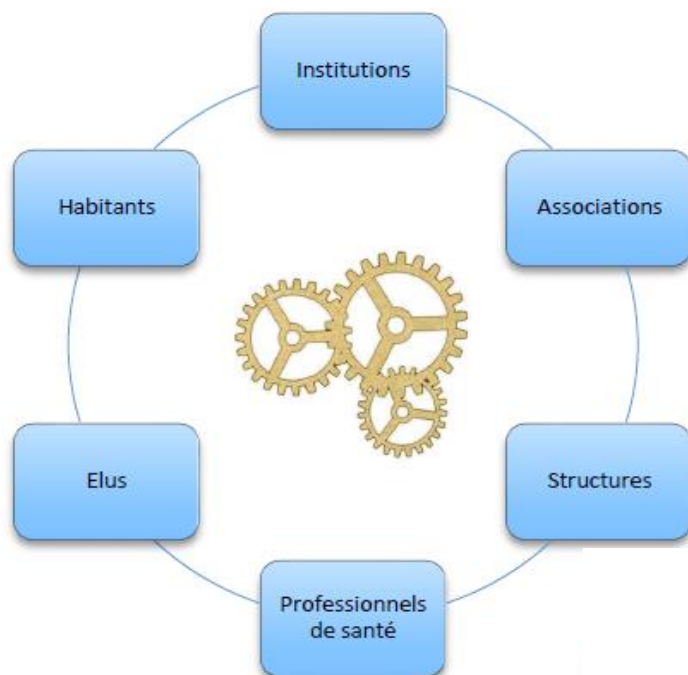
- Quels sont les 5 enjeux prégnants de votre territoire, toutes politiques confondues ?
- En quoi l'ASV de Graulhet a-t-il favorisé la démarche CLS ?
- Quelles sont les autres initiatives portées en matière de santé par votre ville ou par la communauté de communes dont vous faites partie, en dehors du cadre du CLS ? Au bénéfice de quels publics ?
- Mettez-vous à profit les temps périscolaires au bénéfice d'action pour la santé ?
- Regrettez-vous que le projet de MSP de Graulhet n'ait pas pu être intégré dans le CLS ?
- Y a-t-il d'autres problématiques que vous auriez souhaité y intégrer et qui n'y figurent pas ?

Grille d'entretien en ARS et DT ARS :

- Quelle devrait être la place de l'ARS dans la mise en œuvre des CLS ?
- Quels sont les acteurs indispensables d'un CLS ? Comment les signataires sont-ils déterminés ?
- Midi-Pyrénées comprend 33 bassins de santé. Sachant que 1 à 2 CLS est envisageable par bassin, la région dispose d'une potentialité de 60 à 70 CLS. Ainsi, comment priorisez-vous les territoires pour leur déploiement ?
- Jusqu'en 2015, aucun poste de coordonnateur n'était financé par l'ARS Midi-Pyrénées. Cette nouvelle possibilité octroyée en 2015 va-t-elle pouvoir bénéficier aux CLS préalablement conclus, par le biais d'un avenant ?

Dimension multi-partenaire du dispositif des CLS :

Extrait d'un document de travail interne à la DT ARS 81



Périmètre d'action des CLS et déclinaison en thématiques, la conciliation

des besoins locaux avec les objectifs du PRS : (source : Document de travail ARS

Ile de France, Avril 2011, Proposition de cartographie du périmètre potentiel d'un CLS, page 5/16, disponible sur internet : http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/8_7_2011_8_48_1_2-

[_ars_cls_cartographie_perimetre_avril_2011_vf_mode_de_compatibilite.pdf](#))



Liste des 16 fiches actions du CLS du Graulhérois :

AXE STRATEGIQUE 1 : Promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique auprès des enfants du Graulhérois pour prévenir le surpoids :

- **Fiche 1a** : accompagner les équipes opérationnelles de la restauration scolaire
- **Fiche 1b** : sensibilisation à l'accompagnement des enfants lors de la prise du déjeuner à l'adoption de comportements favorables à leur santé
- **Fiche 2a** : valoriser, consolider et développer le projet « bouger pour grandir »
- **Fiche 2b** : construire un réseau de professionnels de santé dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité
- **Fiche 3** : travailler l'équilibre alimentaire auprès des familles en situation de précarité, avec une attention particulière pour les enfants de moins de 3 ans

AXE STRATEGIQUE 2 : Faciliter le parcours de soins des patients diabétiques

- **Fiche 4** : favoriser le déploiement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient
- **Fiche 5** : intervention DIABSAT
- **Fiche 6** : favoriser l'intégration du suivi SOPHIA dans le cadre du projet personnel de soins du patient
- **Fiche 7** : réflexion autour de la mise en place d'un processus de repérage communautaire du diabète et d'accès à des consultations de diététiciens pour les publics précaires
- **Fiche 8** : information des professionnels du secteur social et bénévoles des associations caritatives par une ou plusieurs diététiciennes
- **Fiche 9** : mise en place d'une consultation avancée d'endocrinologie au sein du CH de Graulhet
- **Fiche 10** : présentation du programme Asalée par le Dr B.

AXE STRATEGIQUE 3 : Améliorer la réponse à la souffrance psycho-sociale des jeunes

- **Fiche 11** : favoriser les échanges des professionnels intervenant auprès des jeunes ; sensibilisation et formation des professionnels ; mise en place d'une culture commune de travail, développer les expériences existantes.
- **Fiche 12** : prévention du suicide chez les jeunes
- **Fiche 13** : renforcement du dispositif de soins et d'accueil en direction des adolescents
- **Fiche 14** : mutualiser les questionnements autour de l'accompagnement à la parentalité

Liste des 33 fiches actions du CLS de la 3CS :

Groupe de travail « public jeune »

AXE STRATEGIQUE 1 : Prévenir le surpoids et l'obésité en favorisant une alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique

- **Fiche 1a** : « pour être en bonne santé, j'agis », les ados bougent bien et mangent bien dans les structures du territoire
- **Fiche 1b** : « pour être en forme, j'agis », les « A crocs la forme » chez les enfants et adolescents
- **Fiche 1c** : « pour être en forme j'agis »... à l'école
- **Fiche 2** : « bien manger bien bouger » dès la maternelle en prévention du surpoids et de l'obésité infantile
- **Fiche 3** : « la santé dans mon assiette », les bonnes pratiques alimentaires, des aliments de qualité à portée de la main
- **Fiche 4** : projet « Alter et Go ! »
- **Fiche 5** : éducation autour de l'hygiène de vie du jeune enfant en structure d'accueil petite enfance

AXE STRATEGIQUE 2 : Développer les notions de prévention concernant l'éducation à la vie affective et sexuelle des jeunes et la prévention des comportements à risque

- **Fiche 6** : sensibilisation des professionnel-le-s à l'accueil et l'écoute sur les questions de vie affective et sexuelle
- **Fiche 7** : quand respect rime avec égalité
- **Fiche 8** : coordonner les partenaires afin de faciliter le maillage des actions sur le territoire
- **Fiche 9** : promotion de la santé des jeunes en milieu scolaire

AXE STRATEGIQUE 2 : Améliorer la réponse à la souffrance psycho-sociale des jeunes et prévenir les conduites à risque

- **Fiche 10** : développer la prévention chez les adolescents et lutte contre les addictions dans les collèges et lycées de la 3CS
- **Fiche 11** : mettre en place une permanence d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation et d'accès aux soins pour les 12/15 ans et leurs familles, articulée avec le CMPEA et le CMP
- **Fiche 12a** : améliorer la réponse à la souffrance psycho-sociale des jeunes en favorisant une réponse concertée par l'actualisation de l'annuaire des ressources

- **Fiche 12b** : améliorer la réponse à la souffrance psycho-sociale des jeunes en favorisant une réponse concertée en favorisant l'interconnaissance par la mise en place et l'animation d'une plateforme collaborative pluridisciplinaire et plus institutionnelle (échanges et pratiques)
- **Fiche 13** : prévenir les risques de crise suicidaire chez les jeunes

Groupe de travail « public personnes âgées »

AXE STRATEGIQUE 1 : Faciliter le parcours de santé coordonné de la personne âgée en renforçant les relations interprofessionnelles

- **Fiche 14** : mettre à disposition des professionnels du champ « personnes âgées » un recensement actualisé des ressources existantes sur le territoire
- **Fiche 15** : mettre en place une sensibilisation des professionnels de l'aide à domicile sur les problématiques majeures rencontrées (hygiène, bienveillance, handicap...) dispensée par les professionnels de santé du territoire
- **Fiche 16** : organiser une journée thématique en lien avec la santé des personnes âgées à destination des professionnels

AXE STRATEGIQUE 2 : Favoriser le parcours coordonné de la personne âgée vivant à domicile

- **Fiche 17** : favoriser l'approche globale des problématiques et des réponses aux besoins des personnes âgées à domicile par le déploiement de la plateforme du bien vieillir en Ségala
- **Fiche 18a** : favoriser l'essaimage des « Escambiars des aidants »
- **Fiche 18b** : développer l'offre de séjours de répit pour les aidants du territoire de la 3CS (1 week-end en 2015 et 2016, 2 week-end par an à partir de 2017) et le travail avec les offres d'hébergement temporaire du territoire
- **Fiche 18c** : former les acteurs locaux (bénévoles et professionnels d'aide à domicile) à l'animation d'ateliers de promotion de la santé et de préservation de l'autonomie
- **Fiche 18d** : déployer par le recours des professionnels des actions de prévention : ateliers « mémoire », « nutrition » et « activité physique » auprès des personnes âgées
- **Fiche 19a** : mise en place par le SSIAD de la CARMI SO d'une tournée dédiée à la prise en charge des usagers atteints de troubles cognitifs pour tendre vers un accompagnement coordonné et continu
- **Fiche 19b** : mise en place d'une prise en charge globale du patient/usager pour tendre vers un accompagnement coordonné et continu sur le territoire du CLS

AXE STRATEGIQUE 3 : Prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée

- **Fiche 20a** : « la vie à pleine dents longtemps », actions dans les EHPAD et les SSIAD
- **Fiche 20b** : « la vie à pleine dents longtemps », actions dans les SAD (ASAD + ADMR)
- **Fiche 21** : organiser à Carmaux un forum de proximité : préserver l'autonomie de la personne âgée, avoir une meilleure connaissance des risques liés à l'avancée en âge. Prévoir un prolongement dans les zones rurales.
- **Fiche 22** : repérage et prise en charge de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 70 ans
 - o **22a** : plan de repérage des personnes fragiles
 - o **22b** : évaluation gériatrique de premier recours (EGPR)
 - o **22c** : plan de prévention personnalisé
- **Fiche 23** : coordonnateur du CLS

Densité de professionnels libéraux de la santé au 1er janvier 2013 (en nombre pour 100 000 habitants), Source : document de travail interne à l'ARS MP, données tirées des sources ARS, Drees, Adeli, Finess et Insee.

	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	MP	France métropolitaine
Médecins généralistes	116	101	129	113	111	136	112	103	120	106
Médecins spécialistes	49	60	146	53	45	81	89	81	102	94
Infirmiers diplômés d'État	247	249	202	222	207	271	287	203	227	146
Chirurgiens-dentistes	56	57	85	54	55	66	51	51	68	57
Masseurs kinésithérapeutes	100	95	142	87	95	108	92	98	116	94
Pharmaciens	98	122	124	110	104	126	114	91	116	114

HAY

Johanna

Mars 2016

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2014-2016

Les contrats locaux de santé comme outil au service de la coordination territoriale : l'exemple du Tarn

Résumé :

Les contrats locaux de santé constituent un outil au service d'une meilleure coordination territoriale des politiques de santé publique.

Ce travail présente la souplesse que la loi HPST leur a accordé lors de leur création en 2009. Cela permet à une multitude d'acteurs de mettre en place des actions adaptées aux spécificités territoriales soulevées dans un diagnostic partagé. L'enjeu sous-jacent est la réduction des inégalités sociales de santé.

Ces aspects sont analysés concrètement à travers l'exemple des deux CLS dans le département du Tarn. Le premier, signé en Février 2014, bénéficie d'un recul de deux ans, tandis que le second a été signé en Octobre 2015. Il s'agit de comprendre comment les territoires, les acteurs, les thématiques et les actions ont été déterminés. L'analyse porte également sur la façon dont les CLS s'articulent avec les outils locaux préexistants, tant en matière de déclinaison locale des politiques de santé que de prise en compte des divers déterminants de santé dans un but de réduction globale des inégalités. En outre, il est fait état du rôle central de l'ARS dans le déploiement des CLS comme outil d'animation territoriale. Enfin, l'identification des principales fragilités dont a fait preuve la déclinaison des CLS dans le Tarn a permis de formuler des préconisations visant à améliorer la performance de cet outil.

Mots clés :

Contrat local de santé ; coordination ; territoire ; politique de santé ; Tarn ; animation territoriale ; inégalités sociales et territoriales de santé ; diagnostic ; programme régional de santé.

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.