



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE,
UN OUTIL POUR INTEGRER LE PREMIER
RECOURS ET SES ACTEURS DANS UNE
DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE »**

– Groupe n° 30 –

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| – Véronique ARTH | – Marie-Laure CARRE |
| – Lionel CHEVALLIER | – Laurence FLAGEUL |
| – Cécile GAUFFENY-GILLET | – Stéphane MACKE |
| – Florian PARISOT | – Stéphane PLANTEVIN |
| – Séverine ROY | – Elisabeth SENEJOUX-QUENTIN |

Animateurs

- M. Gaby BONNAND*
- Dr Dominique DEPINOY*

Sommaire

Introduction	1
I Le CLS, un nouveau pas vers une démarche plus intégrative des acteurs de santé au sein d'un territoire	3
A Le CLS, un outil s'inscrivant dans une stratégie nationale de structuration de l'offre de soin de premier recours	3
• Des ambitions nationales réelles mais contrariées	3
• D'une coordination des acteurs du premier recours à une intégration du premier recours	4
• Le CLS, dispositif clé de l'intégration du premier recours ?	7
B Le CLS un outil qui s'adapte aux contextes locaux et favorise la coopération des acteurs.....	8
• Une diversité des contextes locaux : les exemples des CLS de Belle-Île-en-Mer et de Craon-Renazé	8
• Le CLS, un outil adaptable pour répondre aux spécificités du territoire	11
II Le CLS un moyen imparfait pour intégrer durablement les acteurs du premier recours dans une démarche de santé publique ?	13
A Les freins inhérents au CLS dans l'intégration du premier recours	13
• Un temps d'appropriation pour adhérer à la démarche.....	13
• La détermination du périmètre du CLS	14
• La volonté des acteurs face aux changements.....	15
• La détermination d'un territoire adapté.....	16
• Une coordination identifiée	17
• La pérennité du financement	18
• Une évaluation réfléchie.....	19
• La création d'inégalités territoriales	19
B Un succès conditionné par un accompagnement adapté	20
• Définition d'un territoire adapté	20
• Réalisation d'un diagnostic qui fait l'objet d'un consensus.....	20
• Garantir la pérennité du contrat par une gouvernance	21
• Accompagnement par les autorités.....	22
• Implémentation par l'accompagnement au changement.....	24
Conclusion	26
Bibliographie.....	27
Liste des annexes.....	I

Remerciements

Nous tenons à remercier tout d'abord nos animateurs de travail, M. Gaby BONNAND et M. le Docteur Dominique DEPINOY, pour leur accompagnement, leurs conseils et leurs implications sur le thème.

Nous tenons également à adresser nos remerciements à nos différents interlocuteurs pour leur disponibilité dans des délais contraints, le partage pédagogique de leurs expériences et la richesse de nos échanges. Leurs remarques et observations ont constitué des apports essentiels dans la rédaction de ce rapport. Nous remercions l'ensemble des experts pour leurs précieuses contributions, et tout particulièrement :

- M. François PETITJEAN, Médecin Inspecteur de Santé Publique, enseignant chercheur à l'EHESP, et coordonnateur de la banque de données de santé publique ;
- Dr Michel VARROUD-VIAL, Chef de service à la Haute Autorité de santé ;
- M. Marc SCHOENE, Président de l'Institut Renaudot, membre de la CRSA IDF et en charge d'un groupe de travail sur les inégalités de santé ;
- M. Pierre LE RAY, Délégué Territorial de la délégation territoriale du Morbihan de l'agence régionale de santé Bretagne ;
- Mme Martine GALIPOT, Responsable du pôle établissements médico-sociaux, à la délégation territoriale du Morbihan de l'agence régionale de santé Bretagne ;
- Mme Isabelle SUIRE, Chargée de l'ingénierie des contrats locaux de santé, à la direction de l'efficience et de l'offre à l'agence régionale de santé des Pays de la Loire ;
- Mme Latifa GHAZALI, ancienne Responsable Qualité et Gestion des Risques à l'hôpital local de Belle-Île-en-Mer ;
- M. Jean-Yves BLANDEL, ancien Directeur de l'Hôpital local de Belle-Île-en-Mer ;
- Dr Rosemarie RAGOT, Médecin en hôpital local et coordinatrice EHPAD sur Belle-Île-en-Mer ;
- Mme Laure GUILLOUX, Cadre Supérieur de Santé à l'hôpital local de Belle-Île-en-Mer ;
- M. Frédéric LE GARS, Président de la communauté de communes de Belle-Île-en-Mer ;
- Dr Stéphane PINARD, Médecin généraliste sur Belle-Île-en-Mer ;
- Mme Marie SAUVION, Animatrice du contrat local de santé de Craon-Renazé ;
- Dr Pascal GENDRY, Médecin généraliste au sein du pôle santé de Craon-Renazé et administrateur du groupement de coopération sanitaire sur le pays du craonnais ;
- Mme Camille ABRIAL, Directrice Adjointe de l'Hôpital local de Craon et directrice de l'EHPAD de Cossé-le-Vivien ;
- M. Philippe GUIARD, ancien Président de la communauté de communes du pays du craonnais ;
- Mme Brigitte DALIBON, Représentante des usagers pour le CLS de Craon-Renazé.

Enfin, nous remercions l'ensemble de l'équipe chargée de l'organisation du MIP, pour les moyens logistiques mis à notre disposition.

Méthode

Préalablement à l'ouverture officielle de la session 2014 du MIP, le groupe avait fait le choix de se réunir pour anticiper le travail de recherche et de synthèse bibliographique.

La méthodologie a été décidée de façon démocratique et consensuelle par l'ensemble du groupe au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Les échanges ont été riches et ont permis de prendre des décisions de façon concertée.

La désignation de Mme Laurence FLAGEUL, élève directrice des soins, en tant que référent de groupe s'est imposée naturellement. La répartition de l'enveloppe budgétaire est décidée et finalement respectée.

Cette méthodologie a consisté à titre principal d'échanger avec le groupe dans son intégralité. Dans un premier temps, nous avons élaboré l'organisation générale (rétro-planning, grille entretiens, plateforme électronique de partage de documents). Dans un second temps, il a été décidé de constituer des sous-groupes afin de gagner en efficacité et en rapidité : un groupe chargé d'interroger les acteurs nationaux, un groupe pour Belle-Ile-en-Mer et un dernier pour le secteur de Craon-Renazé. Chaque groupe était responsable de l'organisation et de la réalisation des entretiens, de la rédaction des comptes rendus.

La description chronologique des trois semaines illustre plus précisément la méthodologie qui a servi à rédiger le mémoire.

Semaine 1

Le travail débute par une présentation commune des sujets 29 et 30 en raison de la proximité de leur problématique. Cette première présentation est complétée par un éclairage plus précis de M. BONNAND et M. DEPINOY. Une attention particulière est apportée à la définition des termes du sujet, qui peuvent s'interpréter de façon différente en fonction des contextes.

Le mardi, nous poursuivons la réflexion entamée autour de la compréhension du sujet. Nous échangeons nos points de vue dans le but de délimiter le sujet et de dégager une problématique. Nous rédigeons en commun une grille d'entretien distincte pour les acteurs locaux et les acteurs nationaux. La répartition de l'enveloppe est décidée et respectée. En fin de journée, un rétro planning est établi avec la répartition des entretiens.

Le mercredi est marquée par le début des entretiens pour une partie des participants tandis que les autres continuent les recherches et la synthèse de documents utiles à la présentation du mémoire.

Semaine 2

Les entretiens se poursuivent. Les comptes rendus sont déposés sur « *One drive* » afin qu'ils soient partagés par l'ensemble du groupe. Notre rassemblement, le mardi, permet d'établir des comparaisons entre les deux CLS. Sur la base de ces premiers retours, nous esquissons un plan que nous envoyons à nos animateurs pour qu'ils nous fassent part de leurs observations.

Tenant compte de leurs remarques, nous convenons du plan du mémoire. Chaque sous-groupe se voit confier la rédaction d'une sous-partie du plan en fonction des entretiens qu'il a conduit.

Semaine 3

Le lundi permet d'interroger M. BONNAND sur les questions restant en suspens et de partager avec lui nos impressions et nos difficultés. Il nous recentre sur le CLS en tant qu'outil permettant l'organisation des soins de premiers recours.

Le lendemain est consacré à la mise en commun des textes rédigés individuellement. Il est nécessaire de faire des liaisons afin de mieux articuler les différentes parties et de supprimer les idées redondantes. Nous travaillons en binôme. Les relectures ont essentiellement été réalisées en soirée. Une première version finalisée a été adressée à nos animateurs dans le courant de l'après-midi du mercredi, leur permettant de nous livrer leurs impressions. L'introduction, la conclusion et la mise en page sont finalisées le jeudi.

Les jours suivants, nous nous intéressons à la soutenance et préparons ensemble une stratégie.

La difficulté ressentie par ce sujet tient à la complexité de sa formulation. Des interrogations sur l'axe de développement sont demeurées jusqu'à la dernière semaine. Ce sujet renferme plusieurs notions qui peuvent être des sujets en soi. Il nous a semblé difficile de traiter l'intégralité de ce sujet dans un délai aussi court.

Au-delà de ces difficultés relatives, ce travail a été réalisé dans la convivialité : petits gâteaux et boissons chaudes à l'appui, et nous a permis de découvrir les cultures professionnelles des autres filières et d'apprendre à travailler ensemble au service de la santé publique.

Liste des sigles utilisés

- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASV** : Ateliers Santé Ville
- CCBI** : Communauté de Communes de Belle-Île-en-Mer
- CG** : Conseil Général
- CLS** : Contrat Local de Santé
- CT** : Collectivités Territoriales
- CUCS** : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- DT-ARS** : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
- EGOS** : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
- EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- FIR** : Fonds d'Intervention Régional
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- GCSMS** : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-social
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPST (loi)** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- HSOM** : Hôpital du Sud-Ouest Mayennais
- LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
- MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- PAERPA (programme)** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
- PTS** : Programme Territorial de Santé
- SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- SNS** : Stratégie Nationale de Santé
- SPTS** : Service Public Territorial de Santé
- SROS** : Schéma Régional de l'Offre de Soins
- TSP** : Territoire de Santé de Proximité

Introduction

La France affiche l'une des meilleures espérances de vie après 65 ans et, paradoxalement, un des plus forts taux de mortalité prématurée des pays d'Europe ; ou encore de fortes inégalités de santé malgré une bonne accessibilité globale aux soins. A la lecture de ces résultats ambivalents, les pouvoirs publics français ont pris conscience de la nécessité de réinvestir le champ de la santé publique et de son maillage territorial. Dans cette perspective, alors que la loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, se contentait de fixer des objectifs dans un cadre national, sans référence particulière à la proximité, la nouvelle Stratégie Nationale de Santé (SNS) fait de celle-ci et de la notion de soins de premier recours des axes clés.

Porte d'entrée dans le système de santé, le premier recours est entendu comme l'offre de soins disponible en première intention dans le « *respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité* »¹. Les problématiques relatives à la démographie médicale, aux déserts médicaux et aux différents cloisonnements existants, obligent les acteurs de santé à s'organiser et se coordonner, afin de répondre au mieux aux besoins de la population, sur un territoire donné. En 2008, les États généraux de l'organisation de la santé (EGOS) ont mis en évidence l'idée qu'il est possible d'améliorer la performance globale du système de santé par une réforme des soins de santé de premier recours. Si cette opinion fait consensus parmi les responsables politiques, les décideurs, les cliniciens et les chercheurs, la manière de la réaliser fait encore débat.

Dans ce nouveau dispositif, c'est l'ensemble des acteurs, professionnels de santé, élus locaux et usagers qui devront trouver leur place, comme le préconise la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette volonté partagée des élus, des acteurs de santé et des usagers devrait permettre de progresser dans une organisation des soins « *décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les*

¹ Loi n°2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie »².

Le Contrat Local de Santé (CLS), créé par la loi HPST, est envisagé comme un moyen d'accompagnement des objectifs en santé identifiés sur ces territoires de proximité. Il formalise l'engagement entre l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales (CT). En effet, le CLS se trouve au croisement des objectifs de ces entités administratives dans une démarche de santé publique. La mobilisation des acteurs et la coordination des ressources reposeraient alors sur un projet local de santé, devant concourir à l'amélioration de la situation sanitaire de la population de territoire.

S'il ne fait aucun doute qu'il existe une réelle volonté de réunir les acteurs dans une démarche de santé publique, il apparaît néanmoins aujourd'hui indispensable, au regard des résultats insatisfaisants, de pousser plus avant la démarche initiée. Celle-ci va dans le sens d'une structuration du premier recours, afin de passer de pratiques professionnelles cloisonnées à une démarche plus coopérative, autour d'un projet de santé de territoire.

A partir de deux exemples, nous déterminerons en quoi le CLS peut constituer le vecteur de renforcement de la coopération des acteurs et de l'accompagnement de la pleine intégration du premier recours, au sein des territoires.

Le CLS apparaît comme un nouveau pas vers une démarche plus intégrative des acteurs de santé au sein du territoire (I), mais constitue, au bilan, un moyen encore imparfait pour donner toute leur place aux acteurs de premier recours dans une démarche de santé publique (II).

² Rapport sur la Stratégie Nationale de Santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013

I Le CLS, un nouveau pas vers une démarche plus intégrative des acteurs de santé au sein d'un territoire

A Le CLS, un outil s'inscrivant dans une stratégie nationale de structuration de l'offre de soin de premier recours

- **Des ambitions nationales réelles mais contrariées**

La montée en charge de la notion de territoire, alliée à la volonté de réduire les inégalités de santé, a fait apparaître des ambitions de territorialisation de plus en plus localisée chez les acteurs du niveau national. Le territoire, vu comme le socle de coopération de l'ensemble des acteurs de santé, devient la base de travail et d'actions des différentes parties-prenantes, dans une idée de proximité, d'intégration du premier recours et de pérennité de notre système de soins. Il s'agit dans les faits, après analyse des besoins spécifiques de santé et de l'offre disponible – via un diagnostic fin du territoire –, d'une forme de déclinaison opérationnelle et adaptée de la politique nationale de santé, au niveau d'un territoire infrarégional.

Le rapport de La documentation Française de 2000, intitulé « Quel système de santé à l'horizon 2020 », en préconisant le maillage fin du territoire par les médecins de premier recours, nous rappelle que la volonté de territorialisation est ancienne bien que la notion de territoire ne soit officiellement apparue qu'à partir de 2003³.

Cependant, c'est véritablement la loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires⁴ (HPST) qui a consacré la notion, tout d'abord en créant les Agences Régionales de Santé (ARS), mais également en faisant valoir la nécessité d'une politique territoriale de santé, pouvant se décliner en contrats locaux de santé (CLS), en accord avec les collectivités territoriales (CT). Cette démarche, dans son approche davantage populationnelle qu'individuelle et dans sa volonté réelle de réunir les acteurs, a cependant mis en exergue les cloisonnements existants.

Ainsi, s'il est désormais admis que le territoire de proximité se définit comme le niveau infra-territorial sur lequel les habitants ont accès aux services de santé de premier recours - *médecins généralistes, pharmaciens, dentistes, professionnels libéraux, ...* -, soit

³ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du financement du système de santé

⁴ Loi n°2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

l'échelon le plus pertinent de la mise en œuvre de l'offre de santé, il n'en demeure pas moins que c'est la structuration même de notre système de santé qui constitue un frein à la pleine réalisation de ces ambitions de territorialisation. L'excessive centralisation du système, l'organisation libérale de la médecine de ville, le cloisonnement ville / hôpital et sanitaire/médico-social, ajoutés à un financement qui favorise les pratiques individuelles sont autant d'obstacles à une dynamique de coopération des acteurs de santé.

Et si le séminaire s'étant tenu à l'EHESP en janvier 2013 met à l'honneur le succès réel d'initiatives locales, relatives à la coordination d'acteurs dans une démarche de santé publique, il n'en ressort pas moins *in fine* une inquiétude palpable quant à la solidité et la pérennité de ces démarches. La persistance des obstacles précités n'y est sans doute pas étrangère et appelle à un changement de paradigme afin de permettre d'assurer l'avenir de notre système de santé.

- **D'une coordination des acteurs du premier recours à une intégration du premier recours**

Des initiatives de coordination d'acteurs dans une démarche de santé publique préexistaient dès le début des années 2000. Cependant, ces initiatives étaient le plus souvent locales et portées par des actions essentiellement militantes et personnalisées. Le changement des mentalités nécessitant un long chemin de réflexion, il a fallu attendre l'année 2013 et l'avènement de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) pour entériner la nécessité d'une coordination des acteurs de santé publique et recentrer la prise en charge de la santé au niveau du territoire avec le projet d'un Service Public Territorial de Santé (SPTS). La SNS vient donc confirmer les préconisations du Rapport Cordier de juin 2013⁵ qui recommandait, entre autres, le renforcement des outils d'intégration des acteurs territoriaux, allant ainsi bien au-delà de la seule notion de coordination.

La notion d'intégration, abordée par le rapport Cordier, est aujourd'hui au cœur de travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette dernière définit l'intégration comme étant « *la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au*

⁵ Rapport présidé par A. Cordier, Un projet global pour la Stratégie Nationale de Santé : 19 recommandations du Comité des « sages », 21 juin 2013

cours du temps et à différents niveaux du système de santé »⁶. La différence avec la coordination tient en ce que l'intégration est une démarche dynamique s'inscrivant dans la durée et visant à réduire la complexité, là où la coordination est une organisation de fait, délibérée, des ressources – humaines et matérielles – dont la pérennité n'est en aucun cas certaine.

L'intégration n'est pas un objectif qui se décrète mais bien une démarche qui nécessite que certaines conditions soient réunies pour qu'elle puisse exprimer l'ensemble de son potentiel et être efficace. Elle est en effet une dynamique qui doit fonctionner en continu sans connaître de rupture. De ce fait elle nécessite un changement de paradigme et une implication de la totalité des individus concernés, tant les professionnels de santé, que les décideurs, les communes et autres CT, les associations et les usagers.

Cette implication n'est possible que si ces derniers sont parties prenantes à une concertation qui constitue le socle de l'intégration. Cette phase de consultation entre acteurs est primordiale pour une intégration réussie, elle doit être continue, régulière et doit permettre de faire remonter les réalités du territoire, tant au niveau des besoins, que des moyens, des difficultés ou encore des succès. De même, un accompagnement des différents acteurs tout au long de la démarche d'intégration est nécessaire : quelques initiatives au niveau local existent et ont démontré l'intérêt de développer une véritable politique d'accompagnement.

Reste qu'aujourd'hui ces politiques sont encore bien peu nombreuses et doivent être développées. Il appartient donc aux décideurs, notamment aux ARS, de mettre en œuvre les moyens d'une politique d'accompagnement des acteurs locaux. Mais comment peuvent-elles y parvenir lorsqu'elles même auraient besoin de bénéficier d'une telle politique ?

Par ailleurs, l'intégration doit être conduite par un pilote unique, qui doit être légitime et reconnu sur son territoire. Ce n'est qu'à cette condition qu'elle pourra être effective et qu'il sera alors possible de tendre à une organisation optimale de la prise en charge de la santé sur le territoire.

⁶ Cf. Document de Travail de la HAS – Note méthodologique sur l'Intégration, Avril 2014. Cité au cours de l'entretien du 07/05/2014

L'intégration est en effet une démarche qui repose entièrement sur le territoire : elle ne peut en aucun cas se faire « hors sol » et se situe sur les trois niveaux du territoire (macro, méso et micro)⁷ et serait par conséquent en adéquation avec le projet d'un SPTS développé par la SNS.

Par ailleurs, l'organisation des soins de premier recours, priorité de santé publique, ne peut se concevoir et être pertinente qu'à partir du moment où elle répond pleinement aux besoins spécifiques identifiés au sein d'un territoire déterminé.

Cela pose la question de la difficulté d'un découpage pertinent du territoire, au regard de ses particularités et de ses besoins spécifiques. A titre d'exemple, la Bretagne est une des dernières régions où le « pays »⁸ garde toute son importance – au niveau des bassins de population, de l'offre de soins,... – alors que d'autres régions sont découpées selon leurs départements. Est-il alors pertinent de découper la Bretagne en quatre territoires ? Le choix de l'ARS Bretagne a été un découpage en huit territoires. Une fois le territoire défini, l'organisation des soins de premier recours par l'intégration va participer à assurer l'efficacité et la continuité du développement du parcours de santé⁹. Le parcours de santé, lorsqu'il est développé en accord avec une logique d'intégration, permet aux usagers de bénéficier du bon soin, au bon moment, au bon endroit, avec les bons acteurs, le tout complété par un suivi effectif au long cours grâce à une coordination de l'ensemble des acteurs. De même, la logique d'intégration favorise l'inter-sectorialité – à savoir un travail commun de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, des politiques de la ville, de l'éducation,... – ce qui va participer à garantir l'accès aux soins pour tous et en tous points du territoire.

Enfin, pour que l'intégration puisse être mise en œuvre elle doit être portée par un support. La HAS a déterminé quatre supports possibles de l'intégration que sont les MAIA, les professionnels de santé, les réseaux de santé et les CLS. En effet, les CLS apparaissent aujourd'hui comme une alternative possible aux MAIA qui étaient jusqu'alors considérées par la HAS comme des supports privilégiés de l'intégration.

⁷ Cf. Annexe n° 6 : Les trois niveaux de l'intégration selon la HAS

⁸ Le pays est ici entendu comme la notion consacrée par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 dite "Loi Pasqua-Hoeffel"

⁹ Parcours créé par la loi n°2004-806, du 9 Août 2004, relative à la politique de santé publique

- **Le CLS, dispositif clé de l'intégration du premier recours ?**

Les CLS tels que définis par la loi HPST sont des Contrats locaux de Santé passés entre l'ARS et une CT au minimum. D'autres acteurs peuvent s'y adjoindre tels que professionnels de santé, autres CT, associations, établissements de santé, préfet, Assurance Maladie,...

Bien que portant la dénomination de contrat, la question de sa qualification demeure. Outil, dispositif, processus ou démarche, les acteurs ne parviennent pas à s'accorder sur la qualification du CLS. Pour l'HAS, par exemple, le CLS est un dispositif en ce qu'il permet, et est, un espace de concertation permettant de réunir et de mettre en mouvement les différents acteurs, espace primordial à l'intégration. Cette conception, selon les acteurs, ne fait pas l'unanimité.

Même si la forme « libre » du CLS peut être considérée comme un danger par l'Institut Renaudot – du fait qu'une forme libre ne permet pas une harmonisation des pratiques au niveau national et puisse être par conséquent vecteur d'inégalités –, cette liberté de forme est aux yeux de la HAS, une des raisons qui font du CLS le support idéal de l'intégration. La liberté de forme permet en effet une appropriation du CLS par chaque territoire, en fonction de leurs spécificités et va susciter l'implication, essentielle à la réussite de l'intégration.

L'organisation des soins de premier recours doit se faire désormais, selon la HAS, dans une démarche véritablement intégrative qui va au-delà des logiques de coordination. Pour toutes les raisons précédemment évoquées, le CLS apparaît comme un moyen pertinent d'organiser et de faire vivre le premier recours.

Le CLS pourrait à l'avenir apparaître comme un support permettant l'intégration du premier recours et *a fortiori* si celui-ci réunit les conditions de légitimité, neutralité et d'indépendance nécessaires à l'intégration. La réunion de ces conditions n'est toutefois possible que lorsque le CLS répond à certains préalables qui contribuent à une intégration réussie.

Pour qu'un CLS puisse être le support d'une intégration réussie, les acteurs nationaux posent plusieurs conditions.

Tout d'abord, en ce qui concerne son objet, le CLS ne doit pas se limiter aux soins de premier recours. Si de fait, le premier recours englobe la prévention, le médico-social, et l'accès aux soins, selon l'institut Renaudot, il n'en constitue pas pour autant l'élément unique. En effet, les acteurs nationaux s'accordent sur le fait que le CLS ne doit pas se

limiter aux champs sanitaire et social mais inclure les autres domaines ayant un impact direct ou indirect sur la santé – politique de la ville, transport, logement, éducation,... –. C'est en effet en travaillant en inter-sectorialité pour lutter contre les inégalités dues aux déterminants, notamment sociaux de santé, qu'il sera possible d'optimiser le premier recours.

Ensuite, et parce que l'intégration est une démarche dynamique qui s'inscrit dans la continuité, la vie du CLS doit être marquée par trois leviers clés que sont le diagnostic, l'accompagnement et l'évaluation.

Enfin, pour que le CLS puisse être le support d'une intégration du premier recours réussie, il apparaît indispensable que, lorsqu'il existe un CLS sur un territoire, le pilote de l'intégration sur ce territoire soit également le coordinateur du CLS.

Il apparaît aujourd'hui que le CLS est un dispositif qui pourrait participer de l'ambition nationale de structuration de l'offre de soins de premier recours sur le territoire. Reste à savoir si les ambitions portées par le niveau national sont bien réalisables au niveau local, compte tenu des contraintes et des enjeux de pouvoirs de chaque territoire.

B Le CLS un outil qui s'adapte aux contextes locaux et favorise la coopération des acteurs

- **Une diversité des contextes locaux : les exemples des CLS de Belle-Île-en-Mer et de Craon-Renazé**

Belle-Ile-en-Mer et Craon-Renazé sont deux territoires apparemment très différents mais qui présentent néanmoins des similitudes dans leur problématique de l'organisation de l'offre de soins de premiers recours. Bien qu'implantés sur deux régions différentes, ces deux territoires souffrent des effets de l'insularité – l'une maritime, l'autre continentale liée à sa forte ruralité – qui produit des conséquences similaires en termes d'organisation de l'offre de soins en raison d'une problématique de démographie médicale.

Belle-Île-en-Mer est une île appartenant à la région Bretagne se trouvant rattachée au Pays d'Auray. Elle se compose de quatre communes qui connaissent en période estivale des variations de population importantes allant de 4 500 à 30 000 personnes. Cette spécificité démographique nécessite une organisation adaptée de l'offre de soins de

premier recours pour assurer la prise en charge optimale de la population insulaire car celle-ci se situe à une heure du continent.

Au cours des dix dernières années, l'offre de soins s'est trouvée confrontée à une problématique organisationnelle en partie liée au vieillissement des médecins libéraux pour lesquels les successions n'ont pas été anticipées, mais surtout à une mésentente des acteurs libéraux de l'île refusant de participer à la permanence des soins d'urgence. Cette désorganisation a généré divers problèmes, notamment des retards dans les prises en charge des patients qui arrivaient aux urgences de l'hôpital local et devaient attendre de nombreuses heures avant d'être évacués sur le continent en raison d'une absence de coordination des acteurs.

En 2010, au regard des difficultés rencontrées sur cette île, l'ARS, alertée par les CT, décide de faire réaliser et de financer un diagnostic local de santé complétant le diagnostic préalablement élaboré en 2008, sur la Communauté de Communes de Belle-Île-en-Mer pour identifier les problématiques existantes sur le territoire et servir au mieux la population. Ce diagnostic de territoire est confié à un consultant en organisation des soins.

Le diagnostic réalisé met en évidence plusieurs caractéristiques :

- L'île est dotée d'un hôpital local, équipé d'un plateau technique permettant la prise en charge des premières urgences ;
- Il existe une diversité des acteurs participant aux soins de premiers recours : pompiers et professionnels de santé (dont 5 médecins généralistes) ;
- Le territoire présente des données épidémiologiques défavorables : un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale, une mortalité prématurée supérieure à celle observée au niveau régional, enfin, un taux élevé de pathologies lié au vieillissement de la population, ainsi que des conduites addictives et des problématiques de santé mentale.

Le diagnostic s'est efforcé de rassembler l'ensemble des acteurs concernés, et a pu démontrer que bien qu'il existait déjà un réseau et des coopérations non formelles entre les différents acteurs, cette organisation ne permettait pas de répondre de façon optimale à la prise en charge de la population de Belle-Île-en-Mer en raison d'une absence de régulation et de pratiques différentes.

Craon Renazé, d'autre part, situé dans le Sud-Ouest de la Mayenne, est un territoire isolé comme le sont la plupart des territoires ruraux. La signature du CLS en 2012 est une étape qui s'inscrit dans un processus débuté en 2003. A cette époque, l'organisation EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

du premier recours est un enjeu primordial, la permanence des soins étant menacée. Les médecins libéraux, installés sur les communautés de communes de Craon et Renazé, rencontrent des difficultés à organiser les gardes médicales. Les acteurs locaux du pays Craonnais et de Saint-Aignan Renazé entament un dialogue autour de l'organisation des soins de premiers recours afin d'envisager de nouvelles modalités de collaboration.

Au cours des consultations effectuées à l'occasion du SROS 3, les usagers expriment leur attachement à une offre médicale de santé de proximité. Ils pointent également les incohérences dans l'organisation,

Le diagnostic établi par un cabinet de consultants met en évidence plusieurs difficultés :

- Le vieillissement de la population impose une meilleure coordination du secteur sanitaire et médico-social ;
- L'absence d'installation de jeunes médecins et le départ de certaines spécialités médicales risquent d'entraîner une désertification médicale à moyen ou long terme ;
- L'Hôpital du Sud-Ouest Mayennais (né, en 2001, de la fusion des hôpitaux de Craon et Renazé) est menacé par une décision de fermeture.

Sur la base de ce diagnostic, un pré-projet de santé identifiant les priorités est élaboré. La volonté d'organiser les soins de premier recours est portée par les acteurs locaux, fortement impliqués car ils ont conscience de leur interdépendance. Des mesures sont prises afin d'améliorer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire et visent à développer l'efficacité par une meilleure coordination et mutualisation des moyens.

Cette refonte de l'offre de soins au niveau local s'est construite progressivement. Elle commence, en 2008, par la constitution du pôle de santé du Sud-Ouest Mayennais. Ce GCS regroupe autour de l'HSOM, des équipes pluridisciplinaires qui exercent leur profession au sein des maisons de santé ouvertes en 2011, et adossées à l'hôpital. Parallèlement, la mise en place d'un GCSMS prouve la volonté de convergence des acteurs du champ médico-social. La concentration de professionnels de santé dans un lieu unique facilite les échanges et la collaboration au sein du secteur médical, et avec le secteur médico-social. Enfin, cette organisation offre une meilleure lisibilité aux usagers qui peuvent ainsi mieux identifier les différents acteurs et bénéficier d'un meilleur accès à l'offre de soins.

Néanmoins, le changement permettant de passer d'une démarche patientèle à une démarche populationnelle, reste insuffisant. Ce changement consiste à passer d'une démarche centrée sur un acte commercial entre un patient et un praticien sans intégrer une approche globale de santé vers une approche permettant une prise en compte des besoins de santé et des déterminants de santé de toute une population sur un territoire défini.

- **Le CLS, un outil adaptable pour répondre aux spécificités du territoire**

Malgré des contextes différents, les acteurs de chaque territoire peuvent trouver un appui dans leur démarche fédérative à l'aide d'un même outil, le CLS, grâce à sa souplesse normative.

Le diagnostic réalisé sur le territoire de **Belle-Île-en-Mer**, a révélé des indicateurs de santé préoccupants et une offre de soins fragile. Les enjeux concernant l'Île en matière de santé étaient importants et touchaient directement la sécurité de la population – l'offre de soins de proximité insuffisante, la pénurie de professionnels de santé sur l'île – et ont entraîné une forte mobilisation de la population conduisant les élus à s'impliquer davantage dans les politiques de santé. L'ARS a donc proposé la mise en place d'un Contrat Local de Santé sur la CCBI, en faisant fi de la dimension territoriale du pays d'Auray, pour répondre à la spécificité insulaire du territoire – les enjeux restant davantage locaux – et organiser le maillage de l'offre de soins de premier recours. Le CLS était, en effet, l'outil le plus pertinent permettant de renforcer et structurer la dynamique locale et c'est ainsi que l'ARS, le Conseil Général du Morbihan et la CCBI ont signé en 2013 le CLS de Belle-Île-en-Mer pour trois ans.

Les enjeux du CLS sont multiples et trois grandes orientations ont été retenues :

- Améliorer l'organisation et l'accès aux soins ;
- Favoriser les soins et le maintien à domicile des personnes âgées ;
- Favoriser le développement d'action de prévention et de promotion de la santé en faveur des habitants de Belle-Ile-en-Mer.

Porté par l'ARS, un travail global de concertation et de collaboration entre les partenaires s'est mis en place, et a permis la création d'un comité de pilotage ainsi que des partenariats institutionnels (ARS, CG et CCBI).

Les objectifs de cette collaboration étaient de développer *«une approche globale et complémentaire dans la prise en charge et une mutualisation des moyens ; une meilleure collaboration entre la médecine libérale et l'hôpital, l'organisation de la plateforme de*

premiers recours, la mise à disposition du plateau technique, le développement de la télémédecine, la restructuration de l'Hôpital local, l'organisation des transports»¹⁰.

Le CLS a opéré, dans le contexte de Belle-Ile-en-Mer, un décloisonnement et un partage de compétences entre les différents acteurs pour répondre aux orientations fixées.

Dans le cas de **Craon-Renazé**, malgré les initiatives locales engagées, il est très difficile de parvenir à une démarche populationnelle. Aussi, afin de modifier durablement les pratiques et pérenniser les efforts de collaboration, les protagonistes se tournent vers l'ARS qui leur présente le CLS comme un outil susceptible de fédérer d'avantage les professionnels de santé. Le CLS de Craon-Renazé est ainsi signé en 2012 entre l'ARS des Pays de la Loire et les communautés de communes de Saint-Aignan Renazé et du pays craonnais.

Des groupes pluridisciplinaires de travail se sont constitués pour développer des actions permettant d'atteindre les objectifs. Le CLS a donc permis la création de lieux d'échange repoussant ainsi la pratique professionnelle d'un exercice isolé. Pour faciliter cette démarche, les groupes ont bénéficié d'une animatrice et d'une coordinatrice, cette dernière étant plus particulièrement chargée d'assurer le suivi et l'animation des professionnels médicaux.

Par une participation financière – poste d'animatrice des groupes financé par le FIR –, l'ARS a soutenu la démarche collaborative. Cependant, alors que les acteurs souhaitaient initialement pérenniser l'organisation de soins de premiers recours, l'ARS a préféré, lors de la signature de ce contrat, orienter ce dernier sur le parcours de soins des personnes âgées. De ce fait, pour les acteurs locaux, le CLS ne répond plus tout à fait à leurs attentes. Pour eux, il devait avant tout englober la population, faire une plus large place à la prévention et à la promotion de la santé, et ne pas seulement viser le parcours de la personne âgée.

Au regard de ces deux expériences, nous constatons que selon le contexte, le CLS est un outil qui permet de structurer l'offre de soins ou de consolider une organisation existante. A Belle-Île-en Mer, il s'inscrit en amont du processus qui vise

¹⁰ Mémoire de Laura FIZELIER, Master 2 – Pilotage des politiques et actions en Santé Publique « Animation territoriale de santé et contrat local de santé / quelles articulations ? L'exemple de trois territoires de Bretagne » Promotion 2012-2013.

à organiser les soins de premiers recours, en revanche il est venu encadrer des initiatives lancées par divers acteurs de la communauté de commune de Craon Renazé. Dans des contextes différents, l'ARS est tantôt initiatrice, tantôt accompagnatrice. Le CLS permet de fédérer les acteurs autour d'un projet commun et d'une approche populationnelle s'inscrivant ainsi dans une démarche de santé publique.

II Le CLS un moyen imparfait pour intégrer durablement les acteurs du premier recours dans une démarche de santé publique ?

A Les freins inhérents au CLS dans l'intégration du premier recours

L'analyse des CLS de Belle-Île-en-Mer et de Craon-Renazé réalisée au cours du Module Inter Professionnel, complétée par l'éclairage des acteurs nationaux, a permis de pointer certaines limites du CLS dans son objectif d'intégration du premier recours.

- **Un temps d'appropriation pour adhérer à la démarche**

La première limite des CLS réside dans l'appropriation par les acteurs locaux du CLS. La réflexion collective portée par l'institut Renaudot pointe ainsi un « *sentiment d'une volonté de contrôle au niveau régional* ¹¹ ». Or, un des critères nécessaires pour soutenir un tel projet réside dans l'implication des acteurs de terrain. La démarche doit donc être participative pour prendre en compte les avis des divers acteurs locaux que sont les habitants, les professionnels et les élus. En d'autres termes, il est préférable que l'intégration du premier recours découle d'une démarche ascendante, tel qu'observé sur le territoire de Craon-Renazé. Il existe toutefois des projets découlant d'une démarche descendante, comme dans le cas du CLS de Belle-Île-en-Mer. Dans ce cas de figure, la prégnance de l'ARS, dans l'initiation et la conduite du projet CLS, peut être perçue de façon trop directive, dans la mesure où la conférence de territoire a eu peu d'impact sur la signature du CLS et n'a donc pas eu les moyens de peser sur les décisions de ce dernier.

Sur le territoire de Craon en revanche, la problématique de l'organisation et de la structuration du premier recours avait été amorcée par les acteurs de santé du territoire de

¹¹ Extrait de l'entretien du 05/05/2014

Craon-Renazé – notamment par les médecins généralistes et la directrice de l'hôpital local – bien en amont de la promulgation de la loi HPST. Les CT ne se sentaient pas alors concernées par le sanitaire et « *il a fallu du temps pour que les élus s'approprient la problématique et acquièrent la compétence santé* ¹² ».

Le diagnostic du territoire a permis de poser les bases et de dégager en toute objectivité les grandes lignes du projet de santé du territoire. Le décloisonnement entre les acteurs de santé et la dynamique territoriale sont deux aspects primordiaux à la concrétisation d'un CLS avec une collectivité territoriale aux yeux de l'ARS Pays de la Loire.

- **La détermination du périmètre du CLS**

Si le projet de santé sur un territoire semble intégrer le premier recours de façon légitime, il apparaît que l'ARS semble plus restrictive dans la conception du CLS. Le projet de santé de Craon-Renazé n'est que partiellement repris dans le CLS. Ce projet de santé a pour objectif de structurer et d'organiser le premier recours au service de l'utilisateur dans une démarche de santé publique. Celle-ci s'intègre dans une dynamique générale comprenant un volet culturel et social contribuant au bien-être de la population. Le président de la communauté de communes de Craon-Renazé insiste sur sa vocation en tant qu' élu à répondre aux problématiques de l'ensemble de la population. Réduire le projet de santé au seul parcours de soins de la personne âgée lui est apparu « *frustrant* ». Aux dires de l'ARS, le CLS de Craon-Renazé est particulier car il intègre les actions propres à l'expérimentation du PAERPA. Cet amalgame entre le CLS et l'expérimentation PAERPA est préjudiciable à la lisibilité des objectifs du CLS sur le territoire de Craon-Renazé et se concrétise à travers les missions de coordinatrice et d'animatrice. L'ARS Pays de la Loire est déterminée à renégocier ce CLS signé en 2012 car il ne répond pas à sa « doctrine » arrêtée à la fin de l'année 2013.

Les CLS devront se construire *a minima* autour de thématiques socles:

- Prévention et promotion de la santé et de santé-environnement,
- Accès aux soins et offre de santé,
- Parcours des personnes âgées et population spécifique.

¹² Extrait de l'entretien du 30/04/2014

De manière similaire, pour l'ARS Bretagne, le CLS « *ne doit pas aller dans quelque chose de trop large : deux à trois axes, des actions concrètes, il devrait être une expérimentation sur un petit territoire et non embrasser toutes les thématiques de l'agence*¹³ ». Pourtant, lorsque la réflexion sur l'intégration du premier recours dans une démarche de santé publique est très avancée, comme sur le territoire de Craon-Renazé, les acteurs locaux sont demandeurs de cette reconnaissance afin d'asseoir le projet dans une dynamique continue de territoire. D'ailleurs, le médecin généraliste de Renazé souligne : « *Si les acteurs du premier recours ne sont pas impliqués dans les actions de prévention, en concertation avec les autres acteurs de santé (pharmacien, infirmier...), si c'est acheter une prestation, cela ne marche pas ! Les patients doivent nous voir impliqués.*¹⁴ » La représentante des usagers du pays de Craon, rejoint ce médecin sur cette analyse et rajoute que « *les usagers, représentés par un collectif, doivent être force de proposition et se sentir acteur de leur santé*¹⁵ ». De même, le CLS de Belle-Île est peu connu des usagers qui sont encore peu impliqués et peu actifs.

- **La volonté des acteurs face aux changements**

Le questionnement de l'Institut Renaudot porte aussi sur l'implication de l'ensemble des acteurs autour de cette démarche de santé publique. Si une majeure partie des CLS ne comporte que peu de signataires, une multitude de partenaires est partie prenante. Ils ne sont donc que très peu liés par des engagements. A cela s'ajoute une sollicitation exacerbée de tous ces partenaires qui sont liés par divers contrats avec l'Etat et les collectivités : CUCS, ASV, contrats de sécurités,... Chaque partenaire peut donc vouloir pratiquer une sorte « d'esprit de chapelle » pour se valoriser et ainsi obtenir des financements. Le manque d'implication et l'immobilisme de ces partenaires peuvent ainsi en résulter, tout comme une complémentarité difficile entre des logiques nationales verticales et des logiques territoriales transversales. Sur le territoire de Belle-Île en Mer, le médecin de l'hôpital local exprime ainsi la nécessité pour le CLS de se « *recentrer sur certains acteurs locaux*¹⁶ » pour plus d'efficacité sur l'organisation du premier recours car il y a actuellement trop d'intervenants. De plus, la cadre supérieure de santé à l'hôpital

¹³ Extrait de l'entretien du 05/05/2014

¹⁴ Extrait de l'entretien du 30/04/2014

¹⁵ Extrait de l'entretien du 30/04/2014

¹⁶ Extrait de l'entretien du 12/05/2014

local et l'ancien directeur de l'hôpital de Belle-Île-en-Mer soulèvent tous deux les difficultés qui relèvent des différences de temporalité entre le libéral « *qui souhaite aller très vite et l'hospitalier qui doit répondre à des contraintes administratives* » ce qui pose problème pour fédérer tous les acteurs du premier recours dans ce CLS. L'ancienne responsable qualité et gestion des risques à l'hôpital local de Belle-Île-en-Mer signale également que « *par crainte d'être absorbés par une structure hospitalière, les professionnels libéraux ont créé une association pendant la signature du CLS et ont mené des actions parallèles*¹⁷ ». Le décloisonnement entre les acteurs de santé et les modifications de pratiques engendrés par le CLS sur le territoire de Craon-Renazé, au travers la structuration et l'organisation du premier recours, transparaissent moins comme une voie d'évolution des CLS pour l'ARS Pays de la Loire.

- **La détermination d'un territoire adapté**

L'organisation et la structuration du premier recours passent par la création d'espace où il est possible de se confronter et construire sur un territoire reconnu par tous les acteurs : celui-ci correspond au territoire de la permanence des soins. Il dispose d'une structure politique bien définie : la communauté de commune. Le médecin généraliste de Renazé précise que « *puisque deux communautés de communes correspondaient au même territoire de garde et à la même offre de premier recours, elles se sont regroupées. La troisième communauté de communes s'est posée des questions et va nous rejoindre prochainement.*¹⁸ » L'ARS Pays de la Loire confirme que tous les CLS verront leur territoire harmonisé sur la base des territoires de santé de proximité (TSP) ; celui-ci correspond à la fusion des communautés de communes de Craon, Renazé et Cossé-Vivien. C'est également le territoire du « pays » qui se définit comme une entité administrative d'aménagement à caractère géographique présentant une « *cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale, à l'échelle d'un bassin de vie ou d'emploi* »¹⁹ afin de permettre l'étude et la réalisation de projets de développement. La directrice adjointe de l'hôpital local relève que la notion de territoire est en train d'évoluer. « *Les pays vont disparaître et la communauté de communes ne devrait plus comporter onze communes*

¹⁷ Extrait de l'entretien du 29/04/2014

¹⁸ Extrait de l'entretien du 30/04/2014

¹⁹ Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, dite Loi Pasqua du 4/02/1995

mais trente-sept ; ce qui remet en cause le travail de coordination accompli²⁰ ». Les acteurs locaux aspirent à la stabilisation des limites du territoire afin de consolider l'organisation mise en place et permettre un temps d'appropriation aux professionnels de santé.

- **Une coordination identifiée**

Concernant **Craon-Renazé**, *« le projet est soutenu par ses leaders. Il tient à peu de personnes²¹ »*. La coordination des actions du CLS et l'animation du pôle de santé sont primordiaux à la bonne conduite de cette organisation. L'animation du pôle de santé avec l'ensemble des soixante professionnels de santé et des dix salariés basés sur les trois maisons de santé est primordiale pour permettre l'évolution des pratiques professionnelles. D'ailleurs, la question de la coordination, et d'un éventuel coordinateur qui piloterait notamment les démarches autour du premier recours dans le CLS, est également posée par l'Institut Renaudot. En effet, dans le premier point d'étape effectué par l'ARS d'Ile de France, celle-ci dresse notamment le constat que pour les deux-tiers des CLS engagés, la coordination et la mobilisation commune des professionnels constituent une lacune essentielle.

De même, la DT-ARS regrette, dans le cas du CLS de **Belle-Île-en-Mer**, qu'il n'y ait eu aucun coordinateur nommé. Ainsi, pour le médecin généraliste, un véritable « chef de bord » est nécessaire pour faciliter la mise en place et fédérer les acteurs de premier recours. S'il y a entente sur les objectifs et les actions, la mise en œuvre concrète sur le terrain tarde souvent par manque de coordination et cela d'autant plus que cette mise en œuvre concrète repose pour lui essentiellement sur le « bénévolat des acteurs du premier recours ». Le CLS de Belle-Île prévoit que le comité de pilotage ait vocation à coordonner le suivi de l'accompagnement du contrat par les signataires et les partenaires. Mais, d'après l'ancienne responsable qualité et gestion des risques à l'hôpital local, *« il y a eu trop de temps entre la signature (janvier 2013) et le premier comité de pilotage (juin 2013)²² »*. Pourtant, la DT-ARS s'engage à désigner un chef de projet responsable du suivi de la mise en œuvre des objectifs inscrits au contrat. De son côté, la CCBI désignera un interlocuteur en charge de la coordination générale du présent contrat. Selon l'ex-responsable de la qualité sur le CLS Belle-Île-en-Mer, *« les changements au niveau des élus et de la*

²⁰ Extrait de l'entretien du 30/04/2014

²¹ Extrait de l'entretien du 30/04/2014

²² Extrait de l'entretien du 29/04/2014

direction de l'hôpital ont fragilisé la mise en œuvre et le suivi du contrat. Les deux institutions, ARS et CG étaient insuffisamment représentées. Ce qui a manqué, c'est le relais en cas de départ d'une personne ressource et beaucoup de personnes sont parties.²³ »

- **La pérennité du financement**

Une autre des limites concerne cette fois-ci le financement. Effectivement, l'institut Renaudot fait le constat que dans une majeure partie des diagnostics initiant la signature des CLS, il n'existe aucun volet diagnostic financier qui ferait la synthèse de l'ensemble des moyens préalablement engagés sur le territoire par rapport aux actions préexistantes et éparses. Ceci est potentiellement démobilisateur pour les acteurs locaux, et en particulier les acteurs du premier recours. La difficulté au niveau du financement se prolonge lors de la mise en œuvre du contrat local de santé. En effet, dans la mesure où la question du financement n'a pas été abordée, les réflexions collectives de l'institut Renaudot soulignent un potentiel déplacement de responsabilité envers les élus locaux. Ce constat serait *a priori* un point fort car mobilisateur mais l'effet est souvent inverse lorsque les financements ne viennent pas du fait d'un manque de concertation et de réflexion préalable. Cette question sous-tend donc un possible désengagement des acteurs du premier recours. A cela, peut être néanmoins opposé l'exemple de Belle-Île où le financement de la permanence des soins a été une priorité pour la DT-ARS. Par ailleurs, le financement déployé pour les CLS ne peut être pérenne dans la mesure où celui-ci est issu de l'enveloppe FIR annuelle. L'ARS n'a donc aucune visibilité au-delà d'un an. L'ARS Pays de la Loire s'engage également sur la durée du CLS pour financer le temps d'animation mais ne contractualise aucune action pluriannuelle. Chaque action est financée pour un an et est renégociée chaque année. L'ARS Pays de la Loire a utilisé les financements propres au PAERPA pour financer en partie le CLS de Craon-Renazé. L'animatrice CLS est financée sur le FIR régional (fonds ARS) et la coordonnatrice PAERPA est financée sur des fonds nationaux (article 70 de la LFSS en 2012). A terme, la DGARS souhaite ne financer aucun poste de coordination/animation et faire peser cette charge sur les communautés de communes pour preuve de leur engagement dans le projet.

²³ Extrait de l'entretien du 29/04/2014

- **Une évaluation réfléchie**

En outre, pour l'Institut Renaudot, il est nécessaire qu'un véritable dispositif de suivi et d'évaluation soit élaboré dès la signature du CLS car les indicateurs restent des indicateurs de résultat. Les indicateurs de processus sont encore peu présents. *A fortiori*, l'ensemble des acteurs s'accorde à dire que les indicateurs de suivi du CLS sont trop nombreux, redondants et manquent souvent de pertinence. Les acteurs locaux de Craon-Renazé rencontrent de grandes difficultés à se procurer les données afin de les renseigner. Sur la centaine d'indicateurs, très peu d'entre eux sont représentatifs du territoire, si bien qu'ils regrettent une absence de représentativité du territoire concerné par le CLS puisque ces chiffres représentent un territoire plus vaste, en l'occurrence celui du PAERPA.

- **La création d'inégalités territoriales**

Enfin, le président de l'Institut Renaudot fait aussi remarquer que la démarche uniquement volontariste des acteurs de certains territoires dans l'élaboration de tels contrats peut être vectrice d'inégalités. En effet, des territoires pourraient se voir attribuer de nouveaux dispositifs et moyens pour la simple raison que des acteurs se soient impliqués. A l'inverse, des territoires dits « muets » n'en bénéficieraient pas car les acteurs du premier recours ne se seraient pas accordés autour d'une démarche générale de santé publique, ce qui aboutirait à une cartographie des territoires, les plus dynamiques ayant déjà signés des contrats divers avec l'Etat, qui bénéficieraient également des effets du CLS. Concrètement, cela s'est vérifié sur les deux territoires étudiés par l'installation spontanée de nouveaux praticiens qui s'intègrent et adhèrent à cette nouvelle organisation des soins : amélioration du parcours et de la coordination des soins dans un délai fortement inférieur au niveau national.

L'outil CLS n'est pas simplement un objet à construire, c'est une démarche à faire vivre. Les relations entre les acteurs sont conditionnées à l'élaboration et au partage d'une culture commune. Cette démarche passe par la mise en mode projet de tous les acteurs du territoire concerné.

B Un succès conditionné par un accompagnement adapté

- **Définition d'un territoire adapté**

La loi ne définit pas le territoire idéal et propose un concept suffisamment souple pour être adapté à la réalité des besoins de chaque bassin de population. La loi se contente d'en affirmer l'objet, à savoir que les territoires doivent être garants de l'accessibilité aux soins (dans le but de lutter contre les inégalités) et d'une offre de soins efficiente (dans le cadre d'une prise en charge graduée et d'une coopération inter-hospitalière). Ainsi, il appartient à chaque ARS d'adapter ce concept.

Dans le cas de **Belle-Ile-en-Mer**, la spécificité insulaire s'est imposée, pour un territoire composé d'une communauté de communes regroupant quatre communes. Pour autant, la « localité » du contrat s'intègre dans le pays d'Auray qui a été impliqué dans le processus sur la réflexion de la prise en charge de l'urgence et des aspects prévention.

A **Craon-Renazé**, le périmètre du contrat a logiquement été calqué sur celui des zones de permanence des soins. La crainte tient aujourd'hui à la remise en cause des territoires définis (volonté de l'ARS de procéder à la redéfinition des territoires ruraux avec le risque d'attenter à l'équilibre du contrat et disparition des « pays » pour les communautés de communes).

Préconisation n°1 : Le territoire doit prendre en compte les réalités et cohérences locales et répondre à l'impératif de proximité propre au premier recours qui s'apprécie en termes de distance et de parcours. Dans le même temps, il doit permettre d'atteindre une taille critique pour optimiser les moyens mis au service de la prise en charge de la population.

La « localité » du contrat doit se situer au niveau de proximité. L'organisation de cette proximité au sein d'un contrat permet d'accompagner le virage ambulatoire en évoluant vers un système organisationnel gradué et coordonné (notion parcours de soins), permettant l'accès aux soins au bon moment et bon endroit.

- **Réalisation d'un diagnostic qui fait l'objet d'un consensus**

Sans être un prérequis obligatoire, les acteurs ont tout intérêt à construire un projet préalable sur la base d'un diagnostic local. Ce diagnostic préalable permet de rassembler tous les acteurs de santé publique intervenant, tant dans le champ de la prévention, que de l'accompagnement ou du soin pour une approche globale des besoins et des moyens du

territoire. Ce travail a une visée tant communicative que constructive. C'est cette étape qui permet d'intégrer le premier recours dans une démarche de santé publique. Ces derniers sont alors informés et sensibilisés aux besoins de la population.

Dans le cas de **Belle-Ile-en-Mer**, le diagnostic a été réalisé par un consultant extérieur qui a analysé les besoins en soins ambulatoires. C'est le seul CLS de Bretagne ayant pu bénéficier de ce type d'accompagnement. Il a permis de définir deux axes : l'état des lieux des difficultés d'organisation et de coordination lors de l'accès au premier recours et l'accès aux soins des insulaires.

A **Craon-Renazé**, le diagnostic a fait apparaître les difficultés liées à la démographie médicale et l'absence de réponses apportées aux souhaits et attentes de la population exprimés lors de journées publiques.

Préconisation n°2 : Le CLS par son diagnostic préalable doit permettre d'implémenter une approche populationnelle sur les territoires et d'organiser le premier recours en réponse aux besoins. Pour être efficient, le diagnostic doit associer l'ensemble des acteurs et les fédérer autour de constats acceptés et partagés. Il doit permettre un accompagnement au changement des cultures pour un passage d'une approche patientèle à une approche populationnelle. Dans ce cadre, il est recommandé de confier l'organisation de ce diagnostic à un organisme extérieur, tiers facilitateur, seul à même d'en garantir l'objectivité et la neutralité.

- **Garantir la pérennité du contrat par une gouvernance**

La pérennité d'un contrat local suppose de parvenir à l'inscrire dans la durée et le détacher du destin des leaders qui en sont à l'origine. Pour ce faire, il importe de consolider la gouvernance du contrat local en en garantissant une stabilité et une pérennité ; ceci implique une véritable reconnaissance/labellisation de l'initiative ou encore la reconnaissance du rôle de l' élu local par l'ARS.

Cette thématique rejoint totalement l'impératif de mieux investir le champ de l'animation et de la coordination du contrat sur le territoire, véritable raison d'être du contrat. Les coordonnateurs et animateurs portent le contrat en lui donnant une réalité. Ils contribuent eux-aussi à dépersonnaliser le CLS et à permettre au projet de survivre à ses leaders. Ils constituent le lien nécessaire entre tous les acteurs et permettent aux actions d'être formalisées, suivies et coordonnées. Leur pérennisation passe par la reconnaissance de leur valeur ajoutée propre et la stabilisation de leur financement.

L'absence de désignation d'un chef d'orchestre, dès le départ, nuit à la mise en œuvre des objectifs et vide le projet de son dynamisme.

L'exemple de **Belle-Île-en-Mer** en est la preuve, il est constaté qu'il manque un animateur, en charge de la coordination et du suivi de l'ensemble des axes du contrat. La coordination, pilier de ce dispositif, doit être organisée dès le démarrage du projet, et même avant la contractualisation, comme le précise la DT-ARS 56. Cela permet une cohérence entre les acteurs, une implication dans la mise en place des outils. Cette coordination doit être extérieure, indépendante du changement des acteurs qui fragilise le CLS. La DT-ARS 56 parle même de profil d'animateur, de conduite de projet voire de développeur de projet tout en ayant une bonne connaissance des institutions partenaires.

A **Craon-Renazé**, on exprime le souhait impérieux de sortir de l'ornière de l'expérimentation pour assurer un véritable futur à l'investissement des acteurs. Garantir une plus grande stabilité au CLS viserait à ne pas réduire le projet à des initiatives de quelques leaders et lui permettre de survivre aux vicissitudes de la vie politique (élu) ou personnelle/professionnelle (directeurs de structure ou professionnels de santé). Certains évoquent même la nécessité de faire émerger une nouvelle fonction pour installer ces démarches dans la durée : un « manager de santé du territoire » qui aurait pouvoir de décision et dont l'objet serait de faire tomber les cloisons du système.

Préconisation n°3 : La gouvernance doit être construite entre tous les intervenants du terrain afin de les rendre acteurs. Le rôle du coordonnateur est incontournable et il convient que les CLS aient leur animateur dédié. Le poste alloué à ces fonctions doit être fixe et pérenne sur la durée du contrat. Afin de garantir la neutralité et l'équité de la coordination, ce poste peut être pourvu par un recrutement extérieur. L'idée d'un manager de santé du territoire apparaît ici intéressante car elle permettrait de décroiser les actions menées d'une part par l'animation territoriale en santé des collectivités locales et d'autre part par l'ARS.

- **Accompagnement par les autorités**

Pour qu'un CLS réponde aux objectifs qui lui sont fixés, il doit être assis sur une dynamique portée par les acteurs locaux et soutenue par les autorités. Le positionnement de l'ARS doit varier en fonction de la réalité sur le territoire : s'agissant de l'initiative de la démarche, il lui appartient de s'adapter aux circonstances locales et d'évaluer le degré de

maturité des acteurs locaux pour s'engager dans une telle démarche de structuration primitive du premier recours sur le territoire.

Sur un territoire avec des problématiques sans acteurs-leaders, le CLS apparaît comme un outil initiateur. En effet, c'est l'absence d'organisation de la permanence des soins qui est à l'origine de l'expérience belliloise. C'est la sollicitation de l'ARS par la collectivité territoriale dans la perspective d'une sécurisation de l'offre sanitaire par le biais de la présence médicale permanente sur l'île qui a conduit à la préfiguration du CLS.

Sur un territoire avec des acteurs dynamiques, le CLS apparaît comme un outil accélérateur. A **Craon-Renazé**, l'initiative d'une véritable structuration de l'offre de soins de premier recours est née dans la volonté de quelques leaders locaux de pallier les insuffisances de la démographie médicale et de mieux répondre aux souhaits et attentes de la population, exprimés lors de journées publiques.

Préconisation n°4 : Lorsqu'elle existe, le CLS doit s'efforcer de s'appuyer sur la dynamique locale enclenchée par les acteurs du territoire, mus par un consensus né des problématiques et intérêts communs mis en évidence par le diagnostic. A défaut, l'ARS doit envisager toutes les possibilités qui lui sont offertes pour installer une telle dynamique au sein du territoire visé : pour ce faire, il lui revient notamment d'activer le levier de l'intérêt à agir des professionnels (amélioration du service rendu à la population et lutte contre le risque d'une individualisation excessive de l'exercice professionnel). Pour autant, cette dynamique nécessite un accompagnement au changement, considérant la dimension intersectorielle que prennent ces nouveaux modes de coopération. Il appartient à l'ARS de participer à ce déploiement infra-territorial et d'en faciliter la mise en œuvre sans pour autant en devenir un opérateur de l'accompagnement.

Au-delà de l'initiative du projet, l'ARS est tenu d'accompagner et soutenir les acteurs locaux dans la mise en œuvre et le développement de la démarche de structuration des soins de premier recours sur le territoire. Dans cette optique et dans le cadre du CLS, son intervention peut prendre des formes différentes.

Il s'agit d'abord, pour l'autorité régionale, d'accompagner les différentes étapes du projet par ses ressources financières : l'intervention financière de l'ARS au cours de la phase d'impulsion prend généralement la forme d'une prise en charge de la réalisation du diagnostic territorial par le consultant extérieur. L'accompagnement financier du

déroulement du projet prend généralement la forme d'une prise en charge de la mise à disposition de temps d'animation et de coordination du CLS, ainsi que le financement et le déploiement d'outils, de nature à faciliter la mise en commun des pratiques et des expériences.

Il s'agit ensuite d'un soutien de nature plus technique : par ses ressources humaines et matérielles, l'ARS peut mettre à la disposition des territoires la compétence et l'expérience en matière de gestion de projet. Elle peut encore intervenir comme facilitateur de la démarche en proposant des kits méthodologiques.

Le territoire de **Belle-Île-en-Mer** est le seul CLS de Bretagne à avoir bénéficié du financement de son diagnostic territorial. L'ARS participe financièrement à la formation aux gestes d'urgence des professionnels ; parallèlement, le CLS a légitimé la restructuration de l'établissement de santé et l'implantation en son sein d'une MSP dont les frais d'ingénierie ont été pris en charge par l'agence.

Sur le territoire de **Craon-Renazé**, l'ARS a pris en charge les frais de réalisation du diagnostic territorial et assure une prise en charge distincte des coûts d'animation (sur les fonds régionaux du FIR) et de coordination (article 70 du PAERPA). En dehors de ces coûts spécifiques et compte tenu de l'annualité de l'enveloppe FIR, l'ARS ne contractualise sur aucune action pluriannuelle.

Préconisation n° 5 : Le soutien et l'accompagnement technique et financier des autorités de tutelle est une condition nécessaire à la réussite d'un CLS. Si le CLS ne peut effectivement être porté que par les acteurs de terrain, l'ARS a pour rôle d'en garantir la stabilité par la permanence de ses financements. La partie financement doit être inscrite dans le contrat et négociée entre les acteurs afin de parvenir à financer à parts égales le poste de coordonnateur et toute la partie logistique nécessaire au dynamisme et à la viabilité du contrat.

- **Implémentation par l'accompagnement au changement**

L'implémentation du projet se définit comme « *la réalisation de la phase finale d'un projet qui permet l'entrée en fonction des décisions prises, des outils produits... Elle est considérée comme réussie lorsqu'on a modifié le comportement des professionnels,*

*lorsqu'on a impacté les structures organisationnelles et les cultures et enfin lorsque le consommateur s'est engagé en modifiant ses relations avec les parties prenantes ».*²⁴

L'implémentation en France est plus connue sous le terme de conduite au changement. L'évolution des pratiques et des organisations au niveau du premier recours sont aujourd'hui perceptibles, citons ici les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires, les MSP,... Elles nécessitent la mise en place de formations auprès des différents professionnels de santé. Les nouvelles générations de médecins libéraux ou de professionnels paramédicaux tendent à préférer un travail plus collaboratif et pluridisciplinaire.

Préconisation n° 6 : L'Etat doit se saisir de cette opportunité afin d'accompagner ces changements en finançant les formations et le coaching des acteurs. La collaboration avec les collectivités locales est une clé de réussite pour cadrer cette implémentation : mise à disposition de locaux appropriés, communication autour du projet, développement de système d'information... Ces orientations sont d'ailleurs celles vers lesquelles la SNS tend.

²⁴ Les facteurs clés de succès de l'implémentation des parcours de santé en France - Mastères spécialisés en management de la santé - ESC Toulouse - HAS

Conclusion

Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé en 2008 rappellent la nécessité d' « *une meilleure répartition des professionnels de santé* », « *d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français* » et « *d'élaborer, sur un mode concerté, des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé* ». Les contrats locaux de santé participent de cet impératif de rénover et d'organiser le premier recours en France, notamment en prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé d'une population sur un territoire.

A l'aide de deux CLS étudiés dans le cadre d'une réorganisation du premier recours, des limites ont été mises en lumière et quelques préconisations essentielles ont alors pu être dressées. Toutefois, ces CLS sont un élément du dispositif de nature à poser un cadre structurant et rassurant pour les jeunes praticiens lors de leur première installation. Les médecins précisent même que le CLS a permis tantôt de sécuriser leur volonté de poursuivre leur activité libérale, tantôt d'inscrire leur orientation populationnelle dans la durée sans être tenté de revenir vers une approche uniquement patientèle. Il positionne ainsi le territoire et ses acteurs dans un dispositif dynamique avec des objectifs de prise en charge et de démarche de santé publique pluriannuels.

La mise en place d'une organisation territoriale de premiers recours à l'aide d'un contrat local de santé, nécessite par ailleurs une gouvernance clairement identifiée (coordination, animation et désignation d'un pilote) qui permettrait à elle seule de pallier les difficultés relatives à la définition du périmètre du territoire, de son organisation, de sa structuration et de son financement.

Par ailleurs, la perspective de création d'un Service Public Territorial de Santé comme le préconise le récent rapport Devictor, valorise la nécessité de contrats locaux de santé pour fédérer les acteurs du premier recours autour d'une démarche de santé publique. En effet, ce rapport propose différentes pistes dans cet objectif. Ainsi, il est proposé un diagnostic territorial partagé qui doit pouvoir s'appuyer sur les données de santé du territoire, un contrat territorial et projet local de santé, cosignés par les acteurs concernés et les financeurs, autant de nécessités que les CLS doivent également incarner. Malgré tout, la question de la pérennité de ces CLS se pose à la lumière de ce potentiel Service Public Territorial de Santé : absorption ou intégration ?

Bibliographie

Textes réglementaires

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire relative à la création d'un espace partagé pour le suivi des CLS, février 2004.

Rapports

- BERNADETTE DEVICTOR. Rapport sur le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier (SPH), mars 2014.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Rapport sur le Stratégie Nationale de Santé traitant de la refondation en profondeur de notre système de santé, septembre 2013
- ALAIN CORDIER. Rapport sur un projet global pour la stratégie nationale de santé, juin 2013
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. Rapport relatif à l'état de notre système de santé et de la prise en charge des dépenses de santé, janvier 2004.
- LA DOCUMENTATION FRANCAISE. Rapport, Quel système de santé à l'horizon 2020 ?, 2000.

Dossiers

- HAUTE AUTORITE DE SANTE. Dossier-santé relatif aux facteurs clés de l'implémentation des parcours de santé en France, 2013
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS / OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. Les Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS), synthèse des travaux des deux journées nationales, des 8 février et 9 avril 2008.

Ouvrages

- INSTITUT RENAUDOT. Regards croisés sur le nouveau paysage de santé, septembre 2012
- EMMANUEL VIGNERON. Les inégalités de santé dans les territoires français, mars 2011

Guides méthodologiques

- ARS ILE DE FRANCE. Kit méthodologique relatif aux modalités d'élaboration et de mise en œuvre des CLS, avril 2011.

Séminaires

- ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE. Séminaire relatif au retour d'expériences de collectivités, janvier 2013

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Planning des entretiens.....	II
Annexe n° 2 : Grille d’entretien acteurs locaux.....	III
Annexe n°3 : Grille d’entretien acteurs régionaux.....	V
Annexe n°4 : Grille d’entretien acteurs nationaux - HAS.....	VII
Annexe n°5 : Grille d’entretien acteurs nationaux – Institut Renaudot.....	VIII
Annexe n°6 : Les trois niveaux de l’intégration selon la HAS.....	IX

Planning des entretiens

Date	Objet de la rencontre	Heure	Lieu	Membres du groupe	Interlocuteurs	Echelon des acteurs
29-avr.-14	CLS BI	14 h 00	EHESP	Groupe	Latifa GHAZALI, ancienne responsable qualité HL	Acteurs locaux
30-avr.-14	Territorialisation des politiques publiques	10 h 00	EHESP	Groupe	François PETITJEAN, MISP, coordonnateur BDSP	Acteur national
30-avr.-14	CLS Craon-Renazé	De 14 h à 18 h 30	Craon-Renazé	Marie-Laure, Cécile	Mme Marie Sauvion, animatrice du CLS de Craon-Renazé. M. le Dr Pascal GENDRY, médecin généraliste à Renazé Mme Camille ABRIAL, directrice adjointe HL et directrice EHPAD Mme Brigitte DALIBON, représentante des usagers Mr Philippe GUIARD, ancien président de la communauté de communes du pays craonnais	Acteurs locaux
5-mai-14	CLS BI	9 h 30	EHESP	Séverine, Véronique	Jean-Yves BLANDEL, ancien directeur HL	Acteurs locaux
5-mai-14	Présentation des CLS, éléments d'évaluation, etc...	10 h 00	Paris	Elisabeth, Florian	Marc SCHOENE, président de l'Institut Renaudot	Acteurs nationaux
6-mai-14	CLS BI	14 h 00	DT-ARS 56	Stéphane M., Laurence	M. Pierre LE RAY, délégué territorial Mme Martine GALIPOT, responsable du pôle des établissements médico-sociaux	Acteurs régionaux
7-mai-14	Intégration sanitaire	10 h 00	HAS - Paris	Elisabeth	M. le Docteur VARROUD-VIAL, chef de service à la HAS	Acteurs nationaux
9-mai-14	CLS BI	14 h 00	Téléphonique	Séverine	Mme Laure GUILLOUX, cadre supérieur de santé à l'hôpital local de Belle-Ile-en Mer	Acteurs locaux
12-mai-14	CLS Craon-Renazé	10 h 00	ARS Pays de la Loire	Cécile, Lionel	Mme SUIRE, chargée de l'ingénierie des CLS - Direction de l'efficience et de l'offre	Acteurs régionaux
12-mai-14	CLS BI	13 h 30	Téléphonique	Florian, Laurence	M. le Docteur PINARD, médecin libéral, coordonnateur du premier recours	Acteurs locaux
12-mai-14	CLS BI	14 h 30	Téléphonique	Florian, Véronique	Mme le Docteur RAGOT, PH, médecin coordonnateur	Acteurs locaux
12-mai-14	CLS BI	16 h 00	Téléphonique	Florian, Véronique	M. LEGARS, Président communauté de communes Belle-île-en Mer	Acteurs locaux

Grille d'entretien acteurs locaux

Nom et fonction :

Quelle était votre fonction lors de la mise en œuvre du CLS ?

Origine - Contexte (Oui) :

I – Outil CLS

1. Quelles étaient les difficultés du territoire concernant l'accès aux soins au 1er recours ?
2. Qu'est-ce qu'a apporté le diagnostic du territoire ?
3. Existait-il un réseau ou un outil qui fédérait les acteurs du 1er recours avant la mise en œuvre du CLS ?
4. Comment l'outil CLS s'est-il imposé à vous ? A quel moment ?
5. Quelle articulation du CLS avec les autres outils ?
6. Quelle place le CLS accorde au premier recours ?
7. Quels étaient les objectifs choisis lors de la validation collective ? Ont-ils déviés au regard des objectifs du PRS ?

II – Acteurs

1. Quels acteurs étaient impliqués à l'élaboration du projet CLS ?
2. Aujourd'hui, quels acteurs sont partis, sont restés, se sont rajoutés ?
3. Quels sont les acteurs ayant contractualisé ?

Etat de l'existant (car, mais)

I – Forces et faiblesses

1. D'après vous, quelles sont les forces et les faiblesses de ce CLS ?

II – Evaluation :

1. Quelles ressources ont été affectées au CLS ?
2. Quels sont les impacts du CLS sur la cohérence entre les professionnels de santé et les acteurs ?
3. Est-ce que le CLS est bien connu des différents acteurs ?

4. Un coordinateur est-il clairement identifié ? Quel est son profil ? Où se situe-t-il ?
5. Est-ce que le CLS peut fonctionner sans les initiateurs du projet ?
6. Quels sont vos liens avec l'ARS ?
7. Quelle évaluation est prévue ? (indicateurs de processus)
8. Comment et en quoi le CLS impacte les pratiques des acteurs du 1er recours dans leur approche de la santé publique ?
9. Pour concrétiser la cohérence voulue par le CLS, y a-t-il eu un accompagnement au changement dans les pratiques des différents acteurs ? Cet accompagnement a-t-il été satisfaisant ?

Les axes d'amélioration (Donc)

1. Comment vit le CLS aujourd'hui en 2014 ?
2. Quels besoins pour aller plus loin, Quel type ? Quelle forme ?
3. Comment assurer la pérennité du CLS ?
4. Est-ce que la réussite du CLS dépend t-elle d'un accompagnement de proximité ?
5. Quelles seraient les actions à mettre en œuvre ?
6. Quelle est votre appréciation personnelle sur ce CLS ?

Attention : Veiller dans les entretiens à ce que les acteurs s'expriment sur la question du premier recours

Grille d'entretien acteurs régionaux

Nom et fonction :

Quelle était votre fonction lors de la mise en œuvre du CLS ?

Origine - Contexte (Oui)

I – Outils CLS

1. Quelle est votre vision du CLS ? (approche processus/approche outils)
2. Quels sont les avantages de la contractualisation d'un CLS ?
3. Quelles étaient les difficultés du territoire concernant l'accès aux soins au 1er recours ?
4. Qu'est-ce qu'a apporté le diagnostic du territoire ?
5. Existait-il un réseau ou un outil qui fédérait les acteurs du 1er recours avant la mise en œuvre du CLS?
6. Comment l'outil CLS s'est-il imposé à vous ? A quel moment ?
7. Quelle articulation du CLS avec les autres outils ?
8. Quelle place le CLS accorde au premier recours ?
9. Comment s'articule le CLS par rapport aux objectifs du PRS ?
10. Ces CLS ont-ils fait l'objet d'une présentation au CRSA et à la Conférence de territoire ?
11. Est-ce que la signature de CLS est un objectif quantifié de l'ARS ?

II – Acteurs

1. Quels acteurs ARS étaient impliqués à l'élaboration du projet CLS ?
2. Le siège et/ou la DT ont-ils le même rôle ?
3. Aujourd'hui, quels acteurs ARS sont partis, sont restés, se sont rajoutés ?
4. Avec quels acteurs l'ARS a contractualisé ?
5. Pour vous l'implication des usagers dans ces CLS est-elle essentielle et satisfaisante ?

Etat de l'existant (car, mais)

I – Forces et faiblesses

1. D'après vous, quelles sont les forces et les faiblesses du CLS ?

II – Evaluation

1. Quelles ressources ont été affectées au CLS par l'ARS ?
2. Un coordinateur est-il clairement identifié ? Quel est son profil et sa mission? Où se situe-t-il ?
3. Est-ce que le CLS peut fonctionner sans les initiateurs du projet ?
4. Quels sont vos liens avec les acteurs locaux ?
5. Quelle évaluation est prévue ? (indicateurs de processus)
6. Suite à ce CLS, Quelles sont les structures qui ont inscrit les objectifs définis dans leur CPOM en vue d'une contractualisation avec l'ARS ?
7. Quelle était la situation du premier recours avant la mise en place du CLS ? Au sein de l'ARS, est ce que ce CLS a permis de faire évoluer vos représentations vis-à-vis de l'organisation des soins du 1er recours ? Pouvez-vous définir ces évolutions ?

Les axes d'amélioration (Donc)

1. Comment vit le CLS aujourd'hui en 2014 ?
2. Quels besoins pour aller plus loin, Quel type ? Quelle forme ?
3. Comment assurer la pérennité du CLS ?
4. Est-ce que la réussite du CLS dépend d'un accompagnement de proximité ?
5. Quelles seraient les actions à mettre en œuvre ?
6. Quelle est votre appréciation personnelle sur le CLS ?
7. Quels sont les impacts du CLS sur la cohérence entre les professionnels de santé et les autres acteurs ?
8. Est-ce que le CLS est bien connu des différents acteurs ?
9. Quels sont les axes d'amélioration à mettre en œuvre et les conditions de réussite pour accompagner le volet premier recours du CLS ?
10. Pensez-vous que les CLS sont un outil pour intégrer le premier recours dans une démarche de santé publique ?

Grille d'entretien acteurs nationaux – HAS

Nom et fonction :

Outil CLS

1. Quelles sont les missions de la HAS en lien avec les CLS ?
2. Quelle est votre vision du CLS ? (approche processus/approche outils)
3. Quelle place le CLS accorde au premier recours ?
4. Quelle articulation du CLS avec les autres outils ?
5. Les CLS améliorent ils la qualité de la prise en charge dans le cadre du parcours de santé ?
6. Si oui, envisagez-vous de développer des protocoles pour favoriser l'organisation des soins de 1er recours ? (Structurer des protocoles de coopération entre professionnels)
7. Quels sont les outils proposés par l'HAS pour optimiser les soins de 1er recours ?
8. Pensez-vous que les soins de 1er recours doivent être organisés à l'initiative des acteurs de territoire ou Pensez-vous que l'HAS peut promouvoir via la réalisation de protocoles les organisations de soins de 1er recours au niveau national ? Par quels moyens?
9. Pensez-vous que les CLS sont un outil pour intégrer le premier recours dans une démarche de santé publique

Attention : Veiller dans les entretiens à ce que les acteurs s'expriment sur la question du premier recours

Grille d'entretien acteurs nationaux - Institut Renaudot

Nom et fonction

Outil CLS

1. Quelles sont les missions de l'institut en lien avec les CLS ?
2. Quelle est votre vision du CLS ? (approche processus/approche outils)
3. Quelle place le CLS accorde au premier recours ?
4. Pouvez vous donner une idée du paysage des CLS en Ile de France ? (nombre, date de création et les grands objectifs)
5. En quoi consiste l'évaluation des CLS ? Qui réalise cette évaluation et avec quels critères ?
6. La corrélation entre les moyens et les objectifs est-elle évaluée et de quelle manière ?
7. Quelle est la plus-value de l'institut dans l'évaluation des CLS ?
8. Quels sont les moyens financiers utilisés pour faire vivre les CLS en Ile de France ? (droit commun ou FIR et participation ARS) selon vous quels devraient les moyens engagés ?
9. Quels lignes de forces tirez- vous de vos évaluations et comment les utilisez-vous ?
10. Avez-vous repérer des bonnes pratiques (type coordination et accompagnement) dans les CLS que vous avez évalués ? Quelles sont-elles ?
11. Pensez-vous que les CLS sont un outil pour intégrer le premier recours dans une démarche de santé publique ?

Attention : Veiller dans les entretiens à ce que les acteurs s'expriment sur la question du premier recours

LES TROIS NIVEAUX DE L'INTEGRATION SELON LA HAS

Extrait du document de travail de l'HAS - Avril 2014 :

« Intégration territoriale des structures et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux »

1. Macro: **Les professionnels sanitaires et sociaux, seuls ou avec les commanditaires, délivrent des soins intégrés à travers une gamme complète de services aux populations qui en sont bénéficiaires.**
2. Meso: **Les professionnels sanitaires et sociaux, seuls ou avec les commanditaires, cherchent à délivrer des soins intégrés à un groupe ou à une population particulière (personnes âgées, diabétiques..), grâce à la mise en place de parcours de santé et d'autres approches similaires (chaine de soins en Suède par exemple).**
3. Micro: **Les professionnels sanitaires et sociaux, seuls ou avec les commanditaires, ont pour objectif de délivrer des soins intégrés aux patients et à leurs aidants à travers la coordination des soins, la planification des soins, l'utilisation des nouvelles technologies et d'autres approches. INDISPENSABLE**

**LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE,
UN OUTIL POUR INTEGRER LE PREMIER RECOURS ET SES ACTEURS DANS
UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE**

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| – Véronique ARTH, DESSMS | – Marie-Laure CARRE, AAH |
| – Lionel CHEVALLIER, EDH | – Laurence FLAGEUL, EDS |
| – Cécile GAUFFENY-GILLET, IES | – Stéphane MACKE, EDS |
| – Florian PARISOT, IASS | – Stéphane PLANTEVIN, DESSMS |
| – Séverine ROY, DESSMS | – Elisabeth SENEJOUX-QUENTIN, IASS |

Résumé : Ce mémoire propose d’aborder les concepts de Premier Recours et de Contrats locaux de Santé qui ont été appréhendés par la loi HPST. En effet, la volonté de territorialisation des politiques publiques de santé s’incarnent par les contrats locaux de santé, outils qui devraient permettre de fédérer les acteurs du premier recours autour d’une démarche de santé publique. Les exemples des deux contrats locaux de santé de Belle-Ile en Mer et de Craon-Renazé sont tous deux révélateurs de la volonté d’intégrer les acteurs de premier recours dans une approche populationnelle. Toutefois, les démarches diffèrent : approche essentiellement locale pour le CLS de Craon-Renazé, initiée par l’ARS pour le CLS de Belle-Ile en Mer. Les deux contrats se rejoignent cependant par une volonté de prise en compte des déterminants de santé par les acteurs du premier recours. Dans les deux cas, des faiblesses ont pu être identifiées, centrées autour de la gouvernance, du pilotage, de la coordination et du financement de ces contrats. Des préconisations concrètes entendent dès lors remédier à ces problématiques notamment grâce à une mesure phare : la désignation d’un coordonnateur correctement identifié, capable d’incarner et d’animer l’ensemble des acteurs locaux autour d’une démarche pérenne de santé publique et centrée sur un territoire pertinent, autant d’évolutions qui devraient permettre d’intégrer ce CLS dans une potentielle démarche de Service Public Territorial de Santé.

Mots clés : contrat local de santé, premier recours, intégration, territoire, coordination, service public territorial de santé, coopération, professionnels de santé, implémentation, démarche de santé publique, déterminants de santé, acteurs locaux, agences régionales de santé, collectivités territoriales, HPST, Stratégie Nationale de Santé.

L’École des hautes études en santé publique n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs