



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Évaluation du contrat local de santé 2013-2015
de la ville de Rennes :

Quels sont les apports pour
les signataires et les bénéficiaires de ce contrat ?

TIPHAINE BERVILLER

19 août 2016

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des acteurs ayant concouru à l'accomplissement de l'évaluation du contrat local de santé de la ville de Rennes et particulièrement :

- Nathalie LE FORMAL, Directrice de la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, de son accueil dans le Département « Action et Animation Territoriales de Santé » et de la confiance accordée pour réaliser cette mission.
- Arnaud LAURANS, Responsable de la Direction Santé Publique Handicap de la Ville de Rennes, et surtout Solen FERRE, Chargée de Mission Promotion Santé Territoires de la Ville de Rennes, de son accompagnement dynamique tout au long de la période évaluative et de l'aide précieuse apportée dans la rédaction du rapport d'évaluation.
- Le groupe restreint d'évaluation composé de huit membres volontaires du Comité Consultatif Santé Environnement de leur adhésion à cette instance de concertation et de leurs remarques constructives.
- Les 57 interlocuteurs du domaine sanitaire et social impliqués dans le contrat local de santé rennais, ayant accepté de participer à l'enquête qualitative, de leur disponibilité pour me recevoir en entretien et de l'exhaustivité de leurs réponses.
- Béatrice TANCRAY, Assistance de direction à la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, et Céline BARUCCI, Secrétaire d'Arnaud LAURANS à la Direction Santé Publique Handicap de la Ville de Rennes de leur soutien organisationnel et logistique.

Je souhaite également remercier les opérateurs de la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ainsi que de la Direction Santé Publique Handicap de la Ville de Rennes, de leur intérêt concernant l'avancée de mon intervention ainsi que des échanges enrichissants relatifs à leur activité, et notamment Laurence RONGERE qui a par ailleurs été à l'origine de ma décision de m'orienter en santé publique.

Je remercie enfin les membres de l'équipe pédagogique du Master 2 « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » de l'École des Hautes Études en Santé Publique :

- Françoise JABOT, Enseignant-chercheur et tutrice de stage, de ses conseils méthodologiques et de lecture avisés.
- Arnaud CAMPEON, Responsable du Master 2, de m'avoir encouragée à me saisir de ce thème de stage pour investir les savoirs acquis et développer de nouvelles compétences.
- Régine MAFFEI, coordinatrice pédagogique de ce Master 2, de ses propositions visant à faciliter les démarches administratives dans ce cadre et du gain de temps en résultant.

Liste des sigles utilisés

AATS	: Département de l'Action et de l'Animation Territoriales de Santé
APRAS	: Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale
ARS	: Agence Régional de Santé
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CCSE	: Comité Consultatif Santé-Environnement
CD	: Conseil Départemental
CEI	: Conseiller en Environnement Intérieur
CHGR	: Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CISS	: Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	: Contrat Local de Santé
CLSM/CRSM	: Conseil Local/Rennais de Santé Mentale
CMU-C	: Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CODERPA	: Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
CoPil	: Comité de pilotage
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CR	: Conseil Régional
CT	: Conférence de Territoire
DD 35	: Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne
DDCSPP	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DSPH	: Direction Santé Publique et Handicap
EHESP	: École des Hautes Études en Santé Publique
EIS	: Évaluation d'Impact sur la Santé
EPS	: Éducation Pour la Santé
FNApsy	: Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie
GT	: Groupe de travail
IA	: Inspection Académique

INPES	: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ISTS	: Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
JMS	: Journée mondiale du SIDA
LHI	: Lutte contre l'Habitat Insalubre
LMNSS	: Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
MAIA	: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	: Maison Associative de la Santé
MO	: Milieu ordinaire
MPST	: Mission Promotion Santé Territoires
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORS(B)	: Observatoire Régional de Santé (de Bretagne)
PEC	: Prise en charge
PLS	: Plan Local de Santé
PPASP	: Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PPS	: Prévention et Promotion de la Santé
PTS	: Programme Territorial de Santé
QAE	: Qualité de l'Air Extérieur
QAI	: Qualité de l'Air Intérieur
ReVAA	: Rennes Ville-Amie des Aînés
RSA	: Revenu de Solidarité Active
RFVS	: Réseau Français des Ville-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé
SAAD	: Service d'Aide À Domicile
SAF	: Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SI	: Système d'information
SIDA	: Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
SISM	: Semaine d'Information sur la Santé Mentale
SM	: Santé Mentale
UNAFAM	: Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
URPS ML	: Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux
VVSE	: Département Veille et Sécurité Sanitaires et Environnementale

Sommaire

Introduction.....	1
La démarche « Contrat Local de Santé » de la ville de Rennes	5
1. Un territoire de proximité réunissant les conditions pour agir sur la santé	5
1.1. Une situation empreinte de disparités sociales et territoriales	5
1.2. Une mobilisation historique et volontariste en faveur de la santé des rennais	7
2. Les éléments de référence cadrant le projet à l'échelle de la commune	9
2.1. Le contexte réglementaire.....	9
2.2. L'interface entre les stratégies locales en santé	9
2.3. Les enjeux pour les parties prenantes.....	11
3. L'ambition d'un processus partagé et participatif dès la conception du contrat	12
3.1. La composition des instances d'élaboration	12
3.2. La structuration de l'outil	13
3.3. L'organisation du déploiement et du suivi.....	16
4. Les modalités déterminant la conduite de l'évaluation du CLS	17
4.1. La présentation de la commande évaluative	18
4.2. La gouvernance de l'évaluation.....	19
4.3. Le déroulement de la démarche évaluative	20
4.4. Le souhait d'une étude approfondie sur l'accompagnement de proximité.....	21
L'analyse de l'intervention développée autour du CLS	23
5. Le CLS rennais : le résultat d'une élaboration concertée et cohérente	23
5.1. Des rencontres fonctionnant sur un mode d'action collaboratif.....	24
a. Les groupes experts.....	24
b. Les fiches projets	24
c. Le temps de l'écriture	25
5.2. Un contenu structuré en adéquation avec les enjeux partagés du territoire.....	26
a. Le diagnostic partagé	26
b. Du diagnostic aux objectifs	27
c. L'origine des actions du contrat local de santé	27
6. Déploiement, animation et suivi : le cœur de la dynamique de coordination	29
6.1. Une animation partagée, pragmatique mais insuffisamment incarnée.....	29
a. L'animation du contrat	30
b. La communication	30

6.2. Une mise en œuvre établie sur des bases solides ou encore à conforter.....	31
a. Les points forts de son application.....	31
b. Les marges d'amélioration.....	32
c. Les fiches actions.....	33
6.3. Un suivi annuel fondé sur l'avancée des actions	34
a. La formalisation des bilans d'étape.....	34
b. Les points intermédiaires avec les partenaires du CLS	36
7. Résultats et impacts du CLS rennais.....	37
7.1. La complexité de l'articulation de politiques publiques	37
a. Une ambition partagée	37
b. Une impression de complexité persistante	37
c. Cadre réglementaire et territoires prioritaires : un équilibre à trouver.....	38
7.2. Un levier de décloisonnement des approches en santé	39
a. Des relations partenariales enrichies.....	39
b. Une interconnaissance accentuée.....	39
c. Une culture commune à étayer.....	40
7.3. Une première version offrant un cadre de référence à rendre plus lisible	41
a. L'appropriation de l'outil.....	41
b. Un instrument de lutte contre les inégalités de santé.....	41
c. Le périmètre géographique couvert par le contrat	42
Des préconisations	44
8. Approfondir les articulations entre les acteurs et les actions.....	44
8.1. Consolider le CLS en tant que levier de lutte contre les inégalités de santé.....	44
8.2. Adapter le périmètre géographique couvert	46
8.3. Renforcer la dynamique des validations institutionnelles.....	47
9. Orienter l'élaboration autour de l'interconnaissance et de la priorisation	48
9.1. Maintenir la logique de co-construction avec les partenaires.....	48
9.2. Convenir de données opérationnelles et ciblées	50
9.3. Cibler méthodologiquement les actions à inscrire dans le contrat	50
10. Étayer le déploiement de l'outil pour une meilleure efficacité.....	53
10.1. Procurer davantage de visibilité à l'animation	53
10.2. Ajuster sa mise en œuvre pour aller vers un CLS plus efficace	53
10.3. Instaurer un suivi du contrat dans une approche transversale	54
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	63

Introduction

L'échelon régional s'affirme progressivement depuis 2008 comme le niveau pertinent pour conduire la politique de santé¹ en étant assorti de la convergence d'un double mouvement à cette échelle (Jabot, 2005). Simultanément, des orientations nationales se traduisent dans les programmes en région et des dynamiques locales se concrétisent par des projets de territoire comportant régulièrement un volet santé.

La réforme du pilotage régional est, à l'origine, préconisée pour optimiser le système de santé en actionnant deux principaux leviers (Ritter, 2008). Le premier est de l'unifier en décloisonnant ce dernier et en développant la cohérence des stratégies de santé tandis que le second, en les adaptant aux spécificités territoriales, est de le responsabiliser.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est la « *clef de voûte* » de cette nouvelle organisation prévue par la loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (ARS Bretagne, s.d.). Sa promulgation a eu pour effet de réunir des structures² étatiques et de l'Assurance Maladie au sein de cet établissement public autonome sur les plans tant administratif que financier.

De la sorte, l'Agence est un « *interlocuteur unique* » chargé du pilotage en région de la politique de santé publique³ et de ses déclinaisons⁴ dans une approche globale, coordonnée et transversale visant l'amélioration de la santé de la population. Ces composantes sont le fruit, dans un souci d'efficacité et de transparence, d'une concertation avec l'ensemble des acteurs locaux de santé⁵ dans les instances l'entourant (conseil de surveillance, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, commissions de coordination et huit conférences de territoire⁶).

L'ARS de Bretagne, ouverte en avril 2010, est composée de cinq directions⁷ et de quatre délégations⁸ ancrées dans chaque département qui garantissent la territorialité des interventions en opérant au plus près des besoins des bretons (ARS Bretagne, 2016).

¹ Multiplication d'instances régionales compétentes, organisation de la concertation dans le cadre des conférences de santé, définition des priorités de santé publique et mise en œuvre de programmes.

² Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), Groupement régional de santé publique (GRSP), Mission régionale de santé (MRS) en totalité, et Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), Caisse régionale d'assurance maladie (Cram), Direction régionale du service médical (DRSM), Mutualité sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI) en partie.

³ Les domaines de santé publique : prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire, accompagnement et organisation de l'offre de soins en ville, en établissement de santé et médico-sociaux.

⁴ Projet Régional de Santé, Programme Territorial de Santé, Contrat Local de Santé,... sont des outils au service de la politique de santé de l'État en région et répondent à la volonté d'adapter leur application aux territoires.

⁵ Les acteurs locaux de santé : État, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé, associations d'usagers, partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux

⁶ L'ARS de Bretagne a défini 8 territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours.

⁷ L'ARS de Bretagne compte environ 410 agents répartis dans trois directions métiers - Direction des coopérations territoriales et de la performance ; Direction de la stratégie régionale en santé ; Direction de la santé publique - et deux directions supports - Direction des ressources ; Agence comptable -.

⁸ Les quatre délégations de l'ARS de Bretagne : des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

Ayant auparavant apprécié de contribuer à l'action des services de l'État⁹, cet attrait m'a naturellement amenée à intégrer le Département « Action et Animation Territoriales de santé » de la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine pour effectuer mon stage de deuxième année de Master « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Commandée conjointement par l'ARS de Bretagne et la Ville de Rennes, ma mission consistait, entre le 22 février et le 12 juillet 2016, à évaluer le contrat local de santé (CLS) 2013-2015 de la ville de Rennes.

Le CLS résulte de la rencontre entre une démarche descendante des politiques de santé de l'État, au travers du Projet Régional de Santé (PRS), et une démarche ascendante des politiques locales. Cette logique de contractualisation concourt à une meilleure articulation avec les problématiques de terrain pour apporter des réponses adaptées tenant compte de la réalité des ressources mais aussi des offres et demandes de proximité (Jacquet, 2015). Au demeurant, le cadre réglementaire est très succinct quant à son contenu et aux périmètres concernés par sa mise en œuvre, ce qui procure une grande souplesse pour nourrir l'ambition de faire de ce contrat un « *outil privilégié de construction de politiques de santé globale dans les territoires* ».

L'efficacité du CLS repose à cette fin sur une gouvernance adéquate conjuguant trois acteurs¹⁰ primordiaux : les décideurs, les financeurs¹¹ et les opérateurs (Cros, 2014). Bien que sur « *le plan juridique c'est-à-dire de compétence, la santé relève d'abord, mais non exclusivement de l'État* », le rôle des collectivités territoriales est essentiel pour territorialiser l'action publique dans ce champ en s'appuyant sur leur connaissance du territoire et l'expertise des élus locaux¹² (Ministère de la Santé et des Sports, 2009). Leur capacité à mobiliser les réseaux partenariaux autour d'enjeux communs confère également de la légitimité au contrat.

À ce titre, le « *contrat local de santé est une machine d'entraînement des acteurs de santé, qui est l'expression concrète d'un processus (...) participatif et démocratique autour de la santé* » appréhendée au sens large en portant sur toutes ses dimensions¹³ (Mairieconseils, 2013). La prise de conscience aussi bien des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé que des impacts multisectoriels¹⁴ sur la santé a souligné l'importance d'impliquer dans

⁹ Stages effectués en 2014 au Département « Promotion de la Santé et Prévention » de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire pour procéder à l'état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé menées en 2013 par les établissements sanitaires de cette région (enquête quantitative puis qualitative).

¹⁰ Ceux qui déterminent le chemin à suivre pour atteindre les objectifs de santé, ceux qui disposent des moyens pour que l'action puisse être entreprise et ceux qui construisent l'action de santé sur le territoire. Ce cadre inclut quatre grands acteurs : l'État (préfet, recteur), les hôpitaux et les médecins, les acteurs territoriaux, et enfin, les financeurs (assurance maladie, MSA, etc.).

¹¹ Souvent le CLS n'apporte pas de financement supplémentaire. Comme il n'existe pas d'enveloppe dédiée, les financements des actions déclinées dans le CLS sont assurés par des redéploiements de crédits.

¹² Les élus sont, d'une part, des représentants des citoyens ainsi que de leurs attentes et, d'autre part, à la croisée de l'ensemble des politiques locales.

¹³ Les dimensions de la santé : facteurs biologiques, environnementaux, économiques, culturels, habitudes de vies,...

¹⁴ L'accès aux soins et à la prévention, l'habitat, le transport, l'environnement, la cohésion sociale... ces champs sont prégnants dans les CLS.

cette stratégie les divers intervenants du bien-être¹⁵ des populations conformément à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la charte d'Ottawa¹⁶ (OMS Europe, 1986).

Au regard des conclusions de plusieurs études, l'interconnexion entre les différentes politiques publiques connexes à celles de la santé favoriserait la réduction des disparités sanitaires en agissant sur les déterminants de santé et notamment les conditions de vie des habitants (Schapman-Ségalié, 2014). L'accès aux droits et aux soins dont sont fréquemment éloignés les publics fragiles du fait du vieillissement ou de la précarisation ainsi que la prévention et de la promotion de la santé des plus jeunes sont une double orientation récurrente des CLS menés en milieu urbain. Ces outils ont donc vocation, en complémentarité d'autres dispositifs, à infléchir¹⁷ les inégalités de santé même si cet objectif n'est pas formellement précisé dans la loi dite HPST.

En outre, les politiques de santé étant caractérisées par une pluralité de niveaux d'intervention et d'acteurs, le contrat constitue un cadre propice pour concilier les intérêts divergents des multiples parties prenantes et leurs méthodes d'action (Assemblée des communautés de France, 2012). La contractualisation s'établit alors au profit de la mutualisation des moyens et de la construction d'une culture partagée en vue de pérenniser des activités préexistantes, de finaliser celles en cours de réflexion, d'innover en matière d'initiatives à entreprendre et de les harmoniser (Jabot, 2004). Cette formalisation dans un document unique met ainsi en visibilité la dynamique locale de santé tout en renforçant la coordination entre les partenaires et les opérations.

Au terme du premier semestre de l'année 2015, près de 260 contrats locaux de santé avaient été instaurés et 58 en étaient au stade d'élaboration, couvrant *de facto* 28 % de la population et 18 % du territoire national approximativement (Décision Publique, 2015). Son utilisation, majoritairement à l'échelon de la ville (59 %¹⁸), semble avancée dans les régions bretonne et francilienne mais reste, en revanche, relativement marginale en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou encore Basse-Normandie. L'effectif de signataires est par ailleurs rarement élevé à l'exception, du CLS rennais et de celui de Haute-Corrèze-Ussel en particulier¹⁹.

Depuis octobre 2011, treize contrats bretons²⁰ ont été conclus dont huit au niveau d'un

¹⁵ Acteurs du bien-être : acteurs sanitaires, acteurs médico-sociaux, acteurs sociaux, acteurs de prévention mais aussi tous les autres acteurs qui pèsent sur l'état de santé des populations.

¹⁶ Les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa : Élaboration de politiques pour la santé ; Création d'environnements favorables ; Renforcement de l'action communautaire ; Acquisition d'aptitudes individuelles ; Réorientation des services de santé.

¹⁷ L'objectif de réduction des inégalités santé est souvent réaffirmé par les pouvoirs publics : loi de Santé Publique du 9 août 2004, circulaire du 20 janvier 2009, Stratégie Nationale de Santé présentée le 23 septembre 2013 préfigurant la loi de Modernisation de Notre Système de Santé du 26 janvier 2016,...

¹⁸ Comparativement au recours aux CLS au niveau des communautés de communes (23 %) et pays (17 %).

¹⁹ En général, les contractants sont exclusivement l'ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements mais, concernant le CLS à Rennes et en Corrèze, quatorze et quinze signataires sont respectivement dénombrés.

²⁰ Pays de Vitré, Pays du Centre Ouest Bretagne, Communauté de communes de Belle-Île en Mer, Morlaix Communauté, Ville de Rennes, Pontivy Communauté, Pays de Ploërmel, Pays de Fougère, Pays du Trégor Goelo, Pays de Redon, Centre Bretagne, Pays de Guingamp et Communauté de communes de Quimperlé.

Pays²¹ qui, étant considéré comme « *une échelle territoriale suffisamment vaste* » empreinte d'une « *cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale* », représente un des critères de priorisation de l'ARS de Bretagne²². (Gouvernement français, 1999). Actuellement, trois nouveaux CLS²³ sont en préparation et quatre ont déjà été évalués²⁴.

En dépit de recul à propos du dispositif évaluatif des contrats locaux de santé lié à leur mise en place récente, trois raisons plaident en faveur d'une installation généralisée et durable de l'évaluation dans les pratiques professionnelles (Migaud, 2013). La première équivaut au souci de transparence dans l'usage des fonds publics qui est l'une des composantes de la démocratie. La deuxième correspond à l'exigence accrue des citoyens quant à la qualité²⁵ des services publics. La troisième émane de la complexité croissante des politiques publiques qui s'explique en partie par l'affluence graduelle d'intervenants. Dans un contexte de fortes contraintes pesant sur les finances publiques, sa nécessité en est d'autant confortée, ce qui amène à envisager son utilité sous quatre angles (Fouquet, 2013). L'évaluation est employée comme un moyen tant de légitimation que d'optimisation des dépenses publiques et dans la perspective d'améliorer l'application des programmes publics et des politiques sectorielles.

La production de connaissances est au fondement de ses objectifs en direction de deux destinataires. Le grand public s'en saisit pour estimer la valeur d'une politique ou d'un dispositif, surtout quant à ses effets, alors que le décideur se l'approprie afin d'en développer la pertinence, l'efficacité, la cohérence, l'efficience et les impacts (Société française d'évaluation, 2006). Aussi, l'évaluation s'inscrit dans une triple finalité : celle d'éclairer ce dernier pour l'aider à statuer sur la poursuite de l'expérience, son extension et la reconduction des financements après en avoir « *tirer des enseignements* », cette étape étant l'occasion d'apprendre dans l'optique ultérieure de mieux piloter, valoriser et donner du sens à l'action publique ; celle de rendre compte au citoyen²⁶ ; celle enfin d'alimenter la réflexion et le débat public (Jabot, 2010).

C'est dans cette conception qu'à l'approche de l'échéance du contrat local de santé 2013-2015 de la ville de Rennes, son évaluation finale s'est réalisée dans l'intention de répondre à la problématique suivante : « *Quels sont les apports de cet outil pour les signataires et les bénéficiaires ?* ». À cette fin, les éléments de contexte relatifs à la démarche CLS sont exposés avant d'analyser le processus d'intervention pour mettre en évidence ses atouts et fragilités ainsi que ses résultats afin de proposer, en définitive, des mesures d'ajustement.

²¹ Selon un rapport parlementaire de 2006, le Pays était considéré par des présidents de Pays comme un « *espace de projets à l'échelle d'un bassin de vie pertinent ; un échelon de coordination pour certaines politiques intercommunales ; et un lieu de démocratie de proximité* » (Fouché, 2006).

²² En Bretagne, la région est découpée en 21 Pays.

²³ Pays de Brest, Communauté de communes de Concarneau/Cornouaille agglomération et Pays de Brocéliande.

²⁴ Pays de Vitré, Pays du Centre Ouest Bretagne, Communauté de communes de Belle-Île, Morlaix Communauté.

²⁵ En matière d'accessibilité, de simplicité, d'efficacité, de fiabilité, de célérité et de personnalisation.

²⁶ Selon l'article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, « *la Société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ».

La démarche « Contrat Local de Santé » de la ville de Rennes

Le Contrat Local de Santé (CLS) de la ville de Rennes est éclairé sur les champs couvrant, en particulier, le périmètre d'action (1), le cadrage du projet (2), le dispositif d'élaboration et de suivi (3) et les modalités de l'évaluation (4).

1. Un territoire de proximité réunissant les conditions pour agir sur la santé

La ville de Rennes semble constituer un échelon opportun pour cerner les problèmes de santé et apporter des réponses adaptées aux besoins des citoyens. Des acteurs publics interviennent alors, avec une antériorité établie, en vue de faire de la santé un facteur de développement social, économique et environnemental (Ville de Rennes, 2016b).

1.1. Une situation empreinte de disparités sociales et territoriales

La population rennaise présente un état de santé favorable dans l'ensemble mais une mortalité prématurée et prématurée évitable supérieure à la moyenne nationale (ORS Bretagne, 2010). Au regard de ces données épidémiologiques, une distinction apparaît en fonction du genre. Tandis que les décès survenant avant 65 ans sont plus élevés chez les hommes, ceux assimilés à des pratiques à risques prédominent nettement chez les femmes. Dans ce cadre, les principales causes recensées correspondent aux pathologies liées à l'alcool et aux suicides. Ces constats relatifs à la mortalité prématurée évitable reflètent les marges de manœuvre dont disposent la collectivité et les individus en matière de prévention des comportements à risque, concernant essentiellement ceux associés à l'alcool et le mal-être, afin de la réduire (Figure 1).

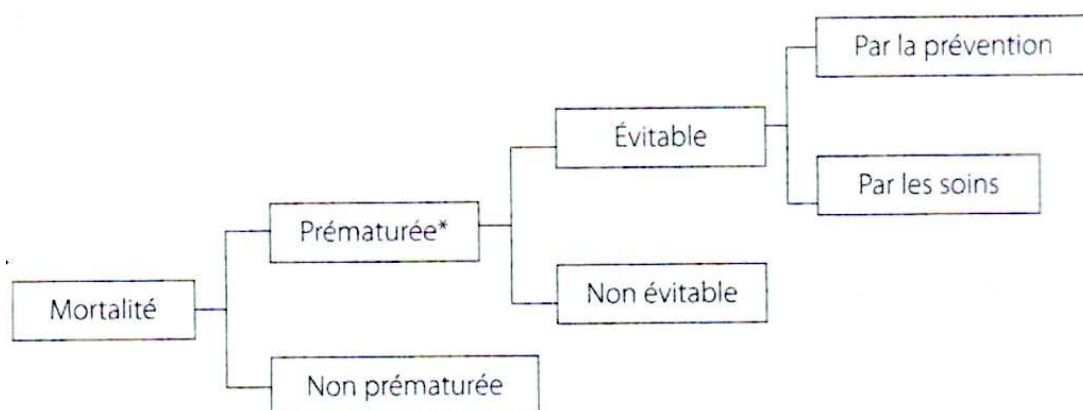


Figure 1 : Décomposition de la mortalité en plusieurs sous-ensembles (Polton, 2014)

D'un point de vue démographique et socio-économique, la ville de Rennes concentre un public en situation de vulnérabilité (errance, migration) nombreux ainsi que de fortes hétérogénéités entre ses douze quartiers (APRAS, 2013). Les cinq zones urbaines sensibles (ZUS) comptent un quart des habitants de la commune²⁷ et les taux de bénéficiaires des minima sociaux, de la couverture maladie universelle (CMU) et CMU complémentaire (CMU-C) et des affections de longues durées les plus hauts (Figure 2).

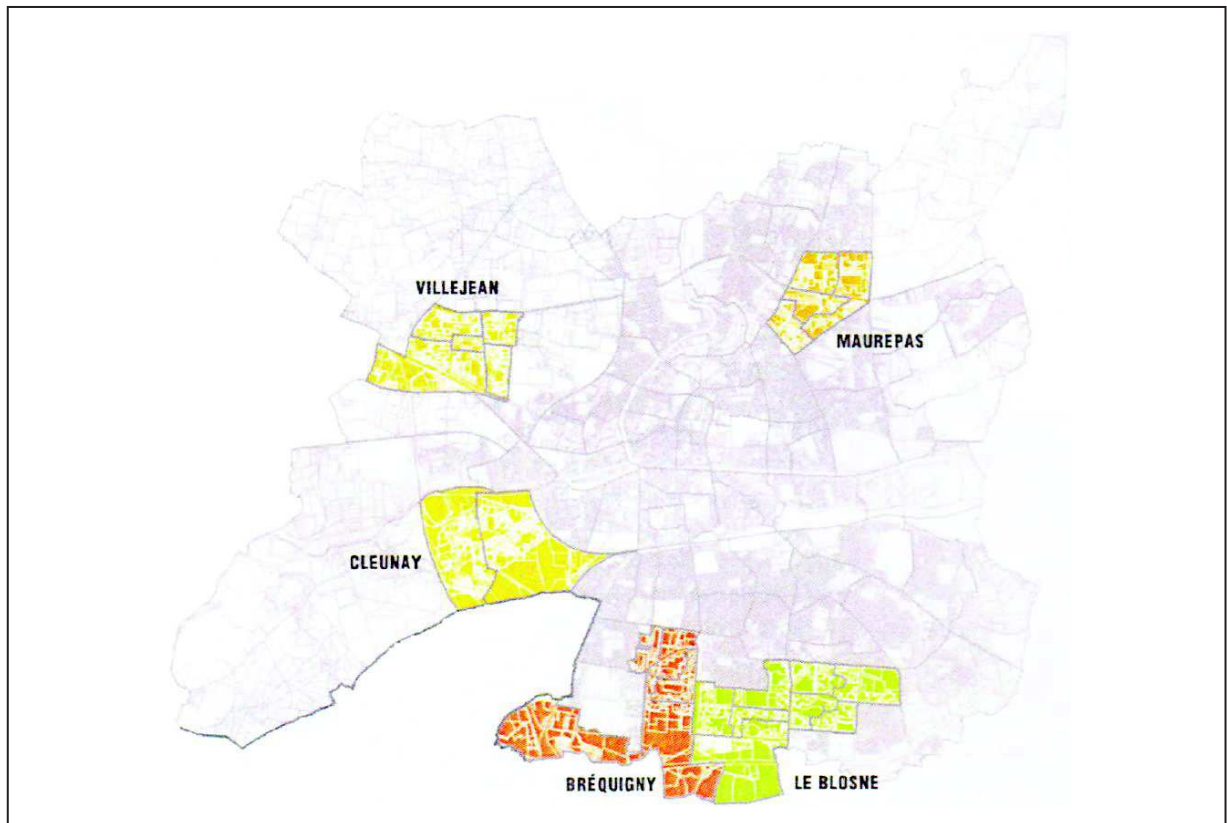


Figure 2 : Les quartiers prioritaires de la ville de Rennes (APRAS, 2013)

L'offre de soins hospitaliers est satisfaisante au même titre que la densité de professionnels de santé en exercice qui, quoiqu'inégale selon les quartiers, est la plus importante de la région. Toutefois, en raison du départ à la retraite d'une grande majorité de médecins libéraux dans les dix ans, la question de leur remplacement se pose dès aujourd'hui.

Toutes ces problématiques ne sont pas significatives au niveau du Pays de Rennes qui est caractérisé par de bons indicateurs de santé n'appelant pas de ce fait d'intervention prioritaire (Figure 3). Ce sont les études réalisées par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Bretagne en 2010 et l'Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation

²⁷ Recensement de la population de la commune rennaise en 2013 : 217 309 habitants (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2015).

Sociale (APRAS) en 2013 qui ont mis en évidence ces réelles spécificités du territoire infra-communal, confortant ainsi l'intérêt d'un système d'observation à l'échelon des quartiers rennais (ARS et Ville de Rennes, 2013a).

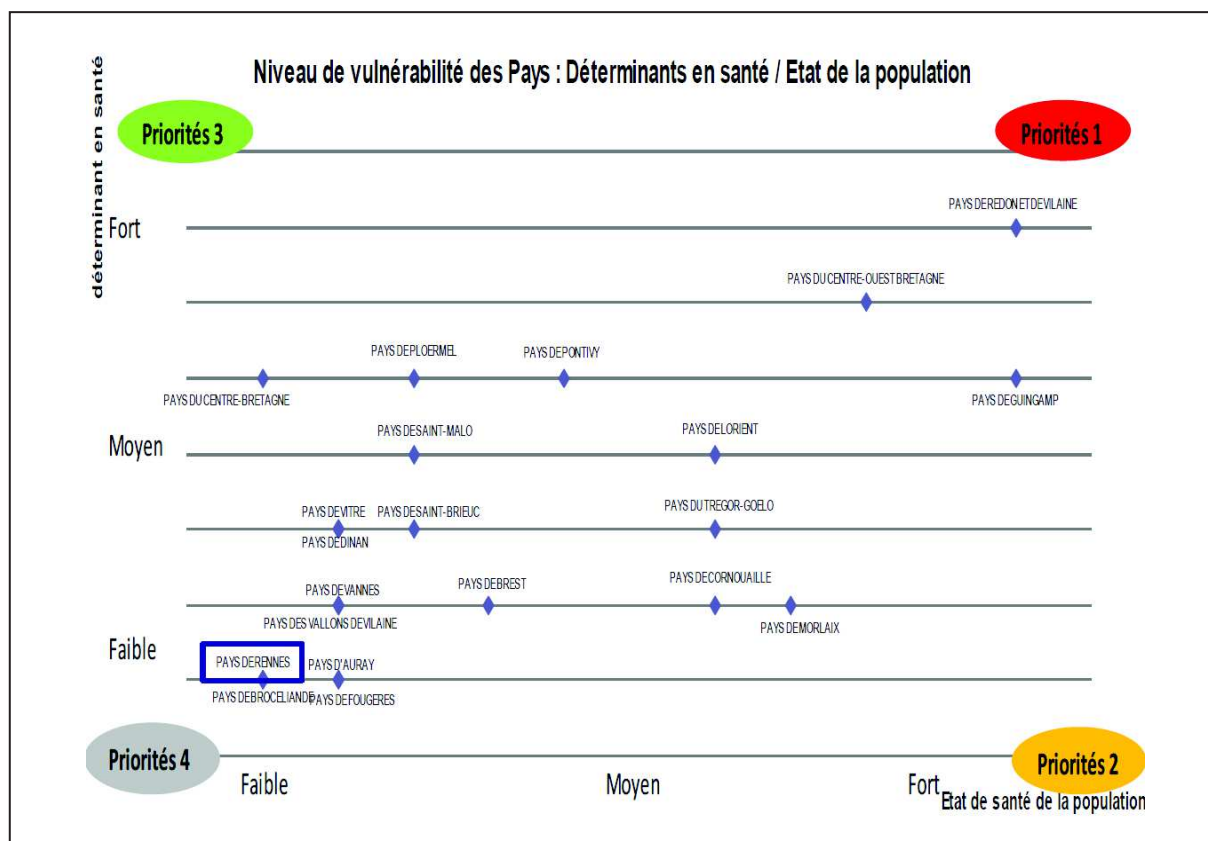


Figure 3 : Niveau de vulnérabilité des Pays bretons en 2013²⁸

1.2. Une mobilisation historique et volontariste en faveur de la santé des rennais

La ville de Rennes s'inscrit dans une longue tradition d'initiatives au profit de la santé. Un Bureau Communal d'Hygiène, créé en 1907, a précédé le Service Communal d'Hygiène et Santé mis en place en 1925 tout comme le service de santé des enfants scolarisés en crèches et écoles maternelles (Ville de Rennes, 2013b). L'adhésion au Réseau Européen des Villes Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) date de 1986 et au Réseau Français (RFVS), dont la collectivité est un membre fondateur, de 1990.

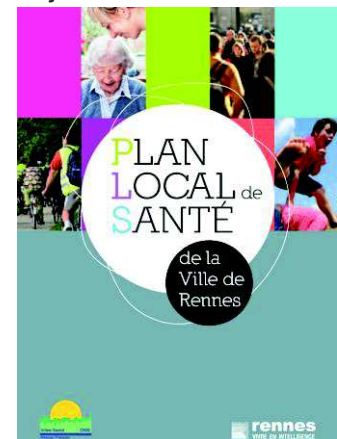
Dans la perspective de développer une approche globale et transversale des thématiques de santé, la municipalité s'est dotée en 2008 d'une Direction Santé Publique Handicap (DSPH) composée du Service Santé Environnement, du Service Santé Enfance, de la Mission Promotion Santé Territoires et de la Mission Handicap et Citoyenneté. Des espaces

²⁸ ARS de Bretagne. 2012. *Les CLS : Vision institutionnelle de l'ARS Bretagne*. 5 p. (Document interne aux services de l'ARS de Bretagne)

d'expression ont, de plus, été aménagés - Comité Consultatif Santé-Environnement (CCSE), Commission communale d'accessibilité et Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) - afin de favoriser ce décloisonnement entre les partenaires. Ces instances consultatives sont notamment l'occasion de partage de diagnostic et d'échange sur les logiques d'intervention à entreprendre en conséquence sur le territoire. En effet, la Ville de Rennes est attachée « à une politique de santé volontariste dont le comité consultatif santé environnement constitue (dans) le cadre de la démarche de dialogue avec le monde associatif et de concertation citoyenne sur les politiques publiques locales que la Ville souhaite mener, (un) lieu ressource d'échange et de création. (Le) mode participatif et contributif y sera privilégié afin que les personnes souhaitant s'y investir puissent proposer et le cas échéant piloter des sujets de travail ou d'information, ou encore des projets communs » (Ville de Rennes, 2015).

Parallèlement, en référence à la Charte d'Ottawa issue de la conférence internationale pour la santé réunie par l'OMS en 1986, un Plan Local de Santé (PLS), intitulé « Agir ensemble », a été adopté en 2005. Son actualisation en 2013 a permis de réaffirmer les principes soutenus au sein de sa politique de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie. Dans ce Plan sont décrites ses activités menées autour de neuf enjeux :

1. Promouvoir un environnement favorable à la santé
2. Rendre la ville accessible à tous
3. Agir pour la santé dès le plus jeune âge
4. Prévenir les conduites à risques pour la santé
5. Se préparer à vieillir en bonne santé
6. Agir pour la santé au travail des agents municipaux
7. Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour tous
8. Assurer une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la ville
9. Promouvoir une politique volontariste en termes de nutrition et d'activité physique



Discernant dans le CLS l'opportunité de renforcer son action en santé publique²⁹, la Ville de Rennes a sollicité l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne en 2012 pour engager une réflexion sur l'intérêt de conclure un tel contrat³⁰.

²⁹ Définition de la santé publique de C. Winslow en 1920 : « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé » (Fassin, 2010).

³⁰ Ville de Rennes. 2012. Note préparatoire à la rencontre avec l'ARS le 21 février 2012. 10 p. (Document interne aux services de l'ARS de Bretagne et de la Ville de Rennes)

2. Les éléments de référence cadrant le projet à l'échelle de la commune

Le contrat local de santé repose sur des supports législatifs et d'aide méthodologique ainsi que sur la volonté d'améliorer la santé³¹ appréhendée dans sa dimension positive.

2.1. Le contexte réglementaire

Le CLS est une mesure nouvelle mentionnée à l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Gouvernement français, 2009). Conformément à l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique, « *Le projet régional de santé est constitué (de) programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17* ». D'après ce dernier, « *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* ».

Par ailleurs, aucun texte d'application de la loi ne porte sur l'instauration des CLS qui est laissée à l'appréciation des ARS. Néanmoins, l'Agence a diffusé en avril 2011 un kit méthodologique de trois dossiers - « Les éléments de références » ; « Les éléments de méthode » ; « Les outils opérationnels » - comportant des documents de travail à visée indicative (ARS, 2011).

Au demeurant, l'ARS de Bretagne a déployé l'outil CLS avec souplesse et pragmatisme au-delà des éléments de cadrage régional et de la caractérisation des 21 pays bretons.

2.2. L'interface entre les stratégies locales en santé

Dans un des guides du kit méthodologique, le CLS est « *envisagé comme un outil de contractualisation transverse. En ce sens, il aura pour objectifs d'articuler les différentes politiques en matière de santé (...), de répondre à des enjeux sanitaires sur un territoire donné, partagé avec les collectivités territoriales, et intégrera des objectifs et actions de*

³¹ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé dans le préambule de sa constitution datant de 1946, la santé est « *Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2003). Cette définition est complétée par le droit pour tous à la santé : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (OMS, 2006).

plusieurs des champs suivants : promotion et prévention de la santé, offre de premier recours, sanitaire ou médico-sociale, respect des droits des usagers. Bien que les initiatives locales existantes soient le plus souvent exclusivement dédiées à la promotion et la prévention de la santé, les CLS incitent quant à eux à élargir le champ de la contractualisation à l'ensemble des compétences de l'ARS. En impliquant l'ensemble des acteurs dans le champ mais aussi hors du champ de la santé (cohésion sociale, éducation, etc.), le CLS favorisera les synergies pour répondre de manière plus adaptée et efficace aux besoins de santé sur les territoires » (ARS, 2011a).

À cet égard, ce contrat paraît être un outil privilégié de territorialisation de la politique de santé offrant la possibilité, d'une part, d'articuler la politique régionale de santé de l'ARS avec les dynamiques locales de santé (politiques publiques pilotées par les collectivités territoriales, politiques de l'État à l'instar de la politique de la ville,...) et, d'autre part, de rallier les acteurs du territoire autour d'une culture commune de santé (Aïssat, 2014). De la sorte, le Projet Régional de Santé (PRS) serait décliné au niveau infrarégional en tenant compte des nécessités et des leviers existants sur ces territoires de proximité³² (Figure 4).

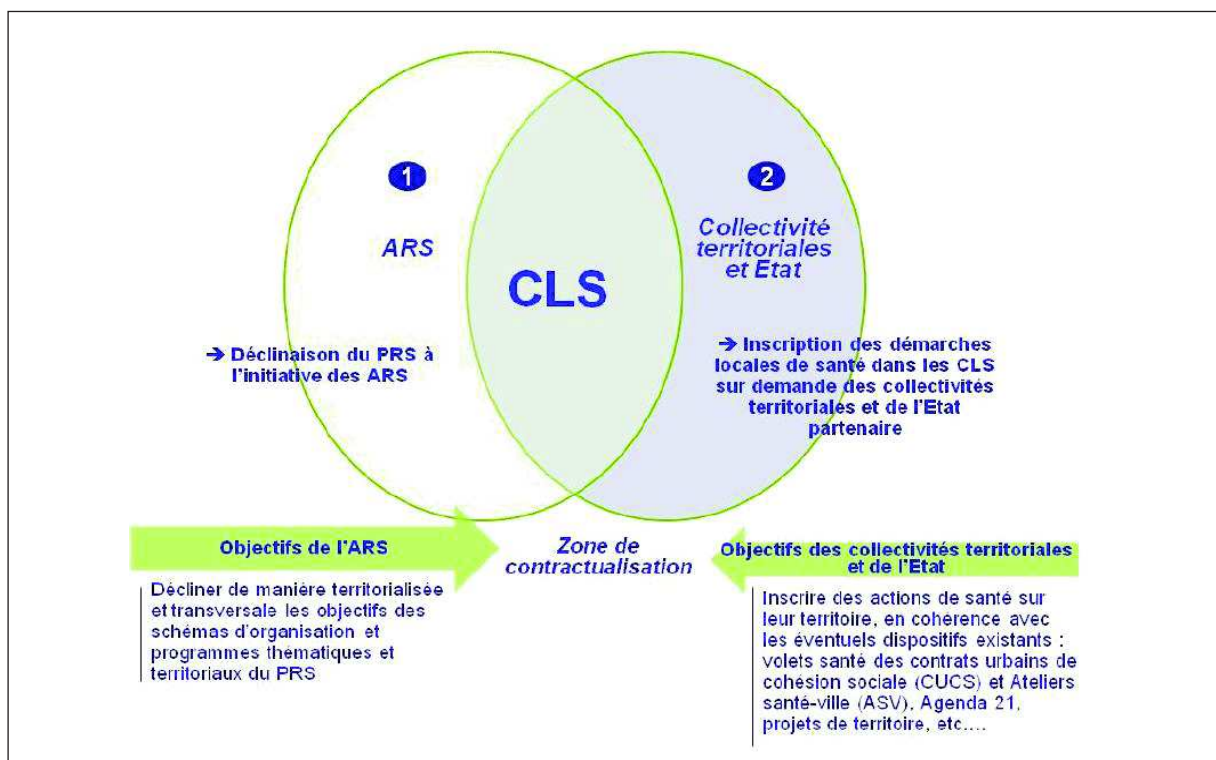


Figure 4 : Logiques de mise en place du CLS (ARS, 2011a)

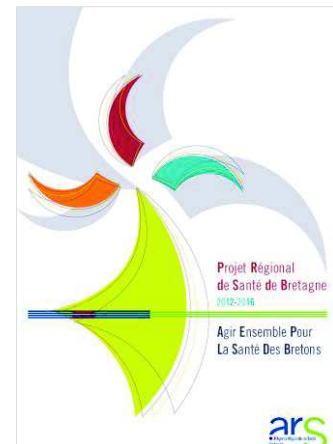
³² Définition des territoires de proximité qui sont des territoires « où vivent et travaillent les usagers et les professionnels, sont représentés par des agrégats de bassin de vie (au sens Insee) et se superposent à des territoires de gouvernance locale cohérents (communes, intercommunalités, pays), tous infradépartementaux » (Jacquet, 2015).

Le CLS est donc une « démarche contractuelle au travers de laquelle une [ARS] et un ou plusieurs autres signataires prennent des engagements mutuels pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population d'un territoire » (ARS et Ville de Rennes, 2015a).

2.3. Les enjeux pour les parties prenantes

Le CLS de la ville de Rennes fait l'objet d'une diversité de motivations pour les commanditaires qui convergent avec leurs partenaires. En effet, ce sont quatorze signataires qui se sont constitués partie prenante de ce contrat.

- La Ville de Rennes entrevoit le moyen d'obtenir la reconnaissance de son implication dans le domaine de la santé publique en conférant plus de lisibilité aux activités déjà conduites par ses services et en valorisant la prévention et la promotion de la santé « à l'heure où les questions de santé sont souvent appréhendées en termes d'accès aux soins³³ ». L'idée poursuivie est également de pérenniser les financements et les partenariats du territoire ou encore de sécuriser les projets qualifiés de probant.
- Quant à l'ARS, l'objectif recherché est la déclinaison territoriale du PRS de Bretagne 2012-2016, paru le 09 mars 2012 sous le titre « Agir Ensemble Pour La Santé Des Bretons », afin de s'investir à l'échelle des territoires de proximité, à l'aune des priorités fixées régionalement (ARS Bretagne, 2012). La synergie tant opérationnelle des acteurs que des initiatives locales est aussi attendue pour agir efficacement et de manière coordonnée sur les déterminants de santé³⁴ en vue de lutter contre les inégalités³⁵ sociales et territoriales de santé ainsi que de promouvoir la santé auprès des publics les plus fragiles (ARS et Ville de Rennes, 2016).
- L'ensemble des parties prenantes de ce contrat se sont engagés dans la mise en œuvre de cet instrument de coordination des politiques publiques pour « permettre une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire rennais et partager les diagnostics (;) favoriser les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décroissant les approches (et) mettre en place une programmation partagée s'inscrivant dans la durée au service d'une stratégie locale en santé » (ARS et Ville de Rennes, 2013a).



³³ Ville de Rennes, *op. cit.*, p. 5.

³⁴ Définition des déterminants de santé : « Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1998).

³⁵ Définition des inégalités de santé : « véritables iniquités en santé, c'est-à-dire (...) des "différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique" ». (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé - INPES, 2012a)

3. L'ambition d'un processus partagé et participatif dès la conception du contrat

En février 2012³⁶, l'ARS de Bretagne et la Ville de Rennes ont décidé d'instaurer sur le périmètre de la commune un CLS dont le contenu a été concerté avant d'être formalisé.

3.1. La composition des instances d'élaboration

La préparation du CLS a requis le concours de plusieurs acteurs rennais du secteur sanitaire. Leur répartition dans les instances fondées à cette fin a été accompagnée de missions singulières (Figure 5).

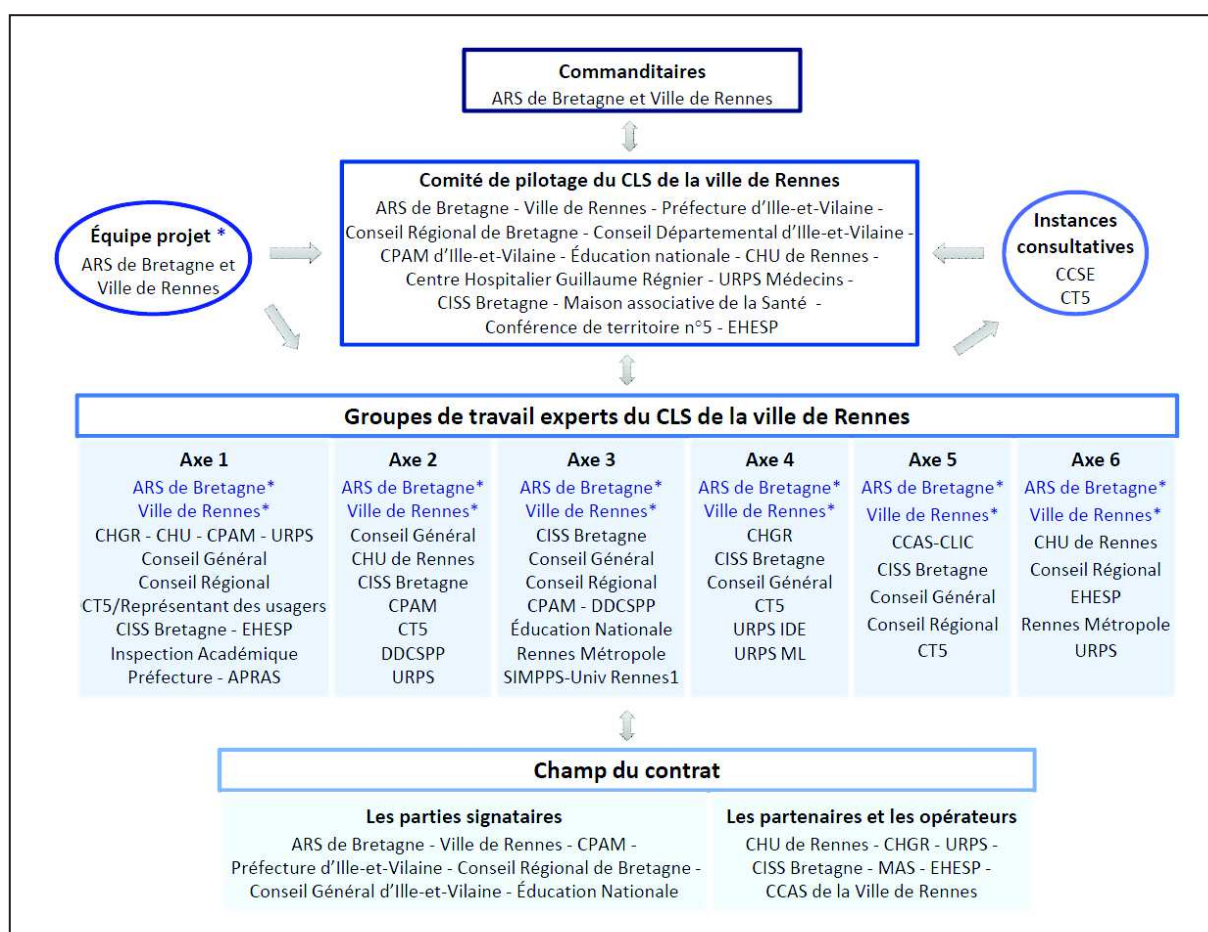


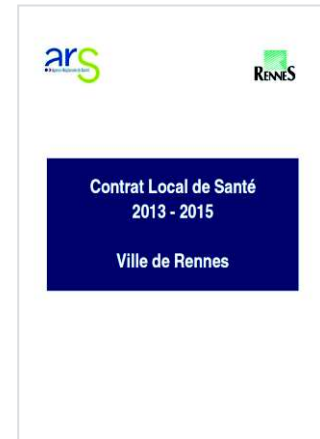
Figure 5 : Organigramme des acteurs intervenus dans l'élaboration du CLS de la ville de Rennes au 1er juillet 2013³⁷

La commande a été cadrée par l'ARS de Bretagne et la Ville de Rennes - les commanditaires - et soumise ensuite au Comité de pilotage (CoPil) du CLS (Annexe 1.A). Son rôle consistait à aviser de son avancée, à statuer sur les axes de travail stratégiques et à mobiliser les référents au sein des institutions (ARS et Ville de Rennes, 2013a). Cette

³⁶ Ville de Rennes, *op. cit.*, p. 5.

³⁷ Schéma élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes (Cf. Intitulé des axes en page 11 du présent rapport).

instance de pilotage a été rassemblée pour le lancement et la validation intermédiaire puis finale de la démarche par l'équipe projet qui en a du reste assuré le suivi opérationnel. Son fonctionnement reposait sur deux référents respectivement de l'ARS et de la Ville qui, en parallèle d'autres responsabilités, avaient à effectuer des points semestriels tels que prévu dans les termes du contrat. Dans les faits, ces réunions ont été plus fréquentes. Ce binôme a également veillé à la consolidation des décisions et des travaux, en particulier des six groupes de travail experts qui se sont chacun rencontrés à deux reprises. Ces acteurs ont été désignés lors du premier CoPil pour exposer les constats partagés et les enjeux à relever sur leur axe ainsi que pour identifier les objectifs communs dans leur thématique et les actions à inscrire dans les fiches actions. L'avis du CCSE a été consulté au cours de cette ébauche tandis que celui de la Conférence de Territoire n°5 (CT5) a été émis sur le CLS finalisé. Ses quatorze signataires³⁸, qui sont des membres du CoPil, ont alors eu en charge d'apporter leurs contributions de s'informer mutuellement des opérations financées ou menées en propre, de communiquer toutes les données statistiques utiles et de fournir leur expertise.



3.2. La structuration de l'outil

La configuration des deux livrables (CLS et cahier des fiches actions) s'est appuyée sur le modèle « Structure type d'un CLS » disponible dans les outils opérationnels du kit méthodologique (ARS, 2011b, 2011c). Le contrat local de santé de la ville de Rennes a, de la sorte, été rédigé selon le plan ci-dessous (ARS et Ville de Rennes, 2013a) :

Introduction : contexte réglementaire et contexte du contrat

1. Les éléments de diagnostic partagés entre les signataires sur le territoire ciblé par le CLS
2. L'existant en matière de démarches locales de santé sur le territoire
3. L'articulation du CLS avec les politiques publiques portées par les signataires

Titre 1 : le champ du contrat

- Article 1 : les parties signataires
- Article 2 : le périmètre géographique du contrat
- Article 3 : les partenaires et opérateurs

³⁸ Représentants de l'ARS de Bretagne, de la Ville de Rennes, du CCAS de Rennes, du CISS Bretagne, du CHGR, du CHU de Rennes, du Conseil Départemental, du Conseil Régional, de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, de l'EHESP, de l'Éducation Nationale, de la MAS, de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et de l'URPS ML de Bretagne.

Titre 2 : objet du contrat et engagement des signataires

Article 5 : axes stratégiques, objectifs et actions du contrat

Article 6 : engagements réciproques des partenaires du contrat

Titre 3 : durée, suivi et révision du contrat

Article 7 : durée et révision du contrat

Article 8 : suivi et évaluation du contrat

Annexe 1 : Fiches projets

- Axes stratégique
- Constats partagés par les acteurs : sur l'observation partagée ; sur l'information partagée.
- Enjeux du territoire
- Objectifs et Actions soutenus pour relever ces enjeux dans le cadre du CLS

Annexe 2

- Composition des groupes de travail experts, référents ARS/Ville et dates de réunion
- Composition des groupes de travail du comité consultatif santé

Quant au cahier des fiches actions, les rubriques à préciser sont les suivantes (ARS et Ville de Rennes, 2013b) :

- | | |
|---|--|
| - Axe | - Autre acteur à mobiliser dans la mise en œuvre de l'action |
| - Objectif | ▪ Structures identifiées |
| - Action | ▪ Démarches en lien avec les actions en cours |
| - Description de l'action | - Calendrier prévisionnel |
| - Identification du responsable promoteur | - Dispositif de suivi |
| ▪ Pilotage | ▪ Outils |
| ▪ Financement/budget | ▪ Indicateurs de suivi |
| - Remarques | |

Ces documents ont ainsi été renseignés des 7 axes déterminés préalablement aux 22 objectifs et 42 actions retenus par les groupes de travail experts :

Axe 1 : « Savoir pour agir : développer l'information sur la santé des rennais et échanger sur les projets de santé menés sur le territoire rennais »

Axe 2 : « Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis »

Axe 3 : « Agir en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants »

Axe 4 : « Promouvoir la santé mentale »

Axe 5 : « Agir pour la santé des personnes âgées »

Axe 6 : « Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé »

Axe 7 : « Agir en faveur des personnes en situation de handicap ».

Le CLS étant un outil au service d'une meilleure articulation des politiques publiques, ses axes sont mis en cohérence avec le PRS mais aussi le PLS, précédemment évoqués, et le Programme Territorial de Santé (PTS) n°5 « Rennes/Fougères/Vitré/Redon » (CT5 et ARS, 2013). Ce programme a vocation à répondre, à l'échelle de ce territoire de santé, aux priorités de santé comme :

- la prévention et la prise en charge des conduites addictives
- la prise en charge des personnes âgées
- la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide.



Le PLS et le PTS ont été arrêtés en janvier et mars 2013, ce qui précède de quelques mois la signature du contrat en date du 1er juillet (Figure 6). Bien que leur agencement ait été simultané dans le temps, le CLS ne semble cependant pas en être la déclinaison au sens strict.

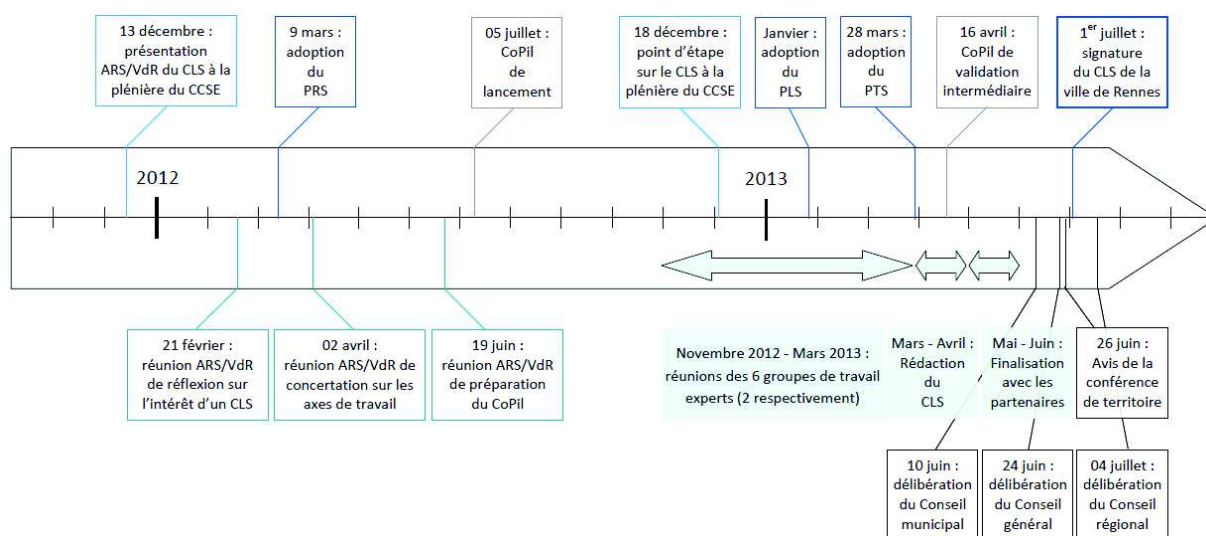


Figure 6 : Frise chronologique de la conception du CLS de la ville de Rennes (Annexe 2)

3.3. L'organisation du déploiement et du suivi

En cours pour une période de trois ans, ce cinquième contrat local de santé de Bretagne a été mis en œuvre par des acteurs dont la dénomination varie au sein de ses supports, perturbant de ce fait la clarté de compréhension du dispositif (ARS et Ville de Rennes, 2013a, 2013b). D'une part, les différents termes employés pour qualifier le « responsable promoteur » sus-cité sont « porteur de l'action », « pilote », « référent de l'action » ou encore « animateur ». D'autre part, l'appellation « autre acteur à mobiliser » inclut celle de « partenaire », « d'intervenant expert », de « soutien », « d'accompagnement du plan d'action » et de « financeur ». En outre, la réalisation des actions figurant dans le CLS et le suivi des interventions telles que détaillées dans les fiches actions leur incombait (Annexe 1.B).

Par ailleurs, neuf des groupes de travail recensés au niveau de la commune ont été répertoriés dans le contrat pour procéder annuellement à l'état des lieux du déroulement de ses actions, à l'élaboration et à l'actualisation du tableau de bord ainsi qu'à sa présentation au CoPil (Annexe 1.C). Toutefois, cette procédure n'a jamais été instituée (Figure 7).

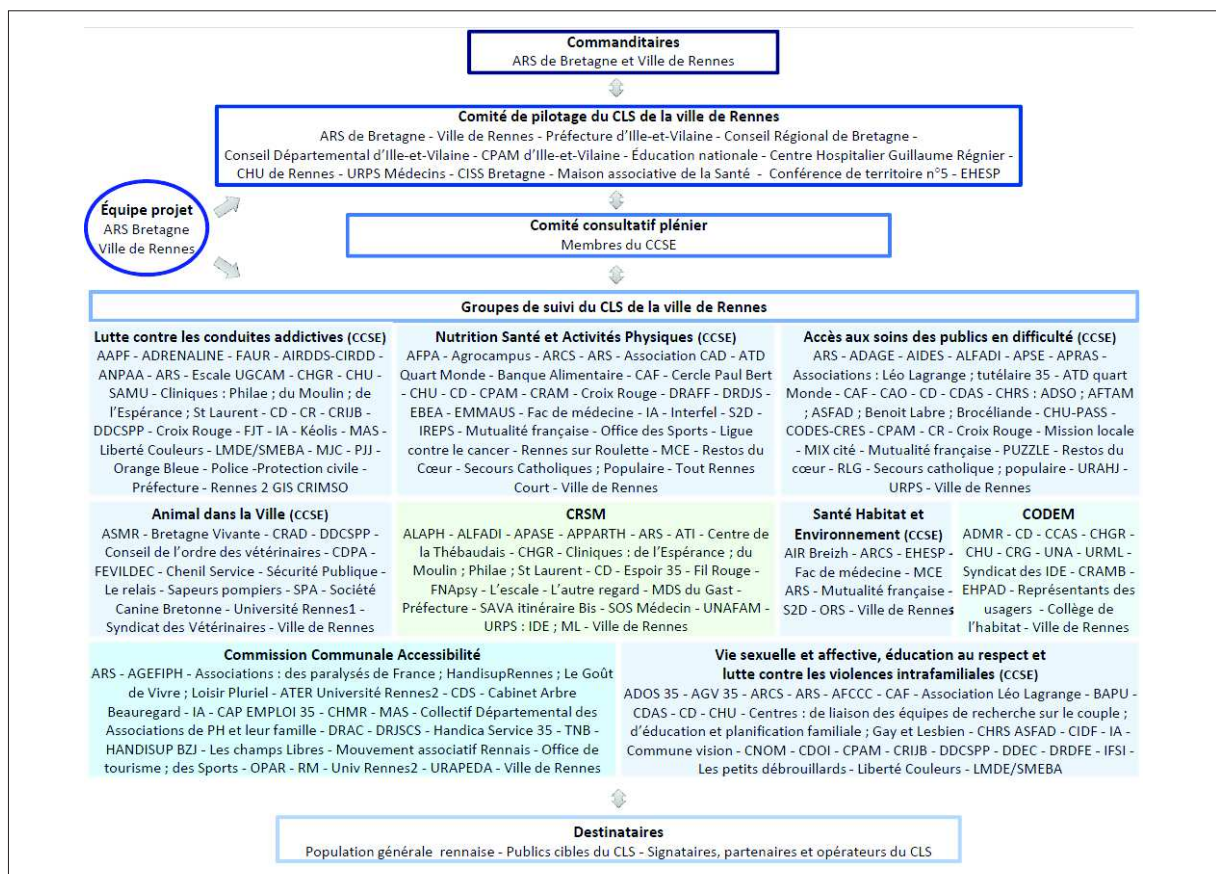







Figure 7 : Organigramme des acteurs tel que prévu pour le suivi du CLS de la ville de Rennes au 1er juillet 2013³⁹

³⁹ Schéma élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

Ce sont donc les « responsables promoteurs » qui se sont saisis du suivi - par action et non par axe comme projeté à l'origine - en remplissant chaque année les bilans d'étape centralisés par l'équipe projet (ARS et Ville de Rennes, 2014a, 2015a). Dans ces fiches, des encarts sont réservés au complément des énoncés ci-après :

- Axe	- Réalisé au 1 ^{er} septembre (<i>année à préciser</i>)
- Objectif	- En cours au 1 ^{er} septembre (<i>année à préciser</i>)
- Action	- Difficultés identifiées et/ou points de vigilance
- Description de l'action	- Perspectives
- Pilotage	- Indicateurs de suivi (si connus)
- Acteurs mobilisés	■ Au 1 ^{er} septembre (<i>année à préciser</i>)
- Structures partenaires	- Remarques / Observation du comité de pilotage
- Moyens dégagés/nécessaires pour mener l'action	

Un tableau de synthèse joint systématiquement ces bilans d'étape en étant agrémenté d'un code couleur (ARS et Ville de Rennes, 2014b, 2015b) :

- Axe	
- Action	 Action réalisée
- Résumé des sous-actions	
- Pilotage	 Dynamique engagée
- Acteurs mobilisés	
- Moyens dégagés	 Action en cours de réalisation
- Où en est-on au 01/09/(X) ?	
- Le réalisé	 Action non engagée
- En cours	
- Perspective	 Action menées par des ATS/ASV
- Difficultés / vigilance	

4. Les modalités déterminant la conduite de l'évaluation du CLS

À l'approche de l'échéance de la mise en œuvre du CLS, l'ARS et la Ville ont anticipé son évaluation⁴⁰ telle qu'envisagée dès 2013 en dressant son cahier des charges (Annexe 3).

⁴⁰ D'après Patrick Viveret dans son rapport au Premier ministre en 1989, « *Évaluer une politique, c'est former un jugement sur sa valeur* », ce qui « *est ainsi liée à la volonté d'argumenter sur la réussite ou le bien-fondé d'une action en fournissant aux décideurs mais aussi aux citoyens des bases objectives d'information et d'appréciation qui leur permettent de fonder leur jugement* » (Rayssiguier, 2012). Appliquée au présent outil, « *l'évaluation consiste à émettre un jugement sur les modalités et/ou les résultats de la mise en œuvre des CLS : elle se base sur le recueil et l'analyse d'informations quantitatives et qualitatives* » (ARS, 2014).

Cette étape a pour but notamment, dans une logique d'amélioration continue de l'action publique dans le domaine de la santé, de répondre à une exigence de transparence de l'action menée et de donner de la visibilité aussi bien aux acteurs impliqués dans le processus qu'aux interventions pilotées sur le territoire rennais.

4.1. La présentation de la commande évaluative

Dans la finalité de constituer une aide à la décision concernant l'intérêt d'une poursuite ou d'un renouvellement des actions entreprises, cette évaluation vise à mieux connaître les apports du CLS et leur plus-value pour les signataires et les bénéficiaires et à rendre compte de la mobilisation des acteurs et de ses effets induits.

À ce titre, des questions évaluatives ont été suggérées par les commanditaires en lien avec l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) autour des trois axes d'évaluation décidés en CoPil le 16 octobre 2015⁴¹ (Annexe 4).

L'axe 1 « Diagnostic, conception et structuration du CLS » est orienté sur l'approche participative et consensuelle, la cohérence externe et interne ainsi que la pertinence :

- Dans quelle mesure le contrat local de santé de la ville de Rennes a-t-il été élaboré dans une démarche participative et partagée ?
- Dans quelle mesure son contenu est-il habilement articulé tant dans sa structuration interne qu'avec les dispositifs locaux de santé ?

L'axe 2 « Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation » est traité sous l'angle de l'organisation du pilotage, de la coopération et de l'articulation des politiques publiques, des leviers et des freins du déploiement du CLS, de l'utilité des renseignements des fiches actions et bilan d'étape mais aussi de l'efficacité du suivi :

- En quoi les dynamiques d'intervention de ce contrat local de santé concourent-elles à la participation, à la transversalité et à l'articulation entre les acteurs ?
- En quoi sa mise en œuvre et son suivi sont-ils efficaces ?

L'axe 3 « Résultats et impacts » est traduit par les critères d'efficacité et d'utilité :

- Quel a été l'impact du CLS sur les acteurs locaux œuvrant en faveur de la santé ?
- Dans quelle mesure ce contrat constitue-t-il un cadre de référence pertinent ?

Ainsi, l'évaluation s'attache uniquement à l'architecture du contrat local de santé ainsi qu'aux méthodes et interventions déployées au cours du processus, les actions n'étant donc pas

⁴¹ ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2015. *Comité de Pilotage du Contrat Local de Santé de la Ville de Rennes : Bilan de la 2ème année de mise en œuvre, vendredi 16 octobre 2015*. 29 p.

examinées au regard des contraintes temporelles et organisationnelles. De plus, les impacts de long terme sur l'état de santé de la population rennaise ou encore sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) sont encore imperceptibles compte tenu du caractère récent de l'application du contrat et de l'impératif de conserver un certain délai avant d'être en mesure d'estimer les effets produits (ARS et Ville de Rennes, 2015).

4.2. La gouvernance de l'évaluation

Dès le début de cette phase, un comité technique d'évaluation du CLS, formé du groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE et du comité du suivi de l'évaluation, a été mis en place pour respectivement étayer et coordonner la démarche évaluative (Figure 8).

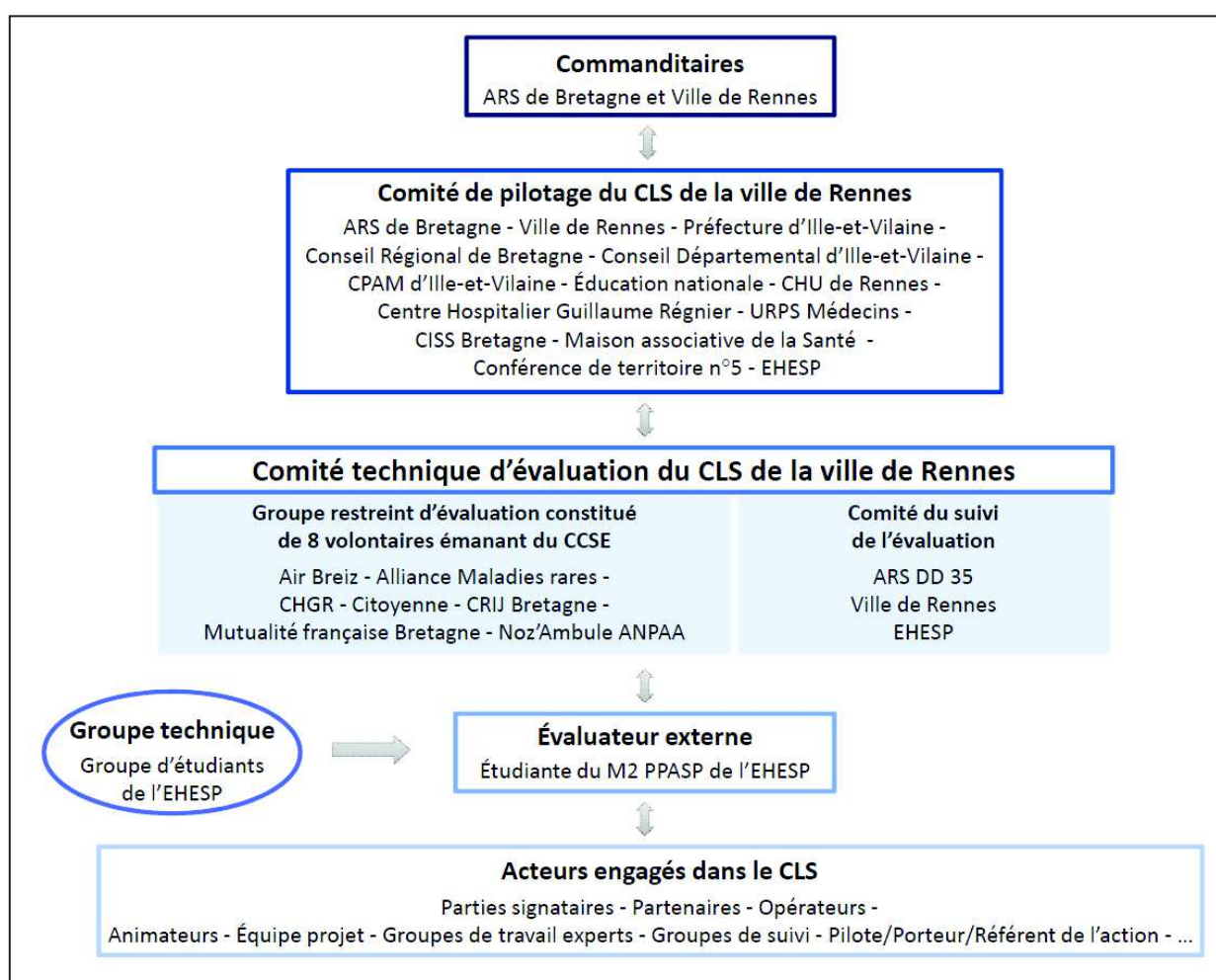


Figure 8 : Organigramme des acteurs impliqués dans l'évaluation du CLS de la ville de Rennes⁴²

Ce groupe restreint du CCSE est une instance consultative conviée à quatre rencontres pour enrichir la présente évaluation de son expertise en participant, entre autres, à la formulation

⁴² Schéma élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

des questions évaluatives et de préconisations pour l'avenir (Annexe 1.D). Ses huit membres volontaires ont été sollicités le 12 janvier 2016 par le comité du suivi de l'évaluation du CLS tout comme la promotion 2015/2016 du Master 2 « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » de l'EHESP (Ville de Rennes, 2016a). Dans cette formation, sept étudiants ont été sollicités du 20 janvier au 09 février pour préparer l'évaluation explicitée dans un document de cadrage (Annexe 5). Issu de ce groupe technique, l'évaluateur a commencé un stage de vingt semaines le 22 février.

4.3. Le déroulement de la démarche évaluative

Sa mission est scandée en quatre temps (Figure 9).

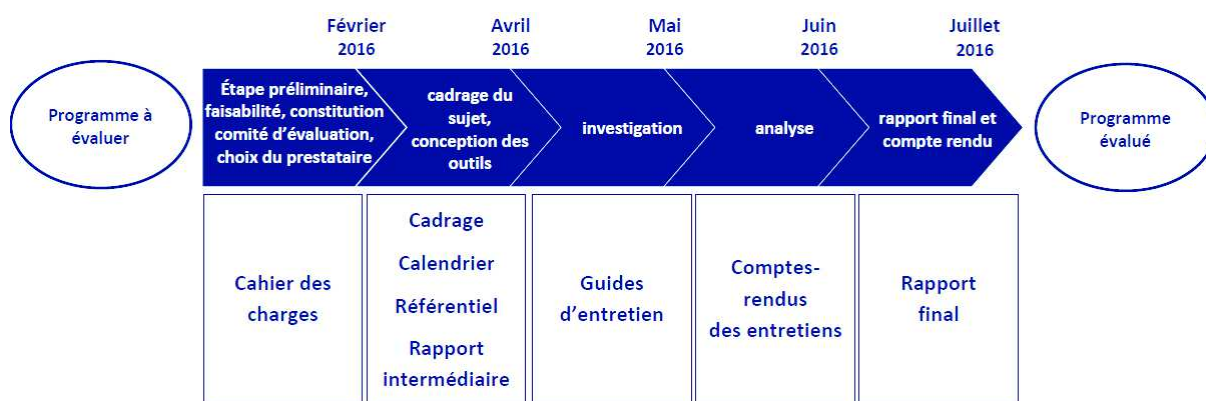


Figure 9 : Schéma récapitulatif des étapes de la démarche évaluative du CLS de la ville de Rennes⁴³

Succédant au stade préliminaire s'achevant avec l'approbation du cahier des charges de l'évaluation du CLS, le premier temps s'est étendu de février à avril pour générer les éléments illustrant ce rapport et repérer les acteurs à auditionner. Le deuxième est le temps de l'investigation comprenant, entre avril et mai, l'ajustement des guides d'entretien à chaque interlocuteur et la programmation de ces diverses entrevues. Le troisième temps est dédié de mai à juin à la transcription des entretiens et à leur croisement assorti de l'exploitation des données collectées et observées pendant ce trimestre de prospection. Enfin, le quatrième temps est consacré à la mise en forme du rapport final d'évaluation et à l'organisation de sa restitution au CoPil pour le 12 juillet 2016 selon le calendrier prévisionnel (Annexe 6).

Dans l'optique de répondre aux questions évaluatives posées, deux types de sources d'information sont recommandés en raison de leur complémentarité. D'une part, le recueil de tous documents relatifs au CLS afin de détenir des indications factuelles permettant

⁴³ Schéma complété par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes (ARS Bretagne, 2014).

notamment d'objectiver les contributions des acteurs et leurs actions dans ce cadre. D'autre part, l'enquête qualitative auprès de 90 partenaires, mobilisés avec la collaboration de la Ville de Rennes et de l'ARS de Bretagne, pour alimenter l'analyse documentaire de leurs appréciations et de leurs expériences de l'outil (Annexe 7). Une série de 21 entretiens tant individuels avec un à deux représentants de chaque structure, essentiellement signataire, que collectifs a été convenue. Leur objet est, entre autres, les enjeux d'articulation des politiques publiques, l'engagement des élus locaux ou la représentation des usagers dans la démarche (Annexe 8). Un guide d'entretien est, du reste, proposé en exemple dans ce rapport (Annexe 9). Sa quatrième partie « Résultats et impacts du CLS » a été testée lors de la plénière du CRSM du 24 mars 2016 (Annexe 10). L'utilisation de la technique Métaflan⁴⁴ a permis de susciter la participation et l'interaction entre l'ensemble des membres de l'atelier « Politique rennaise en santé mentale : L'impact du Contrat Local de Santé ». Bien qu'efficace, cette animation n'était pour autant pas reconductible en entretien du fait de la durée requise (entre une et deux heures) et du panel d'items à aborder.

4.4. Le souhait d'une étude approfondie sur l'accompagnement de proximité

Les déterminants⁴⁵ de la santé sont discriminés dans plusieurs représentations graphiques afin de structurer l'analyse dans une approche globale de la santé et de visualiser les liens possibles entre ces multiples facteurs. Dans le modèle de Whitehead et Dahlgren de 1991, les quatre strates interconnectées démontrent que les inégalités de santé ne relèvent pas seulement de choix individuels ou de caractéristiques génétiques (Figure 10).



Figure 10 : Modèle de Whitehead et Dahlgren, 1991 (Ville de Rennes, 2013b)

⁴⁴ Définition de la technique Metaplan® : cette technique « sollicite la créativité d'un groupe en s'appuyant sur la participation des personnes, la visualisation et la structuration de leurs idées » (INPES, 2012b).

⁴⁵ OMS, *op. cit.*, p. 7.

En traversant la population selon la hiérarchie sociale, ce gradient met en cause des déterminants défavorables et, « *De ce point de vue, la précarité et ses liens avec la santé s'inscrivent pleinement au cœur de la question des inégalités de santé* » (Chauvin, 2010).

L'évaluateur a, en se basant sur ce modèle, reconstruit le modèle⁴⁶ logique de l'intervention du CLS sur lequel le comité du suivi de l'évaluation a été invité à opter pour un résultat⁴⁷ avant de parvenir, en progressant à contresens du raisonnement, à une catégorie d'actions (Annexe 11). En reflétant l'esprit holistique du contrat, cette sélection a émané de la volonté d'accorder une attention particulière aux ISTS dont l'évolution est influencée par l'environnement socio-communautaire qui dépend de la cohésion sociale sur laquelle l'accompagnement de proximité agit (Figure 11). À l'aune de cette chaîne causale, les actions se référant au renforcement de l'accompagnement de proximité et leurs résultats immédiats, obtenus dans la durée du contrat, en direction de la réduction des ISTS seraient spécifiquement à évaluer (impossibilité de l'accomplir dans les délais de stage impartis).

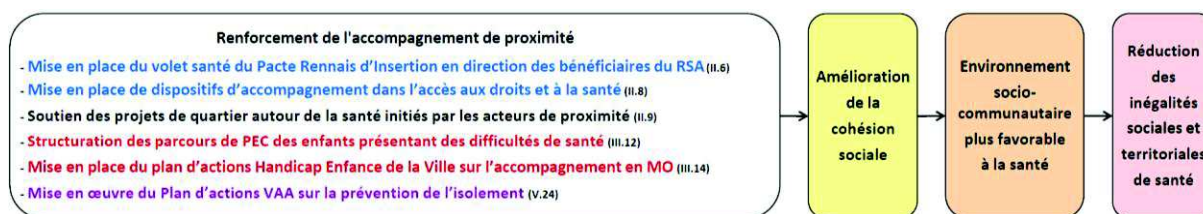


Figure 11. Schéma de causalité entre le renforcement de l'accompagnement de proximité et la réduction des inégalités de santé⁴⁸

⁴⁶ Définition du modèle logique de l'intervention qui « *constitue un outil important de planification et d'évaluation depuis la fin des années 1980. (Cette représentation de la réalité) permet de compiler et de visualiser l'information concernant un programme à l'aide d'un schéma, afin de favoriser la compréhension des enjeux du programme. Idéalement, l'élaboration d'un modèle logique s'effectue à l'étape de la planification d'un programme (qui) consiste en une série d'activités visant à atteindre des résultats spécifiques au sein de groupes cibles définis* » (Porteous, 2012).

⁴⁷ Lecture des résultats d'un modèle logique d'intervention : « *Les résultats sont les changements que l'on espère effectuer par l'entremise du programme (selon, en général, l'enchaînement logique suivant) : « Si tel résultat se produit, alors tel autre résultat devrait en découler, entraînant tel autre résultat. » On peut parler d'une hiérarchie ou d'une séquence de résultat* » (Porteous, 2012).

⁴⁸ Schéma élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

L'analyse de l'intervention développée autour du CLS

Lors des 21 entretiens semi-directifs réalisés, qui ont duré entre 45 minutes et 2h30 environ, certains des 57 interlocuteurs rencontrés ont exprimé des difficultés pour répondre à quelques questions, relatives notamment à la conception du contrat, en raison souvent de la reprise du dossier CLS au cours de sa mise en œuvre. Ces entretiens ont principalement porté sur l'élaboration de l'outil, son application et son suivi (62 % - Figure 12).

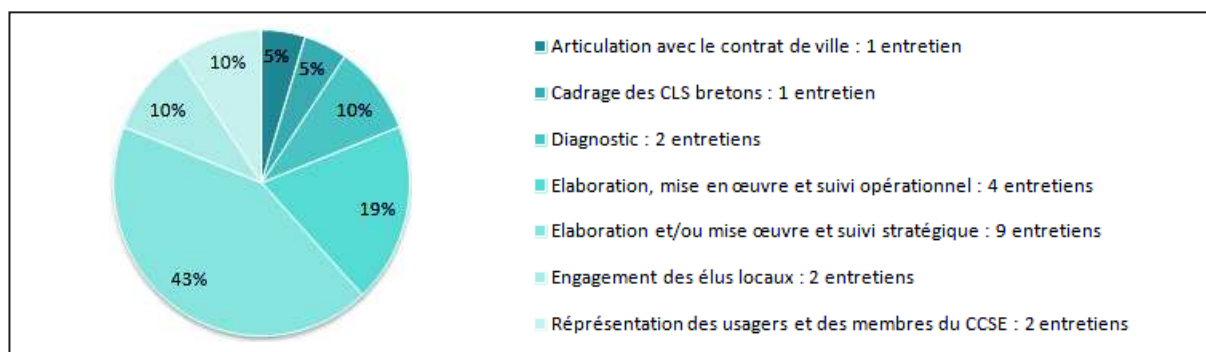


Figure 12 : Taux d'entretiens réalisés selon leur objet⁴⁹ (Annexe 8)

Le déroulement de la phase de préparation (4) puis de déploiement du contrat (5) sera exploité avant d'étudier ses impacts sur les acteurs œuvrant localement en faveur de la santé des rennais (6).

5. Le CLS rennais : le résultat d'une élaboration concertée et cohérente

Les commanditaires ont convenu, dès leur deuxième réunion bilatérale en avril 2012, de concevoir le contrat local de santé de la ville de Rennes à l'aune de cinq principes⁵⁰ :

1. « Pragmatisme de la démarche »
2. « Association des acteurs du champ de la santé autour d'objectifs et d'actions partagés »
3. « Interconnaissance et cohérence des initiatives engagées »
4. « Valorisation de l'action de la Ville en promotion de la santé et des actions transversales avec l'ARS de Bretagne »
5. « Pertinence du territoire en mettant en exergue l'identité urbaine et le lien avec les compétences d'intervention ».

⁴⁹ Graphique élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

⁵⁰ DSPH. 2012. *Rencontre ARS, 2 avril 2012 : Compte rendu*. 4 p. (Document interne aux services de l'ARS de Bretagne et de la Ville de Rennes)

Ainsi, dans le but de « *permettre la mobilisation institutionnelle, l'accord sur les enjeux et les actions à développer collectivement dans les axes retenus*⁵¹ », au nombre de six à ce stade de la réflexion, autant de groupes de travail experts ont été formés.

Ces grands principes et cette ambition ont été au fondement de la dynamique du premier contrat local de santé rennais⁵².

5.1. Des rencontres fonctionnant sur un mode d'action collaboratif

Les deux réunions programmées par thématique entre novembre 2012 et mars 2013 avaient vocation à « *permettre d'explicitier les difficultés rencontrées par les acteurs et d'identifier les modalités d'actions pour engager des réponses sur le territoire* » (Ville de Rennes, 2012b).

Leurs membres ont attesté s'être saisis de cette opportunité pour :

- dresser un bilan de l'existant et des besoins non couverts
- concilier les enjeux et les priorités afin de dégager des pistes d'actions communes.

a. Les groupes experts

Un binôme Ville de Rennes et ARS était désigné pour présider ces séances mais, dans les faits, « *le pilotage a été assuré par la Ville et l'ARS est intervenue en appui*⁵³ ». L'équipe de la Direction Santé Publique Handicap a également été à l'origine de l'écriture des « *fiches projets* » qui servaient de base de réunion (Annexe 2). Ces supports, soumis à l'avis de tous, ont été l'objet de nombreuses discussions en vue les faire évoluer. La recherche de consensus semble avoir rythmé les échanges tant sur leur forme que sur leur fond, avec notamment le retrait d'éléments ou l'ajout de compléments. Des opérateurs ont toutefois relaté avoir plutôt traité des objectifs en portant le « *débat au niveau des orientations stratégiques plus que sur la définition des actions*⁵⁴ ». Une dichotomie est décelée à propos de son caractère pluridisciplinaire avec une trentaine de professionnels mobilisés dans les groupes. Quand certains estiment que leur configuration ne les a pas empêchés d'être force de propositions (53 % des entretiens), d'autres regrettent son hétérogénéité, sa taille et les difficultés à rassembler les divers intervenants (40 % des entretiens).

b. Les fiches projets

Ces documents revêtent deux inconvénients à rapprocher des conditions d'élaboration afin de les considérer à leur juste mesure.

⁵¹ DSPH. *Op. cit.*, p.20.

⁵² Tous les taux indiqués dans cette partie sont calculés à partir des 15 entretiens dont l'objet à potentiellement été la conception du CLS de la ville de Rennes : « *Élaboration, mise en œuvre et suivi* » (13), « *Engagement des élus locaux* » (1) et « *Représentation des usagers* » (1).

⁵³ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁵⁴ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

D'une part, une erreur d'interprétation est susceptible de se produire à la lecture de la « composition des groupes de travail experts » en annexe 2 du contrat. Les personnes répertoriées sont en effet celles sollicitées à l'issue du Comité de Pilotage de juillet 2012 et non précisément celles ayant apporté leur concours ultérieurement. Au demeurant, les résultats de l'enquête qualitative paraissent concorder en faveur d'un panel de participants pertinent à l'exception de quelques délégations « mal maîtrisées » (13 % des entretiens). D'autre part, la rédaction préalable des fiches projets visant à faciliter la cohésion et les interactions n'a pas toujours été appréhendée dans cet esprit. Des partenaires ont effectivement ressenti de la frustration de n'avoir alors qu'à les finaliser même si chacun a été *a priori* invité à les renseigner en les recevant amont des entrevues (27 % des entretiens). Au regard de l'échéance fixée cependant et compte tenu de la complexité de « *partir d'une page blanche, la méthode était adaptée au timing*⁵⁵ ».

c. Le temps de l'écriture

Le calendrier prévisionnel « *a conduit à construire une culture commune*⁵⁶ » promptement, ce qui était au fondement du cadre de travail envisagé par l'ARS de Bretagne et la Ville de Rennes. Bien que les tours de table de présentation aient été l'occasion pour les parties prenantes réunies de décrire leur domaine d'activité, le temps réservé à la co-connaissance et aux définitions conjointes semble avoir souvent manqué. Ce constat a été corroboré par les représentants des usagers qui auraient souhaité être davantage contributeurs afin de « *faire avancer la démocratie sanitaire* ». Cette durée était à leur sens excessivement courte pour parvenir à un réel investissement et interagir sur les sujets au sein de leurs instances avant d'éventuellement déposer de nouvelles suggestions. À l'inverse, les professionnels rompus à l'exercice l'ont supputée correcte. Le délai de préparation du CLS, quoique majoritairement qualifié de « contraint », s'est donc, les concernant, avéré « *appréciable (parce que) si on veut plus de débat, il faut beaucoup de réunions et on n'a pas beaucoup de temps, on ne serait pas allés à plus de réunions. Là, c'était bien pour débattre des orientations et des objectifs*⁵⁷ » (27 % des entretiens)

En définitive, tandis qu'une première moitié de la série d'acteurs interrogés conclut que cette phase s'est déroulée dans une démarche participative et partagée, une seconde se révèle plus nuancée en la jugeant « *a minima* » à défaut d'avoir été sollicitée jusqu'à son terme. La co-élaboration telle qu'aménagée n'a *de facto* pas complètement répondu aux attentes des

⁵⁵ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

partenaires qui espéraient une concertation accrue malgré leur satisfaction quant au « *rendu final et (au fait) d'avoir été écoutés. Les idées coïncident avec les constats fournis*⁵⁸ ».

Ce fonctionnement coopératif a en revanche été inapplicable pour le septième axe, « *l'intérêt d'un travail analogue sur le handicap* » ayant été acté par le comité de pilotage du 16 avril 2013 (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2013b). Cette orientation stratégique est alors apparue sous l'intitulé « 7. Rendre la ville accessible à tous » amendé ensuite en « Agir en faveur des personnes en situation de handicap ».

Le contrat local de santé rennais a été élaboré dans une démarche participative et partagée bien que l'exhaustivité des « fiches projets » présentées aux membres des groupes de travail experts, leur effectif et le délai juste de co-construction en aient modéré l'effet positif pourtant bénéfique à une meilleure appropriation de l'outil.

5.2. Un contenu structuré en adéquation avec les enjeux partagés du territoire

La conception du contrat local de santé rennais induisait un diagnostic mené au niveau communal afin que « *ce dispositif puisse s'adapter aux problématiques identifiées localement et aux actions spécifiques mises en place* » (Ville de Rennes, 2012b).

a. Le diagnostic partagé

L'instauration du CLS était, pour rappel, concomitante à celle du PLS et du PTS, dont les groupes de travail « *étaient quasiment les mêmes* », ce qui suppose que les priorités étaient d'ores et déjà partagées (40 % des entretiens). Dans cette hypothèse, « *il n'y avait pas lieu de refaire le même travail*⁵⁹ ». De plus, les plans d'actions tels le Plan Rennes Ville-Amie des Aînés (ReVAA), le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) ou le Pacte Rennais d'Insertion (PRI) ont, dans un souci d'harmonisation, étayé le contrat.

Cet ensemble d'outils est parfois perçu comme foisonnant et un état des lieux l'aurait sans doute éclairé à deux points de vue :

- L'un s'attache à la lisibilité de l'existant
- L'autre se rapporte à un effet couramment admis, « *à l'image des premiers CLS, ce CLS brasse très large, les enjeux correspondent plus à un étalage de problématiques diverses*⁶⁰ » (27 % des entretiens).

⁵⁸ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

⁵⁹ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁶⁰ *Ibid.*

b. Du diagnostic aux objectifs

En matière de cohérence interne, les enjeux de santé du territoire inscrits dans le contrat sont généralement congruents avec ses axes définis à partir des données sanitaires, démographiques ou socio-économiques. À titre d'exemple, la mise en évidence de l'affluence du public en situation de précarité dans la commune a encouragé la création de l'axe 2 « Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis » (ARS et Ville, 2013a). Les objectifs établis sont également adaptés tant à ces orientations stratégiques qu'aux enjeux, avec une singularité dans l'axe 4 « Promouvoir la santé mentale » où les deux composantes se confondent en étant libellées approximativement à l'identique. La plupart des actions s'inscrivent dans cette corrélation mais ne sont pas formulées en tant que telles, à l'instar de l'action 2 intitulée « Engager une réflexion sur un meilleur partage de l'information sur les projets soutenus sur le territoire », qui s'apparente davantage à un objectif. Ainsi, « *Ce n'est pas assez concret, ni au plus près de la réalité des habitants*⁶¹ ».

c. L'origine des actions du contrat local de santé

Le contrat local de santé n'a pas été façonné *ex nihilo* et s'est fondé sur un travail antérieurement initié à l'échelle locale. De la sorte, « *C'était dans la continuité de ce qui était déjà engagé (avec) beaucoup d'actions qui se seraient faites même s'il n'y avait eu de CLS⁶²* » (40 % des entretiens). Effectivement, parmi les 42 actions priorisées dans le périmètre géographique couvert, seules neuf n'étaient pas déjà déployées et trois uniquement n'auraient pas été mises en œuvre en son absence (Figure 13). Ce constat correspond bien à la volonté de valoriser des activités de la Ville et d'autres transversales avec l'ARS et les partenaires.

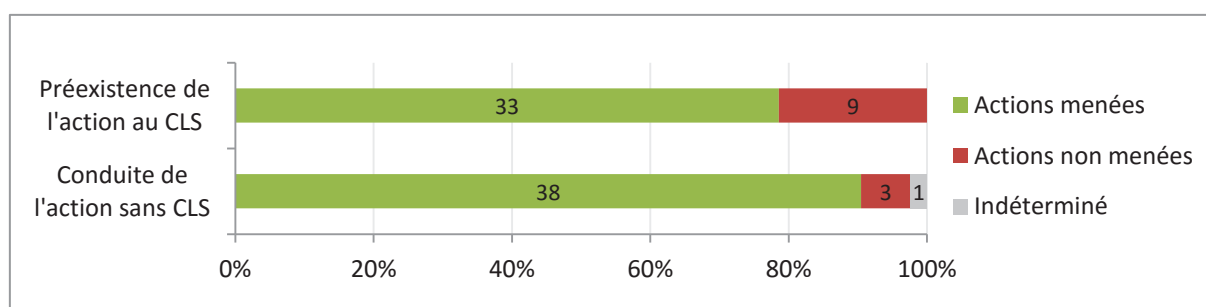


Figure 13 : Préexistence et conduite des 42 actions inscrites dans le CLS⁶³ (selon l'avis des « référents d'actions »)

⁶¹ Extrait de l'entretien avec le groupe constitué pour aborder l'articulation entre le CLS et le contrat de ville.

⁶² Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁶³ Graphique élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

Les principaux motifs expliquant ces proportions sont (Figure 14) :

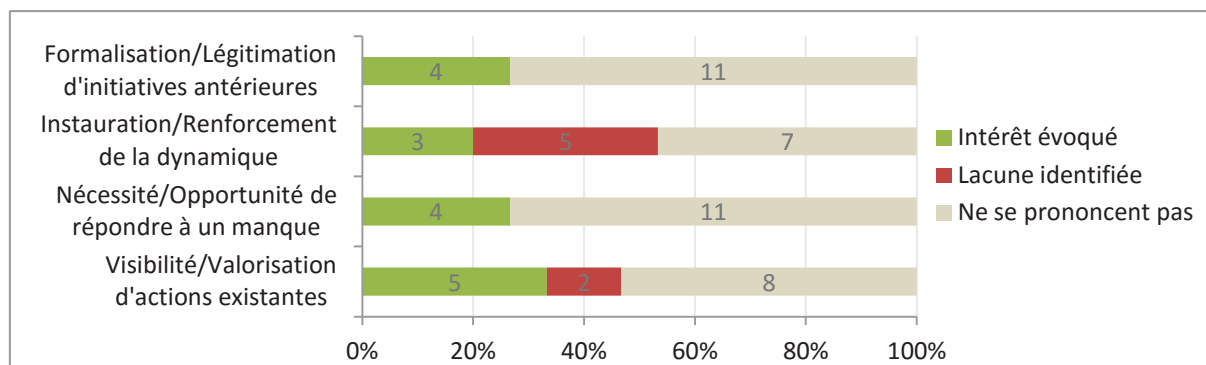


Figure 14 : Effets de l'inscription des actions dans le CLS de la ville de Rennes⁶⁴

- L'amélioration de la visibilité des initiatives entreprises puisque « *plein de choses se faisaient sur le territoire mais ce n'était pas lisible, ni calé dans un mode de faire*⁶⁵ » (33 % des entretiens). Or, la multitude de projets annexés paraît avoir atténué cet intérêt en étant « *très ambitieux (avec) trop d'axes, d'objectifs, d'actions (entraînant un) émiettement*⁶⁶ » (13 % des entretiens).
- Le renforcement de la dynamique en santé et, de ce point vue, « *on a passé un cap, on a une vraie dynamique qui existait auparavant et qui s'est structurée au crédit du CLS parce que l'engagement a été porté*⁶⁷ ». Les « pilotes d'actions » le certifient pour 55 % des actions en citant, en particulier, leur extension à d'autres quartiers (Annexe 12). Néanmoins, cette nouvelle impulsion n'a pas été observée par le tiers des acteurs rencontrés qui exprime un regret sur ce point.
- Le besoin d'interventions suite au repérage d'un manque, comme l'action 33 « Développer la connaissance et l'information des personnes pratiquant des loisirs nautiques en contact étroit avec l'eau sur la qualité des eaux et les précautions à prendre sur le plan sanitaire », recommandée par l'ARS. Le CLS rennais a également été un levier pour aborder, avec l'équipe de la DSPH, la problématique de la démographie médicale et de l'accessibilité physique et financière des cabinets qui s'est traduite par l'action 4 « Engager un diagnostic sur l'offre de soins libérale et développer une réflexion autour des nouveaux modes d'exercice professionnels des médecins généralistes libéraux ».

⁶⁴ Graphique élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

⁶⁵ Extrait de l'entretien avec un membre de l'équipe projet du CLS de la ville de Rennes.

⁶⁶ Extrait de l'entretien avec le groupe des élus locaux.

⁶⁷ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

- La légitimité procurée à des activités antérieures (27 % des entretiens) telle l'action 21 « Structurer la gouvernance et le fonctionnement du CRSM ». Cette opération, reconnue nécessaire, a renforcé « *la mise en place d'une dynamique locale en santé mentale. (C'était) une pratique qui était expérimentale et qui a été validée dans la contractualisation. On a été autorisé à faire avec légitimité, pertinence et poids institutionnel (...) Une visibilité (a été) donnée par la structuration du cadre⁶⁸* ».

Cette première version du CLS ressemble à bien des égards à un catalogue d'actions en couvrant de larges champs de la santé dont certains sont réglementaires.

Néanmoins, son contenu est plutôt cohérent :

- dans sa structuration interne à l'exception des actions qui n'étaient pas énoncées en tant que telles
- avec les dispositifs locaux de santé compte tenu de la préexistence des actions retenues et de leur transversalité, leur inscription dans le CLS ayant notamment eu pour effet de les valoriser et de les légitimer.

Les objectifs définis ont ainsi été en adéquation avec les enjeux de santé partagés par les acteurs du territoire même si, en considérant le contrat dans sa globalité, les liens avec ses finalités d'amélioration de l'état de santé de la population et de réduction des inégalités de santé ne sont pas suffisamment explicites.

6. Déploiement, animation et suivi : le cœur de la dynamique de coordination

Le contrat local de santé de la ville de Rennes a été la concrétisation du « *souhait des acteurs de développer des actions partagées et cohérentes en faveur des Rennais dans un contexte de précarisation fort mais aussi de réduction des fonds publics, il s'agit en effet de mutualiser nos efforts pour agir de façon pertinente et ciblée* » (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2013c). Ses partenaires l'ont fait vivre dans un souci d'efficacité et de transversalité.

6.1. Une animation partagée, pragmatique mais insuffisamment incarnée

La santé a été hissée « en tête de pont » du fait du portage politique et institutionnel du CLS qui est considéré comme « *un outil supplémentaire d'animation de la politique locale de santé qui permet également sa stabilisation et véhicule une philosophie en*

⁶⁸ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

santé qui s'inscrit dans la promotion de la santé que la Ville souhaite porter⁶⁹ ». Cette politique contractuelle est cohérente avec les principes de la charte d'Ottawa⁷⁰ visant à faire de la santé une ressource pour les habitants.

a. L'animation du contrat

L'animation du contrat local de santé s'est effectuée à des degrés variés. Malgré l'absence de lettre de mission et de temps dédié, le binôme de référents Ville /ARS formant l'équipe projet impulsait les différentes phases d'animation du contrat (bilan annuel, préparation du comité de pilotage, suivi des actions...). En parallèle, les « pilotes d'actions » sensibilisaient à leur niveau sur les actions dont ils avaient la charge. Cependant, aucun animateur n'a été désigné du fait de cette organisation partagée. Le projet n'a en conséquence pas été incarné alors que pour des parties prenantes « *c'est une plus-value qu'il y ait une personne qui fédère et se charge du suivi et de l'animation de la démarche*⁷¹ ».

De plus, l'équipe projet et les « pilotes d'actions » ont relayé l'intérêt du CLS au sein des instances partenariales (CCSE, CLSM, CODEM,...) pour favoriser la connaissance et l'appropriation de cet outil. La circulation de l'information « *ciblant des éléments pragmatiques*⁷² » a été focalisée au niveau stratégique mais certaines rencontres n'ont pour autant pas été placées « *sous le label CLS*⁷³ ». Effectivement, « *C'est quelque chose de partagé et de valorisé mais il n'est pas forcément énoncé puisqu'au niveau du terrain, ils ne voient pas forcément l'outil qu'il y a derrière, (ce) n'est pas saisi par tous les acteurs*⁷⁴ ».

b. La communication

La communication autour du contrat a été culminante lors de son lancement, en comprenant notamment la parution d'un dossier de presse, mais plus éparse ensuite avec seulement

⁶⁹ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁷⁰ La charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986 par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé définit : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* » (OMS Europe, 1986).

⁷¹ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes

⁷⁴ *Ibid.*

quelques articles consacrés (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2013a). La lettre d'information de la Ville, *Rennes Info Santé*⁷⁵, diffusée à près de 300 acteurs de santé du territoire en est un exemple. Aussi, la communication n'a pas été l'objet d'une réflexion stratégique partagée en tant que telle après la signature du CLS ce qui explique que les publications entourant son actualité ne sont pas assez développées. Par ailleurs, ce document est dans sa formalisation inadapté à une lecture grand public. Toutefois, la sensibilisation de la population sur les bénéfices de certaines interventions a été satisfaisante à l'instar de l'action 32 « Développer une information préventive sur la qualité de l'air à Rennes (...) en cohérence avec la promotion de l'activité physique en ville » sur le risque allerge-pollinique.

6.2. Une mise en œuvre établie sur des bases solides ou encore à conforter

Durant les entretiens menés en phase d'investigation, les interlocuteurs ont évoqué plusieurs aspects facilitateurs mais aussi limitatifs par rapport aux modalités d'application et non au contenu du contrat local de santé de la ville de Rennes (Figure 15). L'accent a principalement été mis sur ces derniers, ce qui reflète finalement leur engagement et leurs attentes à l'égard de cette stratégie.

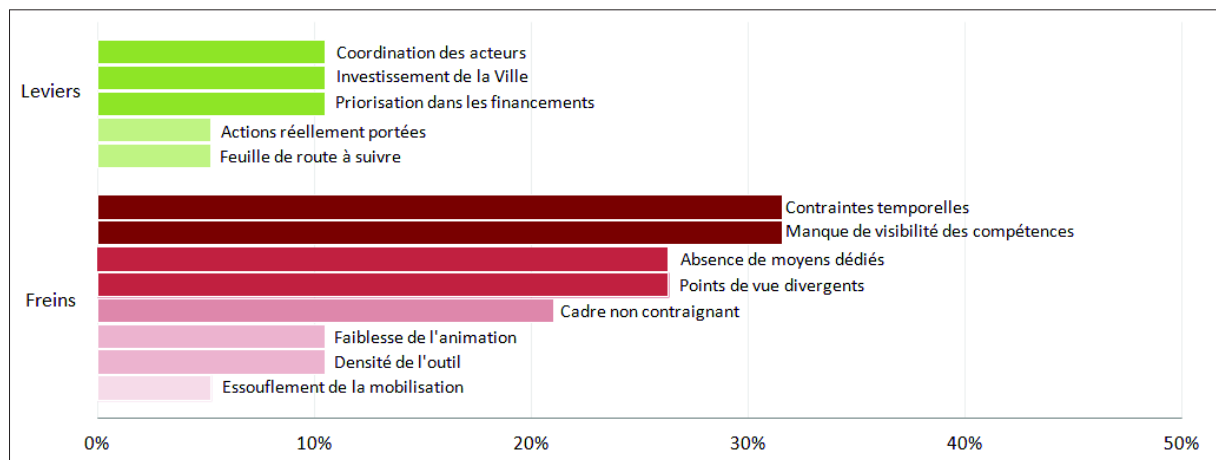


Figure 15 : Les principaux leviers et freins de la mise en œuvre du CLS de la ville de Rennes (objet potentiel de 19 entretiens)⁷⁶

a. Les points forts de son application

Riche d'une dynamique partenariale, ces membres ont relevé les atouts du premier contrat local de santé rennais :

- La coordination des acteurs (11 %) : les décideurs et les opérateurs ont poursuivi le travail d'interconnaissance en vue de créer ou consolider les réseaux pour agir de concert.

⁷⁵ Par exemple : DSPH. 2016. *Rennes Info Santé*. n°7. 8 p.

⁷⁶ Graphique élaboré par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes - exclusion des entretiens relatifs à l'articulation du CLS avec le contrat de ville (1) et au cadrage des CLS bretons (1).

- L'implication de la Ville « *a été un point central des actions*⁷⁷ » (11 % des entretiens).
- La priorisation dans les financements (11 % des entretiens) souhaitée par les élus a permis de « *booster* » les actions et, surtout, celles qui rentraient dans le cadre des appels à projets en raison de la nécessité de rendre régulièrement compte de leur évolution.
- La feuille de route que constitue le contrat a incité les professionnels à s'imposer des échéances en adéquation avec celle du CLS (5 % des entretiens).
- Les « *fiches actions* » réellement portées sont celles « *qui marchent le mieux*⁷⁸ » (5 %).

b. Les marges d'amélioration

De façon souvent antagonique, les obstacles auxquels les partenaires du contrat local de santé rennais ont été spécialement confrontés sont :

- Le cadre non contraignant qui équivaut à un « *engagement contractuel sans moyen coercitif et sans sanction* (,) implique *des actions ne reposant que sur la bonne volonté de leur porteur*⁷⁹ » (21 % des entretiens). De plus, le pilotage n'ayant pas été saisi par tous comme convenu, ce dernier a donc été recentré sur la Ville de Rennes.
- Les contraintes temporelles (32 % des entretiens) sont assimilées tant à la mise en place d'un « *outil politique* » qui retarde d'autant le déclenchement des opérations qu'à son articulation avec des dispositifs ayant une autre temporalité. Paradoxalement à la déficience de temps objecté pour co-construire le contrat qui s'est répercuté sur sa conduite, le phénomène de la « *réunionite* » est néanmoins réprouvé étant donné « *qu'on passe trop de temps en réunion, à dire les choses, à les écrire et on manque de gens sur les quartiers*⁸⁰ ».
- Le manque de visibilité des compétences respectives, s'expliquant potentiellement par la multiplicité d'acteurs par thématique, a été à l'origine d'inconvénients pour les « *faire travailler ensemble* (puisque) *chacun ne sait pas comment fonctionne l'autre*⁸¹ » (32 %).
- L'animation a couramment été jugée illisible : « *il n'y a eu que du suivi du CLS mais pas de vie*⁸² » (11 % des entretiens). Quant à la communication, comme « *ce n'est pas simple*⁸³ », cette dimension est à travailler en santé publique.

⁷⁷ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁸⁰ Extrait de l'entretien avec le groupe constitué pour aborder l'articulation entre le CLS et le contrat de ville.

⁸¹ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁸² *Ibid.*

⁸³ Extrait de l'entretien avec un élu local.

- L'essoufflement de la mobilisation des parties prenantes dans la durée, et notamment des « référents d'actions » dont l'unique sollicitation pluriannuelle pour préparer les « fiches bilan d'étape » a été insuffisante pour l'entretenir (5 % des entretiens). Au demeurant, certains ont signalé n'avoir jamais été rappelés depuis la conclusion du contrat le 1^{er} juillet 2013. Toutefois, l'ensemble des membres du CoPil et du CCSE ont été informés annuellement de la progression des actions du CLS.
- La densité de l'outil qui renvoie au nombre d'initiatives à entreprendre que les opérateurs ne sont pas tous parvenus à s'emparer, « *l'énumération ne permettant pas de rentrer vraiment dans l'action*⁸⁴ » (11 % des entretiens).
- L'absence de moyens dédiés semble avoir restreint son déploiement (26 % des entretiens). Les commanditaires avaient pourtant acté en avril 2012 que « *Le CLS doit permettre de pérenniser les soutiens financiers aux projets et postes sur la période du contrat en permettant une visibilité et une projection pour les structures pilotes (ainsi que) Permettre un soutien pluriannuel des projets recensés dans le contrat en évitant le dépôt annuel de demande de financement*⁸⁵ ». En dépit de cette opinion, cinq des sept signataires institutionnels ont tenu leur engagement financier.
- Des points de vue divergents (26 % des entretiens) en particulier pour le diagnostic et la mise en œuvre de l'action 1 « Développer une meilleure appréhension de la santé des rennais d'un point de vue quantitatif et qualitatif dans le cadre d'une analyse partagée » ont conduit à freiner certaines dynamiques autour de l'observation.

c. Les fiches actions

Le format du cahier des fiches actions octroyait de la flexibilité qui, paradoxalement, a aussi été source de difficultés pour exécuter le contrat (ARS et Ville de Rennes, 2013b). À titre d'exemple, les « Structures identifiées » dans l'encart « Autres acteurs à mobiliser dans la mise en œuvre de l'action » sont parfois référencées par « *partenaires de santé* » (5 %), « *etc.* » (12 %) ou trois points de suspension (19 %). Dans la plupart des rubriques « Description de l'action » également, aucun détail relatif à la nature des interventions et à leurs modalités opérationnelles n'est apporté. À défaut d'exhaustivité, l'organisation concrète de leur déclinaison est par déduction laissée à l'appréciation des « responsables promoteurs ». De surcroît, certaines fiches sont encore incomplètes en n'incluant pas le budget attribué (33 %) ou le calendrier prévisionnel (5 %) qui du reste est peu échelonné.

⁸⁴ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁸⁵ DSPH. *Op. cit.*, p.20.

Enfin, les indicateurs établis « *qui ne sont pas vraiment des indicateurs de suivi* » seraient à agrémenter comme celui de l'action 7 « Construire des outils communs pour partager l'information sur le territoire sur les dispositifs d'accès aux soins pour les plus précaires et le rôle de chacun » qui consiste exclusivement en la mesure de « *l'Effectivité de la réalisation du guide* ». Néanmoins, le suivi de cette « fiche action » a été approfondi par l'opérateur qui a également recensé le nombre de consultations. Le critère alors à considérer est que, malgré les enjeux partagés, des initiatives restaient à clarifier au moment de l'écriture du CLS, d'où l'impression d'un certain flou en l'absence de précisions reportées dans un des livrables.

Les dynamiques d'intervention relatives à l'animation, la communication, le pilotage ou encore la mise en œuvre ont concouru à la participation, à la transversalité et à l'articulation entre les acteurs. Ce résultat n'a cependant pas été optimal par manque d'harmonisation et de clarté sur le rôle de chacun ainsi que sur l'intérêt de l'outil.

6.3. Un suivi annuel fondé sur l'avancée des actions

Les points de rassemblement intermédiaires se sont basés sur les « fiches bilan d'étapes » remplies par chaque « pilote d'actions » et centralisées par la Ville de Rennes qui procédait à leur mise en forme avant une relecture par l'équipe projet ARS/Ville.

a. La formalisation des bilans d'étape

Ces supports « *sont un outil d'acculturation (qui combine) vision sur les actions mises en œuvre et point d'étape sur ce qui reste à faire donnant ainsi à voir ce qui se fait au niveau du CLS. (C'est) un bon aiguillon (et) la case pour l'analyse permet d'être assez réflexif. (Donc,) C'est une aide réelle*⁸⁶ » (24 % des entretiens). Toutefois, de nouveau qualifié de « *catalogue* », son contenu « *est de la sorte difficile à lire en termes de cohérence (et) demande de grands efforts. On s'égare et on perd le fil conducteur. On s'attache plus aux actions et à leur nombre mais pas aux objectifs*⁸⁷ » (24 % des entretiens⁸⁸). Une grande majorité des acteurs interrogés ne les regardent pas en raison de la nécessité de prendre du temps dont beaucoup semble déjà manquer. C'est pourquoi « *Ce document complet et copieux est accompagné d'un document de synthèse plus maniable.*

⁸⁶ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Tous les taux indiqués dans cette sous-partie sont calculés à partir de 17 entretiens dont l'objet à potentiellement été le suivi du CLS de la ville de Rennes, soit exclusion de ceux relatifs à l'articulation du CLS avec le contrat de ville (1), au cadrage des CLS bretons (1) et au diagnostic (2).

Ces appuis au suivi de la démarche constituent de véritables outils au service de la transparence des actions menées, et de leur lisibilité » (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2014). Le code couleur instauré en a du reste facilité la lecture et, au terme de la troisième année de déploiement, 36 % des interventions sont réalisées ; seule l'action 27 « Participation de la Ville de Rennes au comité de pilotage des filières gérontologiques » ne l'est pas (Figure 16). De plus, 55 % des initiatives sont impulsées avec un souci de démarche qualité en continue comme pour les dynamiques de travail dans les quartiers.

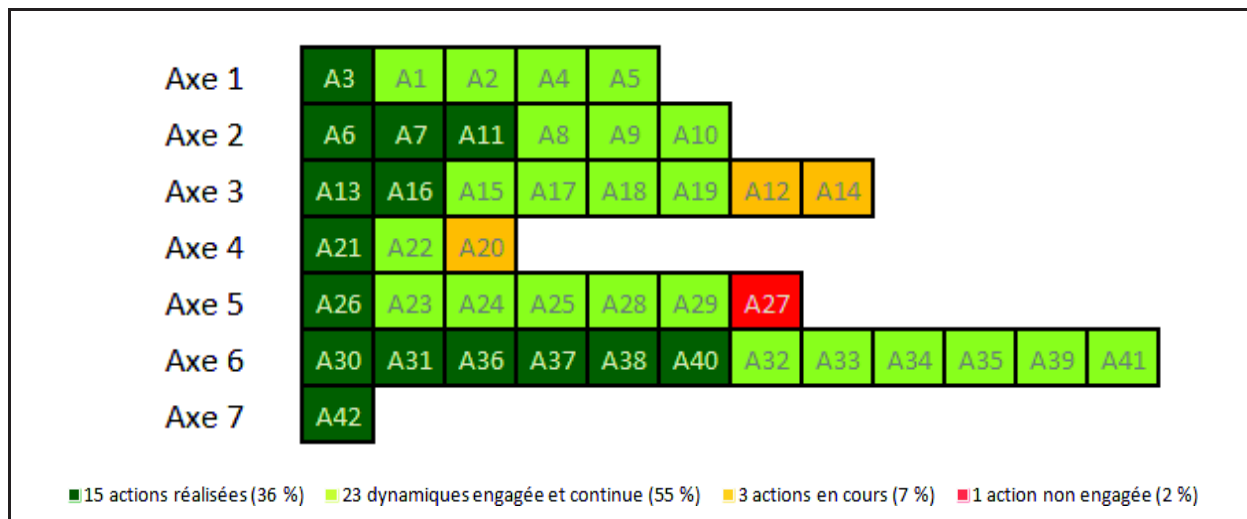


Figure 16 : État d'avancement des actions par axe à l'échéance du CLS rennais (ARS et Ville de Rennes, 2016)

Leur descriptif, trouvable dans le cahier des « fiches actions », a amené à dégager sept volets thématiques au sein desquels ces 42 actions ont été réparties (Annexe 11) :

1. Mise en lisibilité des ressources locales en santé se rapportant notamment à l'enfance et la jeunesse, à la précarité, à la santé mentale et à la santé-environnement (8 actions).
2. Structuration de la coordination des acteurs en santé du territoire dans les champs de la santé mentale et des personnes âgées (5 actions).
3. Instauration de démarches innovantes autour de l'alimentation et de l'activité physique à destination de la population générale, de celle en situation de précarité ou encore des personnes âgées et des enfants aux étudiants (5 actions).
4. Renforcement de l'accompagnement de proximité auprès des catégories de personnes identiques à celles immédiatement sus-citées (6 actions).
5. Développement de la sensibilisation sur les enjeux de santé du grand public ainsi que de celui dans les secteurs personnes âgées, jeunesse et santé mentale (7 actions).
6. Adaptation des équipements immobiliers au vieillissement, à l'environnement et en faveur de la santé de l'ensemble des rennais (5 actions).
7. Organisation d'interventions sur la qualité de l'environnement extérieur pour tous mais aussi dans les domaines du handicap et de l'environnement (6 actions).

b. Les points intermédiaires avec les partenaires du CLS

Le déroulé du comité de pilotage du CLS comprenait systématiquement un état des lieux global des actions et un focus sur quelques-unes ayant retenu l'attention à ce stade, assorti de leurs marges de progression et des rectifications à envisager. À cette occasion, « *On prend acte et on se positionne sur les difficultés et points de blocage. Cette instance a joué son rôle et fonctionné*⁸⁹ » (29 % des entretiens), ce qui n'est pas approuvé par tous ceux auditionnés. Ces séances étaient de leur avis plutôt informatives et « *floues en évoquant des généralités et en restant sur des perspectives. C'est intéressant à titre consultatif sur les projets non suivis*⁹⁰ ». Bien que la présentation sous la forme d'un inventaire et l'effectif de participants mobilisés aient été insuffisants pour approfondir les différents axes de travail, ces rencontres semblaient cependant nécessaires pour l'engagement des signataires (41 % des entretiens).

Ces réunions n'ont, par ailleurs, pas associé les « référents d'actions » alors que leur souhait d'être intégrés paraît avoir été formellement exprimé. Les échanges étaient fréquents entre le chargé du suivi du CLS à la Ville et son homologue à l'ARS qui les restituait uniquement aux collègues concernés dès que « *des questions demeuraient en suspend* ». Cette défaillance a en ce sens été tracée dans une note de janvier 2016 : « *Il avait été prévu des rencontres entre acteurs par axe de travail, ce qui n'est pas mis en place au regard des calendriers contraints, des nombreuses rencontres existantes* » (Ville de Rennes, 2016a).

En parallèle du comité de pilotage, le CCSE plénier qui « *constitue un groupe d'information et de suivi de la démarche* » a tous les ans été avisé et consulté sur son évolution (Ville de Rennes, 2013c). Néanmoins, certains de ses groupes de travail, mentionnés dans le contrat, n'ont pas été réactivés *a posteriori* ou n'ont simplement pas procédé à un suivi spécifique alors que ce recul aurait sans doute été pertinent (24 % des entretiens).

Au demeurant, un bilan transversal a tout de même été dressé dans quelques documents tels les rapports d'activité de la Mission Promotion Santé Territoire, sans pour autant les identifier comme des outils de suivi du CLS (Ville de Rennes, 2016b).

L'efficacité du déploiement et du suivi du contrat local de santé rennais a reposé sur :

- des « pilotes d'actions » pleinement porteurs des opérations sous leur responsabilité
- des points d'étape pluriannuels (CoPil, CCSE plénier,...) combinant concertation sur les ajustements à apporter aux interventions et leur mise en perspective.

Son ampleur n'a cependant pas été maximale à défaut de rencontres régulières entre les référents d'actions et de visibilité sur le suivi global du contrat.

⁸⁹ Extrait de l'entretien relatif au cadrage des CLS bretons.

⁹⁰ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

7. Résultats et impacts du CLS rennais

Le contrat local de santé de la ville de Rennes est, en comptant quatorze signataires, un « *outil partenarial* ». Cet effectif qui est l'un des plus élevés des CLS du territoire national témoigne de cette intention de mieux harmoniser la mise en œuvre des politiques publiques⁹¹ pour agir plus efficacement à l'échelle communale dans le domaine de la santé.

7.1. La complexité de l'articulation de politiques publiques

Dans le cadre d'une administration à la française, l'interconnexion des politiques publiques reste une ambition forte mais complexe à mettre en œuvre.

a. Une ambition partagée

En constituant un instrument de coordination des démarches en santé, le CLS est perçu *"comme la réponse au problème de territorialisation de la politique de santé en traduisant la politique régionale au niveau local"*⁹² » (39 % des entretiens). À ce titre, « *Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser l'amélioration (de) l'état de santé des populations au niveau local*⁹³ ». En parallèle, le groupe d'élus rennais consulté souligne qu'« *On ne peut pas aménager, lutter contre l'inégalité, agir sur le sport, parler de mobilité dans la ville, d'insertion, sans parler de santé. La santé a à voir avec beaucoup de politiques publiques* ». Aussi, le contrat est jugé cohérent avec les programmes régionaux de santé, la politique de santé de la ville (PLS, CLSM,...) et d'autres politiques contractuelles telles le Pacte Rennais d'Insertion ou encore le Plan Rennes Ville-Amie des Aînés. Cette adéquation s'accorde avec la réglementation des contrats locaux de santé qui a pour ambition d'articuler la politique de santé régionale et les enjeux d'un territoire en matière de santé. De plus, la recherche de concordance avec d'autres politiques publiques correspond bien au pragmatisme souhaité dès le début de la démarche.

b. Une impression de complexité persistante

Le CLS serait un outil additionnel instauré « *en complément d'autres dispositifs (tout) en veillant à ne pas les brouiller et en prenant en compte les spécificités du territoire (mais) on est frappé de l'accumulation des dispositifs*⁹⁴ » (39 % des entretiens). Cette « *couche supplémentaire qui rappelle ce qui existe déjà*⁹⁵ » et dont la multitude d'instances et d'appellations auraient eu

⁹¹ Tous les taux indiqués dans cette partie sont calculés à partir de 18 entretiens dont l'objet à potentiellement été la coordination des acteurs et des actions du CLS de la ville de Rennes, soit exclusion de ceux relatifs au cadrage des CLS bretons (1) et au diagnostic (2).

⁹² Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

⁹³ ARS. *Guide méthodologique d'élaboration d'un CLS*. 10 p. (Document interne aux services de l'ARS Bretagne)

⁹⁴ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

⁹⁵ Extrait de l'entretien avec des représentants des usagers.

tendance à perdre les acteurs a été appréhendée comme une action parmi tant d'autres ne définissant pas toute la politique en santé. Outre cet amoncellement, la densité du contrat est à nouveau mise en exergue par l'observation que « *là, il y a trop de choses qui en deviennent incompréhensibles et difficiles à articuler (et finalement) qui n'arrivent plus à avancer*⁹⁶ ». Ces aspects sont révélateurs de la pluralité des politiques agissant sur les déterminants de santé. Ainsi, « *Le CLS est un millefeuille complexe et il faut trouver le fil rouge qui lie tous les sujets. (Or,) sur certaines actions, les acteurs ne sont pas parvenus à (le) tirer*⁹⁷ ».

c. Cadre réglementaire et territoires prioritaires : un équilibre à trouver

Le contrat de ville a été généré en conjuguant les diagnostics partagés des quartiers prioritaires « politique de la ville » et le cadre réglementaire en matière de santé. De nombreux débats ont, en effet, animé le travail des pilotes du CLS (ARS et Ville de Rennes) et ceux du contrat de ville (Rennes Métropole) pour concevoir le volet santé du contrat de ville (Rennes Métropole, 2015). Ce « *CLS a pâti comme beaucoup d'autres de l'impératif de coïncider avec le contrat de ville. Il s'agit de problématiques quartiers et est beaucoup plus large que le périmètre couvert par le contrat*⁹⁸ ». Cette position a été défendue pour créer de la congruence entre les deux contrats au regard de « *La convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013-2015, signée*⁹⁹ *en avril 2013, (qui) précise (que) "Le CLS pourra constituer le volet santé d'un contrat de ville, lorsque les territoires de contractualisation coïncideront. Le volet santé du contrat de ville pourra aussi être constitué par le sous-ensemble du CLS portant sur des quartiers prioritaires"*¹⁰⁰ ». Le contrat de ville comporte par conséquent, dans son préambule, une référence au CLS rennais qui « *a amené l'expertise (permettant) la priorisation et de ne pas repartir d'une page blanche. (Ainsi,) il n'y a pas de contradiction majeure*¹⁰¹ » mais bien une complémentarité. Le contrat local de santé a de ce fait été un « *socle de réflexion pour l'élaboration du volet santé du contrat de ville* » (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2015) qui a repris une partie de ses axes en les reformulant et en tenant compte spécifiquement des particularités des territoires prioritaires.



⁹⁶ Extrait de l'entretien avec des représentants des usagers.

⁹⁷ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Entre le ministère des Affaires sociales et de la santé, le ministère délégué aux Personnes âgées et à l'autonomie, le ministère délégué à la Famille, le ministère délégué aux Personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion et le ministère délégué à la Ville.

¹⁰⁰ ARS. *op. cit.*, p. 35.

¹⁰¹ Extrait de l'entretien avec le groupe constitué pour aborder l'articulation entre le CLS et le contrat de ville.

7.2. Un levier de décloisonnement des approches en santé

Les interventions entourant le CLS se sont généralement inscrites dans la continuité des partenariats et des actions préétablis.

a. Des relations partenariales enrichies

A l'instar de l'axe 3 « Agir en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants », « *c'était les partenaires habituels qui n'ont pas permis de noter de différence par rapport à l'activité quotidienne, les actions n'étant pas développées de façon différente.* (Néanmoins, plusieurs coopérations) *ont été repensées permettant de mettre en place les briques pour aboutir à l'objectif*¹⁰² ». Ces reconfigurations ont notamment concouru à conférer de la légitimité à certaines activités telles celles du Service Santé Enfance de la Ville de Rennes.

La majorité des acteurs investis a de la sorte discerné l'importance d'initier ou de renforcer leurs interactions en se saisissant du contrat comme d'un « *Instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé*¹⁰³ » (56 % des entretiens). L'axe 2 « Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis » en a été une illustration au travers de la déclinaison du Pacte Rennais d'Insertion dans le CLS et, cette « *articulation des politiques publiques a été une plus-value de collaboration*¹⁰⁴ ». Ce contrat local de santé semble « *être un levier sur les transversalités et (ainsi) favoriser le décloisonnement entre la prévention, le sanitaire et le médico-social*¹⁰⁵ » qui a été « *opérant* », en particulier lors du déroulement de l'action 21 « Structurer la gouvernance et le fonctionnement du CRSM ». Ainsi, chaque partenaire légitimait l'action de l'autre.

b. Une interconnaissance accentuée

L'attribut primordial du contrat est, à la lumière de l'idée que, comme « *On est dans des habitudes de travail déjà décloisonnées (donc) ce n'est pas ce qui qualifie le plus le CLS (qui) n'a pas bouleversé sur les actions mais plutôt sur l'interconnaissance*¹⁰⁶ » (39 % des entretiens). Son développement aurait conduit à tisser des relations de confiance et à esquisser les contours d'une culture partagée qui s'est accompagnée d'une communication souvent simplifiée entre les structures, d'une relative mutualisation des moyens et d'une première implication de nouveaux d'acteurs tels que les jardiniers dans l'action 32

¹⁰² Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

¹⁰³ ARS. *op. cit.*, p. 35.

¹⁰⁴ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

¹⁰⁵ ARS Bretagne. 2012. *Compte-rendu de la réunion des référents CLS Ville de Rennes : 30 octobre 2012*. 5 p. (Document interne aux services de l'ARS de Bretagne et de la Ville de Rennes)

¹⁰⁶ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

« Développer une information préventive sur la qualité de l'air à Rennes (...) en cohérence avec la promotion de l'activité physique en ville » par rapport au risque allergo-pollinique. Le contrat serait alors un « *prétexte à se connaître. L'idée même est opportune pour que les différents partenaires réfléchissent ensemble aux problèmes de santé. (Ce) CLS a aussi permis un rapprochement entre les élus et les professionnels de terrain (qui) ne se serait pas produit comme ça sans CLS¹⁰⁷* ». L'application de cet « *outil de mobilisation des partenaires autour des enjeux de santé du territoire* » (Ville de Rennes, 2012b) aurait eu pour effet de donner une impulsion pour progresser en synergie sur les objectifs communs tout en incitant à la coordination des champs d'intervention respectifs. Au demeurant, l'équipe projet a œuvré en ce sens avec « *beaucoup d'échanges par mail et de réunions rapides tout au long du projet¹⁰⁸* ». L'absence de traçabilité est caractéristique d'un procédé fluide et habile quoique « *concernant l'archivage, on voit mieux à terme comment on aurait dû fonctionner* ».

c. Une culture commune à étayer

Un tiers des interlocuteurs ont estimé que ce contrat n'était pas un élément fédérateur en évoquant des liens difficiles à nouer surtout avec les acteurs qui ne se présentent pas aux réunions comme, fréquemment cité, à celles des groupes de travail experts. Cette déficience d'assiduité contribue à empêcher la transmission d'information sur les compétences de chacun. Des entretiens collectifs ont du reste été l'occasion pour certains d'échanger leurs coordonnées en vue d'une future collaboration. Les partenaires n'auraient de surcroît pas tous nécessairement été identifiés, ce qui résulte du constat d'un manque "*de culture (commune), de listing (ou) d'environnement institutionnel¹⁰⁹* » favorable. Autrement dit, « *il faut encore tirer le fil* » bien que manifestement la plupart des acteurs auditionnés perçoive les « *effets positifs de la mise en œuvre de ce contrat sur les processus de travail, la qualité des actions développées (et) les collaborations étroites* » (Ville de Rennes, 2013a).

Le contrat local de santé rennais a été une opportunité pour déployer des actions intersectorielles et accentuer le décroisement des approches des questions de santé. Cette première version de CLS, quoique juxtaposant un panel de dispositifs ce qui s'est répercuté sur sa lisibilité, a concouru à développer la coordination des politiques publiques et des acteurs en favorisant leur interconnaissance.

¹⁰⁷ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

¹⁰⁸ Extrait de l'entretien avec un membre de l'équipe projet du CLS de la ville de Rennes.

¹⁰⁹ Extrait de l'entretien avec un élu local.

7.3. Une première version offrant un cadre de référence à rendre plus lisible

À la question posée sur l'utilité du contrat local de santé de la ville de Rennes à l'échéance de son déploiement, un participant a émis des doutes sur le rapport cout/bénéfices tandis que d'autres ont préféré s'abstenir de toute réponse au motif d'une maîtrise insuffisante de l'outil et l'impératif de disposer de données objectives pour se prononcer (39 % des entretiens).

a. L'appropriation de l'outil

Lors des entrevues, certains n'étaient pas sûrs d'être partenaires du CLS en remarquant qu'à « *force d'être opérationnel, on perd le contact avec les partenaires. (En effet,) On a tellement de chantiers à piloter déjà que c'est difficile de tout suivre (mais) on fait sans doute vivre le CLS sans trop y penser tous les jours*¹¹⁰ ». Ce commentaire laisse supposer, au regard du taux de réalisation des actions, que c'est un outil intégré dans le quotidien des acteurs. Cependant, « *Quand on ne sait pas ce qui relève du CLS dans l'activité, ça interroge la communication*¹¹¹ » qui, étant inconstante, l'a privé de visibilité. Un élu local en déduit « *qu'il manque une marque CLS permettant de mieux l'identifier par les partenaires, les institutions, les acteurs de terrain (mais aussi) pour donner de la présence au CLS et qu'il soit plus personifié* ».

Son appropriation est d'autant plus délicate que son abord n'est pas évident en étant « *foisonnant et complexe. Il faudrait encore du temps pour s'en imprégner*¹¹² » (39 % des entretiens). Seul un professionnel l'ayant entièrement lu, l'a trouvé assez accessible mais, à défaut de schémas et de couleurs pour l'incarner, le contrat est assimilé à un document de travail qui « *à lire, est assez rébarbatif (alors) on ne regarde que les actions qui nous concernent*¹¹³ ». En dépit de cette incommodité, tout le travail fourni est pleinement reconnu et « *il faut tout de même être indulgent avec cette première version de CLS (en rappelant) qu'on n'avait pas la même vision à l'époque qu'aujourd'hui*¹¹⁴ ».

b. Un instrument de lutte contre les inégalités de santé

Cet outil reste encore tout orienté vers la réduction des ISTS dans la perspective principalement d'atteindre les publics les plus fragiles qui s'est matérialisée par les initiatives retenues, par exemple, dans l'axe 2 « Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis ». Au travers du repérage des territoires vulnérables et de

¹¹⁰ Extrait de l'entretien avec des membres du CCSE.

¹¹¹ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

¹¹² Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

¹¹³ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

¹¹⁴ Extrait de l'entretien avec des représentants des parties signataires du CLS de la ville de Rennes.

l'enjeu d'amélioration des « contextes environnementaux et sociaux qui déterminent in fine l'état de santé des populations, (le contrat local de santé est paru) dans cette optique l'outil pertinent pour fédérer de nombreux acteurs locaux dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé¹¹⁵ ». À ce sujet, un interlocuteur a décrété que le CLS ne résoudra pas indépendamment tous les problèmes et que l'actuel avait davantage eu pour finalité de prévenir l'aggravation des ISTS. Néanmoins, le dispositif « Bien dans son sport » correspondant à l'action 31 « Promouvoir des activités physiques et sportives dans une démarche de santé et de mieux être » a été fondé dans une « approche plus dynamique et plus optimiste qui permet de contrebalancer cette idée d'inégalité¹¹⁶ ».

En outre, l'évaluation approfondie vis-à-vis des ISTS des six actions relatives au renforcement de l'accompagnement de proximité, telles que « catégorisées » dans le modèle logique de la démarche, a été impossible à effectuer en raison des contraintes temporelles liées notamment à la brièveté du délai pour assurer la mission (Annexe 11). Son accomplissement ultérieur serait par contre précieux pour distinguer tant les leviers que les freins à lever afin d'adapter les interventions visant à les infléchir.

c. Le périmètre géographique couvert par le contrat

L'échelle territoriale du CLS, systématiquement abordée en entretien, a été l'objet de retours contrastés mettant en évidence trois échelons pertinents :

- Pour certains, le niveau de la ville de Rennes est propice pour favoriser les complémentarités institutionnelles et être en même temps assez proche du terrain dans un souci de pragmatisme.
- Pour d'autres, l'échelle infra-communale permet de conforter l'animation en santé des quartiers et d'ajuster dans chacun les réponses aux spécificités de ses habitants contribuant ainsi à conduire des actions ciblées en vue de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- D'autres encore proposaient un périmètre géographique étendu à la Métropole ou au Pays de Rennes, ce qui concorderait mieux avec le rayonnement des missions de certains partenaires qui est parfois départemental voire régional.

La majorité des éléments recueillis au cours des entretiens était en faveur d'un contrat qui s'adapte à l'ensemble de ces enjeux territoriaux.

¹¹⁵ ARS. *op. cit.*, p. 35.

¹¹⁶ Extrait de l'entretien avec des représentants des partenaires et opérateurs du CLS de la ville de Rennes.

Le contrat local de santé de la ville de Rennes a constitué un cadre de référence dans la mesure où cet outil a été mobilisé, souvent de façon très intégrée, dans le quotidien des acteurs. Quant aux interventions en direction de la réduction des inégalités de santé, les liens ont été insuffisamment prégnants en ce sens.

En conclusion, « *de la même manière que les déterminants de la santé sont nombreux et imbriqués, les acteurs qui peuvent agir en faveur de la santé de la population sont aussi divers avec des zonages d'intervention et des politiques publiques spécifiques. Le CLS a donc vocation par une meilleure coordination locale des politiques publiques à faciliter la cohérence des actions engagées par l'ensemble des partenaires dont les actions menées sur le territoire influencent l'état de santé de la population* » (ARS Bretagne et Ville de Rennes, 2013b). Le premier contrat local de santé rennais a constitué un cadre de travail propice pour les relations partenariales encourageant leur articulation et la définition une ligne directrice en santé à l'échelle du territoire dans un calendrier déterminé. Effectivement, « *le premier intérêt des politiques contractuelles est de créer un cadre. On ne dépend pas des relations interpersonnelles. On a des responsabilités de natures différentes. (Cette structuration a été) une première étape qui a permis aux partenaires de mieux se connaître et de mieux cerner les attendus et les orientations avant de rebondir dans une autre phase. C'est indispensable avant d'aller sur un deuxième niveau*¹¹⁷ ».

¹¹⁷ Extrait de l'entretien avec le groupe des élus locaux.

Des préconisations

Au regard de l'analyse des résultats recueillis lors de la phase d'investigation, la question du renouvellement du CLS se pose. La plus-value de sa réalisation, discernée par la majorité des signataires, serait à démontrer aussi pour les bénéficiaires afin d'étayer la réponse à apporter. Les finalités d'un tel contrat étant l'amélioration de l'état de santé des habitants ainsi que la réduction des inégalités de santé, l'évaluation de ses impacts sur leur santé serait nécessaire. À cette fin, une étude populationnelle serait sans doute à mener pour disposer de données sur l'effectif de personnes concernées par les différentes actions.

Les acteurs consultés se sont dans l'ensemble positionnés en faveur de sa reconduction, sous réserve toutefois, de ne pas le reproduire à l'identique (52 % des 21 entretiens). Leurs idées se rejoignent sur l'intérêt de poser explicitement les attentes et les priorités pour dégager des objectifs plus opérationnels et resserrés en vue d'introduire une nouvelle dynamique.

Dans cette perspective, des pistes d'amélioration sont suggérées vis-à-vis de certaines mises en cohérence du contrat (8), de son élaboration (9) et de son déploiement (10).

8. Approfondir les articulations entre les acteurs et les actions

Dans la perspective de préparer un nouveau CLS, la réflexion sur ses différents degrés de connexion serait à agrémenter.

8.1. Consolider le CLS en tant que levier de lutte contre les inégalités de santé

Le CLS est un outil d'articulation de divers dispositifs locaux de santé qui serait à accentuer afin de renforcer la coordination des acteurs et des actions. Son élaboration, en prenant appui sur un diagnostic¹¹⁸ de l'existant pour éviter les doublons, pourrait spécifiquement être axée, pendant le temps de co-construction, sur la meilleure mise en évidence de ces connexions. Le but¹¹⁹ serait de « *valoriser la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la coordination des politiques publiques (et de) recentrer le CLS sur la réduction des ISTS en mettant en synergie les politiques de santé sur le territoire*¹²⁰ ».

¹¹⁸ Utilité du diagnostic qui « *donne ainsi une vision plus précise de la problématique du territoire, de ses fragilités et il permet de prendre en compte la pluralité des facteurs qui influencent la santé : recours aux dispositifs de soins, prévention, environnement et conditions de vie, et comportements liés aux facteurs psychosociaux...(...)* Le kit méthodologique préconise que ce diagnostic soit partagé (et) doit croiser des données qualitatives sur la perception de santé des élus, des partenaires du CLS et de la population. Ces acteurs ont une connaissance plus fine de leur territoire et de leurs problématiques » (Cros, 2014).

¹¹⁹ Réaffirmé dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) du 26 janvier 2016 : alinéa complétant l'article L. 1311-7 du code de la santé publique et article L. 1434-2 (Gouvernement français, 2016).

¹²⁰ Extrait de l'entretien relatif au cadrage des CLS bretons.

Ces inégalités étant multifactorielles et cumulatives, leur atténuation requiert de cibler des thématiques propres au territoire retenu qui mobilisent et fédèrent autour de cet objectif mutuel. À cet égard, des interventions pourraient être organisées dans trois champs interconnectés et d'ores et déjà admis comme fondamentaux.

1. L'accès aux droits, aux soins, à la prévention : la santé ayant un effet réciproque sur l'emploi, la culture ou encore les relations sociales, l'optique est d'agir de concert contre le non recours en particulier du public en situation de précarité.
2. La promotion de la santé mentale en portant, dans la poursuite du premier CLS, sur des sujets tels sa représentation dans la société ou l'insertion dans la cité des personnes en souffrance psychologique qui sont fréquemment aussi socialement vulnérables, l'un influant souvent mutuellement sur l'autre.
3. La prévention précoce couvrant la santé des enfants jusqu'aux jeunes adultes telle l'amélioration des conditions de vie étudiante : les problématiques de « l'accès aux droits, aux soins, à la prévention » et de « la promotion de la santé mentale » se seraient amplifiées dans cette population qui constituerait de nouveau « *un champ de travail important au regard de la précarité qui semble la toucher* » (Ville de Rennes, 2012a).

De plus, l'infléchissement des inégalités sociales de santé¹²¹ nécessiterait de :

- Agir le plus précocement possible pour renforcer le capital santé dès le plus jeune âge
- Associer les habitants à la réflexion et la mise en œuvre des actions
- Appliquer l'universalisme proportionné¹²² (Human Early Learning Partnership, 2013).

La fréquence des problèmes de santé croît régulièrement des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées, ce qui suppose de combiner, pour chaque intervention, une action à destination de l'ensemble des citoyens et une action différenciée selon les publics. Cette idée équivaut à l'universalisme proportionné¹²³ qui intègre

¹²¹ Les inégalités sociales de santé font référence « *a toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations* ». Aussi, réduire les inégalités de santé revient à agir sur les « *conditions dans lesquelles les populations naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » (Potvin, 2010).

¹²² Une démarche fondée sur l'universalisme proportionné suppose que « *les programmes et les politiques doivent inclure un éventail de mesures pour les divers degrés de désavantage vécus par les membres de la population* » (Centre de Collaboration Nationale des Déterminants de la Santé - CCNDS, 2013). Selon la traduction des propos de Sir Michael Marmot, ancien président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui a introduit ce concept : « *se concentrer uniquement sur les plus désavantagés ne permettra pas de réduire suffisamment les iniquités en santé. Pour niveler le gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais dans une mesure et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale* » (Marmot, 2010).

¹²³ Point de vigilance : à distinguer de l'universalisme ciblé (CCNDS, 2013).

l'approche universelle et ciblée¹²⁴ afin d'agir auprès de tous et, ainsi, sur chaque catégorie de la population avec des modalités et une intensité variant selon les besoins (Figure 17 et 18).



Figure 17 : Représentation théorique du gradient de santé¹²⁵ (GIP Pays de Redon et al, 2015)

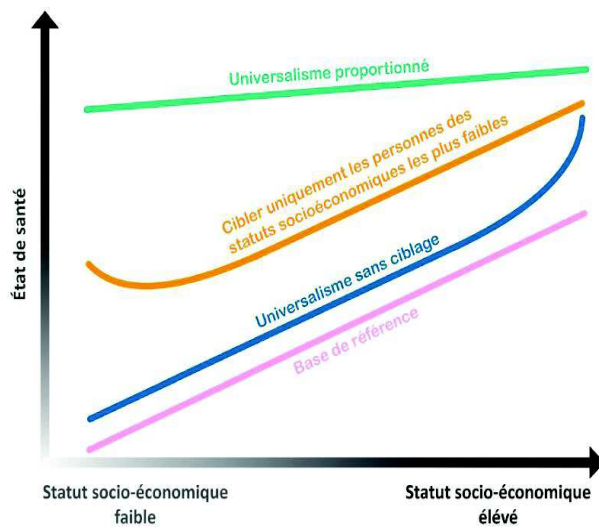


Figure 18 : Représentation théorique de l'effet des diverses stratégies d'atténuation des inégalités de santé (Ferron, 2015)

8.2. Adapter le périmètre géographique couvert

Le choix de l'échelon territorial sur lequel appliquer le contrat est à rattacher aux projets à entreprendre et à l'adhésion des acteurs à la démarche.

- Le niveau de la commune : la ville de Rennes est caractérisée par une multitude d'acteurs volontaires et engagés. Cette échelle territoriale est pertinente tant au vue de la volonté politique que de son nombre d'habitants.
- Une échelle infra-communale permettrait un meilleur ciblage des actions et une articulation plus fine avec la politique de la Ville.
- Un périmètre géographique étendu à la Métropole ou au Pays de Rennes tiendrait compte davantage des styles de vie tant professionnels (mobilité, résidence, lieux de travail) que culturels. Bien que cette ouverture puisse potentiellement fournir une

¹²⁴ D'après la définition de l'approche universelle proposée en 2013 par Julie Poissant de l'institut National de Santé Publique du Québec, « Une intervention offerte à tous a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socioéconomiques » tandis que « L'approche ciblée vise à rejoindre une partie de la population de manière prioritaire. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des critères de sélection (revenu, scolarité, état de santé, etc.) » (Poissant, 2013).

¹²⁵ Définition du gradient de santé issue du *Black Report* paru en Angleterre en 1980 qui a été un des premiers rapports à révéler que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé : « Le gradient de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (Potvin, 2010).

meilleure visibilité au contrat, la plupart des partenariats seraient à créer en l'absence de compétences en santé. Au demeurant, celles de la Métropole ont été renforcées sur certains déterminants (mobilité, urbanisme...) impactant l'état de santé de la population dans le cadre de la réforme territoriale débutée en 2014¹²⁶ (Gerbeau, 2014).

La réponse la plus adéquate serait d'instaurer un nouveau CLS avec une mise en œuvre à « géométrie variable¹²⁷ » permettant de se saisir des avantages distingués à chaque échelon en fonction des enjeux locaux de santé partagés et des actions à réaliser prioritairement. Au demeurant, cette option a été couramment évoquée par les interlocuteurs auditionnés.

Outre l'adaptation de l'échelle géographique d'application des politiques publiques, d'autres notions de territoire¹²⁸ seraient à introduire :

- Territoire d'usage par les habitants (parcours de mobilité)
- Territoire d'intervention des partenaires
- Territoire numérique qui tendrait à croître, par l'apport en matière d'informations transversales, la participation partenariale et citoyenne, leur concertation ainsi que l'articulation des politiques publiques.

8.3. Renforcer la dynamique des validations institutionnelles

La question des circuits de validation propres à chaque signataire du CLS est aussi un élément de méthode à souligner. Dans le cadre de leur travail interne, l'ARS et la Ville de Rennes recourent à leurs instances internes de décision pour ancrer dans la vie institutionnelle cette politique contractuelle. Ce travail parfois invisible pour les partenaires constitue pourtant un socle solide pour la mise en œuvre du CLS.

La concertation et l'approbation de chacun est en effet incontournable pour :

- Intégrer la dynamique du CLS aux projets de chaque structure,
- Inscrire la volonté politique de chacun,
- Formaliser une feuille de route/de mission,
- Partager une culture commune en interne.

¹²⁶ Premier et troisième volet de la réforme territoriale : loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles et loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (Gouvernement français, 2014, 2015).

¹²⁷ Les implications de la transition d'échelle ont commencé à être abordées d'un point de vue national comme à l'occasion du colloque « Territoires et santé : quels enjeux ? » du Réseau Français des Ville-Santé de l'OMS qui s'est déroulé le 31 mai 2016 à Aix-les-Bains (RFVS, 2016).

¹²⁸ Selon François Frété, médecin conseiller technique national MSA, « *Un territoire peut être évoqué en kilomètres carrés, en géographie pure, ou encore avec des repères en termes de population. Finalement, le plus important est peut-être d'en avoir une vision humaine fonctionnelle, et de le définir en fonction des habitudes de sa population, notamment des habitudes de déplacement* » (Mairieconseils, 2013).

Ces acceptations ont un impact sur la dimension temporelle. Le débat interne, au-delà de celui entre les parties prenantes, est en effet utile pour une meilleure saisine du CLS.

Cette démarche est à expliciter pour tous ceux participants à l'écriture afin d'éviter d'engendrer de la frustration. De plus, les règles de la chaîne de validation sont à édicter en introduction en vue de préciser les modes de collaboration entre les acteurs.

9. Orienter l'élaboration autour de l'interconnaissance et de la priorisation

Les acteurs seraient à solliciter en fonction des axes du CLS et de leur périmètre géographique tels que décidés.

9.1. Maintenir la logique de co-construction avec les partenaires

Riche de l'expérience d'un premier contrat, la conception du CLS serait à fonder de nouveau sur des constats et des enjeux locaux de santé dressés collectivement¹²⁹. Le développement de l'interconnaissance nécessiterait d'allonger le délai de préparation afin que les membres des groupes de travail puissent mieux se connaître en présentant leur champ d'activité et s'accorder derrière chaque définition caractérisant la santé. Ces bases auraient pour effet d'asseoir les coopérations et de définir précisément le rôle et les missions de chaque acteur. Aussi, l'introduction de débats sur les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé mais aussi sur l'universalisme proportionné, les déterminants et le gradient social de santé amènerait à débiter la co-élaboration autour d'une vision et d'un langage communs¹³⁰.

À la lumière des publics ciblés dans la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé, les représentants des usagers¹³¹ et les habitants seraient des acteurs à mieux prendre en compte dans le déploiement du futur contrat. En étant des bénéficiaires, leurs suggestions tendraient à orienter les mesures au plus près des besoins des rennais. À l'instar de la démocratie sanitaire, leur concours permettrait une meilleure efficacité des dispositifs à condition de les

¹²⁹ Intérêt d'établir un diagnostic partagé qui « est considéré comme la pierre angulaire des CLS puisqu'il légitime les choix d'axes de travail et l'ensemble de la démarche. (Un) diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs locaux est un levier important favorisant le partenariat, prérequis dans la lutte contre les ISTS. Même si de nombreux problèmes de santé qui se dégagent des diagnostics locaux sont déjà connus localement, l'important réside dans la connaissance très fine de la situation, à savoir les populations les plus touchées, les moyens existants, les manques en termes opérationnels, etc. et par extension doit permettre des choix stratégiques et opérationnels les plus appropriés à cette réalité. (Aussi,) Pour pouvoir renforcer ce levier, il est souhaité que d'autres partenaires acceptent de partager leurs données comme le Conseil Général ou l'Education Nationale (Schapman-Ségalié, 2014).

¹³⁰ Intérêt de débats autour des inégalités de santé : « Les acteurs des CLS possèdent une connaissance inégale des ISTS et par conséquent éprouvent des difficultés à appréhender l'ensemble des stratégies d'action pour les combattre » (Schapman-Ségalié, 2014).

¹³¹ Quatre textes essentiels ont enclenché la représentation des usagers : la loi de 2002 sur le secteur médico-social, la loi sur les droits des usagers en mars 2002, la grande loi de 2005 sur le handicap et la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009. C'est la structuration et la reconnaissance de leurs droits (Mairieconseils, 2013).

inclure dans une dynamique de travail leur permettant d'être contributifs. Telle la « rencontre débat » pour et avec des aidants du territoire n°5 de Bretagne ayant eu lieu en juin 2016, l'organisation de forums préalablement entre ces publics viserait à leur laisser un temps supplémentaire pour s'approprier l'outil, ce qui les aiderait à interagir plus aisément dans les groupes de travail ultérieurs avec les professionnels rompus à l'exercice (CT5, 2015).

Par ailleurs, la transmission d'éléments de contexte en amont des rencontres optimiserait vraisemblablement la démarche participative et partagée. Chacun aurait alors l'opportunité de s'en emparer, d'en discuter au sein de sa structure dans l'éventualité de les compléter et de soumettre déjà au cours des réunions des projets à initier. Tout en veillant à limiter leur nombre, certaines pourraient être prévues en groupe de travail plus restreint dans l'hypothèse d'échanges facilités et plus productifs. À ce titre, un séminaire d'écriture, comme celui du PRS de la région Nord-Pas-de-Calais¹³², de deux voire trois jours, à programmer suffisamment en avance pour que les acteurs agencent commodément leur calendrier afin d'être présents, rassemblerait l'ensemble de ces critères. A l'image du projet « Recherche et intervention : collaboration entre chercheurs et acteurs de politiques » (RICAP), un soutien spécifique d'experts (de l'EHESP,...) pour accompagner les « acteurs de politique » (décideurs et techniciens) serait une réelle plus-value dans la mise en œuvre de ce séminaire (Figure 19).

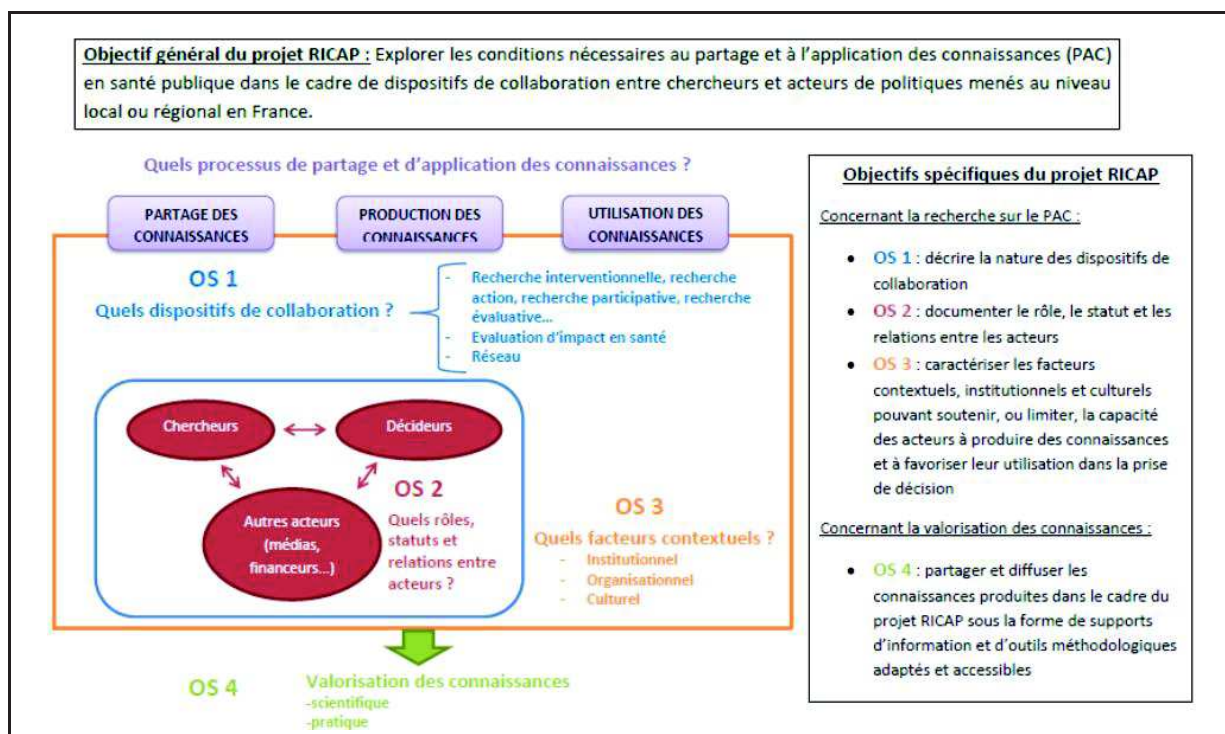


Figure 19 : Cartographie conceptuelle selon les objectifs spécifiques du projet de recherche (EHESP, s.d.)

¹³² « Cette région a par ailleurs développé un dispositif de suivi et d'accompagnement des porteurs de projets, à la fois collectif sous la forme de séminaires d'écriture de projet et de formation à l'évaluation, et individualisé à la demande des opérateurs » ce qui permet « d'aider les promoteurs de projets à définir les besoins, structurer les projets, identifier les collaborations et comprendre les arcanes des mécanismes » (Jabot, 2005 ; 2004).

9.2. Convenir de données opérationnelles et ciblées

L'ARS de Bretagne a proposé en 2015 des évolutions correspondant à « *Un diagnostic faisant une part plus grande aux déterminants de la santé et aux besoins de la population, (la) recherche de co-financement et d'instruction commune des projets, Un CLS recentré sur quelques projets et priorités. (Enfin,) Permettre de faire du CLS un levier de coordination des autres politiques publiques : faire de la promotion des déterminants de la santé et de la lutte contre les inégalités de santé une priorité des CLS*¹³³ ».

L'état des lieux de l'état de santé de la population rennais, déjà effectué à l'échelle du pays et de la ville respectivement en 2010 et 2013 mais aussi des quartiers¹³⁴ à l'occasion de la préparation du contrat de ville 2015-2020, serait simplement à réinvestir. En effet, l'actualisation de ces indicateurs communaux et infra-communaux permettra de déduire les interventions à déployer prioritairement à l'aune des problématiques identifiées. En complément, l'élaboration d'une revue de littérature viserait à répertorier des études scientifiques¹³⁵ dans lesquelles les conditions de réussite des processus examinés en direction de la réduction des inégalités de santé sont recensées. Les initiatives probantes et les bonnes pratiques valorisées seraient alors à considérer comme des supports pour définir les actions du nouveau contrat local de santé.

Cette revue de la littérature ainsi que les indicateurs de santé infra-communaux pourront faire l'objet de synthèses transmises aux partenaires en amont du travail d'écriture du CLS.

9.3. Cibler méthodologiquement les actions à inscrire dans le contrat

La priorisation des actions serait à établir méthodologiquement par le biais d'outils à disposition. Dans l'arbre des objectifs¹³⁶, par exemple, les objectifs général et stratégiques seraient à renseigner pour chaque thématique du CLS et leur déclinaison en objectifs opérationnels et actions serait alors l'objet de débats en groupe de travail (ARS Île-de-France, 2016b). De même que dans le modèle logique de l'intervention¹³⁷ quant

¹³³ ARS. 2015. *Objet : premières propositions d'évolution de la méthodologie régionale en matière de CLS*. 2 p. (Document interne aux services de l'ARS de Bretagne)

¹³⁴ Cf. les bilans de santé des plans d'actions territoriaux rennais.

¹³⁵ Ce procédé se rapporte à « *l'évidence scientifique sur laquelle peut se baser le terrain en proximité pour construire des interventions (ce qui) soulève le besoin d'accompagnement méthodologique souhaité par les acteurs de terrain, tant sur les déterminants sociaux mais également sur les stratégies jugées opportunes pour infléchir sur les ISTS et les modalités des actions. (Ainsi,) L'enjeu consisterait à déterminer dans la mesure du possible quels types d'action (seraient) susceptibles de produire quels effets, pour quels groupes de population, en fonction de la diversité des contextes locaux* » (Schapman-Ségalié, 2014).

¹³⁶ Définition de l'arbre des objectifs : « *outil qui permet de représenter sous forme d'arborescence la stratégie exprimée par la collectivité. Il permet de structurer les priorités de façon hiérarchique et visuelle en déclinant de gauche à droite, l'objectif général, les objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions. Il est important de veiller à ne pas démultiplier les objectifs stratégiques afin qu'ils demeurent réalistes, réalisables et mesurables* » (ARS Île-de-France, 2016b).

¹³⁷ Définition de la logique d'intervention qui « *constitue une ressource qui guide l'action, mais qui permet aussi de tirer des apprentissages des interventions mises en œuvre et de capitaliser sur les expériences. Elle permet de rendre compte de la chaîne causale mobilisée, générative, non linéaire et complexe, afin de décrire « ce qui fonctionne, pour qui, pour quoi et dans quelles circonstances ? » et favoriser la transférabilité de l'intervention* » (Dupin, 2015).

aux résultats¹³⁸ à court, moyen et long terme, les participants auraient à se concerter sur les réalisations (Figure 20).

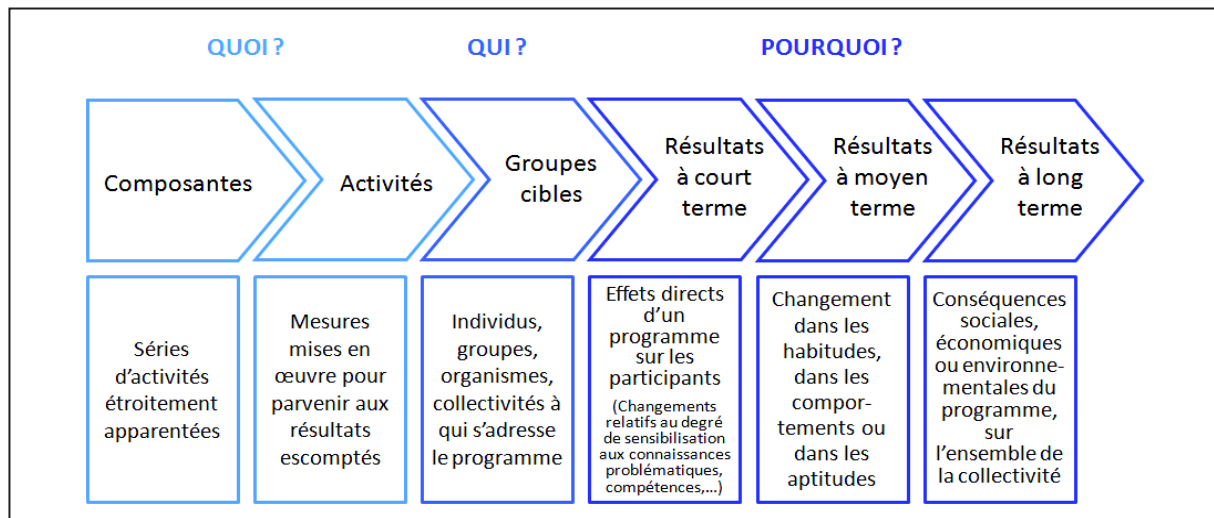


Figure 20 : Modèle logique d'une intervention (Porteous, 2012)¹³⁹

La combinaison de ces deux arborescences permettrait de procéder de façon opérationnelle en ayant une vision commune mais aussi de donner de la lisibilité et de la cohérence aux actions qui seraient à formuler en tant que telles. L'analyse SWOT¹⁴⁰ serait une méthode intéressante à utiliser pour les sélectionner pertinemment (Figure 21).

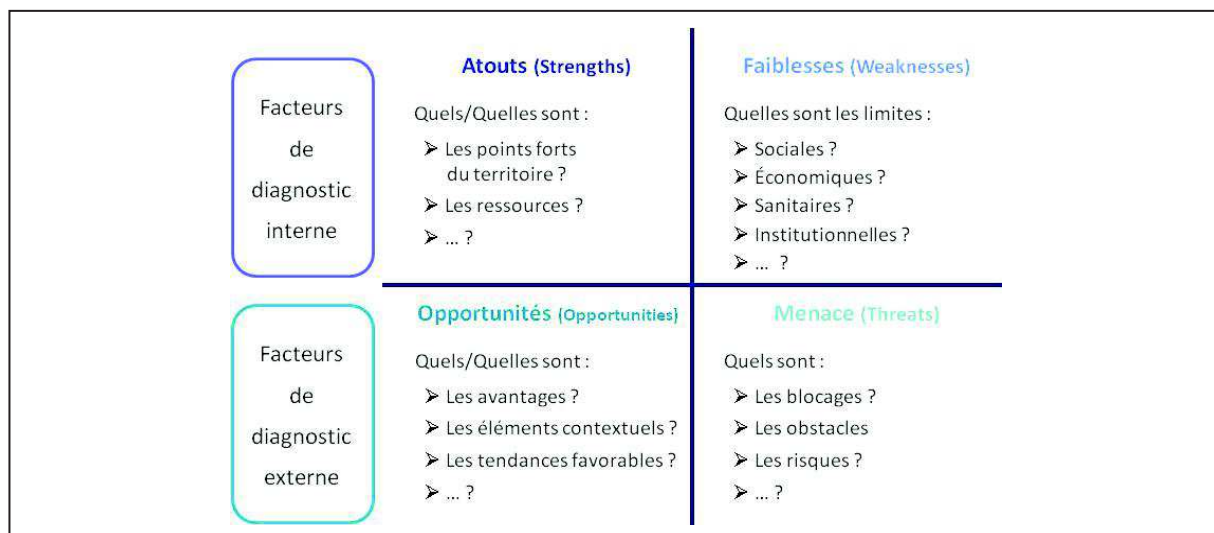


Figure 21 : Analyse SWOT¹⁴¹ (Delporte, 2010)

¹³⁸ Intérêt de procéder à contre-sens de l'enchaînement théorique : « Dans l'objectif d'avoir une vision commune de la logique d'un programme, la participation des intervenants à son élaboration est recommandée en commençant par déterminer les résultats visés, ce qui est plus approprié pour examiner ensuite les moyens. (Porteous, 2012).

¹³⁹ Schéma complété par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

¹⁴⁰ Utilité du modèle SWOT : « Modèle utilisé dans les entreprises privées pour évaluer leur action, leur stratégie, pour analyser, décrire et diagnostiquer. (...) Il permet de dresser un résumé global, qualifié et hiérarchisé des éléments à prendre en compte pour une décision éclairée. Cette méthode s'est d'ailleurs largement développée dans la sphère publique depuis quelques années » (Cros, 2014).

¹⁴¹ Schéma complété par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

L'outil de catégorisation des résultats serait également utile pour le diagnostic, la planification ainsi que la définition des indicateurs de suivi et de résultats (Figure 22).

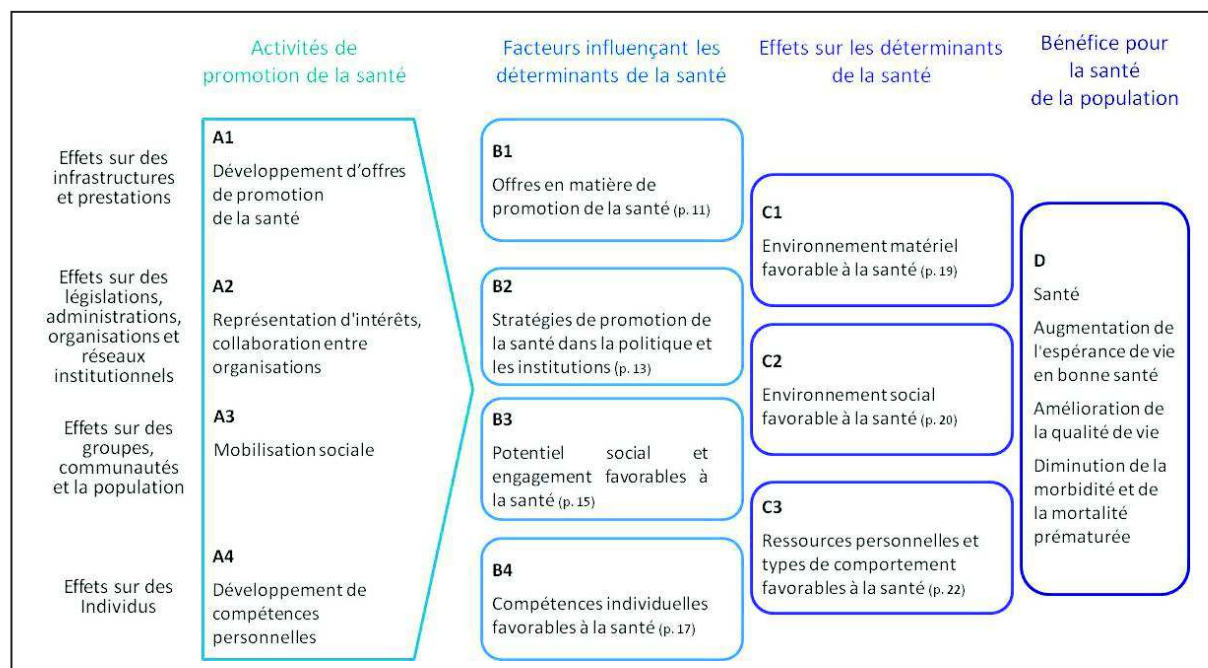


Figure 22 : Outil de catégorisation des résultats¹⁴² (Bernhard, 2010)

De plus, les priorités seraient d'autant plus visibles en inscrivant celles qui n'auraient pas été impulsées autrement. Dans cet esprit, le CLS étant la « *jonction des moyens et des volontés entre l'ARS, une collectivité et leurs partenaires* », la mutualisation des ressources humaines, matérielles et financières serait à réitérer en étant plus limpide dans cette deuxième version sur ce qui est spécifiquement alloué.

Ces critères seraient à formaliser exhaustivement dans une nouvelle forme de contrat¹⁴³ et de fiches actions¹⁴⁴ qui seraient à accompagner d'un livret plus synthétique à l'attention des décideurs, signataires et représentants institutionnels et associatifs au Comité de Pilotage. Ce « quatre pages » aurait vocation, de par son accessibilité, à garantir un meilleur repérage dans son usage et à exposer les raisons à l'origine de la mise en place des actions ainsi que leurs liens avec d'autres dispositifs. Leur illustration avec quelques graphiques et schémas les rendrait plus attrayant (en couleur) et compréhensible en mettant exergue les informations capitales (chiffres clés,...). Le format numérique serait à privilégier avec éventuellement un onglet spécifique par axe, objectif et dans l'idéal par partenaire. L'intégration de cartes doterait également de la possibilité de zoomer par quartier et par thème pour observer les opérations en cours et les services manquants. A l'instar de l'outil

¹⁴² Schéma complété par l'évaluateur du CLS de la ville de Rennes.

¹⁴³ À l'instar du CLS 2015-2018 du Pays de Redon-Bretagne Sud (GIP Pays de Redon, 2015).

¹⁴⁴ Exemple de structuration très détaillée et ainsi plus précise proposé dans un référentiel CLS récent (ARS Île-de-France, 2016c).

Oscar¹⁴⁵, ce procédé dynamique serait de ce fait assimilable à un outil de communication et de suivi en continu des actions en publiant leur avancée pluri-annuellement mise à jour et en centralisant l'ensemble des documents relatifs au CLS comme ses actualités ou les comptes-rendus de réunion le citant.

10. Étayer le déploiement de l'outil pour une meilleure efficacité

Dès le lancement du contrat, son déroulement serait à partager lisiblement.

10.1. Procurer davantage de visibilité à l'animation

L'animation serait à établir sur un mode plus régulier sans accaparer outre mesure le temps des acteurs engagés mais pour entretenir leur mobilisation toute la durée du contrat. La communication contribuerait à les motiver à s'approprier ce cadre de référence en explicitant les enjeux et son utilité (lutte contre les ISTS,...) et ainsi, en le percevant mieux, à l'incorporer plus naturellement dans leur activité. Des animateurs¹⁴⁶ seraient donc à désigner distinctement. Un premier niveau d'animation serait à poursuivre avec deux représentants de l'ARS de Bretagne et de la Ville de Rennes. Ce binôme de pilotage pourrait répartir des référents par axe ayant pour mission le suivi régulier de leur champ d'intervention. De ce fait, la formalisation d'une équipe projet renforcerait l'animation partagée tout au long de la durée du contrat de deuxième génération. Quant au second, une gouvernance adaptée à la dynamique des thématiques serait à mettre en place pour les faire vivre en matière d'animation et de pilotage. De la sorte, chaque axe pourrait être suivi soit par un groupe de travail préexistant, soit, à défaut, par une instance qui serait à créer à cette occasion.

Par ailleurs, la confection d'un marqueur CLS (logo, label,...) aurait pour intérêt de susciter l'adhésion et de valoriser ses actions. Cette identité pourrait être soit co-partenariale, ce qui effacerait les frontières institutionnelles, soit traduite dans « Rennes en santé », un des reflets de la politique volontariste de la Ville en faveur de la santé de la population.

10.2. Ajuster sa mise en œuvre pour aller vers un CLS plus efficace

Les principes méthodologiques mentionnés dans le référentiel francilien des contrats locaux de santé seraient judicieusement à conforter durant l'exécution d'un nouveau CLS rennais (ARS Île-de-France, 2016a) :

- Un portage politique fort et partagé
- Un ancrage territorial

¹⁴⁵ Par exemple : Cartographie des actions répertoriées à Rennes en 2015 (OSCAR, s.d.)

¹⁴⁶ Intérêt du rôle d'un animateur : « *Le poste d'animateur coordinateur de CLS était la « clé de voûte » de la conduite d'un CLS. La coordination occupe une fonction essentielle dans les CLS qu'il conviendrait de renforcer. Elle comporte à la fois une mission d'animation du CLS dans une démarche de gestion de projet et une mission de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité dans un projet territorial de lutte contre les ISTS* » (Schapman-Ségalié, 2014).

- Un pilotage partenarial et intersectoriel
- Une participation active des habitants.

Les citoyens étant « *un vecteur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et [favorisant] l'inclusion sociale* » seraient à associer davantage au cours de cette phase et ainsi contribueraient à un décloisonnement large.

De plus, pour favoriser ce décloisonnement une identification des fonctions des porteurs d'actions et des partenaires impliqués serait à énoncer clairement. Le pilotage des actions serait à ancrer dans un fonctionnement institutionnel pérenne sur un plan stratégique et opérationnel pour éviter de ne reposer que sur quelques personnes et à articuler avec la gouvernance d'autres démarches territoriales. Dans cette logique, la durée du contrat¹⁴⁷ serait à harmoniser avec celle des dispositifs en rapport pour pouvoir l'amender en fonction de l'évolution des contextes, des moyens et des attentes. Toutefois, le calendrier de chaque dynamique n'étant pas forcément souple, ces décalages seraient à prendre en compte.

Sa période d'application serait également à démarrer en même temps que l'année civile de sorte d'effectuer tous les bilans à la fin de chacune pour coïncider avec celle des appels à projet de l'ARS au début de la suivante. Du reste, l'apposition d'échéances graduées en vue d'atteindre progressivement les objectifs permettrait de cadrer le calendrier.

10.3. Instaurer un suivi du contrat dans une approche transversale

Les points intermédiaires seraient à mener sur plusieurs niveaux :

- Par action pour rendre compte de leur avancée
- Par objectif¹⁴⁸ pour évaluer leur degré d'atteinte
- Par axe (ou population ou territoire) pour donner du sens à chacun
- Globalement pour avoir une vision d'ensemble et pouvoir prendre du recul.

Ce bilan échelonné permettrait à chaque étape de réinterroger les modalités d'action et d'adapter ces composantes au regard d'indicateurs de suivi plus robustes. À cette fin, les espaces de concertation comme le comité de pilotage et les instances préexistantes (CLSM, groupes de travail du CCSE,...) seraient à conserver pour assurer un suivi macroscopique et des rencontres thématiques seraient à aménager entre les techniciens pour détailler les aspects du déroulement des interventions. Leur organisation en atelier¹⁴⁹ permettrait d'être plus productif en envisageant au besoin des pistes d'amélioration dans la co-construction.

¹⁴⁷ « *La mise en œuvre d'un CLS porte en général sur une durée ajustée à celle de fin du PRS* » (Cros, 2014).

¹⁴⁸ Caractéristiques d'un objectif qui « *répond à plusieurs critères dont en voici six qui se regroupent sous l'acronyme SMART : Significatif, Mesurable, Attribuable, Réalisable, et Temporel* » (Brunetière, 2013).

¹⁴⁹ L'idée pourrait être d'organiser des ateliers de travail avec l'objectif de produire des recommandations opérationnelles à l'instar de ce qui s'est déroulé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre de l'évaluation du plan régional de santé publique de ce territoire (Jabot, 2010).

Conclusion

Dans la perspective de mettre en évidence les apports pour les signataires et les bénéficiaires du contrat local de santé 2013-2015 de la ville de Rennes, son évaluation finale effectuée à l'approche de son échéance a amené à en relever quatre principalement.

En constituant un instrument de santé publique, les priorités de santé et les réalisations opérées à cet échelon ont à ce titre été interrogées afin de mettre en place des services complémentaires au regard des problématiques de santé identifiées. L'instauration de cet outil d'articulation des politiques publiques et de territorialisation de la politique de santé a conforté le développement de la stratégie locale en santé visant à apporter une meilleure réponse aux besoins de la population rennaise.

La dimension multipartenariale de ce contrat a été un levier à cette fin en mobilisant dans un souci d'harmonisation et de décloisonnement une grande variété d'acteurs de proximité œuvrant en faveur de la santé. Cet élément fédérateur a ainsi concouru à leur structuration en réseaux autour des enjeux du territoire.

Aussi, au travers de cette logique de contractualisation, c'est un espace de concertation qui a été créé tel en était la volonté dès l'origine de la réflexion. Les parties prenantes s'en sont saisis pour échanger sur leur activité respective ou encore partager leurs constats en vue de co-élaborer le projet et de poursuivre la construction d'une culture commune.

Cette amélioration de l'interconnaissance a enfin eu pour effet de favoriser tant la mutualisation des ressources que la coordination des pratiques, les missions et domaines de compétences de chacun étant mieux discernés. Le CLS rennais a de la sorte représenté une opportunité pour valoriser les actions existantes et renforcer la lisibilité de l'action publique.

Parallèlement, la souplesse attachée à certaines composantes du contrat s'est répercutée à divers degrés sur son déroulement.

En matière de pilotage, la répartition des rôles entre les différentes instances s'est avérée généralement floue, en particulier quant à la participation de chaque intervenant. En dépit des rapprochements institutionnels, professionnels et associatifs, l'implication des représentants des usagers est restée relativement faible, ce qui semble continuer à résulter du « *manque de savoir-faire sur les modalités de recueil et d'intégration de leur parole* » (Jabot, 2004).

Concernant l'ingénierie de projet, le pragmatisme du cadrage méthodologique a contribué à influencer l'application de l'outil en l'absence, entre autres, d'objectivation des critères, d'accompagnement des référents d'actions ou d'inscription de modalités opérationnelles les orientant plus précisément pour atteindre les résultats escomptés.

La pluralité de plans et programmes déclinés transversalement dans le CLS de la ville de Rennes a par ailleurs généré des effets de dilution des responsabilités et une insuffisance de clarté, ce qui a conduit à le percevoir comme une accumulation de dispositifs enchevêtrés. La diffusion d'une information pédagogique paraît donc nécessaire pour éclairer aussi bien sur leurs différences que sur leurs complémentarités. En effet, « *les acteurs s'accordent à reconnaître la richesse du travail partenarial porteur de changements et d'innovations, même si des efforts sont à consentir en termes de communication* » telle une couverture médiatique s'étendant sur l'ensemble de sa durée pour en amplifier l'impact (Jabot, 2004).

En outre, le déploiement isolé des initiatives s'explique notamment par le caractère non opposable de ces contrats dont la tendance courante consiste essentiellement à pérenniser des interventions déjà entreprises. Ce défaut de cohésion territoriale associé à celui de cohérence d'ensemble requièrent en conséquence d'établir collectivement des mesures d'ajustement pour une meilleure visibilité, efficacité et appropriation de l'outil.

Les conclusions de ce rapport ont été présentées en comité de pilotage *ad hoc* au terme de la démarche évaluative le 12 juillet 2016. Approximativement, un représentant de chaque structure signataire a assisté à cette réunion qui a été l'occasion d'une reconnaissance renouvelée de l'intérêt du contrat local de santé rennais. Les préconisations formulées, accueillies positivement, ont été l'objet de discussions avant de convenir de la préparation d'un deuxième CLS au cours de l'année 2017. Cette période d'écriture coïncide avec celle du prochain projet régional de santé breton tout comme leur évaluation a au préalable été simultanée.

À l'aune de la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé du 26 janvier 2016, les membres de cette instance de validation ont été invités à transmettre d'ici l'automne à l'ARS de Bretagne et à la Ville de Rennes leurs attentes et leurs priorités autour des thèmes d'ores et déjà retenus telles la réduction des inégalités de santé et la notion de parcours¹⁵⁰.

¹⁵⁰ « *Mettre œuvre des parcours, c'est organiser des services autour des besoins de la personne (ce qui suppose de) partir des territoires de proximité (afin de réunir les conditions pour) coordonner entre eux des professionnels ou offreurs de services de différents champs d'activité. (Cette approche globale de la santé) amène les acteurs à réfléchir sur leur posture professionnelle et à prendre la mesure d'une inscription nécessaire dans une démarche parcours qui dépasse leur structure d'appartenance* » (Jacquet, 2015).

Bibliographie

➤ **Textes législatifs et réglementaires**

Fouché, A. 2006. *Rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat à l'aménagement et au développement durable du territoire sur l'avenir des pays*. n°430, 136 p.

Gouvernement français. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. 2016. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913200>> (consulté le 30/05/2016)

Gouvernement français. *Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République* [en ligne]. 2015. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030985460&categorieLien=id>> (consulté le 29/06/2016)

Gouvernement français. *Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles* [en ligne]. 2014. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028526298&categorieLien=id>> (consulté le 29/06/2016)

Gouvernement français. *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* [en ligne]. 2009. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> (consulté le 31/03/2016)

Gouvernement français. *Loi no 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire* [en ligne]. 1999. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760911&categorieLien=id>> (consulté le 24/07/2016)

Ministère de la Santé et des Sports. et Secrétariat d'État à la politique de la ville. *Lettre-Circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé* [en ligne]. 2009. Disponible sur Internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_2781.pdf (consulté le 24/07/2016)

Ritter, P. 2008. *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS) présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports*. 63 p.

➤ Définitions et concepts

ARS Bretagne. *Présentation et missions* [en ligne]. S.d. Disponible sur Internet : <<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Presentation-et-missions.79532.0.html>> (consulté le 24/07/2016)

ARS Bretagne. *Organigramme et Annuaire de l'ARS Bretagne Siège et Délégations Départementales : Mis à jour au 17 mai 2016* [en ligne]. 2016. Disponible sur Internet : <[http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/LARS_Bretagne/Organisations_et_contacts/INTERNET-Annuaire de l'ARS Bretagne 2016 05 17.doc](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/LARS_Bretagne/Organisations_et_contacts/INTERNET-Annuaire_de_l'ARS_Bretagne_2016_05_17.doc)> (consulté le 24/07/2016)

Centre de Collaboration Nationale des Déterminants de la Santé. *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en* [en ligne]. Antigonish, 2013. Disponible sur Internet : <http://nccdh.ca/images/uploads/Approches_FR_Final.pdf> (consulté le 06/07/2016)

Ferron, C. *L'universalisme proportionné : De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre concrètement ?* [en ligne]. 2015. Disponible sur Internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PlenièrUP_Concept_Universalisme_Proportionne.pdf> (consulté le 30/06/2016)

Human Early Learning Partnership. *Universalisme proportionné : Synthèse, 2011* [en ligne]. Vancouver, Agence de la Santé et des Services Sociaux de Lanaudière au Québec, 2013. Disponible sur Internet : <http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf> (consulté le 06/07/2016)

Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Populations légales 2013 : 35-Ille-et-Vilaine* [en ligne]. 2015. Disponible sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=35#dep_R> (consulté le 27/04/2016)

INPES. *Inégalités sociales de santé : Définition et concepts du champ* [en ligne]. 2012a. Disponible sur Internet : <<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>> (consulté le 01/04/2016)

Marmot, M. 2010. *Fair society, healthy lives : Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London, The Marmot review, 242 p.

Poissant, J. *L'intégration de l'approche universelle et ciblée : L'universalisme proportionné pour soutenir le développement des enfants* [en ligne]. Institut National de Santé Publique, 2013. Disponible sur Internet : <http://www.groupeactionperseverance.org/media/uploads/2C_JuliePoissant.pdf> (consulté le 06/07/2016)

OMS. 2006. *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé : Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006*. 20 p.

OMS. « *La définition de la santé de l'OMS* » [en ligne]. 2003. Disponible sur Internet : <<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>> (consulté le 31/03/2016)

OMS Europe. 1986. *Promotion de la Santé : Charte d'Ottawa*. 6 p.

OMS. *Glossaire de la promotion de la santé : Organisation Mondiale de la santé, Genève* [en ligne]. 1998. Disponible sur Internet : <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHOHPRHEP981fre.pdf>> (consulté le 01/04/2016)

➤ **Référentiels nationaux et outils**

ARS. 2014. *Contrats locaux de santé : Référentiel pour l'Évaluation*. 19 p.

ARS. *Le kit méthodologique du Contrat Local de santé - avril 2011* [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.espt.asso.fr/veille-documentaire/bibliotheque-par-type-de-document/veille-legislative/lois-circulaires-plans-schemas/188-le-kit-methodologique-du-contrat-local-de-sante-avril-2011.html>> (consulté le 31/03/2016)

ARS. 2011a. 1) *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS) : Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. 18 p.

ARS. 2011b. 2-*Structure type d'un CLS*. 5 p.

ARS. 2011c. *Guide Méthodologique d'Élaboration d'un CLS*. 10 p.

ARS Bretagne. 2014. *Guide pratique d'évaluation de Contrats Locaux de Santé à l'attention des chefs de projet CLS ARS, collectivités et tous autres signataires : Région Bretagne*. 9 p.

ARS Bretagne. et ORS Bretagne. *Observation et Suivi Cartographiques des Actions Régionales de Santé : Région Bretagne, année de référence 2015* [en ligne]. s.d. Disponible sur Internet : <<http://www.oscarsante.org/cartographie/cartographie.php>> (consulté le 30/06/2016)

ARS Île-de-France. 2016a. *Référentiel Contrat local de santé (CLS)*. 22 p.

ARS Île-de-France. 2016b. *Référentiel Contrat local de santé : Référentiel d'évaluation*. 24 p.

ARS Île-de-France. 2016c. *Référentiel Contrat local de santé (CLS) : Outil d'aide à la rédaction du CLS*. 13 p.

Bernhard, C. et al. *Promotion Santé Suisse, Guide pour la catégorisation des résultats : Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention* [en ligne]. 2^{ème} Version. Berne, INPES, 2010. Disponible sur Internet : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf> (consulté le 03/07/2016)

CT5. *Rencontre Débat Public Les aidants tous aidants un jour ? : Comment aider ceux qui accompagnent leurs proches au quotidien ?* [en ligne]. Rennes, 2015. Disponible sur internet : <<http://apf35.com/Documents/20150827-AIDANTS-Livret-Debat-Public-10-juin-2015.pdf>> (consulté le 06/07/2016)

EHESP. *RICAP : Recherche et intervention : collaboration entre chercheurs et acteurs de politiques : Accueil / Présentation/ Objectifs* [en ligne]. s.d. Disponible sur Internet : <<http://recherche.ehesp.fr/ricap/presentation/du/projet/objectifs>> (consulté le 29/06/2016)

INPES. *Fiche Méthodo 01 : Le Metaplan®* [en ligne]. 2012b. Disponible sur Internet : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-education/outils/fourchettes_baskets/pdf/FM_01.pdf> (consulté le 25/06/2016)

Société Française de l'Évaluation. 2006. *Charte de l'évaluation : des politiques publiques et des programmes publics*. 2 p.

➤ **Articles et ouvrages**

Brunetière, JR. 2013. « Indicateurs, évaluation et typologie des objectifs : contrôle de gestion et performance sociale », *Revue française d'administration publique*, n°148, p. 967-976

Chauvin, P. et Parizot, I. 2010. « Précarité ». In *Santé publique : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 536 p.

Dupin, CM. et al. 2015. « Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 653-657

Fassin, D. et al. 2010. *Santé Publique : L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 536 p.

Fouquet, A. 2013. « L'évaluation des politiques publiques : État(s) de l'art et controverse », *Revue française d'administration publique*, n°148, p. 835-847

Gerbeau, D. *Décentralisation : Les 9 principales dispositions de la loi « métropoles » dans le détail* [en ligne]. 2014. Disponible sur Internet : <http://www.lagazettedescommunes.com/218245/les-9-principales-dispositions-de-la-loi-metropoles-dans-le-detail/> (consulté le 29/06/2016)

Jabot, F. et al. 2010. « Dispositifs d'évaluation et appropriation des résultats ». In *Les nouvelles frontières de l'évaluation. 1989 2009 : Vingt ans d'évaluation des politiques publiques en France, et demain ?*. Paris, L'Harmattan, p. 217-230 (La librairie des humanités)

Jabot, F. et Demeulemeester, R. 2005. « Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique », *Santé publique*, vol. 17, n°4, p. 597-606

Jabot, F. 2004. « L'évaluation des programmes régionaux de santé », *Actualités et dossier en santé publique*, n°46, p. 48-55

Jacquet, F. Marian, L. 2015. « Mise en œuvre des politiques de santé territoriales : l'expérience de Languedoc Roussillon », *Risques & qualité*, vol. 12, n°3, p. 59-63

Migaud, D. 2013. « Les cinq défis de l'évaluation », *Revue français d'administration publique*, n°148, p. 849-858

Polton, D. 2014. *La santé pour tous ?*. Paris, La documentation Française, 190 p.

Potvin, L. 2010. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis, INPES, 380 p. (Santé en action)

Porteous, NL. « 5. La construction du modèle logique d'un programme ». 2012. In Dagenais, C. et Ridde, V. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. PUM, p. 87-105 (Paramètre)

Rayssiguier. et al. 2012. « *Politiques sociales et de santé : Comprendre et agir* ». 2^{ème} édition, Rennes, Presses de l'EHESP. 672 p.

➤ **Mémoires et rapports**

AÏSSAT, D. 2014. *Rapport d'évaluation : CLS du Pays Centre Ouest Bretagne*. 43 p.

Cros, R. 2014. *La mesure de la plus-value des CLS mis en œuvre en Bretagne*. EHESP, 70 p.

Delporte, GH. 2010. *L'Agence Régionale de Santé : quelle plus-value organisationnelle par rapport aux structures précédentes ? L'exemple de la région Nord-Pas-de-Calais*. EHESP, 49 p.

RFVS. *Rapport : Réflexion des Réseaux régionaux des Villes-Santé sur le thème « échelle de territoire et enjeux de santé »* [en ligne]. 2016. Disponible sur Internet : <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Rapport_interco_reseaux-regionaux_mai2016.pdf> (consulté le 06/06/2016)

Schapman-Ségalié, S. et Lombrail, P. 2014. *Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France : Résumé de la phase d'analyse du contenu des contrats. Résultats de la phase Qualitative*. 116 p.

➤ **Documents relatifs à la démarche CLS, notamment celle de la ville de Rennes**

APRAS. 2013. *Données santé Rennes*. 52 p.

ARS Bretagne. 2012. *Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 : Agir Ensemble Pour La Santé Des Bretons*. 40 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. *Développement d'outils partenariaux pour promouvoir la santé sur les territoires : Le CLS Rennais* [en ligne]. 2016. Disponible sur Internet : <<http://real.ehesp.fr/mod/resource/view.php?id=47023>> (consulté le 01/04/2016)

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2015. *Comité de Pilotage du Contrat Local de Santé de la Ville de Rennes : Bilan de la 2ème année de mise en œuvre 16 octobre 2015*. 29 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2014. *Comité de Pilotage bilan d'étape n+1 : Contrat Local de Santé : 3 octobre 2014*. 5 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2013a. « *Contrat local de santé de la Ville de Rennes : Un nouvel outil au bénéfice des Rennais pour coordonner les politiques de santé* ». 8 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2013b. *Comité de Pilotage : Contrat Local de Santé : 16 avril 2013*. 7 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2013c. *Comité de Pilotage 16 avril 2013 : Point d'étape sur l'élaboration du CLS de la Ville de Rennes*. 16 p.

ARS. et Ville de Rennes. 2015a. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : fiches bilan d'étape 2015 (n+2)*. 103 p.

ARS. et Ville de Rennes. 2015b. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : synthèse des fiches bilan d'étape 2015 (n+2)*. 24 p.

ARS. et Ville de Rennes. 2014a. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : fiches bilan d'étape 2014 (n+1)*. 112 p.

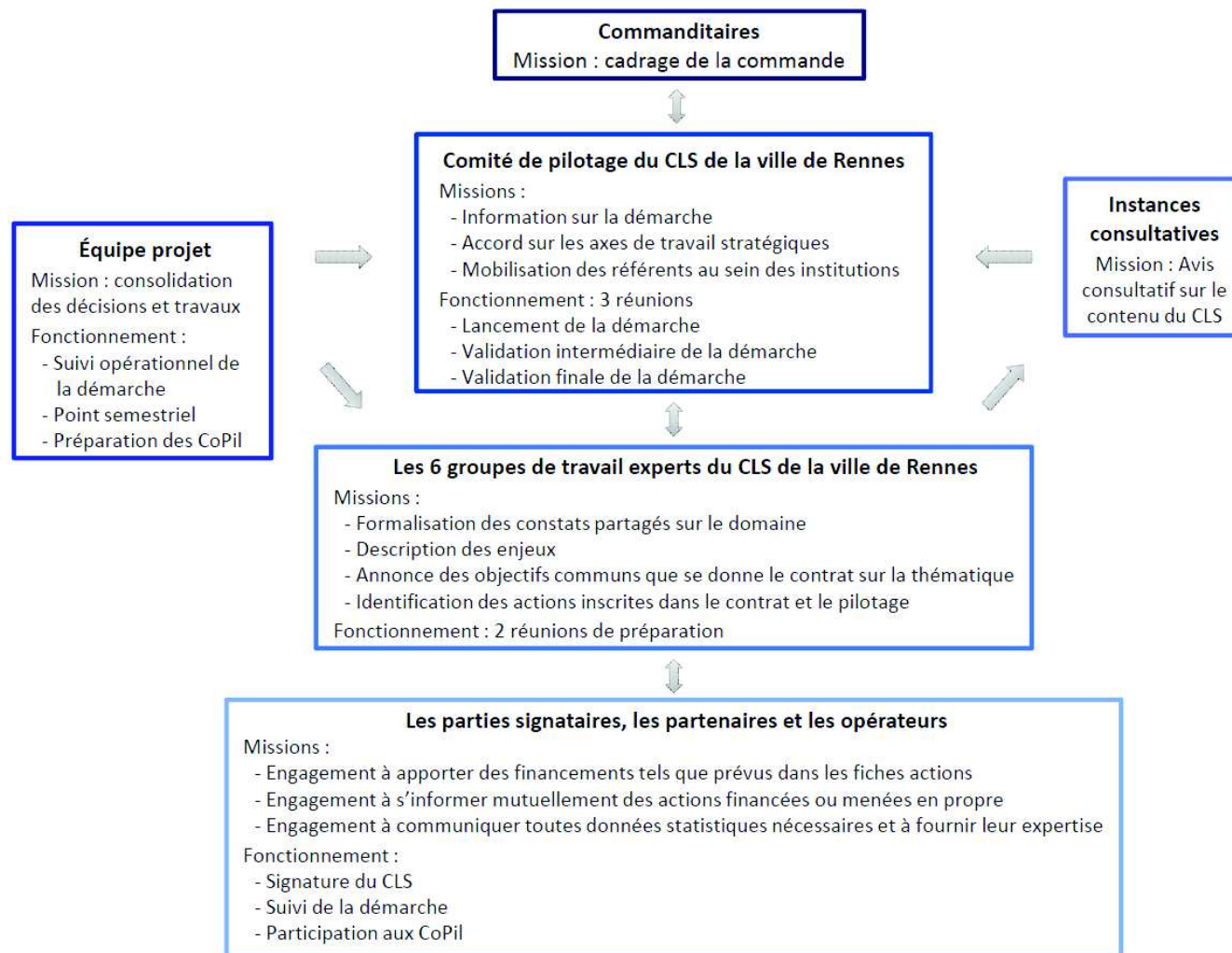
- ARS. et Ville de Rennes. 2014b. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : synthèse des fiches bilan d'étape 2014 (n+1)*. 26 p.
- ARS. et Ville de Rennes. 2013a. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes*. 76 p.
- ARS. et Ville de Rennes. 2013b. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : cahier des Fiches Actions*. 67 p.
- Assemblée des Communautés de France. 2012. *Contrats locaux de santé : Note établie à partir de la communication de Laurent Chambaud, Directeur de la santé publique de l'ARS Ile-de-France le 7 février 2012, Journée « Santé et territoires »*. 5 p.
- CT5. et ARS Bretagne. 2013. *Programme Territorial de Santé n°5 Rennes/Fougères/Vitré/Redon : Année 2013-2016*. 179 p.
- Décision Publique. 2015. *Quels bilans pour les contrats locaux de santé ?*. 16 p.
- GIP Pays de Redon. et al. 2015. *Contrat local de santé Pays de Redon-Bretagne Sud 2015-2018*. 36 p.
- Mairieconseils. 2013. *Communautés de communes et contrats locaux de santé : Actes du séminaire du 22 janvier 2013*. Paris, 70 p.
- ORS Bretagne. 2010. *La santé dans la ville de Rennes*. 20 p.
- Rennes Métropole. 2015. *Contrat de ville de la métropole rennaise 2015-2020*. 166 p.
- Ville de Rennes. *Compte rendu CCSE plénier 12/01/2016* [en ligne]. 2016a. Disponible sur Internet : <http://metropole.rennes.fr/fileadmin/rrm/documents/PolitiquespubliquesCultureEducation/Socialsante/Docs/CompteRenduCCSE12janvier2016VF3.pdf> (consulté le 08/04/2016)
- Ville de Rennes. 2016b. *Rapport d'activité Misions Promotion Santé Territoires 2015 : Dispositifs Ateliers santé Ville et Animation territoriale de Santé*. 55 p.
- Ville de Rennes. *Séance Plénière Comité Consultatif du 18 décembre 2014 : Relevé de notes* [en ligne]. 2015. Disponible sur Internet : http://metropole.rennes.fr/fileadmin/rrm/documents/Politiquespubliques/Elusetinstitutions/Fabriquecitoyenne/Docs/PolitiquemunicipaledesanteComiteconsultatifdu18_1.pdf (consulté le 25/04/2016)
- Ville de Rennes. 2013a. *Comité Consultatif Santé Environnement : Séance plénière du 5 décembre 2013*. 3 p.
- Ville de Rennes. 2013b. *Plan Local de Santé de la Ville de Rennes*. 48 p.
- Ville de Rennes. 2013c. *Comité Consultatif "santé et environnement dans la ville" : Séance plénière du 18 décembre 2012*. 2 p.
- Ville de Rennes. 2012a. *Comité de Pilotage : Contrat Local de Santé : 5 juillet 2012*. 4 p.
- Ville de Rennes. 2012b. *Comité Consultatif "santé et environnement dans la ville" : Séance plénière Mardi 13 décembre 2011*. 2 p.

Liste des annexes

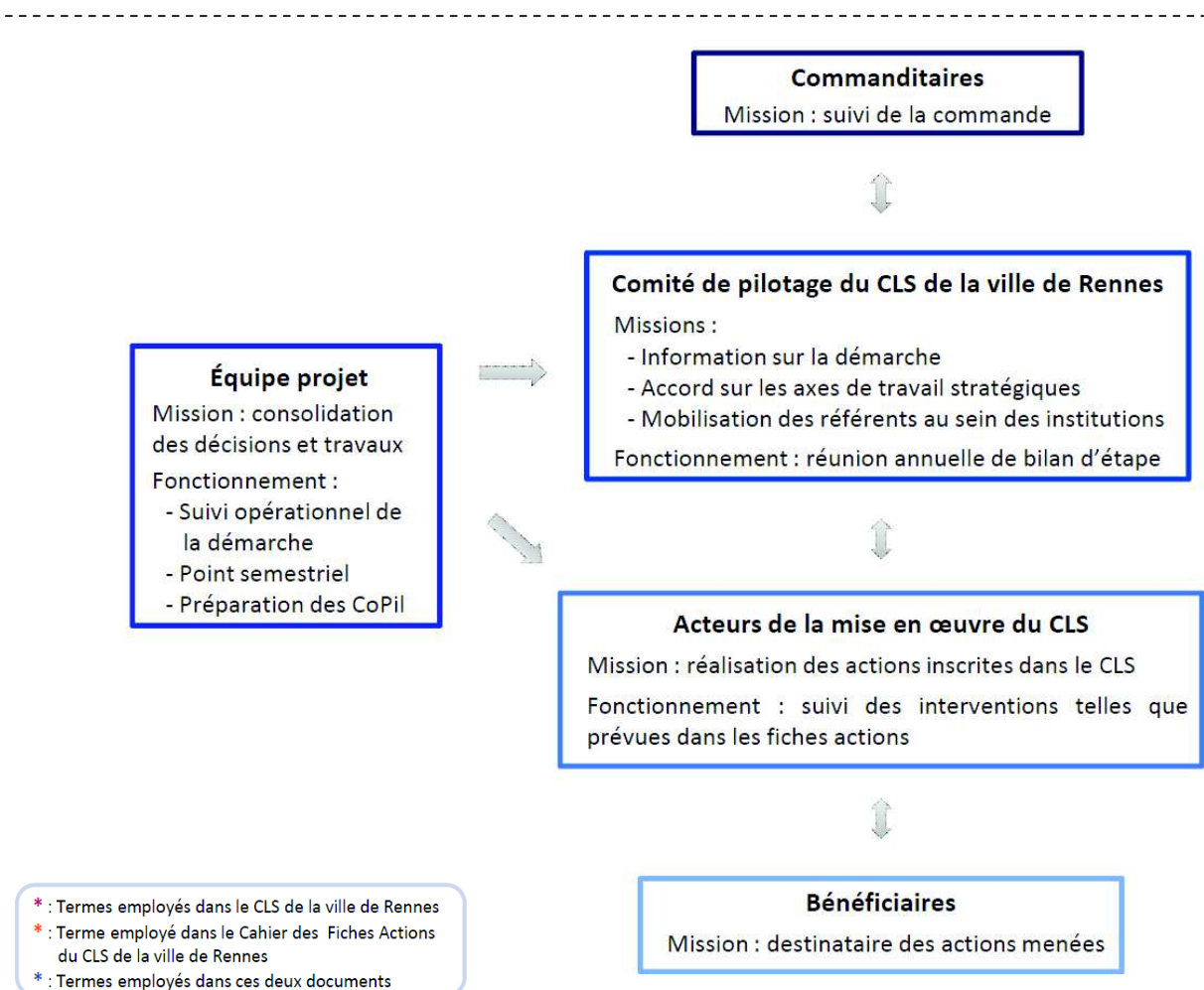
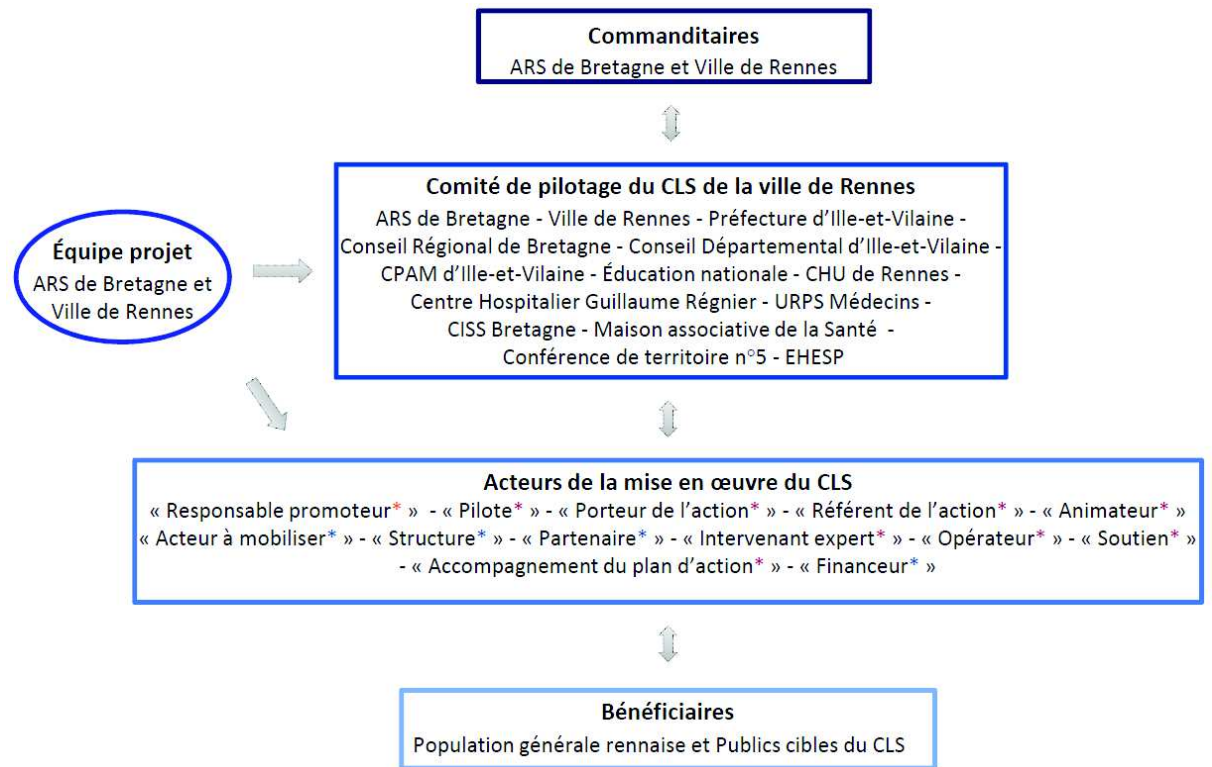
Annexe 1	: Missions des acteurs impliqués dans le CLS telles que prévues en juillet 2013 . I
Annexe 2	: Documents produits en phase d'élaboration V
Annexe 3	: Cahier des charges de l'évaluation du CLS rennais VII
Annexe 4	: Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de RennesXVII
Annexe 5	: Cadrage de l'évaluation du CLS de la ville de RennesXXIII
Annexe 6	: Calendrier prévisionnel de l'évaluation du CLS XLI
Annexe 7	: Lettre accompagnant les demandes d'entretiens XLII
Annexe 8	: Tableau récapitulatif des entretiens à mener au cours de l'évaluation..... XLIII
Annexe 9	: Guide d'entretien relatif à la démarche du CLSXLVI
Annexe 10	: Fiche de l'atelier 5 de la plénière du CRSMXLVIII
Annexe 11	: Modèle logique de l'intervention du CLS de la ville de RennesXLIX
Annexe 12	: Tableau récapitulatif des actions selon leur intérêt et leur préexistence L

Annexe 1 : Missions des acteurs impliqués dans le CLS telles que prévues en juillet 2013

A. Phase d'élaboration

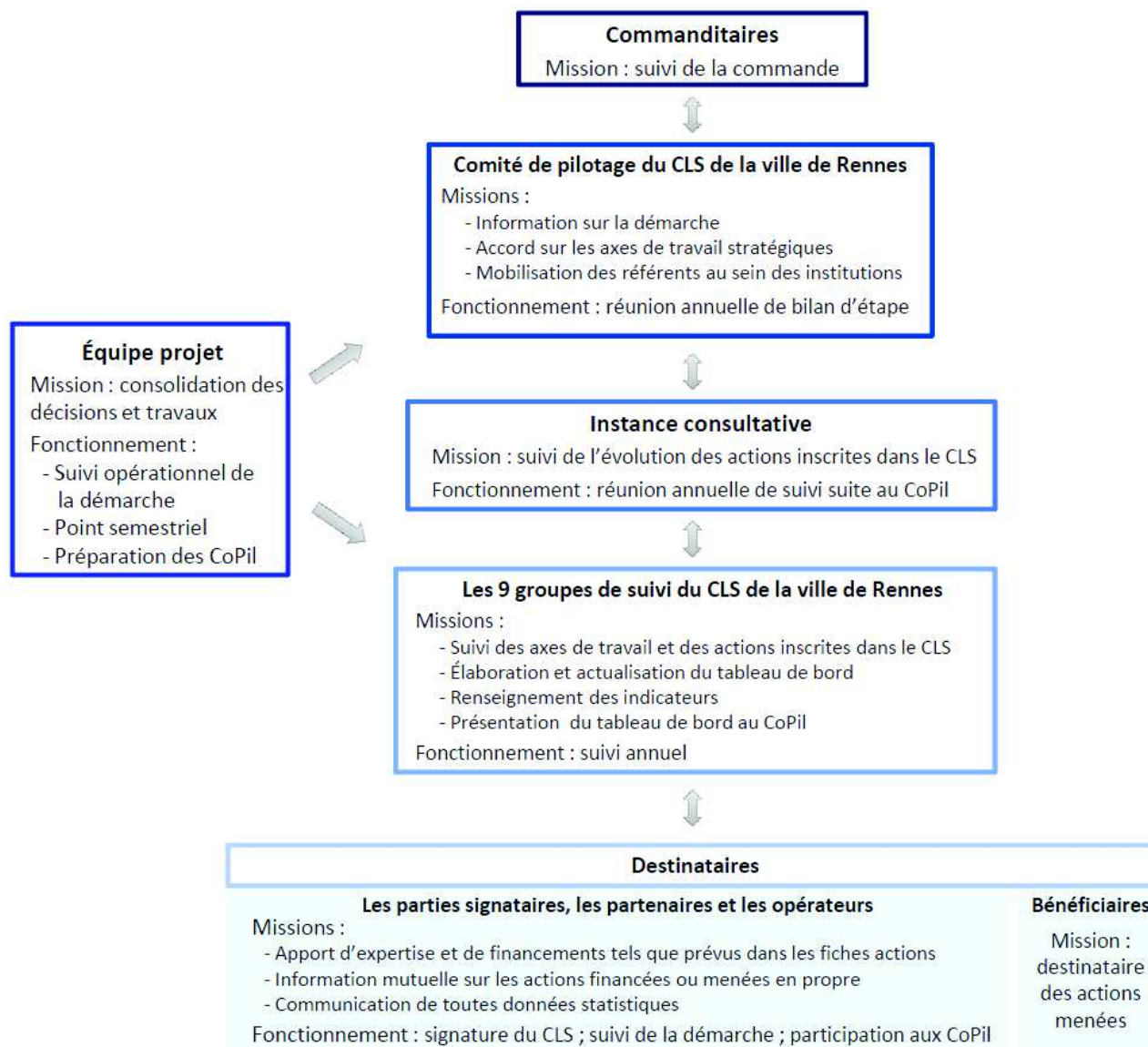


B. Phase de mise en œuvre

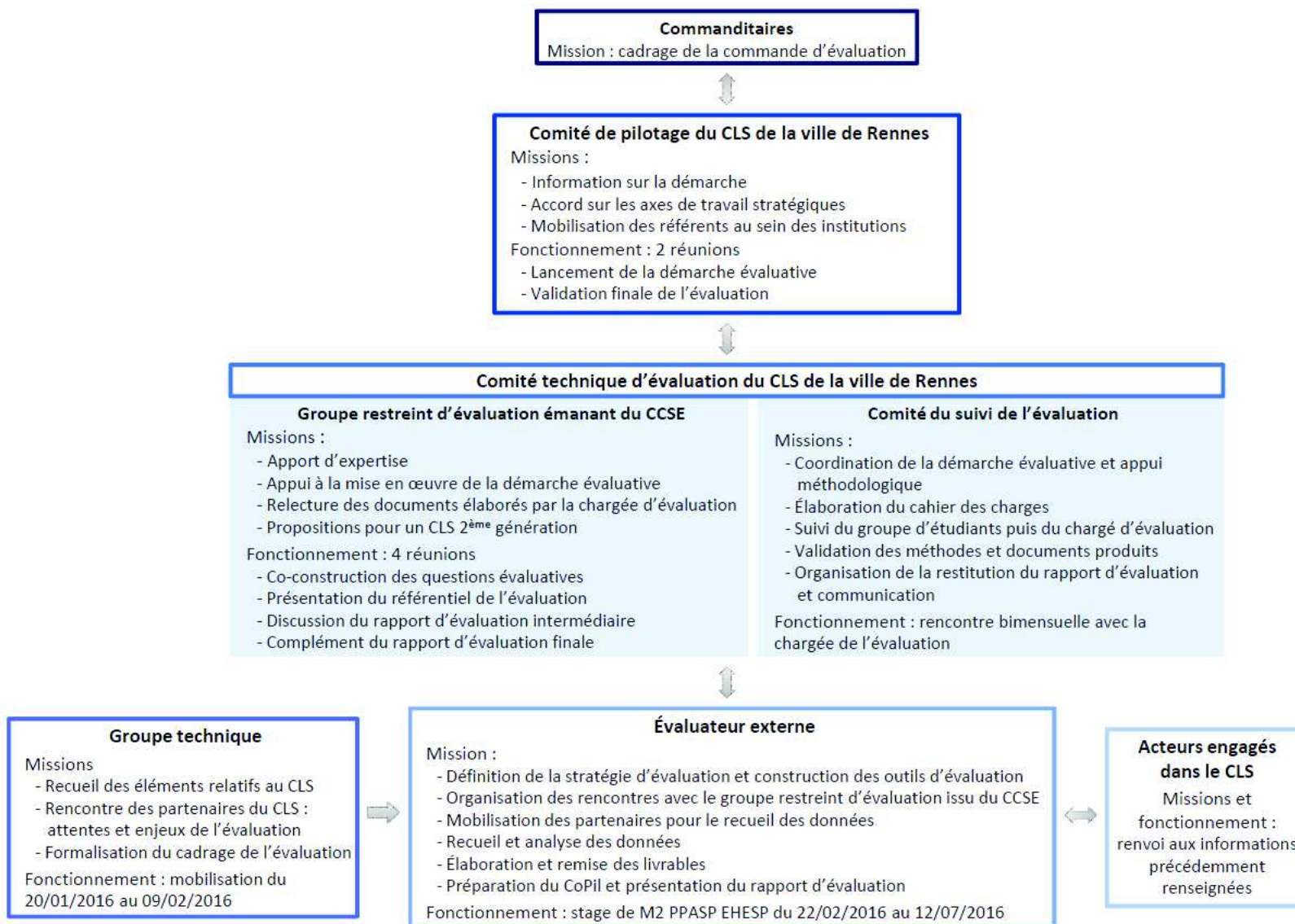


- * : Termes employés dans le CLS de la ville de Rennes
- * : Terme employé dans le Cahier des Fiches Actions du CLS de la ville de Rennes
- * : Termes employés dans ces deux documents

C. Phase de suivi



D. Phase d'évaluation



Annexe 2 : Documents produits en phase d'élaboration

Éléments caractéristiques des étapes d'élaboration du CLS de la ville de Rennes

- **Commanditaires** : réunions bilatérales ARS de Bretagne/Ville de Rennes
 - 21/02/2012 : réflexion sur un CLS à Rennes (Cf. Note préparatoire à la rencontre)
 - 02/04/2012 : concertation sur les axes de travail (Cf. Compte-rendu du 03/04/2012)
 - 19/06/2012 : préparation du CoPil du 05/07/2012 (Cf. Note préparatoire du 15/06/2012)
- **Comité de pilotage**
 - 05/07/2012 : lancement de la démarche (Cf. Diaporama et compte-rendu du 20/07/2012)
 - 16/04/2013 : point d'étape sur l'élaboration du CLS (Cf. Diaporama et compte-rendu)
 - 01/07/2013 : validation finale de la démarche
 - 03/10/2014 : bilan d'étape n+1 (Cf. Compte-rendu)
 - 16/10/2015 : bilan d'étape n+2 (Cf. Diaporama « Bilan de la 2ème année de mise en œuvre »)
- **Groupes de travail experts**
 - 06/11/2012 : « Feuille de route : Animateur des groupes experts ARS/VdR »
 - Axe 1
 - 16/11/2012 : réalisation de la fiche projet
 - 14/12/2012 : 1^{ère} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 12/02/2013 : 2^{ème} réunion (Cf. Relevé des échanges, 04/03/2013)
 - Axe 2
 - 03/12/2012 : réalisation de la fiche projet
 - 11/12/2012 : 1^{ère} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 05/02/2013 : compléments apportés à la fiche projet
 - 14/02/2013 : 2^{ème} réunion ? (mentionnée dans le CLS 2013-2015 de la ville de Rennes)
 - Axe 3
 - 07/12/2012 : réalisation de la fiche projet
 - 20/12/2012 : 1^{ère} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 12/03/2013 : 2^{ème} réunion (compléments apportés à la fiche projet suite à la rencontre)
 - Axe 4
 - 23/11/2012 : 1^{ère} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 14/12/2012 : réalisation de la fiche projet
 - 10/01/2013 : 2^{ème} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 12/03/2013 : réunion ? (mentionnée dans le CLS 2013-2015 de la ville de Rennes)
 - Axe 5
 - 14/02/2013 : réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail) et réalisation de la fiche projet
 - Axe 6
 - 12/12/2012 : réalisation de la fiche projet
 - 17/12/2012 : 1^{ère} réunion (Cf. Diaporama sur l'avancée de l'axe et les objectifs de travail)
 - 19/02/2013 : 2^{ème} réunion ? (mentionnée dans le CLS 2013-2015 de la ville de Rennes)

Éléments caractéristiques des étapes d'élaboration du CLS de la ville de Rennes

➤ Comité Consultatif Santé Environnement en séances plénières

- 13/12/2011 : présentation de l'outil CLS (Cf. Diaporama et compte-rendu du 26/01/2012
Diaporama de présentation de la CT5 et de la
Chaire INPES de l'EHESP)
- 18/12/2012 : présentation de la démarche engagée (Cf. Diapo. et c.-rendu du 11/02/2013)
- 05/12/2013 : point d'étape sur le CLS de la Ville (Cf. Compte-rendu du 20/12/2013)
- 18/12/2014 : point sur son rôle dans le cadre du CLS (Cf. Relevé de notes du 11/03/2015)
- 12/01/2016 : point d'étape sur le CLS de la ville (Cf. Diaporama)

➤ Avis et délibérations sur le CLS finalisé

- 10/06/2013 : délibération du Conseil municipal de la Ville de Rennes¹
- 24/06/2013 : délibération du Conseil général d'Ille-et-Vilaine²
- 26/06/2013 : avis de la conférence de territoire de santé n°5³
- 04/07/2013 : délibération du Conseil régional de Bretagne

➤ Adoption et signature

- 09/03/2012 : arrêté du Projet régional de santé de Bretagne⁴
- Janvier 2013 : adoption du Plan local de santé de la ville de Rennes⁵
- 28/03/2013 : adoption du Programme territoriale de santé n°5⁶
- 01/07/2013 : signature du Contrat local de santé de la ville de Rennes⁷

➤ Diagnostics

- 2010 : « La santé dans la ville de Rennes » de l'ORS de Bretagne⁸
- Juin 2013 : « Données santé Rennes » de l'APRAS⁹

¹ Ville de Rennes. 2013. *DCM 2013-0257 - Interventions sociales et santé - Contrat Local de Santé - Signature : Extrait du registre des délibérations*. 10 p.

² Conseil général d'Ille-et-Vilaine. 2013. *Recueil des actes administratifs : 9 juillet 2013 - n°441*. 1025 p.

³ CT5. 2013. *Avis de la Conférence de Territoire de santé N° 5 sur le Contrat Local de Santé Rennais : Séance du 26 juin 2013*. 3 p.

⁴ ARS Bretagne. 2012. *Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 : Agir Ensemble Pour La Santé Des Bretons*. 40 p.

⁵ Ville de Rennes. 2013. *Plan Local de Santé de la Ville de Rennes*. Ville de Rennes, 48 p.

⁶ CT5. et ARS Bretagne. 2013. *Programme Territorial de Santé n°5 Rennes/Fougères/Vitré/Redon : Année 2013-2016*. 179 p.

⁷ ARS. et Ville de Rennes. 2013. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes*. 76 p.

⁸ ORS Bretagne. 2010. *La santé dans la ville de Rennes*. 20 p.

⁹ APRAS. 2013. *Données santé Rennes*. 52 p.



**Evaluation du
Contrat Local de Santé de la Ville de
Rennes**

CAHIER DES CHARGES

1) Contexte et exposé des motifs

Créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST), le Contrat Local de Santé est une démarche contractuelle, au travers de laquelle une Agence Régionale de Santé (ARS) et un ou plusieurs autres signataires prennent des engagements mutuels pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population d'un territoire.

Dans ce cadre, un Contrat Local de Santé de la Ville de Rennes a été signé le 1^{er} juillet 2013 pour une durée de 3 ans entre l'ARS Bretagne et la Ville de Rennes et leurs partenaires (Préfecture et services déconcentrés de l'Etat, Conseil Régional, Conseil Départemental, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), Education Nationale, Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier Guillaume Rénier, professionnels de santé, représentants des usagers, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) pour :

- Permettre une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire rennais et partager les diagnostics ;
- Favoriser les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décloisonnant les approches ;
- Mettre en place une programmation partagée au service d'une stratégie locale de santé sur plusieurs années.

Les axes stratégiques identifiés sont les suivants :

1. Savoir pour agir : développer l'information sur la santé des Rennais et partager les enjeux, échanger sur les projets santé proposés sur le territoire rennais ;
2. Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis ;
3. Agir en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants ;
4. Promouvoir la santé mentale ;
5. Agir pour la santé des personnes âgées ;
6. Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé ;
7. Agir en faveur des personnes en situation de handicap.

Ces 7 axes sont déclinés en 22 objectifs spécifiques et 42 actions.

A sa date d'échéance, le contrat local de santé signé pour 3 ans pourra être prorogé pour intégrer la phase d'évaluation prévue dans le cahier des charges.

2) Finalités de l'évaluation

L'évaluation devra permettre in fine de :

- Mieux connaître l'apport du contrat local de santé de la Ville de Rennes signé en juillet 2013 et en apprécier la plus value pour les signataires et les bénéficiaires.
- Rendre compte de la mobilisation des acteurs dans le cadre du CLS, et en apprécier les effets induits par celle-ci.
- Constituer une aide à la décision concernant l'intérêt d'une poursuite des actions engagées, voire l'éventualité ou non d'un renouvellement des actions (par la formulation de recommandations).

3) Périmètre de d'évaluation

L'ARS Bretagne et la Ville de Rennes souhaitent évaluer à posteriori :

- Le processus, c'est-à-dire la dynamique de construction, de mise en œuvre, d'animation et de suivi de la démarche CLS sur le territoire ;
- Les résultats : l'analyse de la mise en œuvre des actions du CLS. Il s'agit ici d'établir un bilan de mise en œuvre des actions (degré de réalisation), et d'apprécier l'atteinte des objectifs du CLS au regard des actions réalisées.

La combinaison de ces deux approches (évaluation du processus et évaluation des actions) conduira à porter une appréciation d'ensemble sur le CLS arrivé à échéance et à déterminer quels pourraient être les apports d'un nouveau CLS dans la perspective d'un renouvellement.

Il est à noter que l'évaluation du CLS de Rennes vise davantage les résultats obtenus dans la durée du CLS plutôt que les impacts de long

terme sur l'amélioration de la santé de la population rennaise, principalement du fait du caractère récent de sa mise en œuvre. En effet, les impacts en santé mettent du temps à se produire et font intervenir de multiples facteurs. La mise en évidence du lien de cause à effet entre le CLS et des effets de long terme est complexe et demande des moyens lourds qui ne rentrent pas dans le cadre la présente évaluation.

En revanche l'évaluation devra permettre d'apporter des éléments d'appui à la réflexion et des données de la littérature pour une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé dans le cadre du futur contrat.

4) Approches de l'évaluation

L'évaluation du CLS repose plus précisément sur deux approches :

- Une approche rétrospective, visant, sur la base d'un bilan lisible et objectif des actions conduites et d'une mise à plat critique de la méthode de construction du projet, à mieux comprendre l'efficacité du CLS, c'est-à-dire sa capacité à contribuer à améliorer les besoins en santé non couverts.
- Une approche prospective, permettant d'une part de faire des recommandations de méthode pour faciliter et optimiser la conception du nouveau CLS, et, d'autre part, de préciser la façon dont ce dernier pourrait avoir une plus grande portée stratégique et territoriale.

5) Les questions évaluatives

Pour prendre en compte ces deux approches, l'équipe projet du CLS a structuré les questions évaluative en 3 axes principaux. Chacun de ces axes est explicité par une série de sous-questions qui en précisent ou illustrent le contenu, sans qu'elles soient obligatoires ou limitatives.

Avant de répondre aux questions citées ci-après, le chargé d'évaluation retenu analysera le bilan n+ 2 des actions du CLS de la Ville de Rennes et mettra en avant les réalisations et résultats qui lui paraîtront marquants, au regard des questions d'évaluation. Il s'agira de structurer les éléments significatifs du bilan afin de disposer d'une « photographie » de l'avancement des actions du CLS sur les questions soulevées.

Axe 1 : Pertinence, conception et structuration du CLS (avant signature)

- Dans quelle mesure les objectifs du CLS répondent à des besoins identifiés sur le territoire de la Ville de Rennes ?
- Les modalités de conception et d'organisation de la concertation retenues préalablement à la signature du CLS sont-elles pertinentes ?
- La structuration du contrat est-elle cohérente (cohérence du chainage entre les axes/objectifs/actions) ?

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre, d'animation et de suivi

- Quelles sont les modalités mises en œuvre pour piloter, faire vivre le CLS et assurer son suivi ?
- Les actions inscrites au CLS ont-elles fait l'objet d'échanges réguliers entre les acteurs ?
- Quels sont les éléments facilitateurs de la mise en œuvre du CLS ? ou a contrario, les difficultés rencontrées ?

Axe 3 : Résultats et impacts du CLS

- Quel a été l'impact du CLS sur les acteurs locaux, sur les acteurs institutionnels ?
 - *Le CLS a-t-il favorisé le déploiement d'actions intersectorielles ? De quel type ? De quelle manière ?*
 - *La mise en œuvre du CLS a-t-elle, à ce stade, contribué à un décloisonnement effectif des approches ?*
 - *Le CLS a-t-il permis une meilleure coordination des acteurs et des actions ?*
- En quoi le CLS a-t-il contribué à améliorer la connaissance des acteurs qui œuvrent sur le territoire rennais et la lisibilité des actions ?

- En quoi le CLS, dans sa conception et son développement, a-t-il contribué à rendre lisibles les enjeux de promotions de la santé sur le territoire et l'action en faveur de la santé des habitants ?
- La mise en œuvre du CLS a-t-elle donné lieu à des projets concrets au sein desquels l'amélioration du parcours, la coordination des acteurs et de sa lisibilité/visibilité est un objectif affiché ? Cet objectif est-il atteint ?
- Les actions mises en œuvre dans le cadre du CLS ont-elles contribué à fluidifier le parcours de santé et de vie des personnes ?
- Quels sont les besoins ou manques sur le territoire à la fois en termes de périmètre d'action, de public cible ainsi qu'en termes de dynamique partenariale ?

6) Recommandations

Outre la réponse aux questions évaluatives, il est attendu du prestataire la formulation de recommandations en vue de l'élaboration du futur CLS.

Les recommandations visent à proposer des actions de nature à remédier aux difficultés ou aux dysfonctionnements identifiés par l'évaluation. Elles pourront donc être de différentes natures :

- Soit d'ordre stratégique : elles pourront, si nécessaire, formuler de nouvelles orientations pour le futur CLS, modifiant la formulation des objectifs stratégiques. Les recommandations apporteront des éléments d'appui à la réflexion issus de la littérature pour favoriser une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé dans le cadre du futur contrat.
- Soit d'ordre méthodologique : il s'agira d'indiquer comment dégager une méthode plus pertinente pour bâtir le futur CLS ; faire des propositions qui permettront de favoriser la bonne préparation du CLS.
- Soit d'ordre opérationnel : il s'agira de formuler toute proposition relative aux problématiques analysées dans les réponses aux questions évaluatives et permettant de remédier aux difficultés de mise en œuvre de l'action constatées.

7) La méthodologie attendue

La prestation attendue est une évaluation du CLS, au sens des démarches aujourd'hui couramment pratiquées d'évaluation de politiques ou de programmes, c'est-à-dire une prise de position argumentée de l'évaluateur sur le CLS, au regard des questions posées dans le présent cahier des charges et des critères d'évaluation en découlant.

L'ARS et la Ville de Rennes n'attendent pas un rapport d'étude classique ou un rapport d'expert, mais une réponse systématique aux questions évaluatives posées, ainsi que des recommandations.

Après une première analyse documentaire, le chargé d'évaluation engagera un travail d'investigation auprès de représentants des différentes parties prenantes au CLS :

- Ville de Rennes
- ARS Bretagne
- Le Préfet d'Ille-et-Vilaine
- CPAM d'Ille-et-Vilaine
- Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine
- Conseil Régional de Bretagne
- Direction Académique des services de l'Éducation Nationale
- Centre hospitalier régional universitaire de Rennes,
- Centre hospitalier Guillaume Régnier,
- Union régionale des professionnels de santé,
- CISS Bretagne,
- Maison Associative de la Santé,
- l'EHESP
- Centre communal d'action sociale de la Ville de Rennes

Dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs dont il assurera l'organisation et l'animation.

Dans une logique de partenariat constant avec les acteurs du territoire et de participation promue par la Ville de Rennes, la rencontre avec les acteurs non signataires du CLS est souhaité. Le Comité Consultatif Santé-Environnement devra être rencontré dans le cadre d'une réunion d'un groupe restreint ou sous tout format qui sera identifié en lien avec les commanditaires.

8) Documents pouvant être utilisés

La liste non exhaustive des documents pouvant être collectés est la suivante :

- Contrat local de santé
- Diagnostic préalable au CLS
- Projet territorial de santé n°5
- Bilan n+1 et bilan n+2 du CLS
- Comptes rendus des réunions de suivi du CLS / des instances de gouvernance
- Rapports d'activité des principaux acteurs et opérateurs du CLS
- Autres...

9) Déroulement de l'évaluation

L'évaluation est co-pilotée Ville de Rennes / ARS, commanditaire de cette évaluation, avec l'appui de l'EHESP.

L'équipe projet du CLS assure l'accompagnement et le suivi de l'évaluation du CLS. Elle est constituée de représentants de :

- Maud Renon, Directrice Santé Publique Handicap, Ville de Rennes,
- Lucie Desrues, IASS Délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine, ARS Bretagne,

toutes deux référents du CLS de la Ville de Rennes, et de :

- Françoise Jabot, Professeur en Santé Publique à l'EHESP.

Plus précisément, l'équipe projet est chargée de :

- Amender et valider la méthode et le référentiel d'évaluation (critères, indicateurs, programme d'investigation), sur la base des travaux présentés par le chargé d'évaluation ;

- Echanger sur le rapport intermédiaire, sur la base d'une présentation par le chargé d'évaluation de ses propositions ;
- Echanger sur le rapport définitif et les recommandations, sur la base d'une présentation par le chargé d'évaluation.

Pour réaliser cette évaluation, la Ville de Rennes et l'ARS ont choisi de faire appel, dans un premier temps à un groupe d'étudiants de l'EHESP qui prépareront le cadre méthodologique, puis à un étudiant-stagiaire de l'EHESP qui réalisera le recueil et l'analyse des données et la rédaction du rapport. En effet, la charge de travail induite par cette évaluation ne peut être assurée par les référents CLS. Par ailleurs, la sollicitation d'une personne extérieure à la Ville de Rennes et à l'ARS permettra d'apporter un regard objectif.

Période du stage : de mi-janvier à juillet 2016

Les missions du chargé d'évaluation seront :

- Recueillir les données et les analyser ;
- Être en contact avec les parties prenantes du CLS ;
- Apporter une réponse au cahier des charges et rédiger le rapport d'évaluation.

Par ailleurs l'équipe projet se tiendra à la disposition du chargé d'évaluation tout au long de la réalisation de la mission, pour le suivi et l'organisation technique des travaux.

10) Calendrier d'évaluation

- 16 octobre 2015 : COPIL CLS de validation du présent cahier des charges
- 19 ou 20 janvier 2016 : réunion de lancement avec les étudiants EHESP
- 1^{er} semestre 2016 : Entretiens stratégiques avec les signataires et les acteurs locaux parties prenantes participant aux dynamiques locales en santé
- Du mars/avril 2016 : Présentation de la version intermédiaire du rapport d'évaluation à l'équipe projet

- juin 2016 : Remise et présentation du rapport final aux commanditaires qui devront valider ce dernier.
- juillet 2016 : présentation du rapport devant le COPIL CLS et échange sur les propositions formulées pour accompagner le renouvellement du CLS

11) Les livrables

L'ensemble des livrables est constitué par :

- Les supports de présentation et les comptes rendus des réunions avec l'équipe projet
- La présentation intermédiaire
- Le rapport final incluant les recommandations et le diaporama de présentation correspondant

Le rapport d'évaluation comportera notamment :

- Une synthèse de 4 à 5 pages maximum
- La présentation de la méthodologie de l'évaluation
- La réponse aux questions évaluatives et aux objectifs de l'évaluation
- Des recommandations stratégiques et opérationnelles

Le chargé d'évaluation assurera la présentation des résultats finaux de l'évaluation devant le COPIL CLS.

Annexe 4 : Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 1 : Diagnostic, conception et structuration du CLS

Question évaluative 1 : Dans quelle mesure le contrat local de santé de la ville de Rennes a-t-il été élaboré dans une démarche participative et partagée ?

Sous-questions <i>(explicitent la question)</i>	Critères <i>(traduisent l'angle de vue pour répondre à la question)</i>	Indicateurs <i>(données pour objectiver ou mesurer la réalité)</i>	Valeur de référence <i>(seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère)</i>	Sources d'information <i>(à repérer pour le protocole)</i>
1.1 Quelles sont les modalités de conception et d'organisation de la concertation mises en place ?	Approche participative et consensuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Composition des GT experts, de l'équipe projet et du CoPil - Contenu et nombre de rencontres des GT experts ; du CoPil ; des réunions préparatoires ARS/Ville - Profil, nombre et contribution des participants - Constats des acteurs sus-cités. 	Discours de membres des GT experts	<ul style="list-style-type: none"> - Listes des membres des GT experts, de l'équipe projet et du CoPil - Comptes-rendus des rencontres des GT experts ; du CoPil ; des réunions préparatoires ARS/Ville - Entretiens avec des membres des GT experts ; du CoPil ; des réunions préparatoires ARS/Ville.
1.2 Dans quelle mesure les objectifs définis dans les fiches projets sont-ils en adéquation avec les enjeux de santé partagés par les acteurs du territoire ?	Cohérence externe	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de diagnostics et prise en compte des données - Apport et articulation des réflexions entre les membres des GT experts et de l'équipe projet - Constats de membres des GT experts ; de l'équipe projet. 	Discours de membres des GT experts	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches projets du CLS - Diagnostics préalables au CLS - Comptes-rendus des réunions des GT experts ; de l'équipe projet - Entretiens avec des membres des GT experts ; de l'équipe projet.

Version 15/04/2016 - Tiphaine Berviller, étudiante du M2 PPASP EHESP

1

Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 1 : Diagnostic, conception et structuration du CLS

Question évaluative 2 : Dans quelle mesure son contenu est-il habilement articulé tant dans sa structuration interne qu'avec les dispositifs locaux de santé ?

Sous-questions	Critères	Indicateurs	Valeur de référence	Sources d'information
2.1 Dans quelle mesure les objectifs/actions inscrits dans cet outil sont-ils cohérents avec ses axes/objectifs ?	Cohérence interne	<ul style="list-style-type: none"> - Formulation et adéquation entre les axes, les objectifs et les actions du CLS - Constats de membres des GT experts ; de l'équipe projet ; des réunions préparatoires ARS/Ville. 	Discours de membres des GT experts	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches projets du CLS - Entretiens avec des membres des GT experts ; de l'équipe projet ; des réunions préparatoires ARS/Ville.
2.2 En quoi les actions retenues sont-elles prioritaires dans le périmètre géographique couvert par le contrat ?	Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Propositions et concertation des acteurs dans les réunions des GT experts et de l'équipe projet - Constats de membres des GT experts ; de l'équipe projet. 	Discours de membres des GT experts	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches projets du CLS - Diagnostics préalables au CLS - Comptes-rendus des réunions des GT experts ; de l'équipe projet - Entretiens avec des membres des GT experts ; de l'équipe projet.

Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation

Question évaluative 3 : En quoi les dynamiques d'intervention du contrat local de santé concourent-elles à la participation, à la transversalité et à l'articulation entre les acteurs ?

Sous-questions	Critères	Indicateurs	Valeur de référence	Sources d'information
3.1 Quelles sont les modalités appliquées pour piloter et animer le CLS ?	Organisation du pilotage, de la coopération et de l'articulation des politiques publiques	<ul style="list-style-type: none"> - Profil, nombre et fréquence de mobilisation des porteurs d'actions - Contenu et nombre de réunions entre les porteurs d'actions ; du CoPil - Profil, nombre et contribution des participants - Constats des porteurs d'actions. 	Discours de porteurs d'actions	<ul style="list-style-type: none"> - CLS et le cahier des fiches actions - Supports de communication autour du CLS - Liste des porteurs d'actions - Comptes-rendus des réunions entre les porteurs d'actions ; du CoPil - Entretiens avec des porteurs d'actions ; des membres du CoPil.
3.2 Quels sont les éléments influençant son déroulement opérationnel ?	Leviers et freins de la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Profil, nombre et fréquence de mobilisation des acteurs associés à la réalisation des actions - Contenu et nombre de réunions entre les porteurs d'actions et leurs partenaires opérationnels - Profil, nombre et contribution des participants - Constats des porteurs d'actions et de leurs partenaires opérationnels. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Comptes-rendus des réunions entre les porteurs d'actions et les acteurs associés à la réalisation des actions - Entretiens avec des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions.

Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation

Question évaluative 4 : En quoi sa mise en œuvre et son suivi sont-ils efficaces ?

Sous-questions	Critères	Indicateurs	Valeur de référence	Sources d'information
4.1 En quoi les renseignements répertoriés dans les fiches actions et bilan d'étape sont-ils utiles aux porteurs d'actions et leurs partenaires ?	Utilité des données	<ul style="list-style-type: none"> - Type et précision du contenu des fiches actions et bilan d'étape - Constats des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Cahier des fiches actions du CLS - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Entretiens avec des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions.
4.2 Dans quelle mesure les données recueillies au cours du déploiement sont-elles adaptées pour rendre compte réellement de l'avancée des actions ?	Efficacité du suivi	<ul style="list-style-type: none"> - État et détail de la réalisation des actions - Contenu et fréquence des réunions de suivi - Profil, nombre et contribution des participants - Constats des porteurs d'actions ; des acteurs associés à la réalisation des actions ; des membres du CoPil. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Comptes-rendus des réunions de suivi - Entretiens avec des porteurs d'actions ; des acteurs associés à la réalisation des actions ; des membres du CoPil.

Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 3 : Résultats et impacts du CLS

Question évaluative 5 : Quel a été l'impact du CLS sur les acteurs locaux œuvrant en faveur de la santé ?

Sous-questions	Critères	Indicateurs	Valeur de référence	Sources d'information
5.1 Dans quelle mesure sa mise en œuvre a-t-elle favorisé le déploiement d'actions intersectorielles et la coordination des actions ?	Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Instauration et nombre d'actions s'inscrivant dans différents champs - Constats des porteurs d'actions ; des acteurs associés à la réalisation des actions ; des membres du CoPil. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Cahier des fiches actions du CLS - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Entretiens avec des porteurs d'actions ; des acteurs associés à la réalisation des actions ; des membres du CoPil.
5.2 Dans quelle mesure cet outil a-t-il contribué au décloisonnement effectif des approches des questions de santé et à une meilleure coordination des acteurs ?	Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Degré et qualité de la collaboration entre les porteurs d'actions et les acteurs associés à la réalisation des actions selon leur domaine d'intervention - Constats des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Comptes-rendus des réunions entre les porteurs d'actions et les acteurs associés à la réalisation des actions - Entretiens avec des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions.

Référentiel de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Axe 3 : Résultats et impacts du CLS

Question évaluative 6 : Dans quelle mesure ce contrat constitue-t-il un cadre de référence pertinent ?

Sous-questions	Critères	Indicateurs	Valeur de référence	Sources d'information
6.1 Dans quelle mesure les acteurs le mobilisent-ils dans leur activité ?	Utilité	<ul style="list-style-type: none"> - Motifs et fréquence de recours au CLS par les porteurs d'actions et les acteurs associés à la réalisation des actions - Constats des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Documents produits par les porteurs d'actions et les acteurs associés à la réalisation des actions faisant référence au CLS dans le cadre de leur activité - Entretiens avec des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions.
6.2 Dans quelle mesure le CLS est-il un levier/un frein en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?	Utilité	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé - Instauration et nombre d'actions dans le cadre de leur réduction - Constats des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions. 	Discours de porteurs d'actions et d'acteurs associés à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches bilan d'étape du CLS (2014 et 2015) - Entretiens avec des porteurs d'actions et des acteurs associés à la réalisation des actions.

Annexe 5 : Cadrage de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes



Cadrage de l'évaluation du Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes

Remis par le groupe d'étudiants le 05 février 2016

Actualisé par Tiphaine BERVILLER le 28 mars 2016

Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique

Promotion 2015/2016

École des Hautes Études en Santé Publique

Liste de sigles

- ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CCSE** : Comité Consultatif Santé Environnement
- CHGR** : Centre Hospitalier Guillaume-Régnier
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CISS** : Collectif Interassociatif Sur la Santé
- CLS** : Contrat Local de Santé
- CME** : Conseil Médical d'Établissement
- CoPil** : Comité de Pilotage
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRIJ** : Centre Régional Information Jeunesse
- DD** : Délégation Départementale
- EHESP** : École des Hautes Études en Santé Publique
- MAS** : Maison Associative de la Santé
- PPASP** : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
- PRS** : Projet Régional de Santé
- URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

Cadrage de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes - Version du 28/03/2016 - M2 PPASP EHESP

Sommaire

Introduction	1
1. Exposé des motifs	2
2. Finalités et enjeux de l'évaluation	5
3. Champ d'évaluation	5
4. Objectifs de l'évaluation	6
5. Questions évaluatives	6
6. Éléments méthodologiques	7
7. Documents existants et bilan informationnel	8
8. Dispositif et suivi de l'évaluation	9
9. Structure de l'étude, phasage et calendrier	9
10. Travaux d'évaluation	12
Conclusion	12
Bibliographie	13
Annexe : Guide d'entretien relatif à la préparation de l'évaluation du CLS	14

Cadrage de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes - Version du 28/03/2016 - M2 PPASP EHESP

Introduction

Un groupe de sept étudiants du Master « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » (PPASP) de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) a été constitué le 20 janvier 2016 pour préparer l'évaluation du Contrat Local de Santé (CLS) 2013-2015 de la ville de Rennes¹.

Ce travail de cadrage a été soutenu, dans le cadre de l'unité d'enseignement « Évaluation des politiques et des programmes en santé publique », le 09 février 2016 devant la Ville de Rennes et la Délégation Départementale (DD) d'Ille-et-Vilaine de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne qui en sont les commanditaires.

La structure de ce document s'appuie sur le modèle préconisé dans le Guide pour la préparation et la conduite d'évaluations régionales de juin 2003².

Après avoir exposé les éléments de contexte relatifs au CLS et à son évaluation, les questions évaluatives auxquelles l'évaluateur sera tenu de répondre et la méthodologie envisagée pour mener sa mission seront présentées. Enfin, le dispositif de suivi de l'évaluation et le calendrier prévisionnel seront définis.

¹ ARS et Ville de Rennes, 2013

² Commissariat Général au Plan, 2003

1. Exposé des motifs

Le CLS, inscrit aux articles L. 1434-17 et L. 1434-2 du Code de Santé Publique, a été créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cet outil permet la mise en cohérence du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS avec les politiques locales de santé et la mobilisation des acteurs du territoire autour d'enjeux de santé locaux et partagés (Figure 1). Son adoption constitue un engagement contractuel entre l'ARS, une collectivité territoriale et leurs partenaires signataires.

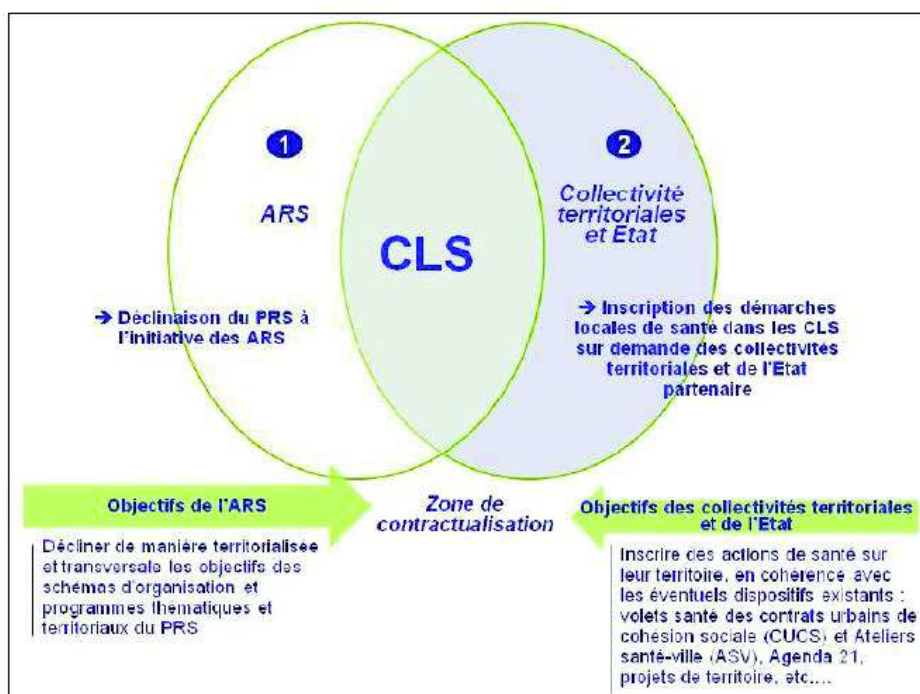


Figure 1 : Le CLS, un outil à la rencontre des volontés de collaboration de l'ARS et la Ville de Rennes³

L'ARS Bretagne et la Ville de Rennes ont engagé une réflexion en 2012 sur la mise en place d'un CLS à l'échelle de la municipalité. Pour la Ville, l'objectif était de valoriser ses activités en matière de santé tout en leur donnant plus de lisibilité et en assurant la pérennité aussi

³ ARS, 2011

bien des financements que des partenariats de proximité. Pour l'ARS, la démarche visait à décliner le PRS à un échelon infra-territorial, à intervenir localement au regard des priorités fixées au niveau régional et à mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire afin d'agir plus efficacement mais également de manière coordonnée sur les déterminants de santé.

C'est dans ce contexte qu'un contrat a été conclu durant la période 2013-2015 entre la Ville de Rennes, l'ARS de Bretagne, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, le Conseil Régional de Bretagne, le Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'Éducation Nationale ainsi que le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Rennes, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Rennes, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins, le Collectif Interassociatif sur la Santé Bretagne, la Maison Associative de la Santé et l'EHESP. En outre, l'avis de la conférence de territoire sur son contenu a précédé sa signature en date du 1^{er} juillet 2013.

Ce CLS est structuré en 7 axes stratégiques dont 22 objectifs et 42 actions (certaines existaient déjà) qui ont été définies par le groupe de travail expert désigné pour chaque axe :

Axe 1 : « Savoir pour agir : développer l'information sur la santé des rennais et échanger sur les projets de santé menés sur le territoire rennais »

Axe 2 : « Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis »

Axe 3 : « Agir en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants »

Axe 4 : « Promouvoir la santé mentale »

Axe 5 : « Agir pour la santé des personnes âgées »

Axe 6 : « Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé »

Axe 7 : « Agir en faveur des personnes en situation de handicap ».

Une logique d'intervention construite après le déploiement du contrat est proposée au travers de la reconfiguration de ces axes en sept volets thématiques au sein desquels la totalité des actions sont réparties⁴.

⁴ Voir *Modèle logique de l'intervention du CLS 2013-2015 de la ville de Rennes*

L'intitulé de ces catégories est :

- Mise en lisibilité des ressources locales en santé
- Structuration de la coordination des acteurs en santé du territoire
- Instauration de démarches innovantes autour de l'alimentation et de l'activité physique
- Développement de la sensibilisation sur les enjeux de santé
- Renforcement de l'accompagnement de proximité
- Adaptation des équipements immobiliers en faveur de la santé
- Organisation d'interventions sur la qualité de l'environnement extérieur.

De plus, la grande diversité de bénéficiaires est mise en évidence dans ces volets d'intervention par l'attribution pour chaque action d'un code couleur renvoyant au public ciblé. La conduite et le suivi du CLS apparaissent ainsi complexes.

Par ailleurs, les liens causaux entre les réalisations prévues selon le contrat et les résultats escomptés sont établis consécutivement dans le schéma élaboré. Ces derniers se décomposent en résultats intermédiaires qui sont les effets attendus à court et moyen termes puis en résultats finaux correspondant à ceux produits à long terme. Du reste, positionnés à la fin de cette chaîne, les deux impacts recherchés par les parties prenantes du CLS sont :

- L'amélioration de l'état de santé physique et mentale de la population rennaise
- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Ce modèle théorique représente un cadre de référence pour déterminer les questions évaluatives. À ce titre, les résultats envisagés à court terme pourraient en faire l'objet bien que l'apport de réponses soit difficilement possible en raison principalement du caractère récent de la mise en œuvre du CLS.

L'évaluation du CLS, étant effectuée à l'échéance de la contractualisation, est qualifiée d'évaluation *ex-post*.

2. Finalités et enjeux de l'évaluation

L'évaluation vise à procurer du sens à l'action publique notamment en répondant à une volonté de transparence de l'action menée et en donnant de la visibilité aussi bien aux acteurs impliqués dans le CLS qu'aux initiatives instaurées sur le territoire rennais.

Les finalités identifiées sont de :

- Constituer une aide à la décision concernant l'intérêt d'une poursuite ou d'un renouvellement des actions entreprises dans le cadre du CLS
- Favoriser la diffusion d'une culture de l'évaluation au sein des structures concernées (évaluation formative).

À cet égard, un bilan d'étape de l'ensemble de ces actions a été dressé en 2014⁵ et en 2015⁶ pour caractériser leur état d'avancement : action en cours ; dynamique engagée et continue ; action non engagée ; action réalisée.

3. Champ d'évaluation

L'équipe projet du CLS a organisé l'évaluation en trois axes principaux qui couvrent l'intégralité de la démarche et qui ont été validés en comité de pilotage (CoPil) le 16 octobre 2015 :

Axe 1 : Diagnostic, conception et structuration du CLS

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation

Axe 3 : Résultats et impacts du CLS.

À titre indicatif, l'investigation ne concernera pas les impacts de long terme sur l'état de santé de la population rennaise ou encore sur les inégalités sociales et territoriales de santé compte-tenu de la nécessité de disposer d'une période longue pour procéder à ce type de mesure (délais avant la production d'effets, intervention de multiples facteurs, liens de cause à effet complexes et coûteux à démontrer) ; seuls les résultats immédiats, obtenus dans la durée du contrat, seront considérés.

⁵ ARS et Ville de Rennes, 2014

⁶ ARS et Ville de Rennes, 2015

En revanche, l'évaluation aura pour objet tant d'étayer la réflexion que d'apporter des données de littérature dans la perspective d'une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé dans le cadre d'un futur contrat.

4. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation du CLS repose plus spécifiquement sur deux approches :

- Une approche rétrospective visant, sur la base d'un bilan lisible et objectif des actions conduites et d'une mise à plat critique de la méthode de construction du projet, à mieux comprendre l'efficacité du CLS, ce qui renvoie au degré auquel son déploiement a contribué à améliorer les besoins en santé non couverts.
- Une approche prospective en vue de la formulation de recommandations de nature, d'une part, à faciliter et à optimiser la conception d'un nouveau CLS ainsi qu'à remédier aux difficultés ou aux dysfonctionnements décelés lors de sa mise en œuvre et, d'autre part, à accroître sa portée stratégique et territoriale.

En résumé, les objectifs poursuivis sont de :

- Mieux connaître les apports du CLS et leur plus-value pour les signataires et les bénéficiaires (dimension normative)
- Rendre compte de l'action en santé publique menée sur le territoire rennais
- Rendre compte de la mobilisation des acteurs et ses effets induits dans le cadre du CLS.

5. Questions évaluatives

Les questions évaluatives, qui s'inscrivent dans la continuité des objectifs et des finalités de l'évaluation, explicitent les trois axes sus-cités en précisant ou en illustrant leur contenu.

Axe 1 : Diagnostic, conception et structuration du CLS

1. Dans quelle mesure le contrat local de santé de la ville de Rennes a-t-il été élaboré dans une démarche participative et partagée ?
2. En quoi la constitution du CLS est-elle sensée ?

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation

3. En quoi les dynamiques d'intervention du contrat local de santé concourent-elles à la participation, à la transversalité et à l'articulation entre les acteurs ?
4. En quoi sa mise en œuvre et son suivi sont-ils efficaces ?

Axe 3 : Résultats et impacts du CLS

5. Quel a été l'impact du CLS sur les acteurs locaux œuvrant en faveur de la santé ?
6. Dans quelle mesure ce contrat constitue-t-il un cadre de référence pertinent ?

6. Éléments méthodologiques

L'évaluation du CLS, co-pilotée par l'ARS Bretagne et la Ville de Rennes en partenariat avec l'EHESP et réalisée par un prestataire externe en présence des responsables, correspond par conséquent à une évaluation externe. Cet opérateur extérieur à l'intervention évaluée, aura donc un rôle d'expert et apportera un regard externe, des outils mais aussi un savoir-faire pour cadrer et conduire le processus évaluatif⁷. La démarche en résultant se déroulera à cette fin en quatre temps.

Dans un premier temps, l'évaluateur procédera à la déclinaison des questions évaluatives mentionnées ci-dessus en sous-questions ainsi qu'à l'élaboration du référentiel de l'évaluation.

Dans un deuxième temps, le chargé d'évaluation engagera un travail d'investigation pour répondre aux questions évaluatives posées et en déduire tant des pistes de réflexions que des recommandations telles qu'attendues par l'ARS et la Ville de Rennes. Après une analyse documentaire, ses guides d'entretien seront adaptés aux différents interlocuteurs sollicités. L'évaluateur assurera l'organisation et l'animation d'entretiens aussi bien individuels auprès de représentants des parties prenantes du CLS précédemment énoncés que collectifs notamment avec des membres du Comité Consultatif Santé Environnement (CCSE) dans une

⁷ Plottu, 2009

logique de partenariat constant avec les acteurs du territoire et de participation promue par les commanditaires.

Dans un troisième temps, l'évaluateur traitera les données recueillies lors de ces rencontres et issues de ses observations préalablement à la remise, dans un quatrième temps, de son rapport d'évaluation au groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE pour avis et au CoPil du CLS pour validation.

7. Documents existants et bilan informationnel

Le chargé d'évaluation cherchera à disposer d'une information la plus exhaustive possible sur le CLS de la ville de Rennes afin d'apporter un regard éclairé sur son objet d'étude et des réponses appropriées au terme de son intervention.

Liste non exhaustive de documents à collecter	Statut
CLS 2013-2015 de la ville de Rennes	X
Diagnostics préalables au CLS (ORSB, APRAS)	X
Projet Local de Santé de la ville de Rennes	X
Programme Territorial de Santé n°5	X
Liste des membres du suivi du CLS / des instances de gouvernance	X
Comptes-rendus des réunions de suivi du CLS / des instances de gouvernance	/
Fiches actions du CLS 2013-2015 de la ville de Rennes	X
Bilans d'étape du CLS (n+1 et n+2)	X
Autres CLS conclus en Bretagne et leur évaluation	X
Rapport d'activité de la ville de Rennes	X
Documents méthodologiques de la démarche CLS	X

8. Dispositif et suivi de l'évaluation

Consécutivement au présent travail de préparation de l'évaluation du CLS 2013-2015 de la Ville de Rennes, une étudiante du groupe de Master 2 PPASP de l'EHESP formalisant ce cadrage, en assurera la réalisation pendant un stage de 20 semaines à la DD 35 de l'ARS. Cette évaluation est co-pilotée par la Ville de Rennes et la DD 35 de l'ARS, en partenariat avec l'EHESP, qui forment le comité du suivi de l'évaluation du CLS⁸.

Au cours de sa mission, la chargée d'évaluation animera les rencontres avec le groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE constitué de représentants du Centre Régional Information Jeunesse (CRIJ) Bretagne, d'Air Breiz, de Noz'Ambule de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), de la Mutualité française Bretagne, du Centre Hospitalier Guillaume-Régnier (CHGR), d'Alliance Maladies rares et d'une citoyenne. Ces huit membres volontaires ont pour rôle l'apport d'expertise, l'appui à la mise en œuvre de la démarche évaluative, la relecture des documents produits et l'élaboration de propositions d'évolution du futur CLS.

Suite à la restitution du rapport d'évaluation final par l'évaluatrice, le CoPil du CLS décidera de sa validation. Cette instance stratégique est composée de représentants de la Ville de Rennes, de l'ARS Bretagne, de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, du Conseil Régional, du Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine, de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, de l'Education Nationale, du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Rennes, du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins, du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) Bretagne, de la Maison Associative de la Santé (MAS), de la Conférence de territoire n°5 et de l'EHESP.

Les destinataires et bénéficiaires de cette évaluation sont la population générale rennaise et en particulier les publics cibles du CLS ainsi que ses signataires, partenaires et opérateurs.

9. Structure de l'étude, phasage et calendrier

Le calendrier prévisionnel de la réalisation de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes comprend les quatre phases évoquées antérieurement :

⁸ Voir *Organigramme des acteurs intervenant dans le cadre de l'évaluation du CLS 2013-2015 de la ville de Rennes*

- Phase 1 : définition du référentiel d'évaluation et de la méthode d'investigation entre janvier et mars 2016.
- Phase 2 : choix des acteurs à solliciter, préparation des guides d'entretien et rédaction du rapport d'évaluation intermédiaire entre mars et avril 2016.
- Phase 3 : recueil et analyse des données d'enquête entre avril et juin 2016.
- Phase 4 : remise du rapport d'évaluation final, validation et communication en juillet 2016.

Au regard de ces échéances, deux types de contrainte sont considérées. La première, d'ordre organisationnel, est relative notamment à la disponibilité des acteurs à rencontrer et aux départs de certaines personnes ressources. La seconde porte sur le délai imparti à la chargée d'évaluation pour mener sa mission comprenant, entre autres, l'élaboration et la validation du rapport d'évaluation en quatre mois.

En outre, le rétroplanning des activités de chaque acteur impliqué dans l'évaluation du CLS a été effectué par une chargée de mission de la Ville de Rennes et complété par le groupe d'étudiants de l'EHESP⁹.

- Comité du suivi de l'évaluation

Ses membres coordonnent la démarche évaluative sur l'ensemble de la période prévue à cet effet et, dans ce cadre, apportent un appui méthodologique dans la définition des modalités de collecte des données et de leur analyse, relisent les documents produits et les approuvent. Ce comité a également été à l'origine du cahier des charges de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes, validé en CoPil le 16 octobre 2015, ainsi que de la mobilisation des membres volontaires du CCSE pour constituer le groupe restreint d'évaluation lors de la réunion datant du 12 janvier dernier avec cette instance consultative. En charge du suivi d'un groupe du Master 2 PPASP de l'EHESP désigné pour cadrer l'évaluation de ce CLS entre le 20 janvier et le 09 février, sa fonction d'encadrement se poursuivra avec l'une de ces étudiantes qui la conduira à compter de son arrivée en stage le 22 février. Le comité du suivi de l'évaluation organisera aussi la restitution du rapport d'évaluation au mois de juillet puis sa communication.

- Groupe d'étudiants de l'EHESP

⁹ Voir *Calendrier prévisionnel de l'évaluation du CLS 2013-2015 de la ville de Rennes*

Les sept étudiants du M2 PPASP de l'EHESP ont, pour préparer l'évaluation du CLS de la ville de Rennes, commencé à recueillir, dès le 20 janvier, des éléments au sujet de ce contrat et rencontré dix partenaires, notamment de la Ville de Rennes et de l'ARS de Bretagne, aussi bien des membres du CoPil du CLS que des référents actions, pour identifier leurs attentes concernant l'évaluation et ses enjeux¹⁰. À l'aune de ces données, des questions évaluatives et une méthode d'investigation ont été proposées dans ce rapport remis le 05 et soutenu devant les commanditaires le 09 février.

- Groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE

L'animation de quatre réunions avec ce groupe est projetée entre février et juillet. La première qui s'est déroulée le 02 février dernier, a été l'occasion de leur exposer leur rôle et de co-construire les questions évaluatives. La deuxième a été prévue le 1er mars afin d'en discuter et d'aborder les méthodes d'enquête. La troisième est fixée le 26 avril en vue de lui présenter l'avancée du travail d'évaluation à mi-parcours et le rapport d'évaluation intermédiaire. Enfin, la quatrième est envisagée la semaine du 28 juillet pour avis sur le rapport final.

- Chargée d'évaluation

Dès le 22 février, la stagiaire déterminera les sous-questions évaluatives et le référentiel d'évaluation et développera sa méthode d'investigation. La programmation des trois rencontres avec le groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE tout comme la sollicitation, entre mars et avril, des partenaires en entretien seront de sa responsabilité. Parallèlement, son activité comportera la construction des outils d'évaluation de mars à avril, la remise du rapport d'évaluation intermédiaire en avril et le recueil des éléments constitutifs jusqu'au mois de mai ainsi que leur analyse entre avril et juin. A l'issue de l'exploitation de l'ensemble des données, la chargée d'évaluation proposera des pistes d'amélioration dans la perspective de la mise en place d'un nouveau contrat avant de finaliser les différents livrables pour la semaine du 20 juin et préparera le CoPil du CLS afin de leur présenter le rapport d'évaluation final le 12 juillet.

¹⁰ Voir annexe : Guide d'entretien pour la préparation de l'évaluation du CLS 2013-2015 de la ville de Rennes

10. Travaux d'évaluation

Les travaux d'évaluation du CLS de la ville comprennent le rapport d'évaluation final et sa synthèse à remettre la semaine du 20 juin et à restituer en CoPil le 12 juillet 2016.

Conclusion

La chargée d'évaluation poursuivra son appropriation des éléments exposés dans ce document et des outils élaborés afin de les adapter, de les préciser et les mettre en œuvre.

Bibliographie

ARS. 2011. *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS) : Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. 18 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2015. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : synthèse des fiches bilan d'étape 2015 (n+2)*. 24 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2014. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes : synthèse des fiches bilan d'étape 2014 (n+1)*. 26 p.

ARS Bretagne. et Ville de Rennes. 2013. *Contrat Local de Santé 2013-2015 de la ville de Rennes*. 76 p.

Commissariat Général au Plan. 2003. *Guide pour la préparation et la conduite d'évaluations régionales*. 25 p.

Plottu, B. et Plottu, E. 2009. « Contraintes et Vertus de l'Évaluation participative ». *Revue Française de Gestion*, p. 31-58.

Ville de Rennes. 2013. *Plan Local de Santé de la ville de Rennes*. 48 p.

Annexe : Guide d'entretien relatif à la préparation de l'évaluation du CLS

1. Le CLS

A. La logique de construction

- Quel sens donnez-vous au CLS ? Qu'est-ce qui a motivé la mise en place d'un CLS au niveau de la Ville de Rennes ? Quel était l'intérêt d'en mettre un en place à cette échelle ?
- Comment (et par qui) le périmètre géographique a-t-il été retenu (hors métropole) ? Qu'en pensez-vous ?
- Un diagnostic démographique et épidémiologique a été réalisé par l'ORS et l'APRAS. Néanmoins, un diagnostic local de santé comporte également :
 - o un diagnostic organisationnel et éducationnel (activité, facteurs prédisposants, favorisants)
 - o un diagnostic comportemental et environnemental (changement de comportements)
 - o un diagnostic administratif et politique (freins, ressource, alliances)Aurait-il été pertinent d'effectuer ces diagnostics ?
- De quelle façon les axes du CLS et leur déclinaison en actions ont-ils été définis ? Reposent-ils en tout ou en partie du/sur le diagnostic réalisé ? Une revue de littérature a-t-elle également été réalisée au préalable ? Comment est-il possible d'accéder à ces documents ?
- Comment les populations cibles ont-elles été définies ? Quel est votre point de vue sur la démarche ayant abouti à ces choix ?

B. La logique d'organisation des groupes de travail

- Qui était présent dans votre groupe de travail (GT) ?
- Qui en était le référent ? Comment a-t-il été désigné ? S'agissait-il d'un poste financé et consacré à cet effet ?
- Quel regard portez-vous sur la dynamique partenariale au sein de votre groupe de travail ? A quelle fréquence s'est-il réuni ?
- Quelle est la méthodologie utilisée pour réaliser la fiche projet ? Qui était en charge de sa finalisation ?
- Comment les acteurs des fiches action ont-ils été identifiés (désignés ou volontaires et prévenus) ? De quelle façon ont-ils été associés :
 - à leur élaboration ?
 - à leur mise en œuvre ?
 - à leur suivi ?
- Les acteurs des fiches action ont-ils tous participé ?

1

C. Les logiques d'animation et de suivi

- Comment le suivi de la mise en oeuvre du CLS et son animation étaient-ils initialement organisés ? Comment se sont-ils réellement déroulés ?
- Comment la traçabilité du suivi a-t-elle été réalisée (CR réunions,..)? A-t-elle été centralisée dans un dossier informatique voire dans un logiciel (Excel, Nvivo) ? Des pistes d'amélioration/des freins/des leviers ont-ils été identifiés ?
- De quelle façon l'information était-elle partagée entre les acteurs ?
- Comment les indicateurs de progression ou d'évaluation d'action inscrits dans le CLS ont-ils été déterminés ? Sont-ils selon vous pertinents ? En auriez-vous d'autres à proposer ?
- De quelle façon avez-vous été associés aux bilans d'étape ? Comment ses résultats (vous) ont-ils été communiqués ?
- Au cours du suivi, un outil mettant en évidence les écarts entre les objectifs prévus et les objectifs atteints a-t-il été instauré ?

2. Préparation de l'évaluation

- Lors de l'élaboration du CLS, l'évaluation était-elle déjà envisagée ?
- Quelle méthode d'évaluation mettriez-vous en oeuvre ? Quels outils vous sembleraient les plus adaptés pour l'évaluation du CLS ?
- Quels seraient les moyens à déployer dans ce cadre ?
- Quels seraient les acteurs à solliciter ?
- De quelle façon pourriez-vous contribuer à cette évaluation ?

3. Suivi et perspectives de l'évaluation

- Quel est l'intérêt d'effectuer l'évaluation du CLS ?
- De quelle façon/dans quels champs pourrait-elle être réinvestie/valorisée ?
 - comme outil d'aide à la décision (préconisations pour CLS 2 ou autre)
 - comme outil de communication (valorisation du CLS 1)
- Quelles en sont vos attentes ? De quelle façon projetteriez-vous de vous en servir/de la réinvestir ?
- Quels seraient les rôles du groupe du suivi de l'évaluation ? Comment les définiriez-vous ?
- Pour quelles raisons serait-il nécessaire de poursuivre la mise en oeuvre du CLS ? Dans quels délais serait-elle à prolonger ?

2

Annexe 6 : Calendrier prévisionnel de l'évaluation du CLS

Rétroplanning	2015	2016							
	sept.-dec	janvier	fevrier	mars	avril	mai	juin	Juil.-aout	sept.
Coordination de l'évaluation par la Ville de Rennes et l'ARS de Bretagne avec l'appui de l'EHESP - comité de suivi de l'évaluation									
Coordonner la démarche évaluative									
Relire, appuyer méthodologiquement et valider l'ensemble des méthodes et documents produits									
Elaborer le cahier des charges									
Mobiliser un groupe restreint d'évaluation (12 membres volontaires du Comité Consultatif Santé Environnement - CCSE)		12 janvier CCSE							
Suivre le groupe d'étudiants de l'EHESP constitué pour préparer l'évaluation		20-janv	09-févr						
Suivre le déroulement du stage visant à répondre aux questions évaluatives et à formuler des préconisations			22-févr						
Organiser la restitution du rapport d'évaluation							20-juin		
Communiquer sur le rapport d'évaluation									
Instances de la démarche évaluative - comité de pilotage et groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE									
Comité de pilotage - Instance décisionnelle									
Valider le cahier des charges	16 oct.								
Valider le rapport d'évaluation								12-juil	
Groupe restreint d'évaluation émanant du CCSE - Instance consultative									
Approuver le rôle du groupe restreint d'évaluation issu du CCSE et co-construire les questions évaluatives			02-févr						
Echanger sur le référentiel d'évaluation et sur les méthodes d'investigation				01-mars					
Discuter du rapport d'évaluation intermédiaire et assurer le suivi mi-parcours du recueil des données					26-avr				
Relire et compléter le rapport d'évaluation final							Semaine du 27 juin		
Travail d'enquête									
Groupe d'étudiants de l'EHESP - préparation de l'évaluation									
Recueillir des éléments relatifs aux Contrat Local de Santé		20-janv	05-févr						
Rencontrer les partenaires du CLS pour identifier leurs attentes concernant l'évaluation et ses enjeux		28-janv	03-févr						
Définir les questions évaluatives et préparer des propositions de méthodes d'enquête			01-05 février						
Formaliser le cadrage de l'évaluation			05-févr						
Chargée de l'évaluation du CLS - mission de stage									
S'approprier les éléments de contexte relatif au CLS et à l'évaluation									
Définir la stratégie d'évaluation									
Organiser une rencontre avec le groupe restreint du CCSE pour avis sur les questions évaluatives et les méthodes d'investigation				01-mars					
Solliciter les partenaires pour le recueil de données									
Construire les outils d'évaluation									
Collecter les éléments d'évaluation									
Remise du rapport intermédiaire d'évaluation					18-avr				
Organiser une rencontre avec le groupe restreint du CCSE pour retour sur le rapport et aide à la mobilisation des partenaires					26-avr				
Analyser les données recueillies et répondre aux questions évaluatives									
Formuler des préconisations									
Finaliser les différents livrables									
Remettre les livrables							Semaine du 20 juin		
Organiser une rencontre avec le groupe restreint du CCSE pour lecture et complément du rapport d'évaluation							Semaine du 27 juin		
Préparer la réunion du comité de pilotage								05-juil	
Présenter le rapport d'évaluation au comité de pilotage									12-juil

Annexe 7 : Lettre accompagnant les demandes d'entretiens



DIRECTION SANTE PUBLIQUE-HANDICAP

Dossier suivi par : Solen Ferré
Téléphone : 02 23 62 22 11
Télécopie : 02 23 62 22 14
E-mail : s.ferre@ville-rennes.fr
Notre référence : DSPH – SF/CB -03.16
Objet :
Démarche d'évaluation du Contrat Local de Santé rennais 2013-2016

Délégation départementale d'Ille et Vilaine

Direction

Affaire suivie par : Nathalie LE FORMAL

Mail : ar-cl35-direction@ars.sante.fr

Téléphone : 02 99 33 34 01

Le 31 MARS 2016

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du Contrat Local de Santé - CLS, le travail engagé avec les acteurs institutionnels et associatifs sur le territoire rennais depuis 2013 arrive à son terme. Le comité de pilotage du CLS a validé la mise en place de la démarche d'évaluation lors du premier semestre 2016.

Cette évaluation est co-pilotée entre la Ville de Rennes et l'Agence Régionale de Santé en partenariat avec l'École des Hautes Études en Santé Publique. Elle est menée par une étudiante du Master Pilotage des Politiques et actions en santé publique, Tiphaine Berviller, dirigée par Françoise Jabot. De plus, un groupe restreint d'évaluation constitué de 8 volontaires émanant du Comité Consultatif Santé Environnement est en charge du suivi technique de la démarche.

La finalité de cette évaluation est de mieux connaître l'apport du Contrat Local de Santé, d'en apprécier les plus-values pour les signataires et les bénéficiaires, de rendre compte de la mobilisation des acteurs, et enfin de constituer une aide à la décision concernant l'intérêt d'une poursuite ou d'un renouvellement des actions engagées.

Dans ce cadre, Madame Tiphaine Berviller sollicitera une rencontre avec vous pour recueillir vos contributions à cette démarche. Nous vous remercions par avance de l'accueil que vous lui ferez.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

L'Adjointe à la Maire
Déléguée à la santé

Charlotté MARCHANDISE-FRANQUET

La Directrice de la Délégation départementale
d'Ille-et-Vilaine

Nathalie LE FORMAL

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des entretiens à mener au cours de l'évaluation

Objet de l'entretien	Type d'entretien	Acteurs sollicités	Acteurs rencontrés	Modalités du rendez-vous
Cadrage des CLS bretons et coordination régionale du suivi et de l'évaluation	Binôme (2)	1 responsable de la Direction adjointe démocratie en santé et qualité, ARS 1 chargé de mission, Pôle démocratie en santé, ARS de Bretagne	Oui (1) Oui (2)	14/04/2016 à 9h00 - ARS
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (4)	1 médecin de l'URPS ML de Bretagne 1 chargé de mission de l'URPS ML de Bretagne	Oui (3) Oui (4)	19/04/2016 à 15h00 - URPS
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (6)	1 responsable du Pôle Politique régionale de santé, Conseil Régional de Bretagne 1 chargé de suivi, Pôle politique régionale de santé, Conseil Régional de Bretagne	Oui (5) Oui (6)	28/04/2016 à 10h30 - Conseil Régional
Représentation des usagers dans l'élaboration et le suivi du CLS	Collectif (8 acteurs) (14)	2 représentants du CISS de Bretagne 1 représentant de la CODERPA 2 représentants de la CTS 1 représentant de la FNAPsy 1 représentant de la MAS 1 représentant de l'UNAFAM	Oui - Non (7) Non Oui - Oui (9) Report ultérieur Oui (10) Excusé	29/04 à 14h30 - DD 35 ARS
Élaboration, mise en œuvre et suivi opérationnel du CLS par l'ARS de Bretagne	Collectif (13 acteurs) (27)	1 chargé de mission, Pôle qualité, ARS de Bretagne 2 chargés de mission, Direction adjointe PPS, ARS de Bretagne 1 directeur, Pôle observation et statistiques, ARS de Bretagne 4 chargés de mission, Département AATS, DD 35, ARS de Bretagne 3 chargés de mission, département VSSE, DD 35, ARS de Bretagne 1 coordinateur de territoire de santé, DD 35, ARS de Bretagne 1 MISP, Département AATS, DD 35, ARS de Bretagne	Excusé Oui - Excusé (11) Excusé 3Oui-Excusé (14) Oui - 2 Non (15) Excusé Oui (16)	02/05/2016 à 11h00 - DD 35 de l'ARS

Version du 20/05/2016 - Tiphaine Berviller, M2 PPASP EHESP

Tableau récapitulatif des entretiens prévus dans le cadre de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Objet de l'entretien	Type d'entretien	Acteurs sollicités	Acteurs rencontrés	Modalités du rendez-vous
Diagnostic, mise en œuvre et suivi du CLS	Individuel (28)	1 directeur de l'ORS de Bretagne	Oui (17)	03/05/2016 à 10h30 - ORSB
Diagnostic et élaboration du CLS	Individuel (29)	1 directeur de l'APRAS	Oui (18)	04/05/2016 à 9h00 - APRAS
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (31)	1 médecin du CHGR 1 responsable administratif du CHGR	Oui (19) Oui (20)	04/05/2016 à 15h00-DD35ARS
Élaboration, mise en œuvre et suivi opérationnel du CLS par la Ville de Rennes	Collectif (13 acteurs) (44)	1 chargé de mission politique gérontologique, CCAS de Rennes 1 coordinateur de CLIC, CCAS Rennes 1 directeur de la Direction Personnes âgées, CCAS de Rennes 1 responsable de l'Accès aux Soins et SI, CCAS de Rennes 1 responsable des dispositifs d'insertion, CCAS de Rennes 2 chargés de MPST, DSPH, Ville de Rennes 1 coordinateur MPST, DSPH, Ville de Rennes 1 responsable administration finances-manifestations santé, Ville de Rennes 1 responsable du Service Santé Enfance, DSPH, Ville de Rennes 1 responsable du Service Santé Environnement, DSPH, Ville de Rennes 1 responsable de la Mission handicap citoyenneté, DSPH, Ville de Rennes 1 chargé d'étude du Service Études Urbaines, Rennes Métropole	Non Oui (21) Oui (22) Oui (23) Non Oui - Oui (25) Oui (26) Oui (27) Oui (28) Oui (29) Reporté Oui (30)	09/05/2016 à 9h00 - Ville de Rennes
Suivi du CLS	Collectif (56)	Appel à volontaires du CCSE : 12 membres ayant participé au suivi du CLS et n'ayant pas déjà été sollicité en entretien dans le cadre de cette évaluation	6 présents sur 10 inscrits (36)	10/05/2016 à 10h30 - Ville de Rennes
Engagement local en santé	Individuel (57)	1 adjoint municipal, Ville de Rennes	Oui (37)	10/05/2016, à 10h30 - Hôtel de Ville
Travail de l'équipe projet	Individuel (58)	1 directeur de la DSPH, Ville de Rennes	Oui (38)	11/05/2016, à 8h30 - Par téléphone, Ville
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (60)	1 médecin conseiller technique départemental, Éducation Nationale 1 infirmier conseiller technique départemental, Éducation Nationale	Oui (39) Oui (40)	11/05/2016 à 15h30 - IA

Tableau récapitulatif des entretiens prévus dans le cadre de l'évaluation du CLS de la ville de Rennes

Objet de l'entretien	Type d'entretien	Acteurs sollicités	Acteurs rencontrés	Modalités du rendez-vous
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (62)	1 responsable du Service Vie Sociale, Agence du Pays de Rennes, CD 35 1 ancien responsable de la Mission Solidarité, Conseil Départemental 35	Oui (41) Non	12/05/2016 à 10h30 - Agence de Rennes
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (64)	1 directeur du CHU de Rennes 1 responsable de la Direction Qualité et Relation des Usagers, CHU de Rennes	Oui (42) Excusé	12/05/2016 à 15h00 - Pontchaillou
Mise en œuvre et suivi opérationnel et stratégique du CLS	Binôme (66)	1 directeur de la CPAM de Rennes 1 responsable prévention de la CPAM de Rennes	Oui (43) Oui (44)	13/05/2016 à 14h30 - CPAM
Mise en œuvre et suivi opérationnel et stratégique du CLS	Binôme (68)	1 directeur de la DDCSPP 35 1 responsable des Politiques d'Insertion&Lutte contre les Exclusions, DDCSPP 35	Oui (45) Oui (46)	17/05/2016 à 9h00 - DDCSPP
Vision opérationnelle des enjeux d'articulation des politiques publiques	Collectif (7 acteurs) (75)	1 chargé de mission, Département AATS, Pôle PPS, DD 35, ARS de Bretagne 2 délégués du Préfet d'Ille-et-Vilaine 1 chargé de mission politique de la ville, Rennes Métropole 1 coordinateur MPST, DSPH, Ville de Rennes 1 délégué territorial AFEV, Ville de Rennes 1 représentant de la Direction Vie Associative Jeunesse, Cohésion sociale, Ville	Oui (46' - <i>idem supra</i>) Oui - Oui (48) Oui (49) Oui (49' - <i>idem supra</i>) Non Non	18/05/2016 à 9h00 - Ville de Rennes
Élaboration et suivi stratégique du CLS	Binôme (77)	2 enseignants-chercheurs de l'EHESP	Oui - Oui (51)	18/05/2016 à 14h00 - EHESP
Élaboration, mise en œuvre et suivi opérationnel du CLS	Individuel (78)	1 responsable de la Mission handicap citoyenneté, DSPH, Ville de Rennes	Oui (52)	19/05/2016 à 10h00 - Ville de Rennes
Engagement des élus locaux	Collectif (14 acteurs) (92)	7 adjoints municipaux, Ville de Rennes 6 conseillers municipaux, Ville de Rennes 1 directeur de la Direction Solidarité Santé, Ville de Rennes	2 Oui - 4 Non - 1 report 3 Oui - 2 Excusés - 1 Non Excusé (57)	19/05/2016 à 14h00 - Hôtel de Ville

Annexe 9 : Guide d'entretien relatif à la démarche du CLS

Guide d'entretien : ensemble de la démarche CLS

A. Présentation des interlocuteurs

Pouvez-vous m'indiquer quel est le lien entre le contrat local de santé de la ville de Rennes et votre fonction ? De quelle façon êtes-vous intervenus dans cette démarche ?

B. Diagnostic, conception et structuration du CLS

1. Avez-vous été associés à la réflexion engagée sur la mise en place de ce contrat à l'échelle de la ville de Rennes ? Comment avez-vous contribué à ce projet ?
2. Ce périmètre géographique vous a-t-il semblé judicieux pour instaurer le CLS ? Pour quelles raisons ?
3. Avez-vous participé à l'élaboration de l'outil ? De quelle façon ? Quel serait votre bilan sur son contenu et sa structuration ?
4. Les objectifs définis vous paraissent-ils en adéquation avec les enjeux de santé du territoire ? Pourriez-vous éclairer votre réponse ?
5. Les actions qui ont été retenues étaient-elles, selon vous, celles à mener en priorité ? Pourriez-vous illustrer votre réponse ? En envisageriez-vous d'autres ?
6. De votre point de vue, le CLS est-il le résultat d'une concertation entre les acteurs impliqués ? Lesquels en particulier ? Quelle en a été les modalités ? Cette phase de conception s'est-elle inscrite dans une démarche participative et partagée ?

C. Mise en œuvre, suivi et animation du CLS

7. Quelles sont vos observations sur l'animation/le pilotage du contrat ?
8. Avez-vous constaté des leviers et freins à son déploiement ? Lesquels ?
9. Le suivi de sa mise œuvre vous semble-t-il avoir permis de rendre réellement compte de l'avancée des actions ? Pourriez-vous préciser votre réponse ?
10. Les données recueillies vous ont-elles paru utiles ? Pourriez-vous donner des exemples ?

Guide d'entretien : ensemble de la démarche CLS

D. Résultats et impacts du CLS

11. Quels sont les résultats positifs et effets limitatifs de son application ? Pourriez-vous expliciter votre réponse ?

12. Selon les réponses : quid

12.1. Mobilisation des acteurs : investissement et recours au CLS dans leur activité

12.2. Coordination des acteurs : renforcement de partenariats existants et création de nouvelles collaborations

12.3. Coordination des actions et intersectorialité

12.4. Décloisonnement des approches et articulation des politiques publiques

12.5. Impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

13. Quelle a finalement été l'utilité de ce contrat local de santé ?

14. Quelles seraient vos propositions dans le cadre d'un CLS de deuxième génération ?

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Si vous avez des documents pouvant étayer vos propos, je vous remercie de bien vouloir me les transmettre si vous en êtes d'accord.

Annexe 10: Fiche de l'atelier 5 de la plénière du CRSM



Plénière du CRSM – 24 mars 2016

5

Politique rennaise en santé mentale: L'impact du Contrat Local de Santé

Au regard des enjeux identifiés sur le territoire, la promotion de la santé mentale constitue un axe fort du contrat local de santé de la ville de Rennes. Dans cette première version, le but est de mieux observer pour mieux agir en santé mentale, de dynamiser la structuration de la gouvernance du Conseil Rennais de Santé Mentale et de sensibiliser le grand public sur ces questions en vue d'une meilleure insertion des personnes en situation de souffrance psychique dans la Ville.

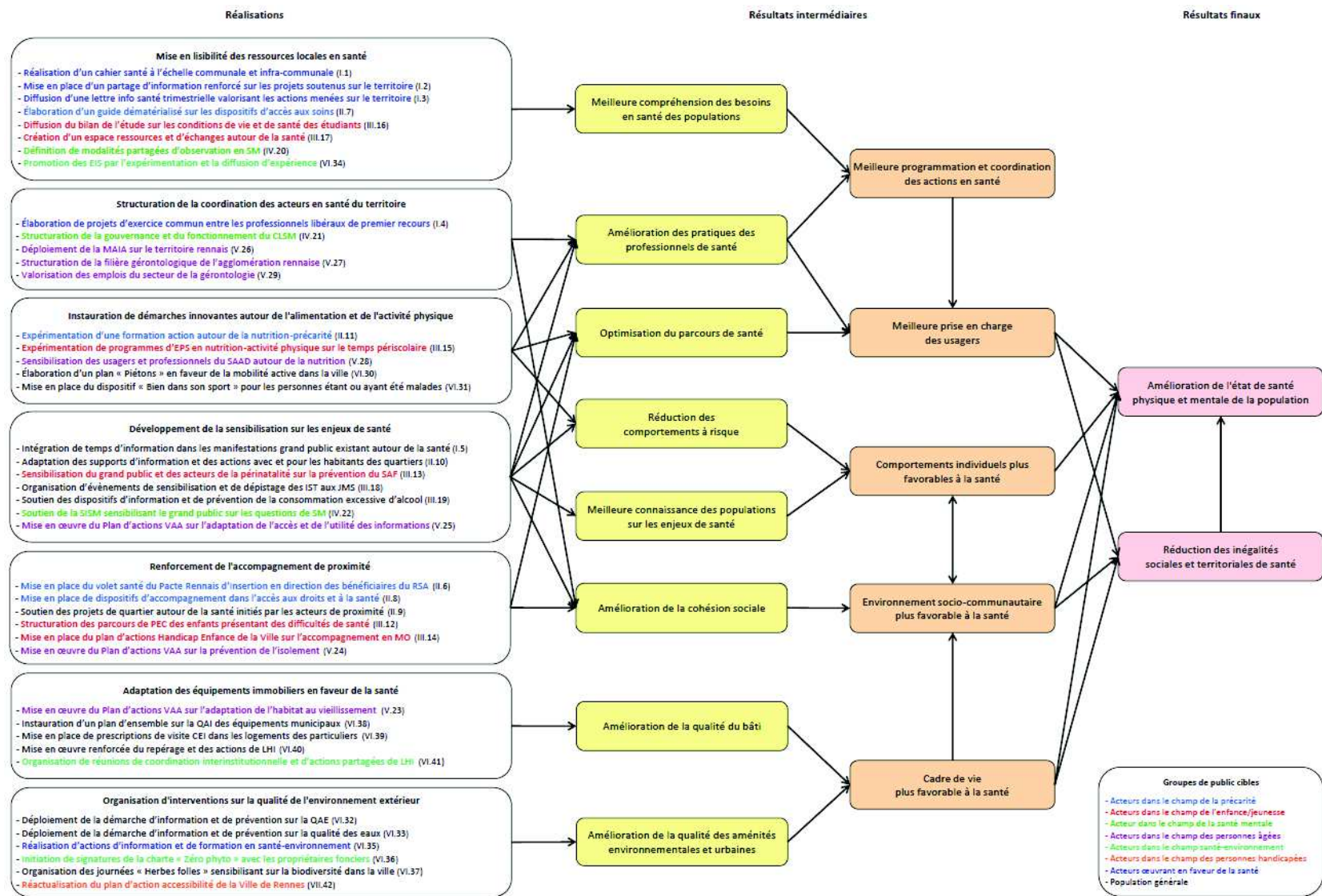
Actuellement en cours, l'évaluation du CLS porte en particulier sur ses plus-values dans le champ de la santé mentale, son impact sur les acteurs concernés et leur mobilisation dans ce cadre.

Le cinquième atelier s'inscrit dans une démarche participative avec pour objectif d'échanger sur ces résultats et de recueillir vos constats mais aussi vos suggestions afin d'envisager des pistes d'amélioration.

Quels sont les effets du contrat local de santé sur la dynamique en santé mentale ?

L'atelier sera animé par Tiphaine BERVILLER (EHESP).

Annexe 11: Modèle logique de l'intervention du CLS de la ville de Rennes



Annexe 12: Tableau récapitulatif des actions selon leur intérêt et leur préexistence

Actions	Préexistence au CLS	Conduite même en l'absence du CLS	Contexte de l'intervention dans le cadre du CLS
Action 1	Non	Non	Dynamique souhaitée de longue date.
Action 2	Oui	Oui	Formalisation de la réflexion partagée en interne par la Ville et antérieure au CLS.
Action 3	Oui	Oui	Mise en forme de l'action déjà réalisée dans certains quartiers et extension à d'autres.
Action 4	Non	Oui	Formalisation de la réflexion déjà menée antérieurement au CLS.
Action 5	Oui	Oui	Continuité de la dynamique déjà engagée avec un renforcement de l'action.
Action 6	Oui	Oui	Continuité de la dynamique déjà engagée avec inscription de certaines collaborations dans la durée (action pas aussi développée sans)
Action 7	Non	Oui	Préfiguration de la mise en œuvre de l'action précédant le CLS.
Action 8	Non	Non	Action non initiée sans inscription dans le CLS.
Action 9	Oui	Oui	Extension à d'autres quartiers de l'action déjà instaurée dans certains.
Action 10	Oui	Oui	Travaux déjà effectués sur cette thématique.
Action 11	Non	Indéterminée	Conduite du diagnostic incertaine sans CLS ; formation déjà proposée dans le passé.
Action 12	Non	Non	Conduite de l'action pour des raisons d'accessibilité aux soins et dans une perspective d'amélioration du parcours de l'enfant
Action 13	Oui	Oui	Poursuite de l'action dans le temps en la reformatant aux vues des évolutions
Action 14	Oui	Oui	Apposition du logo de l'ARS sur le guide pour donner de la légitimité à la Ville.

Version du 14/06/2016 - Tiphaine Berviller, M2 PPASP, EHESP

1

Tableau récapitulatif des 42 actions du CLS de la ville de Rennes selon leur intérêt et leur préexistence

Actions	Préexistence au CLS	Existence même en l'absence du CLS	Contexte de l'intervention dans le cadre du CLS
Action 15	Oui	Oui	Peu d'impact du CLS sur l'action.
Action 16	Non	Oui	Émergence de l'idée entre plusieurs partenaires lors du travail préparatoire à l'écriture du CLS.
Action 17	Non	Oui	Recensement des ressources existant sur le territoire pour apporter de la lisibilité au champ de la santé des jeunes.
Action 18	Oui	Oui	Continuité de l'action qui aurait progressé même sans CLS.
Action 19	Oui	Oui	Continuité de l'action qui aurait progressé même sans CLS.
Action 20	Non	Oui	Formalisation de la stratégie dans le CLS créant les conditions propices pour se saisir de cette action.
Action 21	Oui	Oui	Opportunité du CLS de renforcer la dynamique en donnant de la légitimité & un cadre fixé avec la gouvernance.
Action 22	Oui	Oui	Engagement de l'ARS permettant de déployer l'outil de communication plus rapidement et en partenariat.
Action 23	Oui	Oui	Valorisation dans le CLS apportant de la cohérence et de la visibilité au-delà du seul champ de la gérontologie.
Action 24	Oui	Oui	Valorisation dans le CLS apportant de la cohérence et de la visibilité au-delà du seul champ de la gérontologie.
Action 25	Oui	Oui	Déclinaison concrète d'un des axes du plan d'actions « Rennes ville amie des aînés ».
Action 26	Oui	Oui	Valorisation apportant cohérence/visibilité au-delà du champ gérontologique et favorisant l'articulation des acteurs/dispositifs.
Action 27	Oui	Oui	Valorisation des actions inscrites dans divers plans qui auraient été mises en place sans CLS.
Action 28	Oui	Oui	Valorisation de l'action des services à domicile dans le domaine de la prévention de la santé des personnes âgées accompagnées.
Action 29	Oui	Oui	Continuité de la dynamique en lien avec le programme relatif à l'égalité et peu d'impact du CLS à ce niveau.

Tableau récapitulatif des 42 actions du CLS de la ville de Rennes selon leur intérêt et leur préexistence

Actions	Préexistence au CLS	Existence même en l'absence du CLS	Contexte de l'intervention dans le cadre du CLS
Action 30	Oui	Oui	Dynamique déjà engagé et impulsée par la Ville de Rennes conjointement au lancement du CLS.
Action 31	Non	Oui	Nécessité de renforcer le dispositif et de booster le partenariat
Action 32	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 33	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 34	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 35	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 36	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 37	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 38	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 39	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 40	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 41	Oui	Oui	Opportunité du CLS de « booster » et de promouvoir cet axe de travail qui existait déjà.
Action 42	Oui	Oui	Acculturation de l'accessibilité, transversale à plusieurs politiques publiques, en faisant connaître les actions.

BERVILLER

Tiphaine

02/09/2016

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

**EVALUATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2013-2015
DE LA VILLE DE RENNES : QUELS SONT LES APPORTS
POUR LES SIGNATAIRES ET LES BENEFICIAIRES ?**

Promotion 2015-2016

Résumé :

À l'approche de l'échéance du contrat local de santé 2013-2015 de la ville de Rennes, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et la Ville de Rennes ont conjointement lancé son évaluation afin de connaître les apports pour les partenaires et les bénéficiaires.

Un comité technique d'évaluation a, à cette occasion, été formé pour suivre la démarche évaluative reposant sur trois axes : diagnostic, conception et structuration du contrat ; modalités de mise en œuvre, de suivi et d'animation ; ses résultats et impacts.

L'analyse des résultats de l'enquête qualitative et des documents relatifs à cet instrument de territorialisation des politiques de santé a notamment amené à mettre en évidence :

- Une phase d'élaboration concertée et cohérente nécessitant cependant de l'orienter davantage autour de l'interconnaissance et de la priorisation
- Une animation, une mise en œuvre et un suivi représentant le cœur de sa dynamique de coordination mais à étayer en vue d'une meilleure efficacité de l'outil.
- Un impact sur de nombreux acteurs œuvrant en faveur de la santé requérant toutefois d'approfondir les articulations entre ces intervenants ainsi qu'entre les initiatives.

Le CLS rennais a été à l'origine d'une stratégie locale en santé co-construite avec les quatorze parties prenantes. Cette première étape a constitué une opportunité pour poser de solides piliers qui sont aujourd'hui autant de leviers dont se saisir pour agir au profit de la santé des habitants. À travers la mise en cohérence des politiques publiques, interface des déterminants de la santé, et la conduite d'actions intersectorielles et innovantes, la prochaine version de ce contrat sera un moyen renouvelé de lutter contre les inégalités de santé.

Mots clés :

Évaluation, contrat local de santé, Rennes, territorialisation des politiques, stratégie locale en santé, coordination des acteurs, inégalités de santé

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :

ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.