



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2016-2017**

Le Contrat Local de Santé : Evolution d'un
outil dans un paysage en mutation.
Exemple de la situation en Nouvelle-Aquitaine.

Roxane Bacq
10 Juillet 2017

Remerciements

Je souhaite en premier lieu adresser des remerciements tout particuliers à mon tuteur Monsieur Arnaud Wiehn, chargé de projets à l'antenne Bordelaise de l'Ireps Nouvelle-Aquitaine, pour m'avoir accueilli pendant 4 mois et demi pour ce stage de fin d'études, pour la confiance qu'il m'a accordée, pour l'autonomie qu'il m'a laissée pour la réalisation de cette mission, pour ses précieux conseils et ses encouragements ... Nos échanges ont été synonymes pour moi d'un enrichissement personnel.

Je tiens à remercier infiniment toute l'équipe de l'antenne Girondine de l'Ireps Nouvelle-Aquitaine pour leur soutien durant la réalisation de ma mission, pour leur écoute attentive, pour leur sympathie et leur éclairage lors de mes interrogations. J'adresse ma profonde gratitude à tous les membres de cette équipe qui ont contribué chacun à leur niveau à mon intégration.

Je remercie également toutes les antennes de l'Ireps Nouvelle-Aquitaine qui ont contribué à me donner des éléments sur le territoire de cette nouvelle région qui m'était jusqu'alors inconnue.

J'adresse de sincères remerciements à toutes les personnes que j'ai pu interroger, notamment les coordinateurs des Contrat Locaux de Santé de la Nouvelle-Aquitaine qui ont largement contribué par leurs apports, leurs réflexions et leurs expériences à mes recherches, à nourrir ma pensée, c'est à eux, aujourd'hui, que je dois le fruit de ce travail.

Enfin, je souhaite remercier toute l'équipe du Master PPASP pour leur écoute durant cette année de Master 2 et plus spécialement Madame Françoise Jabot ainsi que Monsieur Arnaud Campéon pour leurs conseils méthodologiques mais aussi pour la pertinence de leurs remarques et leurs observations avisées qui ont accompagné mon travail.

Sommaire

PARTIE 1 : RAPPORT DE MISSION.....	- 3 -
Introduction	- 3 -
1. Le CLS : Singularité d'un outil au cadre législatif souple, confronté à des réformes territoriales d'envergure et à une attente exponentielle des acteurs.....	- 9 -
1.1 Une législation nationale en faveur de la territorialisation	- 9 -
1.1.1 Le contexte actuel de la territorialisation en France	- 9 -
1.1.2 L'évolution de la territorialisation en matière de santé depuis la loi HPST .-	12 -
1.2 L'échelon local : Quelles compétences dans les domaines sanitaire, sociaux et médico-sociaux ?.....	- 16 -
1.2.1 La commune, un acteur institutionnel, marginalement impliqué dans l'action sanitaire et sociale ?.....	- 17 -
1.2.2 Les ASV émanant des contrats de ville : Un dispositif précurseur	- 20 -
1.3 Le CLS : Paradoxe d'un outil facultatif contribuant à la réduction des ISS.....	- 23 -
1.3.1 Le cadre législatif du contrat	- 23 -
1.3.2 Les éléments structurant le contrat	- 24 -
1.3.3 La nature de l'outil CLS permet-elle une réduction effective des ISS ?	- 26 -
2. Les CLS à l'épreuve des évolutions territoriales : l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine-	29 -
2.1 Typologie des CLS de Nouvelle-Aquitaine.....	- 29 -
2.2 Le CLS en question.....	- 34 -
2.2.1 La contractualisation : une réponse au besoin de mise en cohérence des politiques publiques favorables à la santé ?	- 34 -
2.2.2 Avantages et inconvénients d'une légèreté législative contractuelle	- 43 -
2.2.3 Le CLS un vecteur de réduction des ISS ?	- 49 -
Conclusion	- 56 -
Bibliographie	- 60 -

Liste des annexes	- 67 -
PARTIE 2 : NOTE REFLEXIVE.....	- 86 -
Bibliographie	- 94 -

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CDOM	Comité Départemental de l'Ordre des Médecins
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CTS	Contrat Territorial de Santé
CTSM	Contrat Territorial de Santé Mentale
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EPCI	Etablissements de Coopération Intercommunales
ETP	Equivalent Temps Plein
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionales de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ISS	Inégalités Sociales de Santé
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé
Loi ALUR	Loi pour l'Accès au Logement et Urbanisme Rénové
Loi ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
Loi HPST	Loi Hôpital Patients Santé et Territoires
Loi MAPTAM	Loi de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d’Affirmation des Métropoles
LMNSS	Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
Loi NOTRe	Loi de Nouvelle Organisation Territoriale de la République
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
PETR	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural

PRAPS	Programme Régional Relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PRS	Projet Régional de Santé
SIAD	Soin Infirmier à Domicile
SRS	Schéma Régional de Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

PARTIE 1 : RAPPORT DE MISSION

Introduction

« On ne peut prévenir les inégalités sociales de santé (ISS) que par des réponses coordonnées, au plus près du cadre de vie des personnes, en déployant des actions toujours mieux ciblées. C'est d'ailleurs l'objectif du contrat local de santé (CLS), prévu par la loi HPST comme une modalité de partenariat stratégique en la matière entre Agences Régionales de Santé(ARS) et élus locaux », Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et le respect des droits des patients, Marseille le 30 août 2010.

Le CLS, impulsé le 21 Juillet 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a connu des évolutions depuis sa mise en vigueur, tant sur le plan de son élaboration, des objectifs qui lui sont associés mais aussi de l'enjeu qu'il représente. L'outil CLS est au service d'une dynamique collective regroupant à la fois les collectivités territoriales ainsi que les ARS. Cet instrument facultatif est conçu dans le but de répondre aux problématiques de santé au plus près des citoyens en favorisant leur participation afin d'ériger une réelle démocratie en santé au niveau local.

Le CLS, c'est également la reconnaissance du niveau local comme l'échelon opérationnel des politiques de santé et l'avènement d'une expérience dans le champ de la santé pour les municipalités qui jusque-là n'avaient que des compétences limitées dans le domaine. Les priorités des ARS d'agir de façon transversale, de réduire les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS), ... se retrouvent au sein de cet instrument permettant *a priori* la mise en place d'une animation territoriale. Cependant certes la loi à travers l'article L. 1434-10 du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit que la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) peut faire l'objet d'un CLS entre collectivités territoriales et ARS. Par ailleurs, elle explicite les champs sur lesquels il est possible de contractualiser à savoir la promotion et prévention de la santé et plus largement tous les champs couverts par l'ARS, néanmoins la loi ne stipule pas davantage la forme et l'organisation de la contractualisation.

Aujourd'hui le CLS s'inscrit dans un paysage institutionnel en mutation, notamment dû aux refontes territoriales de ces dernières années : fusion des régions, création des intercommunalités, ... Autant de nouveaux périmètres géographiques renouvelés, impactant l'action publique à l'échelon local à l'instar du futur PRS prévu pour 2018. Le CLS est également évoqué dans de nombreuses lois concernant soit la santé (Loi de Modernisation de Notre Système de Santé (LMNSS), ...) soit les déterminants de la santé (Loi pour l'Accès au Logement et Urbanisme Rénové (ALUR), ...) comme un outil à utiliser ou à prendre en compte dans la mise en place d'une politique locale. Ainsi, les CLS doivent appréhender de multiples enjeux comme la co-construction des politiques locales avec la

poursuite d'objectifs partagés entre collectivités, ARS et citoyens, mais aussi la prise en compte de démarches déjà existantes sur le territoire (Ateliers Santé Ville (ASV), contrat de ruralité, ...), sans oublier leurs objectifs de réduction des ISTS et l'amélioration de parcours de santé adaptés à l'échelon local (ARS, 2016) ...

Les CLS, les ARS, les PRS, sont autant d'outils créés par la loi HPST qui ont indubitablement conduit les politiques publiques vers la territorialisation. E. Le Goff définit cette loi comme une application différenciée des politiques publiques en fonction des territoires, c'est effectivement le principe fondateur du CLS si l'on se réfère au dire de Madame Bachelot. Cependant huit années après sa promulgation les contractants du CLS ont une marge de manœuvre considérable au vu du cadre législatif peu explicite de cet outil. Paradoxalement, les attentes des acteurs semblent fortes au regard des objectifs attribués à cet instrument.

Depuis 2016, les ex-régions : Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ont fusionné pour donner naissance à une nouvelle grande région : la Nouvelle-Aquitaine. Les CLS de ces ex-territoires sont les fruits d'un historique, d'une forme et d'une organisation différenciée, permis entre autres par un cadre législatif un peu flou. Aussi, si la législation en vigueur a instauré la possibilité d'une contractualisation en santé, il est nécessaire d'analyser les perspectives de la démarche CLS huit ans après sa mise en application en prenant pour exemple la situation de la Nouvelle-Aquitaine forte de trois ex-territoires et représentative de ces bouleversements institués par les réformes.

Questionnement et démarche :

Le choix de ce thème de mémoire correspond à une préoccupation de notre terrain de stage. A l'aune de l'évaluation des CLS de première génération, généralement conclus pour une période similaire à celle des PRS c'est-à-dire 5 ans, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé (IREPS) Nouvelle-Aquitaine s'interrogeait quant à leurs perspectives d'évolution dans une région en mutation où les CLS s'élaborent et se développent de manière différente. L'IREPS Nouvelle-Aquitaine est la résultante de la fusion des IREPS Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, cette structure désormais composée d'environ 70 salariés intervient grâce à ses différentes antennes implantées au niveau local. Comme le démontre la création récente de l'IREPS Nouvelle-Aquitaine la réforme territoriale¹ a bouleversé le paysage institutionnel sanitaire et social en engendrant la fusion de plusieurs entités qui jusque-là avaient leur propre façon de fonctionner et ne ciblaient pas toujours les mêmes problématiques. L'étude que nous avons réalisée au sein de ce mémoire a donc été menée dans un

¹ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

cadre institutionnel en mutation et en pleine recomposition avec l'émergence de nouvelles institutions comme l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

L'IREPS est une association loi 1901 qui assure une mission de service public à tous les échelons, dans le cadre de la politique de santé publique. A ce titre, elle est à l'origine :

- De formations initiales et continues en éducation pour la santé
- De la mise à disposition de ressources documentaires (Outils pédagogiques, revues, ...)
- Du relais des grandes campagnes nationales de prévention
- De l'aide au développement local de programmes et d'actions prioritaires
- De la participation à la politique régionale de santé publique, en tant que promoteur de projets et référent en méthodologie
- Du soutien méthodologique aux acteurs locaux dans l'élaboration de leurs projets en éducation pour la santé

Notre mission de stage s'inscrit donc essentiellement dans les trois dernières actions évoquées ci-dessus. Spécifiquement, l'IREPS Nouvelle-Aquitaine fournit un appui méthodologique aux différents projets locaux de santé. Pour cela la structure bénéficie de deux types de financement celui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine au titre de la « Mission Santé et Territoires »² et celui de la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports de de la Cohésion Sociale (DRJSCS) au titre de la politique de la ville. Directement concernés pour bénéficier de l'appui méthodologique de cette mission, les CLS semblaient être un terrain d'étude pertinent pour deux raisons :

- La première réside dans le fait qu'il s'agit d'un outil arrivant à maturité et dont il semble intéressant d'en apprécier l'évolution ainsi que la plus-value à l'échelon local.
- La seconde, c'est le contexte particulier dans lequel sont en train d'évoluer les CLS à la fois impactés par les réformes territoriales mais également bouleversés par l'évolution des politiques publiques de santé.

L'évaluation d'un CLS est une démarche complexe qui réside à la fois dans la réalisation ou non des actions, ce qui suscite entre autres la mise en place d'indicateurs pertinents en préfiguration de la mise en œuvre de l'action, et dans les processus de coordination qui comprennent les regroupements de travail, la réalisation d'un diagnostic, la plus-value sur le public cible, et la cohérence entre l'action et le besoin. Ce faisant, l'évaluation peut interroger différentes phases du CLS (planification, programmation, élaboration, ...) et doit être menée conjointement avec tous les acteurs (professionnels de santé, élus, population générale, contractants) afin d'en tirer le maximum

² Blog Santé et Territoires Nouvelle-Aquitaine : <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/>

d'enseignements. En ce sens, et au vu des missions d'accompagnement et d'appui méthodologique de l'IREPS il nous a davantage paru pertinent de comparer les « profils » des CLS afin de mieux cerner leurs évolutions et de comprendre, en l'état actuel leur plus-value dans les politiques publiques de santé, notamment à l'échelon local. Afin de mener à bien ce mémoire nous avons donc étudié et analysé tous les CLS de la Nouvelle-Aquitaine, ce qui nous a conduits à poser la problématique suivante :

En quoi les CLS participent-ils de la construction des politiques locales de santé ?

Ainsi que trois hypothèses de travail :

- ***Le CLS contribue localement à une mise en cohérence des politiques publiques favorables à la santé.***
- ***La souplesse du cadrage législatif permet une adaptation de l'outil CLS à chaque territoire et acteur.***
- ***Le CLS contribue localement à la considération et à la lutte des inégalités sociales de santé (ISS).***

Ces hypothèses constituent notre terrain d'investigation et ont guidé notre réflexion à travers plusieurs questions intermédiaires. Le but de ce travail n'est pas tant de connaître l'impact des CLS sur les territoires qu'ils recouvrent mais plutôt d'avoir une vision d'ensemble sur leurs apports à l'échelon local.

Méthode et mise en œuvre :

Afin de mener à bien notre étude, la première étape a été de nous intéresser à la littérature concernant les CLS ce qui nous permis de réaliser un guide d'entretien³ portant sur des éléments précis, factuels et potentiellement polémiques. Nous avons par la suite analysé les CLS signés et mis en œuvre dans chaque territoire de la Nouvelle-Aquitaine avec les éléments que nous avons à notre disposition à savoir, a minima le contrat, parfois le plan d'action, des éléments de diagnostic, des comptes rendus de réunions et des éléments d'évaluation. Nous avons également mené des entretiens téléphoniques avec les coordinateurs sur les thématiques que nous avons dégagées au préalable de nos lectures. Pour un seul CLS nous n'avons pas eu la possibilité d'interroger le coordinateur, ni d'avoir accès au contrat. Les entretiens avec les coordinateurs ont varié de vingt minutes à une heure. Nous avons pu interroger 27 personnes dont 24 coordinateurs, ainsi que 3 personnes participants au CLS mais n'ayant pas la fonction de coordinateur, en sachant que la région Nouvelle-Aquitaine compte à ce jour 35 CLS

³ Annexe n°1, Guide d'entretien coordinateurs CLS

signés. Nous avons analysé les éléments collectés grâce au logiciel statistique « Sphinx », afin que les éléments d'analyse restent dans la base de données de l'IREPS et puissent être utilisés à nouveau.

Pour s'inscrire durablement dans l'appui méthodologique des CLS les acteurs de la « Mission Santé Territoires » portée par l'IREPS avaient besoin de connaître à ce jour l'évolution des CLS sur toute la nouvelle région. Dans ce sens, étendre la portée du blog « Santé et Territoire » de l'Aquitaine, reportant les éléments de base du CLS (coordinateur, élu référent, axes stratégiques, phases, contrat) et permettant notamment aux coordinateurs d'avoir des éléments de benchmark, fut la porte d'entrée et la justification pour questionner les coordinateurs de la nouvelle région sur l'évolution de leurs CLS. Nous avons également pu participer à plusieurs réunions qui nous ont confrontés à la réalité de la mise en œuvre du CLS, certaines dans le cadre de la démarche d'évaluation avec les acteurs du groupe d'animation, certaines dans un contexte moins avancé portant sur la présentation du CLS à tous les partenaires avant sa mise en œuvre efficace et d'autres portant sur la suite à donner à cet outil.

Une journée d'échanges de pratiques dans le cadre de la « Mission Santé Territoires » et la structuration de l'IREPS Nouvelle-Aquitaine nous ont également permis de comprendre les divergences au sein des anciennes régions mais aussi dans une même région, tant sur l'accompagnement des CLS par l'IREPS que sur la construction même du CLS ainsi que sur la place du coordinateur.

Notre méthodologie d'enquête a rencontré certaines limites à commencer par le changement de coordinateur sur certains CLS ce qui ne nous a pas toujours permis d'avoir une vision « historique » et précise de celui-ci et parfois même aucune visibilité faute de recrutement d'un nouveau coordinateur. Dans ce cas nous fûmes obligés, dans la mesure du possible, de nous cantonner uniquement au CLS écrit dont le plan d'action n'était pas toujours à disposition. Nous avons également connu des freins dans la disponibilité des contrats, effectivement ceux-ci ne sont que rarement présentés sur Internet et lorsqu'il nous a été impossible d'entrer en contact avec un coordinateur, nous n'avons pas toujours eu la possibilité d'avoir une visibilité correcte sur le contrat. Les entretiens par téléphone ont également présenté certaines limites, effectivement les propos tenus peuvent être sujets à interprétation dans la mesure où il n'y a pas de contact direct entre les interlocuteurs le dialogue demeure très formel et les questions peuvent être subies comme une forme d'évaluation. Dans ces circonstances il a parfois été difficile d'insister ou de reformuler certaines questions afin que le coordinateur ne perçoive pas l'entretien comme un jugement de valeur sur sa pratique. La dernière limite à ce jour pour ce rapport réside dans le fait que nous n'ayons pas eu l'occasion de nous entretenir avec la chargée de mission qui suit les CLS au sein du Pôle Prévention et Promotion de la Santé au niveau de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine et qui aurait pu nous apporter un autre éclairage sur l'outil.

Pour répondre à la problématique portant sur l'apport des CLS sur la construction locale des politiques publiques en santé, il fut nécessaire d'étudier l'outil dans sa globalité et son inscription dans les politiques publiques de manière générale (1), puis de comprendre son implantation à l'échelon local en étudiant tout particulièrement l'exemple de la Nouvelle Aquitaine (2).

1. Le CLS : Singularité d'un outil au cadre législatif souple, confronté à des réformes territoriales d'envergure et à une attente exponentielle des acteurs

Les CLS, instruments de l'action publique, s'inscrivent dans un contexte territorial particulier en refonte constante et soumis à une intervention étatique fréquente mais consciente du besoin de territorialiser les politiques publiques. L'évolution des CLS tient également des politiques de santé, qui, depuis 2009, date d'entrée en vigueur du CLS, ont créé d'autres outils territoriaux censés s'imbriquer avec ce dernier (1.1). Le CLS, reste malgré tout une initiative locale, s'inspirant de démarches préexistantes et qui dépend de l'investissement des collectivités locales dans sa mise en place (1.2). Depuis 2009, des éléments nouveaux sont venus cadrer le CLS, pour harmoniser sa mise en place et cadrer davantage sa légèreté législative afin de répondre aux attentes ambitieuses des acteurs concernant notamment son objectif de réduction des ISS.

1.1 Une législation nationale en faveur de la territorialisation

Les CLS sont des outils de la politique de santé créés afin de décliner les politiques nationales et régionales en adéquation avec les besoins de proximité exprimés par les populations. En ce sens, ils sont des instruments de mise en cohérence de la politique nationale de santé par rapport à une nécessaire territorialisation de cette dernière (Lerique, 2013). Afin d'avoir un périmètre cohérent, le CLS doit tenir compte des politiques de refonte territoriale qui font bouger les lignes des différents échelons jusqu'à celui qui fait le plus sens pour les citoyens : le territoire de proximité (1.1.1). Le CLS est également un instrument de promotion de la santé il doit s'inscrire dans les politiques publiques relatives à la santé qui ont fortement évolué depuis 2009 et la loi HPST (1.1.2).

1.1.1 Le contexte actuel de la territorialisation en France

La décentralisation, tout en désignant des processus variés d'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central, prend également en compte le transfert de compétences aux collectivités territoriales (Polton, 2004). En ce sens, c'est dès 1982 que la loi relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions profite aux acteurs locaux en leur conférant davantage de pouvoir : la région devient une collectivité territoriale à part entière, le conseil départemental est élu au suffrage universel et l'Etat transfère des blocs de compétences au profit des échelons plus locaux. La déconcentration apparaît en 1992 comme une suite logique à la décentralisation afin que les élus locaux désormais dotés de nouvelles compétences ne s'adressent pas systématiquement à l'Etat central. Celui-ci, en désignant une personne qui va exercer en son nom ses compétences se rapproche du lieu d'application des politiques, le principe de déconcentration réside alors dans la répartition des actions entre le niveau national de conception et

le niveau territorial d'exécution sans remettre en cause les compétences de l'Etat dans le domaine. Le décret du 6 juillet 1992 permet une mise à égalité des collectivités territoriales et des services déconcentrés de l'Etat, renforçant dans le même temps la déconcentration, la décentralisation ainsi que la coopération locale. A ce jour, et depuis le décret du 6 mai 2015, l'Etat administre les territoires dans une relation de proximité afin de s'ancrer à leur réalité qui diffère selon les endroits du pays. L'État reconnaît l'initiative au niveau local et les administrations centrales doivent adapter leur fonctionnement aux enjeux de l'administration déconcentrée⁴, d'ailleurs les budgets de ces dernières sont censés être renforcés⁵.

Cependant, le consensus politique français repose sur le paradoxe d'accroître une autonomie locale y compris celle des communes à travers la décentralisation afin de répondre au mieux aux besoins des citoyens tout en préservant un maillage de 36 769 communes inadapté à la gestion actuelle des territoires (Giblin, 2015). Si en 1971, la Loi Marcellin, impulsant l'idée d'une fusion des communes fut un échec, la loi du 12 juillet 1999 ne conserve que trois types de structures de coopération intercommunale : les communautés urbaines, les communautés d'agglomération et les communautés de communes. L'année 1999, marque également la naissance d'un nouvel échelon un peu particulier et défini par la loi Voynet : Le Pays. Il s'agit d'un espace de coopération entre les collectivités dans des domaines d'intervention privilégiés (développement économique, solidarité, ...) afin d'avoir une réflexion plus cohérente, le Pays n'a pas pour autant vocation à déposséder les collectivités de leurs compétences. Pour J-P Gaudin le Pays permet « *que soit désormais acceptée une dialectique entre les options de l'aménagement du territoire et des initiatives nées des territoires, autrement dit entre souveraineté étatique et légitimités locales (deux références ainsi mises sur un même rang et donc invitées à une nécessaire négociation)* ».

Récemment la loi de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles (MAPTAM) du 27 Juillet 2014 inscrite dans l'Acte III de la décentralisation est venue clarifier l'absence de cadre juridique de l'échelon du Pays qui avait été abrogé en 2010 par la réforme des collectivités territoriales, désormais les Pays devront regrouper au moins deux Etablissements de Coopération Intercommunales (EPCI). Les EPCI se résumant aujourd'hui aux syndicats de communes, aux communautés de communes, aux communautés urbaines, aux syndicats d'agglomérations nouvelles, aux communautés d'agglomération ainsi qu'aux métropoles créées par la loi du 16 décembre 2010 et modifiées par la loi MAPTAM. Plus largement, la loi MAPTAM éclaircie les compétences et le périmètre des collectivités territoriales en créant par exemple plusieurs métropoles

⁴ Compte rendu du conseil des Ministres du 6 Mai 2015, Charte de la déconcentration : <http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2015-05-06/charte-de-la-deconcentration>

⁵ Décret n° 2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration

à qui elle confère davantage de pouvoir et en laissant la possibilité aux Pays de se transformer en pôles d'équilibre territoriaux et ruraux (PETR), pendant des pôles métropolitains.

Le second volet de la réforme territoriale, à travers la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral réduit le nombre de régions à treize (vingt-deux auparavant). Cette refonte de la carte régionale, au-delà de l'aspect purement compétitif et de réduction des dépenses publiques, affiche également la volonté de clarifier et rendre plus lisible et efficace le rôle des collectivités pour abandonner le concept de « *mille-feuilles* » territorial.

Dernièrement, la loi de Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015, troisième volet de la réforme territoriale, apparaît comme un véritable tournant dans la prise en compte du besoin des citoyens, avec par exemple le renforcement du rôle des préfets départementaux afin d'animer les services déconcentrés. La place du département comme cadre d'action de l'Etat est d'ailleurs revendiquée par un décret⁶ qui renomme les services de l'Etat de l'échelon départemental en : directions, unités ou délégations départementales, pour une meilleure lisibilité. La loi NOTRe instaure également le « regroupement » de différentes communautés de communes qui ont vu le jour en 1992, afin que ces EPCI atteignent à minima quinze mille habitants, si le seuil peut toutefois être négocié il ne peut atteindre moins de cinq mille habitants. Le principe est de réduire de façon drastique le nombre de communes en augmentant leur seuil légal de démographie. D'ailleurs l'un des enjeux des CLS signés sera de prendre en compte ou non les nouvelles intercommunalités établies par la loi NOTRe. En outre, cette dernière substitue également la clause générale de compétence aux départements et aux régions, celle-ci même qui permettait une capacité d'intervention générale, et non une énumération précise par la loi de leur champ de compétence. La clause générale est toutefois maintenue pour les communes, aussi, le renforcement de l'intercommunalité ainsi que celui des métropoles fragilise les compétences dédiées au département puisque désormais par le versement d'aides ou de subventions, peut être mis en place un guichet unique assuré par l'État, une collectivité territoriale ou un EPCI (art. L1111-8-2 CGCT).

La concrétisation du territoire et les relations de plus en plus fortes entre Etat central et collectivités locales sont le fruit des principes induits par les lois de décentralisation et de déconcentration, toutefois certaines limites voient le jour comme le fait que l'assise territoriale de certains niveaux d'administration ne correspond à aucune réalité humaine (Cherubini, 2011). La complexité réside dans les différents échelons de responsabilité institutionnelle, décentralisée et déconcentrée, qui se

⁶ Décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives

superposent : de proximité (local), de cohérences (départementales), de programmation (régional), de régulations (nationales) (CNSA, 2016).

Le CLS énoncé par la loi HPST du 21 juillet 2009 s'inscrit désormais dans cette refonte territoriale où les compétences des collectivités locales semblent s'accroître au péril d'autres échelons à l'instar du département. Aujourd'hui le CLS doit tenir compte des nouvelles intercommunalités décrites précédemment et s'inscrire dans un périmètre local cohérent, un territoire qui ferait sens pour les citoyens. **Dans ce sens, le territoire couvert par le CLS est-il toujours cohérent ?**

Cet outil doit également s'adapter aux politiques de santé qui évoluent elles aussi vers des approches territorialisées comme le démontre la loi HPST, en mettant en exergue dès son titre le terme de « Territoires ». Le cadrage national des politiques de santé semble essentiel afin que les différents échelons puissent par la suite se saisir de la palette d'outils que propose l'Etat pour mettre en œuvre localement une politique de santé adaptée à leur problématique. En ce sens, la loi HPST est à l'origine de trois outils : les ARS, les PRS ainsi que les CLS, censés permettre une meilleure déclinaison des politiques de santé au niveau local.

1.1.2 L'évolution de la territorialisation en matière de santé depuis la loi HPST

Le contexte français de la mise en œuvre des politiques de santé publique a été soumis, pendant la dernière décennie, à de multiples influences : la reconnaissance progressive de l'échelon régional comme niveau pertinent d'élaboration des politiques de santé ; une évolution des rôles des autorités publiques et parapubliques investies dans ce domaine ayant conduit, notamment, à un réajustement des missions de l'administration déconcentrée ; une affirmation continue de l'importance des territoires comme espace de décision et d'implantation ; des réformes d'envergure, plus ou moins convergentes : lois de décentralisation, de santé publique, loi organique relative aux lois de finances, réforme de l'État et de l'Assurance Maladie (Jabot et Loncle, 2007).

Ce prurit législatif qui a fondé le secteur de la santé ces dernières années reste toutefois marqué par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST. Ce texte emblématique porté par Roselyne Bachelot, à la fois ambitieux et volumineux, vient assoir la prise en compte des besoins spécifiques des territoires en matière de prévention et de promotion de la santé notamment à travers la création d'outils tels que le CLS ou la mise en place des ARS avec leurs instances stratégiques que sont les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA). Ces permette l'élaboration des priorités et des actions régionales (Cherubini, op.cit). Cette loi fait de l'organisation territoriale un de ses points privilégiés, les besoins en santé ne sont pas similaires sur le territoire français, les actions doivent donc par conséquent être adaptées au

plus près des populations, en ce sens les collectivités territoriales deviennent des acteurs incontournables de leur mise en place et ne peuvent être exclues.

Pour répondre à ces besoins, les ARS ont été créées, elles regroupent les différents organismes de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Elles sont chargées de conduire la politique sanitaire au niveau des « Territoires de santé » qui généralement coïncident avec les départements grâce notamment au PRS (Schapman-Ségalié et Lombrail, 2013). Ce dernier s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et il est constitué selon l'article L.1434-2 du Code de la Santé Publique : « 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3° 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. ».

Depuis, la LMNSS du 2016-41 du 26 janvier 2016 a instauré un nouveau PRS gardant les mêmes principes mais recomposé grâce à trois nouveaux constituants que sont le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) valable 10 ans, le Schéma Régional de Santé (SRS) désormais unique et conditionné pour 5 ans ainsi que le Programme Régional Relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Cette loi et notamment l'article L. 1434-2. qui s'en trouve modifié rappelle les objectifs du SRS : « Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle. (...) Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou **par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10**; » à cet effet, les CLS étant une déclinaison du PRS il semblerait que l'un de leurs enjeux à l'échelon local soit la lutte contre les ISTS.

Avec la LMNSS, la territorialisation reste conscientisée, l'importance de la collaboration entre collectivités locales, élus, associations, échelons décentralisés et déconcentrés des services de l'Etat

apparaît essentielle pour assoir une dynamique locale à travers différents projets territoriaux adaptés à des zones urbaines prioritaires de la politique de la ville ou à des zones rurales déficitaires en services et en équipements sanitaires et sociaux de proximité (Cherubini, op.cit). Dans cette intention, l'article L. 1434-10 du Code de la Santé Publique, unique socle législatif du CLS, précise « **le PRS 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** ». Le cadre souple et facultatif des CLS laisse penser que les collectivités territoriales peuvent s'en emparer et se l'approprier afin d'adapter cet outil à leur territoire et à leurs priorités locales, sans omettre que le CLS, comme précisé ci-dessus, s'inscrit avant tout dans le respect des objectifs du PRS. Selon Didier Jourdan, la création des CLS a permis de faire émerger un cadre institutionnel en vue du développement d'actions de santé au plus près des populations. Le CLS vise une démarche multidimensionnelle, puisqu'il est désormais inscrit comme un outil de développement des actions au niveau local, comme le démontre l'exemple de la santé environnementale qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et qui est aujourd'hui également concernée par la contractualisation puisque L'article L. 1311-7 du code de la santé publique est complété, depuis la LMNSS, par un alinéa ainsi rédigé : « *Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est décliné au niveau régional sous forme de plans régionaux " santé environnement ". Ces plans ont pour objectif la territorialisation des politiques définies dans les domaines de la santé et de l'environnement. Ces plans régionaux s'appuient sur les enjeux prioritaires définis dans le plan national tout en veillant à prendre en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions. Ils sont mis en œuvre par les services déconcentrés de l'Etat, les agences régionales de santé et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, notamment par le biais **des contrats locaux de santé***».

Dans le même sens, la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové, appelée plus communément loi ALUR, précise que le CLS a également un rôle à jouer dans la lutte contre l'habitat indigne car si un EPCI s'est vu transféré la prise en charge de cette compétence par convention, alors il devra tenir compte des outils mis en place, dont le CLS.

Outre les politiques publiques régionales de santé, le CLS doit également s'articuler avec celles dévolues aux départements comme la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) qui consacre le département comme chef de file des politiques destinées aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. l'article L .113-2 désormais modifié, du code de l'action sociale et des familles, spécifie que le département met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants. Le département

doit également mettre en œuvre un « conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie »⁷, qui assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, cette nouvelle instance de démocratie participative s'inscrit dans la dynamique de la loi NOTRe, bien que les compétences des départements soient fragilisées. Par la force des choses, le département est dans l'obligation de s'impliquer dans les politiques de santé, au niveau régional, sur la base du volet médico-social du PRS et en direction des EPCI à travers des outils comme les contrats de ville ou les CLS (El Ghazi, 2016).

Dans ce sens, quels sont les acteurs qui participent à l'élaboration du CLS en dehors des ARS et des collectivités ?

S'ajoute aux politiques publiques des différents échelons territoriaux, la création, depuis la LMNSS qui met en exergue l'échelon local comme l'échelon opérationnel des politiques publiques, de nouveaux dispositifs destinés à améliorer les parcours de soins des usagers. Parmi eux nous pouvons en compter quatre concernant la santé mentale : le projet territorial de santé mentale, le diagnostic territorial partagé en santé mentale, le contrat territorial de santé mentale (CTSM) ainsi que la communauté psychiatrique en santé mentale constituant le socle de la psychiatrie. Enfin avec la LMNSS les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) deviennent des pivots légalement consacrés. Cette loi est aussi à l'origine des Contrats Territoriaux de Santé (CTS), signés entre des équipes de soins primaires ou des communautés professionnelles territoriales de santé et l'ARS et concourant à l'amélioration des soins primaires, ainsi que les Plateformes Territoriale d'Appuis (PTA) amenées à apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie.

Les trois outils opérationnels de la LMSS sont donc désormais : les CTS, les CTSM ainsi que les CLS. Pour créer un maillage cohérent au niveau des territoires, ces nouveaux instruments doivent s'articuler entre eux, cependant leurs périmètres géographiques peuvent différer et le risque réside alors dans la perplexité des opérateurs de terrain face à cet empilement de strates administratives. Déjà, à la suite de la promulgation de la loi HPST, certains auteurs se questionnaient quant à la multiplicité des dispositifs et mettaient en avant le risque qu'ils ne répondent pas aux objectifs recherchés faute d'articulation, ils pointaient également un système en « tuyaux d'orgue » qui serait coûteux dans tous les domaines (ressources humaines, financement, temps) (Amat-Roze, 2011). Dans cette optique, les CLS vont devoir s'agencer avec ces nouveaux dispositifs de contractualisation, portés sur des périmètres différents et ne mobilisant pas toujours les mêmes contractants.

Afin que les acteurs de terrain et la population se sentent concernés et impliqués dans toutes ces démarches territoriales leur participation semble préconisée, d'ailleurs les conférences de territoire désormais remplacées par les conseils territoriaux de santé donnent un avis sur les CLS. Les conseils

⁷ Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
Roxane BACQ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes - 2016-2017

territoriaux de santé vont faire perdurer la démocratie en santé, sur les territoires de démocratie sanitaire par l'intermédiaire de l'expression des usagers avec par exemple l'intégration de personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Ainsi, la démocratie participative en santé se retrouve au niveau départemental grâce aux conseils territoriaux de santé, à l'échelon régional avec les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et enfin la Conférence nationale de santé assure la participation des usagers au niveau national.

Comme le souligne à juste titre Geneviève Gueydan, Directrice de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le secteur médico-social est confronté à des réformes "d'une densité exceptionnelle", à des "chantiers structurants" qui sont confrontés dans le même temps à la réforme territoriale. De plus, l'émergence des nouvelles régions a un impact direct sur les ARS ainsi que sur les services déconcentrés de l'Etat. Le CLS se trouve à l'interface d'une logique descendante de la part de l'ARS qui tente d'imposer un « leadership territorial » et d'une logique ascendante et plus participative, celle des acteurs locaux. Ainsi, ces derniers en s'engageant dans le CLS doivent répondre à la fois aux problématiques « spécifiques » des territoires infrarégionaux et aux objectifs du PRS (Haschar-Noé et al, 2015). Sans compter que la démarche CLS est un construit qui s'inscrit dans une démarche territoriale qui n'est pas toujours vierge d'initiative locale. Cette forme de contractualisation doit prendre en compte les démarches communautaires préexistantes et progressives depuis les premières lois de santé. Sans oublier que la culture locale en santé des élus et des techniciens et la transmission d'une génération à l'autre sont des facteurs déterminants dans les innovations en matière de santé publique (Le Goff, 2011).

1.2 L'échelon local : Quelles compétences dans les domaines sanitaire, sociaux et médico-sociaux ?

La santé est un champ d'action complexe, qui ne peut se transformer et se réaliser sans un budget dédié. A l'aune de la territorialisation, il s'agit de voir qu'elle est la marge de manœuvre des communes dans le domaine sanitaire, social et médico-social, et comment les territoires ruraux et urbains font face aux problématiques de santé (1.2.1). De plus, si l'Atelier Santé Ville (ASV) fut précurseur en matière d'appropriation et d'émergence d'une culture commune en promotion de la santé dans les villes on peut se poser la question de sa destinée avec le développement du CLS couvrant des territoires plus larges et variés (1.2.2).

1.2.1 La commune, un acteur institutionnel, marginalement impliqué dans l'action sanitaire et sociale ?

Avant 1983 et les lois de décentralisation, la politique de santé est exclusivement régaliennne et charge aux municipalités et aux associations de mettre en œuvre des approches plus communautaires. Les lois du 7 juillet et 22 juillet 1983 transfèrent l'action sociale aux collectivités territoriales toutefois il n'existe aucune définition précise des compétences attribuées aux différents échelons, l'article 3 de la loi du 7 juillet spécifiant simplement « *la répartition des compétences entre les collectivités territoriales et l'Etat s'effectue, dans la mesure du possible, en distinguant celles qui sont mises à la charge de l'Etat et celles qui sont dévolues aux communes, aux départements ou aux régions de telle sorte que chaque domaine de compétences ainsi que les ressources correspondantes soient affectés en totalité soit à l'Etat, soit aux communes, soit aux départements, soit aux régions* »⁸. Peu explicitées, les compétences obligatoires en matière de santé et d'action sociale dévolues aux communes sont en fait peu nombreuses : constitution d'un registre des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, lutte contre l'exclusion, domiciliation et création d'un CCAS⁹ (sauf dans les communes de moins de 1500 habitants), notons également que le maire peut siéger au conseil de surveillance de l'hôpital de sa commune. L'appropriation de ces domaines par les communes semble toutefois en constante évolution puisque désormais la signature d'une convention avec le département permet à un EPCI de se voir doter d'aptitudes en la matière, en démontre les services municipaux de désinfection et les services communaux d'hygiène et de santé, soutenus financièrement par la dotation générale de décentralisation correspondante. Au même titre les communes peuvent également relayer après conventionnement avec l'Etat des programmes particuliers et spécifiques répondant aux problématiques de leurs territoires. La collectivité locale a également un rôle à jouer dans l'accès aux soins, puisqu'elle peut « *attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins* »¹⁰ en accord avec l'ARS et les organismes d'assurance maladie. Dans ce sens, le CLS peut permettre de valoriser par exemple la création de maisons de santé, qui, selon l'article L. 6323-3 du code de santé publique sont « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens* » qui font le choix d'inscrire leur démarche dans un véritable projet de santé s'inscrivant dans les objectifs du SRS et regroupant également des activités de promotion de la santé et d'éducation à la santé (Education thérapeutique du patient, ...). Ces équipements contribuent fortement à l'offre de

⁸ Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat *loi Defferre*.

⁹ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹⁰ Code générale des collectivités territoriales – Article L15118

premiers recours et le CLS constitue un support de ces démarches intégratives en valorisant l'action mais aussi en l'inscrivant, celle-ci peut être reconnue comme une priorité et engendrer la nécessité de promouvoir cet aménagement par l'intermédiaire de la coordination des acteurs. De plus le territoire de proximité se trouve être celui où les habitants ont accès à l'offre de premiers recours et où la coopération entre acteurs semble être la plus pertinente, en ce sens le CLS peut être un vecteur de renforcement du partenariat et de la dynamique locale. D'autant plus que désormais des équipes de soins primaires constituées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé permettent aux professionnels d'agir de manière intégrative en travaillant à différents endroits du territoire avec une forme de coordination plus souple passant a minima par la transmission organisée des informations. De ce fait pour que le CLS ait une réelle plus-value sur l'accès aux soins de premiers recours la participation des médecins à sa mise en place semble indispensable.

Le CCAS, plaque tournante de l'action sociale au niveau local, permet aux communes d'exercer des compétences sociales obligatoires et facultatives afin de répondre à la détresse sociale au plus près des populations en coordonnant différents dispositifs, sans se substituer au chef de file en la matière : le département. Le CCAS intervient sur tous les types de public puisqu'il peut créer et gérer des missions et des établissements médico-sociaux (ESAT, structures pour personnes âgées, Soins Infirmiers A Domicile (SIAD) ...) cela en fait un acteur ressource du tissu local à l'instar du coordinateur du CLS et un partenaire idéal dans la démarche de contractualisation. D'autant plus que dans cet écosystème compliqué où certaines communes ont un sentiment d'abandon et de désengagement du conseil départemental dans la mise en place de l'action sociale (DREES, 2014), le CLS peut a fortiori permettre une rencontre des différents échelons et s'apparenter à un espace de travail et de collaboration. J. Barroche souligne « *le problème, s'agissant de la France, est que le choix n'a jamais été opéré entre la clause générale de compétence et l'attribution légale de compétences, la subsidiarité faisant en quelque sorte office de compromis boiteux en lieu et place de ce non-choix* », dans ce sens la subsidiarité peut être assimilée au CLS mais aussi à la politique de la ville qui a facilité l'appropriation de la compétence santé en zone urbaine.

La politique de la ville émerge dans les années 80, avec pour objectif le développement social des quartiers. La loi du 28 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions marque un véritable tournant puisque la santé fait désormais partie de la diversité des processus d'exclusion, c'est à partir de cette époque que vont progressivement se développer l'intégration des problématiques de santé dans les « contrats de ville » et la mise en place d'« ateliers santé ville » dans les années 2000 (Jourdan, 2012). Effectivement, la mise en œuvre de la politique de la ville passe, comme le CLS, par une contractualisation entre le préfet du département, le président de l'intercommunalité, les maires des communes ainsi que la région. L'année 2015, comme pour l'échelon national, marque également une refonte du niveau local avec une nouvelle géographie prioritaire à travers un unique critère « la

concentration urbaine de pauvreté », ainsi de nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville voient le jour (environ 1300) alors que d'autres ne répondent plus au critère de la géographie prioritaire (Basé sur le « revenu »). Un contrat de ville intercommunal permet désormais de mobiliser l'ensemble des politiques publiques, dont la santé. Actuellement, le contrat de ville repose sur trois piliers : le développement économique et de l'emploi, la cohésion sociale ainsi que le cadre de vie et le renouvellement urbain, aussi pour être durables ces politiques doivent s'inscrire dans la politique régionale (El Ghozi, 2012).

Le contrat de ville implique les habitants des quartiers prioritaires via les « conseils citoyens » créés par la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, trois principes fondamentaux les régissent : l'autonomie, leur composition, réunissant des acteurs locaux mais également des citoyens désignés par tirage au sort et leur représentation, dans chaque instance de pilotage du contrat de ville. Une telle instance pourrait également participer à la co-construction du CLS, d'autant plus que le CLS s'apparente généralement au volet thématique santé du contrat de ville¹¹ lorsque celui-ci existe. Cependant deux ans après le vote de cette loi, et ce, malgré les obligations légales, moins de 60% des communes avaient mis en place cette instance¹². Ces conseils représentent pourtant avec les conseils territoriaux de santé l'unique espace qu'il est possible de laisser à des citoyens lambda. **En ce sens, quelle est la place et le statut des populations dans le CLS ?**

Aujourd'hui, le gouvernement a consacré l'intercommunalité comme le lieu de régulation des sociétés contemporaines partant du fait que c'est à cette échelle que se posent la plupart des problèmes économiques et sociaux (Honta, 2017). La loi NOTRe a permis aux zones d'hyper ruralité de se former en intercommunalités depuis le 23 juin 2016, les zones rurales peuvent également bénéficier d'un contrat de ruralité, pendant du contrat de ville. Basé sur six volets : accès aux services et aux soins, revitalisation des bourgs centres, attractivité du territoire, mobilités, transition écologique et cohésion sociale. Le contrat de ruralité coordonne les moyens pour accompagner la mise en œuvre des projets de territoire en créant une dynamique locale par l'intermédiaire du renforcement du partenariat. Les zones rurales ont également été des zones d'expérimentation en matière de santé, comme le démontre par exemple la démarche originale « Pays de Santé » impulsée notamment par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) qui joue un rôle majeur dans la protection sociale et la prise en charge médico-sociale dans le monde agricole. Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹³, en milieu rural les figures de pauvreté sont en partie les mêmes qu'en milieu urbain mais les représentations emblématiques du milieu rural ont la vie dure et tendent à faire penser le contraire

¹¹ Circulaire aux modalités opérationnelles d'élaboration des contrats de ville, Paris le 15 octobre 2014

¹² Donnée issue de journée d'échanges organisée le 10 juin 2016 par la « Coordination nationale Pas sans Nous » et « l'Institut de la concertation ».

¹³ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000616.pdf>

(Berthod-Wurmser, 2012). La mobilité reste un vecteur de paupérisation des zones rurales et une réelle problématique, notamment chez les néoruraux qui n'en prennent conscience qu'une fois sur le lieu de vie (Gilbert, 2015), alors même que dorénavant l'exode urbain s'est substitué à l'exode rural. D'ailleurs ces nouvelles populations génèrent de nouveaux besoins aux deux extrémités du parcours des âges (Pagès, 2013). Mais la ruralité bénéficie d'une vision positive et tout porte à croire que les évolutions technologiques et idéologiques tendent à écarter la précarisation et à idéaliser les zones rurales (FORS, 2014). Ainsi au-delà des personnes âgées isolées, les zones rurales doivent également prendre en charge des familles néorurales et des jeunes peu qualifiés, isolés socialement et culturellement. Mais paradoxalement, le désengagement de l'Etat en milieu rural, peut parfois être à l'origine d'un vrai dynamisme associatif et d'une plus forte implication des habitants (Roullier, 2011). **Ainsi, existe-t-il des spécificités locales perceptibles dans le CLS ?**

La multiplicité des textes et des mesures intégrant des éléments relatifs à une politique de santé n'en facilite pas la lisibilité globale (Lombrail, 2015). Toutefois ces différentes stratégies pour territorialiser l'action publique conduisent indubitablement à de nouvelles formes de coopération à l'échelon local, ceci entraîne un décloisonnement du secteur médical et une incontestable intersectorialité qui comme le propose le CLS amène les acteurs à décloisonner leurs pratiques, leurs regards, et à s'associer dans une logique collaborative. D'ailleurs, le CLS et ses objectifs de participation citoyenne ainsi que de collaboration étroite entre acteurs ne sont pas nés dans un contexte vierge de ce type d'initiative. Les ASV, inspirés des démarches de « santé communautaire » (Chambaud et Schaezel, 2009) sont considérés comme de véritables précurseurs en la matière et sont à l'origine de nombreux CLS et CLSM. Ces dispositifs, déployés à une échelle plus large que le périmètre des ASV, témoignent d'une reconnaissance de l'efficacité de ces derniers à mettre en mouvement les acteurs territoriaux, au bénéfice de la santé des populations concernées.

1.2.2 Les ASV émanant des contrats de ville : Un dispositif précurseur

L'ASV est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé¹⁴. En 1999, la naissance de cette initiative permet la formalisation d'un objectif, celui de réduire les ISTS. Un an après, en 2000, une circulaire¹⁵ précise les missions, les modalités de leur déploiement mais également leur articulation avec le PRAPS, les ASV bénéficient donc contrairement aux CLS d'un cadrage national. En 2006 le Comité Interministériel des Villes permet une généralisation de la démarche ASV dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale

¹⁴ <http://www.plateforme-asv.org/tout-savoir-sur-les-asv>

¹⁵ Circulaire N°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

(CUCS), la santé est désormais « le 5^{ème} pilier » de la politique de la ville. La convergence de la politique de santé et de la politique de la ville est désormais efficiente et l'ASV devient une véritable déclinaison des recommandations du PRS à l'échelon local. Les expériences recueillies montrent les qualités d'animation et de coordination territoriale de la démarche ASV qui créent un important travail en réseau, construisent des partenariats et mobilisent les habitants sur le territoire. Les questions de santé y sont traitées sous l'angle des déterminants de santé (urbanisme, social, environnement, logement...) et l'ensemble s'appuie sur une approche territorialisée de l'action publique. L'ASV semble avoir été la porte d'entrée de construction des CLS sur les territoires urbains, il a eu un rôle pivot dans la mise en place de cet outil que ce soit par l'antériorité du diagnostic, par l'approche participative et de coordination des réseaux existants ou encore par l'intermédiaire du coordinateur ASV qui constitue un pilier central dans la mise en place du CLS¹⁶. **Ainsi, existe-t-il aujourd'hui une articulation entre les CLS et d'autres dispositifs tels que les ASV ?**

Le CLS est mentionné pour la première fois, sous la forme de Contrat Local De Santé Publique (CLSP) dans le cadre du Plan Espoir Banlieue (PEB) 2008. Une année plus tard, le CLS est conforté dans la circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009 qui spécifie que « *ces nouveaux outils de développement local permettront de coordonner l'action publique de l'agence régionale de santé (ARS) et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées* ». Mais c'est bel et bien la loi HPST qui rend compte et affirme le CLS comme un instrument facultatif de contractualisation entre ARS et collectivités territoriales. La circulaire précise toutefois que le CLS doit trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville, puisqu'en 2009 des dispositifs tels que les ASV préexistent, bien qu'ils soient circonscrits au périmètre des quartiers sensibles. L'interrogation porte alors sur le déploiement d'une politique locale de santé couvrant l'ensemble du territoire communal, voire intercommunal, le CLS semble pouvoir répondre à cet objectif.

Le CLS vise a priori les mêmes objectifs de réduction des ISS que l'ASV qui est lui principalement concentré sur les zones prioritaires. Le CLS est de fait considéré comme la réponse institutionnelle à l'innovation ASV puisque qu'il est inscrit dans la loi et financé par les ARS, cependant il présente un double risque : la dénaturation de la forme originale de l'ASV d'inspiration communautaire, ainsi que son déploiement hétérogène sur le territoire français (Bourgueil, 2017). **Dans cette perspective, existe-t-il à ce jour une variété dans les formes et l'organisation de la contractualisation des CLS ?**

Selon une enquête de Marina Honta¹⁷, les coordinateurs ASV sont plutôt frileux et critiques quant à la mise en place des CLS, puisque selon eux le risque réside dans la réduction du budget alloué aux ASV,

¹⁶ Source issue du séminaire ASV/CLS du 14 et 15 Septembre 2012

¹⁷ « Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance », 2017

notamment depuis la réforme de la ville ciblée sur une géographie prioritaire resserrée. Il est aujourd'hui impossible de déterminer le devenir des ASV, le nombre de CLS déjà signés et possiblement reconduits induira soit une migration des ASV au profit des CLS, soit une cohabitation des deux dispositifs, comme c'est généralement le cas aujourd'hui, avec les actions des ASV inscrites dans le plan d'action du CLS (Le Goff, op.cit). Le succès du CLS repose principalement sur la capacité des ARS à développer la compétence d'animation et de gestion de projet local en santé mais aussi sur l'évolution de la gouvernance territoriale de proximité en santé parfois inexistante sur certains territoires (Bourgueil, op.cit). Les regroupements, « autour de la table », entre acteurs, à l'instar de la démarche de l'ASV, permettent une rencontre entre des professionnels jusqu'alors peu habitués à travailler ensemble, voir méconnus, mais qui envisagent d'améliorer le bien vivre de la population sur leur territoire. Pour cela, l'emploi d'un coordinateur recruté spécialement semble indispensable, son salaire doit être pris en charge de manière paritaire par tous les signataires (Lerique, op. cit).

A ce jour, la place de la santé au sein de la politique de la ville et donc le rôle de coordination dans la démarche ASV semble être fragilisé. Le poste de coordinateur ASV bénéficiant historiquement de crédits dédiés à l'animation à la différence du CLS, s'avère aujourd'hui moins pérenne. Premièrement parce qu'il est difficile d'intégrer de nouveaux acteurs dans des organisations cloisonnées tant en terme institutionnels que professionnels et secondement car la coordination engendre un coût pour permettre une meilleure lisibilité du « mille-feuille » territorial, sans remettre en cause le champ institutionnel et politique à l'origine de cet empilement de strates administratives : la préférence va à la coordination plutôt qu'à la réorganisation qui ne peut aujourd'hui s'appuyer sur un modèle cible de gouvernance (Bourgueil, op.cit). Y. Bourgueil, souligne également qu'il ne peut y avoir de consolidation du poste de coordinateur ASV, du fait également des récentes lois qui visent une mutualisation des moyens et une plus grande efficacité des dépenses publiques, cependant selon lui, ce poste pourrait évoluer vers les fonctions de pilote CLS. L'exercice et donc la pérennité du poste de coordinateur d'ASV sont menacés puisque ceux-ci doivent prendre en compte les modalités complexes de mise en cohérence des politiques nationales et territoriales et l'érosion des ressources disponibles (Honta, op.cit). Comme pour la démarche ASV, le coordinateur CLS doit également être au fait du devenir des différentes politiques publiques. **Ainsi les activités d'animation des CLS sont-elles financées et les coordinateurs sont-ils associés aux orientations des politiques publiques ?**

Les compétences formelles des collectivités territoriales sont modestes et comme évoqué ci-dessus, il existe un éparpillement de ces dernières sans réelles attributions légales spécifiques en matière de santé pour les élus municipaux alors que ces derniers sont responsables des politiques locales vectrices de santé (au sens large) et sont en première ligne concernant la demande croissante de la population sur l'accès aux soins, la prévention, la protection, ... D'où leur légitimité à agir et à s'auto saisir

(Bourgueil, op.cit), notamment par l'intermédiaire du CLS. La contractualisation permettrait à terme de réduire les ISS, mais à l'instar du contrat de ville, les moyens dévolus à la politique de la ville sont inégaux d'un territoire à l'autre et l'Etat retient avant tout les projets jugés les meilleurs ou prioritaires à son sens (Gaudin, 2004). L'enjeu est finalement de réduire les ISS, sans en créer de nouvelles.

1.3 Le CLS : Paradoxe d'un outil facultatif contribuant à la réduction des ISS

Le CLS aborde des spécificités au vu de son cadrage législatif souple (1.3.1), cependant au fil des années les ARS ont élaboré et proposé des documents permettant une meilleure prise en main de l'outil par les acteurs locaux (1.3.2), mais les éléments structurants le CLS sont-ils suffisants pour répondre à l'objectif de réduction des ISS ? (1.3.3)

1.3.1 Le cadre législatif du contrat

Selon l'article 1101 du code civil, le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose. La contractualisation est donc portée a minima par deux partenaires, ARS et collectivité locale dans le cadre du CLS. La collectivité locale en étant partie prenante au contrat, peut se saisir d'une problématique si elle ne peut pas suffisamment l'être dans les cadres « classiques » d'intervention¹⁸, en ce sens cette forme contractuelle semble répondre au principe de subsidiarité. Toutefois, comme le souligne J. Barroche « *parler de subsidiarité ne suffit pas pour en faire une réalité tangible, précisément parce que le mot charrie avec lui des réalités très contrastées. La subsidiarité est un slogan politique et non un principe juridique ; elle est un objet juridique indéterminé, une catégorie juridique introuvable* ». **Ainsi, existe-il des variétés dans les formes et l'organisation de la contractualisation ? Le CLS répond-il à des critères partagés et équitables ?**

Il est possible d'assimiler le CLS, au « contrat relationnel » défini par J. Perrot, ce dernier à l'inverse du contrat de type « classique », est basé sur la confiance réciproque des acteurs afin d'agir vers un intérêt commun. Le principe de rationalité limitée dicte de trop grandes incertitudes quant à la réalisation des objectifs du contrat, « *de ce fait, il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé : il suffira de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes de travail et sur les moyens que l'on mobilisera pour réaliser les actions* » (Perrot, 2005). Dans le même sens, le contrat relationnel, ne présente pas d'opposabilité dans ses modalités, dans le cas du CLS aucun dispositif contraignant n'est prévu en cas de non-respect des engagements des contractants¹⁹. Le CLS peut également être qualifié

¹⁸ Document de travail Ireps Nouvelle-Aquitaine.

¹⁹ Recherche-Action EN3S, 2013

de démarche « *contractuelle sectorielle vers des dispositifs ciblés et engageants* »²⁰, dans le sens où il vise en premier lieu l'amélioration du service rendu aux usagers. Les citoyens sont donc les bénéficiaires mais rarement les destinataires de la stratégie d'action mise en place qui implique davantage l'ensemble des acteurs au niveau local à même de contribuer au renforcement d'une action publique précise. Selon la manière dont il est négocié le CLS peut dans certains cas se traduire par un véritable transfert de charges de l'Etat vers les collectivités. Autrement, il peut relever d'un protocole d'accord entre acteurs publics qui travaillent ensemble pour améliorer et/ou compléter le service rendu aux usagers²¹. Toutefois, la contractualisation locale en santé apporte une plus-value en termes de régulation et de coordination des acteurs locaux, par l'intermédiaire de l'acteur étatique, notamment au vu des évolutions du système de santé qui entraînent une complexification des rapports à l'échelon de proximité²². **D'ailleurs les axes prioritaires soulevés dans le CLS expriment-ils une recherche de cohérence dans les politiques publiques ?**

Il existe tout de même des réserves à cette démarche contractuelle notamment de la part des collectivités car elles ne sont pas toutes à égalité, d'une part car les règles de cofinancement à parts égales Etat et collectivités locales font que certaines collectivités renoncent à la contractualisation car elles ne sont pas en capacité d'assumer le reste à charge, d'autre part ces règles accroissent parfois les inégalités lorsque deux collectivités sont aidées de façon équivalente alors que leurs recettes fiscales par habitant sont très disparates, de plus le manque de capacité d'ingénierie est souvent un frein rédhibitoire²³. Enfin, la loi ne précise pas si l'ensemble du territoire national a vocation à être entièrement couvert par des CLS : la question des disparités territoriales ne semble donc pas être réglée par les CLS (Le Goff, op.cit).

Aussi, la souplesse législative de l'outil CLS peut être considérée comme un atout puisqu'elle laisse aux ARS l'opportunité de formaliser leur partenariat avec les collectivités territoriales, toutefois elle entraîne également un questionnement sur la diversité des contrats qui émanent de la loi HPST ainsi que la façon dont ils vont être mis en œuvre sur le territoire.

1.3.2 Les éléments structurant le contrat

La singularité du CLS réside dans sa souplesse législative qui n'a trouvé de cadre structurant qu'en 2011. A cette date un « kit méthodologique » issu de l'expérimentation d'Ile-de-France est remis aux ARS et vise à fixer un cadre national de référence. Effectivement le législateur a simplement permis la

²⁰ Rapport INET, 2013

²¹ Op.cit 20

²² Op.cit 19

²³ Op.cit 20

contractualisation sur l'ensemble des champs de compétences des ARS, mais rien n'est précisé sur les éventuels champs du contrat, sur le contenu ou sur les territoires concernés. Ce guide permet d'avoir une vision claire sur les champs que peut recouvrir le contrat en rendant compte des éléments de référence du CLS, d'éléments de méthode et d'outils opérationnels²⁴. Ces articles bien que complets et formalisés ne sont en rien obligatoires et c'est aux contractants de se saisir ou non de ce modèle proposé. Dès 2011, alors qu'il existe assez peu de recul sur les CLS puisque la plupart des contrats ont été initiés entre 2011 et 2014, l'outil CLS est présenté avec un objectif de réduction des ISS. De cette manière, le CLS ne doit pas se réduire à une simple programmation d'actions mais plutôt s'inscrire dans une logique de projet visant l'amélioration de la santé pour tous, d'où la référence législative à la promotion de la santé. Le CLS sert également de support à la mise en œuvre du PRS, à ce titre il n'est pas une reconnaissance des initiatives des communes, même si des représentants des communes sont présents au cours de l'élaboration du projet, par l'intermédiaire des instances de l'ARS (Le Goff, op.cit). Dans le même temps le CLS se veut être un outil participatif, déployant un programme d'actions co-construit à partir des besoins locaux avec deux objectifs prioritaires pour les territoires : la réduction des ISTS et la mise en œuvre de solutions pour une offre de santé de proximité. La lecture du « kit méthodologique » laisse toutefois une liberté considérable aux contractants puisque l'initiative de construire un CLS peut venir tant de la collectivité que de l'ARS et les initiatives locales déjà existantes peuvent être vectrices ou non de contractualisation pour faciliter la mise en place du CLS, bien que ce dernier doive privilégier les zones blanches, fragiles ou particulièrement vulnérables.

Afin de répondre à l'objectif de lutte contre les ISS, le CLS par l'intermédiaire d'un diagnostic partagé et validé par tous, doit permettre une identification des problèmes de santé prioritaires, déclinée sous la forme de mesures concrètes à mettre en œuvre localement, en cohérence avec les objectifs régionaux. Pour ce faire, il est nécessaire de dégager les ressources collectives pour agir localement sur les objectifs partagés lors du diagnostic dans la phase pré-opérationnelle, afin de regrouper des financements de manière à traiter efficacement et de manière concertée les problématiques les plus urgentes. **Les CLS reposent-ils sur des expertises ? De quelle nature ?**

Sachant que le CLS est un contrat de moyens et non d'objectifs il ne possède à ce titre aucun budget spécifique et les signataires sont considérés comme les principaux financeurs. Par la signature ils s'engagent à mobiliser et articuler les ressources spécifiques aux dispositifs et actions retenus. Il s'agit d'un redéploiement des crédits, ainsi l'ARS se voit dans l'obligation de prioriser les actions qu'elle souhaite voir se perpétuer et dans ce sens de prioriser ses financements à partir du diagnostic. L'enjeu de l'ARS réside donc dans le fait de contracter ou non avec des acteurs locaux pour répartir au mieux

²⁴ <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>

les moyens dévolus prioritairement aux objectifs du PRS ou dynamiser la coopération et la logique de réseau.

Afin d'avoir une certaine cohérence de l'action publique pour l'utilisateur, le référentiel des CLS²⁵, produit par l'ARS Ile-de-France en 2016, propose une structuration de différentes instances : instance de pilotage, instance technique et enfin des groupes thématiques constitués principalement d'acteurs locaux. La participation des usagers est également recherchée mais J. Perrot relève les difficultés de cette participation car les questions de la représentativité, de la technicité et du langage administratif ou tout simplement la disponibilité sont autant d'obstacles à l'inclusion systématique d'une ou plusieurs associations d'usagers dans les contrats²⁶. La représentation des usagers présente en plus certaines limites car elle peut être éloignée du savoir profane et porter un regard plus professionnel sur les problématiques. Effectivement certaines associations de représentation des usagers sont peu indépendantes face au monde médical et les usagers sont alors représentés par de véritables experts. D'autant plus que l'agrément des associations est à la main de l'Etat, c'est donc lui qui confère une certaine légitimité à l'association (Chambaud, Schaetzel, op.cit).

L'un des enjeux fort du CLS est de concilier à une échelle de proximité à la fois les logiques descendantes (du PRS) et ascendantes (des dynamiques locales) afin de répondre à des enjeux de territoire. En ce sens, les CLS ne découlent pas d'une politique de santé publique élaborée avant tout à l'échelle locale : l'ARS joue un rôle de régulateur en fixant les thématiques régionales de santé qui seront appliquées à l'échelle locale, dans une approche de la santé plus intégrée que les politiques nationales territorialisées sectorielles (Le Goff, op.cit). Cependant si la mise en place des CLS peut traduire la prédominance de l'Etat sur les collectivités en matière de santé, les CLS sont dans les faits issus des collectivités (Le Goff, 2012), effectivement s'agissant d'un contrat l'ARS ne peut en ce sens agir seule. De plus, le contrat n'a pas vocation à décliner l'ensemble des préconisations du PRS, mais à élaborer en concertation entre les acteurs, des objectifs prioritaires et précis pour réduire les ISS.

1.3.3 La nature de l'outil CLS permet-elle une réduction effective des ISS ?

Définir le concept d'ISS est loin d'être un exercice aisé puisqu'il n'existe à ce jour pas de définition universelle de ce concept. Toutefois, il est admis que les ISS sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre des groupes sociaux (Moquet, 2008). L'Institut National Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) définit le concept d'ISS comme des « *écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et*

²⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>

²⁶ Op.cit 20

reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux ». L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques, ces différents facteurs recouvrent le concept de « déterminants de la santé »²⁷ dont la combinaison des effets impacte la santé. Le lien entre un individu et sa position sociale n'est plus à démontrer, le CLS est en théorie l'outil privilégié de lutte contre les ISS au niveau local (Bourgueil, op.cit) et se doit donc d'intervenir sur les déterminants de la santé afin de développer une justice sociale. Différents modèles des déterminants de la santé existent et cherchent à identifier un lien entre un déterminant et une ISS. La majorité des modèles mettent en avant l'importance de l'appartenance à une catégorie sociale, il s'agit ici du gradient social que l'INPES définit comme une « *observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.* » mais d'autres modèles mettent en avant l'importance d'agir dès la petite enfance et d'autres encore explicitent le critère culturel. En agissant localement grâce aux CLS les pouvoirs publics espèrent traiter les problèmes sociaux de façon transversale et multidimensionnelle afin de lutter contre les ISS. La réduction des ISS grâce à un outil comme le CLS interroge, effectivement comment le CLS peut-il à la fois réduire les différences dans le domaine de la santé au sein du périmètre qu'il recouvre, tout en tenant compte des recommandations et des orientations généralistes du PRS.

Pour rendre compte des ISS au sein d'un territoire donné, les acteurs doivent analyser les ISS propres à ce territoire en soulevant les déterminants sociaux vecteurs de ces ISS ainsi que les publics concernés et en explicitant également pourquoi ce public est sujet à telle ou telle ISS. Le référentiel des CLS 2016, élaboré par l'ARS Ile de France, dégage les trois composantes d'un indicateur de mesure des ISS, celui-ci se trouve à l'intersection d'un intervalle de mesure de l'état de santé ou de ses déterminants (Mortalité, morbidité, habitudes de vie, conditions matérielles, maturité scolaire, ...) et l'indicateur de position sociale (Genre, défavorisation, ethnie, géographie). Pour caractériser une ISS il faut donc faire du lien entre des données épidémiologiques, sanitaires ou médicales et les caractéristiques « sociales » (au sens large) des individus, des groupes et des territoires concernés. Mais là encore, chaque territoire ayant ses propres problématiques celles-ci n'iront pas forcément dans le même sens que les recommandations induites par le PRS. Ainsi, la question se pose quant à savoir de quelles ISS le CLS compte s'emparer, effectivement il existe plusieurs types d'ISS et les ISS infranationales sont en fait de deux types bien distincts : les inégalités dites « intra » (entre individus ou groupes au sein d'un même territoire) et les inégalités dites « inter » (entre les populations de plusieurs territoires). Cependant

²⁷ Annexe n°2

rien, ni dans les textes législatifs, ni dans les éléments structurants le CLS, n'explique les ISS qu'entend traiter la contractualisation. Dans l'idéal si le répond au principe d'universalisme proportionné c'est-à-dire qu'il combine à la fois une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée), cela pourrait concorder avec l'approche « *Top-down* » et « *Bottom-up* » dont il est sujet. Le CLS proposerait des actions universelles en concordance avec le PRS, avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale selon les catégories sociales et les besoins qu'elles requièrent sur le territoire qu'il recouvre. **Mais les CLS permettent-ils de caractériser et traiter les ISS ?**

D'autant plus que le choix de la taille de la « maille », c'est-à-dire l'échelle d'analyse d'un phénomène, peut changer le diagnostic, ainsi les priorités d'action des inégalités se réduisent à l'échelle régionale et départementale mais croissent dans un même territoire, par exemple entre centre-ville et périphérie (Conseil Economique Social et Environnemental, 2013). Dans ce sens, le diagnostic du CLS doit être le plus fin possible afin de cerner au mieux les problématiques. Si la nouvelle méthode mise en place pour le recensement de la population permet désormais de disposer annuellement de la répartition par âge et par sexe de la population, quel que soit le niveau géographique, l'interprétation des données est plus complexe à mesure que le territoire analysé se réduit, notamment pour des aspects de significativité statistique²⁸. Il existe des outils pour mesurer les relations entre données sanitaires et gradients sociaux, notamment à des niveaux géographiques fins mais ceux-ci sont encore insuffisants (IGAS, 2011). Ainsi, le diagnostic doit reposer idéalement sur une combinaison de données qualitatives auprès des professionnels, de la population et des élus et quantitatives provenant de systèmes d'informations statistiques (FNORS, 2012). Selon la Fédération des Observatoires Nationaux de Santé (FNORS), suite au diagnostic, il est nécessaire de prioriser les actions, il est possible de favoriser une thématique inscrite dans un programme national ou régional déjà établi et financé (il s'agit d'une priorité à ces échelons) où à l'inverse, favoriser une thématique qui n'est pas encore prise en compte par ailleurs.

Enfin, le CLS en mettant en place des actions publiques se doit d'être évalué, il apparaît cependant que le processus d'évaluation se réfléchit lors de l'écriture du diagnostic avec par exemple la création d'indicateurs, de critères. Selon D. Migaud, l'évaluation est indispensable pour trois raisons : l'évaluation participe d'un souci de transparence dans l'usage des fonds publics, les citoyens ont une exigence accrue quant à la qualité de leurs services publics, les interventions économiques et sociales génèrent, pour la plupart, des effets d'aubaine dont la mesure est essentielle pour apprécier l'efficacité et l'efficacité d'une politique.

²⁸ Gazette Santé Sociale, Une étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé au centre des politiques, 02/12/2010

En 2014, M-S. Desaulle insistait « *Les contrats locaux de santé sont de nature à être des outils de coordination et d'intégration des acteurs au niveau local. Leur souplesse doit être maintenue. C'est l'outil de plaidoyer et d'actions concertées dans une approche transversale. C'est le lieu de "l'intersectorialité opérationnelle"* ». Aujourd'hui de quelle nature sont les CLS ? Leur souplesse n'entraîne-t-elle pas un renforcement des inégalités ? Permettent-ils une mobilisation effective et une certaine cohérence de l'action publique ?

2. Les CLS à l'épreuve des évolutions territoriales : l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine

De nombreuses interrogations entourent la mise en place du CLS, nous avons soulevé différentes questions intermédiaires en première partie en posant le cadre contextuel actuel dans lequel s'inscrit le CLS. Nous allons tenter d'y répondre à l'aide de notre enquête portant sur les CLS de la Nouvelle-Aquitaine. La Nouvelle-Aquitaine étant une nouvelle région il nous a paru pertinent de s'intéresser à la typologie des CLS au sein de cette grande région (2.1). Le CLS semble comme nous avons pu le constater en partie 1 porteur de lourdes ambitions cependant peut-il toutes les honorer ? (2.1)

2.1 Typologie des CLS de Nouvelle-Aquitaine

Le regroupement de l'Aquitaine, du Limousin et de Poitou-Charentes couvre un territoire de 84.000 km² ce qui en fait la région la plus vaste de France puisqu'elle recouvre 15,5% du territoire national. La Nouvelle-Aquitaine compte 5,8 millions d'habitants, elle est sujette à de fortes disparités territoriales, en démontre les 147 habitants / km² en Gironde et les 22 habitants / km² dans la Creuse. La répartition de la population s'organise autour d'une métropole bordelaise rassemblant sur son aire urbaine plus d'1,1 million d'habitants, mais qui est également le lieu de résidence d'un habitant sur cinq²⁹. Outre la métropole bordelaise, la Nouvelle-Aquitaine compte également un ensemble de dix villes dont l'aire urbaine dépasse les 100 000 habitants : Bayonne, Limoges, Poitiers, Pau, La Rochelle, Angoulême, Niort, Agen, Brive et Périgueux mais également un réseau de petites villes et bourgs ruraux accueillant environ trois habitants sur dix. Cette nouvelle région présente différents espaces plus ou moins denses mais aussi de vastes zones rurales, une façade maritime attractive ainsi que des massifs montagneux ce qui implique des atouts et des enjeux variés mais aussi le risque de développement de « territoires à plusieurs vitesses » (CESER Aquitaine, 2015). Dans cette région propice à de nombreuses dynamiques territoriales les CLS se sont développés de manière différente selon leur implantation, l'histoire du territoire, l'année de la contractualisation, ... en somme de nombreux vecteurs ont impacté leur mise

²⁹ Annexe n°3

en place. En ce sens dresser un panorama rapide des CLS de la région semble essentiel pour répondre par la suite à nos hypothèses.

Comme le montre le tableau n°1, sur les 35 CLS de Nouvelle-Aquitaine, 17 ont été signés sur le territoire de l'Aquitaine, 14 sur celui de Poitou-Charentes et 4 sur l'ex région du Limousin. Notons, que depuis 2015, les CLS sont signés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. A ce jour les 12 départements de la Nouvelle-Aquitaine possèdent à minima un CLS, les mieux fournis sont les Pyrénées-Atlantiques ainsi que la Charente, avec respectivement 5 CLS³⁰ chacun. Il faut toutefois noter qu'un département peut posséder plusieurs CLS qui ne couvrent finalement qu'un petit périmètre géographique comme la commune, ce qui est le cas par exemple de 2 CLS sur 3 dans la Vienne bien que ceux-ci couvrent une zone urbaine. En revanche les départements les moins bien dotés sont la Corrèze et la Haute-Vienne, deux départements situés dans l'ex-Limousin, où un seul CLS est développé sur ces territoires, dont le CLS de Limoges (Haute-Vienne) qui ne couvre que des quartiers spécifiques de la commune. Pour le reste, les CLS sont au nombre de 2 ou 3 par département avec un périmètre assez variable allant par exemple de 79 km² à 3332 km². Toutefois, le nombre de CLS signés par département ou région ne traduit pas forcément un taux de couverture du territoire.

Tableau n° 1 :

Ex région du CLS

	Nb	% cit.
Aquitaine	17	48,6%
Poitou-Charentes	14	40,0%
Limousin	4	11,4%
Total	35	100,0%

Le tableau n°2 indique l'année de signature des CLS et l'ex-région dans laquelle ils ont été signés. Les premiers CLS ont été contractés en Poitou-Charentes et en Limousin, d'ailleurs sur les 4 CLS actuels en Limousin, 3 ont été signés en 2011. L'année 2013 semble être la plus fructueuse, quatre ans après la promulgation des CLS dans la loi HPST, 9 ont été contractés en ex-Aquitaine et 6 en ex-Poitou-Charentes. Les derniers CLS en date ont été signés en 2016 et donc au nom de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et sont au nombre de 6, 1 dans le département de la Dordogne, 1 en Lot-et-Garonne et 3 en Pyrénées-Atlantiques pour l'ex-Aquitaine mais également 1 en Charente-Maritime sur l'ex-Poitou-Charentes³¹.

³⁰ Annexe n°4, Tableau n°1

³¹ Annexe n°4, Tableau n° 2

Tableau n° 2 :

Année de contractualisation en fonction de l'ex région							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Aquitaine	0	0	9	2	1	5	17
Poitou-Charentes	1	1	6	2	3	1	14
Limousin	3	1	0	0	0	0	4
Total	4	2	15	4	4	6	35

La durée du contrat est comprise entre 3 et 12 ans si l'on se réfère au tableau n° 3, toutefois certaines valeurs sont à nuancer, effectivement plusieurs contrats s'alignent sur la durée du PRS, ce qui signifie que leur durée n'est pas précisée et qu'ils sont par la force des choses sujets aux avenants et à une éventuelle prorogation du PRS. Aussi, force est de constater que cette phrase : « *Le présent contrat prend effet à la date de sa signature pour une durée correspondante à la période de validité du Projet Régional de Santé Poitou-Charentes (5 ans), publié le 15 Décembre 2011* » tirée du contrat du Pays de Thouarsais est ainsi couramment utilisée quelle que soit la date de signature du CLS, même s'il est toujours précisé que ce dernier peut être modifié par voie d'avenant par l'une ou l'autre des parties contractantes. La prorogation officielle des contrats est d'ailleurs censée être à l'origine d'un avenant, toutefois le processus que requiert la mise en place d'un avenant et notamment l'apposition de la signature par les parties contractantes, semble être une démarche fastidieuse. Ainsi il nous a été difficile de savoir quels contrats étaient officiellement prorogés, car il nous semble au vu de la citation précédente et des dires des coordinateur de CLS que la prorogation peut également se faire de manière officieuse si le PRS a été prorogé. En définitive il ne semble pas exister de durée « type » des CLS en Nouvelle-Aquitaine, ces derniers sont généralement signés pour être en cohérence avec le PRS sans plus de précision, même si sur les derniers CLS en date il est parfois précisé au sein du contrat que celui-ci pourra faire l'objet d'une modification par avenant lors de la mise en place du PRS 2018 afin qu'il puisse s'articuler avec les nouvelles priorités.

Tableau n°3 :

Durée initiale du contrat		
	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,9%
3 ans	22	62,9%
5 ans	5	14,3%
1 an	3	8,6%
2 ans	2	5,7%
12 ans	1	2,9%
4 ans	1	2,9%
Total	35	100,0%

Comme nous l'avons vu précédemment les territoires couverts par les CLS sont assez hétérogènes dans leur périmètre géographique. Seul l'un des CLS est implanté et rattaché à un territoire métropolitain, il s'agit du CLS de Bordeaux qui ne couvre qu'une commune. Si nous estimons que la communauté d'agglomération ainsi que la métropole se situent principalement en zone urbaine et que les communautés de communes et les Pays caractérisent davantage des zones rurales³², alors au vu du tableau n°4 nous pouvons considérer que globalement il y a autant de CLS en zone urbaine qu'en zone rurale en Nouvelle-Aquitaine même si les découpages territoriaux sont eux, très hétérogènes.

Tableau n°4 :

Typologie territoire de rattachement

	Nb	% cit.
Communauté d'agglomération	17	50,0%
Pays	8	23,5%
Communauté de communes	8	23,5%
Métropole	1	2,9%
Total	34	100,0%

Au vu des circonstances actuelles des réformes territoriales que nous avons évoquées en partie 1 ainsi que de l'attente des acteurs du nouveau PRS prévu pour 2018, il nous a semblé intéressant de questionner la situation des CLS. Comme le montre le tableau n°5, il s'avère que 14 d'entre eux se trouvent dans une phase de « transition », cette phase regroupe diverses situations :

- Soit une évaluation terminée et une attente des acteurs sur les priorités du nouveau PRS, c'est le cas pour les 3 CLS du département de la Vienne (Châtelleraut, Poitiers, Montmorillonnais Lussacois) mais également pour celui de la Rochelle et de la ville d'Angoulême pour l'ex-Poitou-Charentes, de la communauté d'agglomération du Grand Villeneuvois et du CLS de Nord Landes pour l'ex-Aquitaine, du CLS de la Haute-Corrèze, d'Aubusson-Felletin et de Bourgueuf de la Vassivière dans le Limousin. Ces 10 CLS ont donc été évalués selon les dires de la personne avec qui nous nous sommes entretenus. Malgré tout, les coordinateurs n'ayant pas les mêmes outils, les mêmes directives et ne bénéficiant pas non plus d'une aide comparable pour procéder à une évaluation, celle-ci ne porte pas toujours sur les mêmes processus ou finalités. En ce sens et au vu de son importance l'évaluation fera l'objet d'une partie ultérieure.

- Soit des ruptures dans la coordination et une reprise récente du CLS par un nouveau coordinateur, comme par exemple en Basse Navarre Soule où le CLS n'a pas eu de coordination pendant deux ans, ou dans le Nord-Dordogne où il y a eu une vacance de poste pendant 6 mois. Dans ce type de situation le coordinateur doit prendre connaissance du territoire et dans le même temps

³² Source permettant d'objectiver les zones rurales et urbaine : http://www.collectivites-locales.gouv.fr/differents-groupements-intercommunaux-0#__RefHeading__58_587734144

s'investir dans le CLS, ce qui implique cette phase de transition, le temps que ce dernier s'approprié l'outil et la situation dans laquelle il se trouve.

- Enfin la phase de « transition » recouvre une situation où le coordinateur doit réaliser une évaluation finale mais qu'il n'a pas les outils nécessaires ni la méthodologie pour entreprendre une telle démarche, il est ainsi dans l'attente de directives.

Par ailleurs deux coordinateurs de CLS sont en train de mener leur démarche évaluative et 11 d'entre eux poursuivent le développement de leurs actions (principalement ceux qui ont signé en 2015-2016).

Tableau n°5 :

Phase du CLS en fonction de l'ex région							
	Transition	Développement	Non précisé	Evaluation	Planification	Arrêt	Total
Aquitaine	4	7	2	2	1	1	17
Poitou-Charentes	7	4	3	0	0	0	14
Limousin	3	0	1	0	0	0	4
Total	14	11	6	2	1	1	35

Enfin, le tableau n°6 montre que peu de CLS ont été actualisés depuis leur écriture puisque seuls 7 d'entre eux ont évolué autrement que par le rajout de fiches actions, cela peut d'ailleurs interroger sur l'efficacité de l'animation territoriale locale.

Tableau n°6 :

Evolution fondamentale du CLS		
	Nb	% cit.
Non réponse	7	20,0%
Non	21	60,0%
Oui	7	20,0%
Total	35	100,0%

Nous pouvons constater au vu du tableau n°7 que 2 CLS se sont organisés de manière différente après la signature puisqu'ils s'ordonnent aujourd'hui autour de « projets » généraux et non plus de fiches actions et 2 CLS ont porté des modifications sur leurs axes. Cependant malgré ces actualisations, les « nouveaux » CLS prenant en compte les modifications n'existent pas et n'ont pas donné lieu à une réécriture ou à un changement du contrat, il s'agit davantage de changements à la marge. Aussi nous nous sommes appuyés sur le contrat initial pour ce présent rapport et nous n'avons pas pris en compte les transformations des CLS, évoqués uniquement par les coordinateurs, puisque ces dernières n'apparaissent nulle part ou alors nous n'avons que trop peu d'éléments pour les prendre en compte.

Tableau n°7 :

Type de changement dans le CLS

	Nb	% cit.
Non réponse	28	80,0%
Les fiches actions sont devenues de véritable "projets"	2	5,7%
Changement des axes	2	5,7%
Ajout d'un axe	1	2,9%
Nouveau(x) signataire(s)	1	2,9%
Réactualisation de toutes les fiches actions	1	2,9%
Total	35	100,0%

La situation en Nouvelle-Aquitaine ne peut se résumer à ce simple panorama toutefois cette typologie des CLS permet d'ores et déjà de comprendre l'impact du cadre législatif flou à la fois sur la durée du contrat et sur la phase dans laquelle se trouve certains CLS. Toutefois nous ne pouvons pas sur ce simple recueil de données effectuer une analyse approfondie. C'est pourquoi nos questions intermédiaires étudiées à la lumière des CLS de la Nouvelle-Aquitaine vont servir de base pour éclairer nos hypothèses.

2.2 Le CLS en question

Grâce aux questions intermédiaires soulevées dans la partie 1 nous sommes en capacité de répondre aux hypothèses que nous avons posées lors de notre introduction, concernant la fonction du CLS dans la mise en cohérence des politiques publiques (2.2.1), l'impact d'une souplesse législative (2.2.2) et enfin la mesure dans laquelle le CLS peut réduire les ISS (2.2.3).

2.2.1 La contractualisation : une réponse au besoin de mise en cohérence des politiques publiques favorables à la santé ?

L'hypothèse posée au début de ce travail était la suivante : **Le CLS contribue localement à une mise en cohérence des politiques publiques favorable à la santé.**

La contextualisation de l'outil CLS nous a permis de dégager cinq questions intermédiaires :

- **Quels sont les acteurs qui participent à l'élaboration du CLS en dehors des ARS et des collectivités ?**
- **Les axes prioritaires soulevés dans le CLS expriment-ils une cohérence des politiques publiques ?**
- **Le territoire couvert par le CLS est-il toujours cohérent ?**
- **Existe-il une articulation entre le CLS et d'autres dispositifs ?**
- **Les coordinateurs sont-ils associés aux orientations des politiques publiques ?**

Les collectivités territoriales réalisent environ 70 % de l'investissement public en France, en ce sens il apparaît indispensable que les politiques publiques décidées par l'État soient menées en concertation avec les collectivités, la négociation pouvant prendre des formes plus ou moins formalisées et plus ou

moins équilibrées (Pontier, 2012). Les CLS ainsi que l'engagement des contractants, nécessaire à leur mise en place, apparaissent comme des instruments efficaces car ils se substituent aux décisions autoritaires de l'Etat-nation par un consentement réciproque, censé garantir une meilleure coopération que des interventions imposées. Le contrat implique donc en premier lieu les signataires qui sont comme nous l'avons vu en partie 1 les principaux financeurs puisqu'ils sont directement concernés par la mise en place de l'outil. A l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine le nombre de signataires varie entre 3 et 15 comme le montre le tableau n° 8, ce qui implique une certaine disparité tant dans la mobilisation des moyens que dans la diversité des politiques représentées. Sans surprise l'ARS ainsi que la collectivité territoriale sont constamment signataires, pour 33 CLS sur 35 la préfecture est également contractante et pour 25 d'entre eux le conseil départemental l'est aussi. En revanche la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) n'est signataire que de 12 CLS sur 35, sur les 4 CLS de l'ex-Limousin mais aussi en Aquitaine où elle s'est engagée dans 8 CLS³³. Cette démarche interroge sur les variations de positionnement des caisses départementales qui sont signataires ou pas, même si globalement elles restent malgré tout des partenaires privilégiés. Nous pouvons percevoir des différences à l'échelle des trois ex-régions, ainsi en ex-Poitou-Charentes le CLS ne concerne que 4 à 5 signataires : ARS, collectivité territoriale, préfecture et éventuellement le conseil départemental. L'éducation nationale avec 8 CLS en ex-Aquitaine ainsi que la Mutualité Sociale Agricole avec 9 CLS signés (3 en ex- Limousin et 6 en ex-Aquitaine) sont également des acteurs non négligeables.

Tableau n° 8 :

Nombre de signataires

	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,9%
De 4 à 5	14	40,0%
De 8 à 9	8	22,9%
De 6 à 7	4	11,4%
Moins de 4	4	11,4%
12 et plus	3	8,6%
De 10 à 11	1	2,9%
Total	35	100,0%

Les médecins sont mobilisés en tant que contractants sur seulement 2 CLS à travers l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), selon S. Fleuret actuellement seuls les médecins les plus militants intègreraient des démarches territorialisées comme les CLS. Un coordinateur souligne que les instances représentatives des médecins sont dans la mesure du possible des partenaires privilégiés même si bien souvent il semblerait que celles-ci réclament une place au sein du CLS sans pour autant s'investir dans les groupes de travail alors même que l'horaire a été pensé pour les médecins (après

³³ Annexe n° 4, Tableau n°3

19 heures par exemple). Cette place centrale qu'occupent les médecins est confirmée par le fait que dans 16 CLS, ces instances de représentation que sont l'URPS ou le Comité Départemental de l'Ordre des Médecin (CDOM) sont mentionnés dans le comité décisionnel³⁴ alors que la participation concrète des médecins est souvent peu effective selon certains coordinateurs. L'aspect chronophage et non rémunéré de ce type de démarche peut, selon S. fleuret expliquer l'absence d'implication des médecins. Dans le même temps il semblerait que les médecins ne perçoivent pas toujours la plus-value d'un outil comme le CLS sur leur propre pratique. Selon un professionnel, les médecins généralistes agissent déjà de manière concertée entre eux, sans avoir besoin de participer à ce type de coopération regroupant une pluralité d'acteurs qui n'ont pas toujours de lien avec leur profession. Par ailleurs, certains coordinateurs et membres d'équipe d'animation ne comprennent pas toujours l'intérêt d'avoir un représentant départemental qui n'a finalement pas une connaissance fine des problématiques locales. Selon eux le corps paramédical peut venir pallier le manque de représentants sanitaires. Effectivement des réseaux d'acteurs déjà constitués et motivés pour ce type de démarche territorialisée, comme par exemple une équipe d'infirmiers libéraux connaissant les problématiques locales, peuvent contribuer à une amélioration de ce qui touche à l'accès aux soins mais aussi à la prévention et la promotion à la santé car ce sont des interlocuteurs privilégiés auprès des usagers. Néanmoins les médecins restent identifiés comme les premiers acteurs de la santé et il apparaît difficile, selon S. Fleuret, de répondre aux ambitions du CLS alors que ces derniers sont généralement absents lors des réflexions portant sur la résorption des inégalités de santé sur leur territoire. Globalement, de nombreux acteurs des corps médicaux et paramédicaux manquent à l'appel : pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ... Alors que ces derniers exercent dans des lieux ou chez l'habitant et peuvent délivrer des messages d'éducation et de promotion de la santé qui sont d'autant plus efficaces lorsqu'ils sont articulés avec la vie des territoires locaux (Fleuret, 2017).

Fédérer des acteurs autour de déterminants larges de la santé semble difficile à mettre en œuvre selon les thématiques et les problématiques puisque toutes les structures ne s'intéressent pas aux mêmes publics ni aux mêmes enjeux. Selon, S. Fleuret, les actions du CLS ciblent davantage des publics dans une logique verticale où à contrario le CLS nécessiterait une approche horizontale, transversale et à destination de tous. D'ailleurs lorsque l'on s'attarde sur les axes thématiques, c'est-à-dire les priorités du CLS, en Nouvelle-Aquitaine, nous nous apercevons que ceux-ci portent principalement sur un public ou sur une thématique précise : la personne âgée, le bien vieillir, la santé des jeunes, la santé des publics précaires, la lutte contre les addictions, ...³⁵ Il existe néanmoins des axes plus larges qui a priori devraient favoriser l'intersectorialité, comme par exemple « la prévention et la promotion de la

³⁴ Annexe n°4, Tableau n°4

³⁵ Annexe n°4, Tableau n°5

santé », « la coordination et la continuité des soins » qui implicitement font appel à la notion de « parcours de santé » ou encore la « santé environnementale ». Nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe une corrélation entre le nombre et le nom des axes, mais les axes les plus large et qui potentiellement pourraient favoriser la pluri professionnalité, ne dépasse que rarement le nombre de 4³⁶ et nous pouvons nous interroger sur la composition en termes de fiches actions de ces axes. Ainsi, la seule lecture des axes n'est pas suffisante pour appréhender la synergie des acteurs et les secteurs traités car certaines actions identiques se retrouveront dans deux axes différents selon le CLS, et la largesse des thématiques que recouvrent les axes. Cela pose d'ailleurs question quant à la mise en place et l'articulation des champs d'intervention dans les groupes de travail à l'origine des fiches actions. Effectivement, si une action ou un sujet problématique est récurrent dans plusieurs CLS mais intégré à différents axes cela signifie-t-il qu'il est imposé, qu'il ne découle pas d'une réflexion co-construite ? Ou a contrario qu'il semble nécessaire de le traiter dans tous les territoires et qu'il doit figurer dans le CLS ? Cela nous interroge et laisse à penser que certaines actions doivent absolument figurer au sein du CLS sans pour autant qu'elles aient de corrélation avec les axes prioritaires retenus et donc avec les problématiques de l'échelon local. Par ailleurs, nous pouvons supposer que si tel est le cas cela laisse moins de place pour d'éventuelles actions innovantes et plus adaptées à l'échelon local.

L'exemple de la santé environnementale permet d'illustrer le fait que le partenariat entre acteurs avec des champs de compétences variées n'en est pas encore à son apogée. La « santé environnementale » lorsqu'elle fait office d'un axe au sein d'un CLS apparaît, potentiellement, comme une des priorités qui sera à même d'être la plus fédératrice, la plus horizontale et intersectorielle. Le tableau n°9 montre qu'en Nouvelle-Aquitaine sur 35 CLS, 27 ont investi la thématique de la « santé environnementale », soit par l'intermédiaire d'une seule fiche action, soit via un axe à part entier. Cependant le tableau n°10 montre que malgré une inscription formelle de cette thématique dans les CLS, globalement les coordinateurs considèrent son investissement réel comme secondaire. Effectivement plusieurs coordinateurs expliquent la démarche descendante de cette thématique qui provient généralement d'une directive de l'ARS et le caractère délicat pour eux, au niveau local, de réunir des acteurs pour travailler sur le sujet et faire émerger des fiches actions. La difficulté de rassembler les acteurs impacte la teneur des fiches qui sont, soit inexistantes, soit non réalisées faute de pilote, soit ne dépassent pas le stade de la simple sensibilisation³⁷. Un coordinateur explique également qu'une telle thématique peut paraître moins urgente pour la population que d'autres enjeux avec des solutions préconçues et bénéficiant d'une meilleure visibilité publique.

³⁶ Annexe n°4, Tableau n°6

³⁷ Annexe n°4, Tableau n°7

L'intérêt pour certaines problématiques diverge également selon les ARS, par exemple l'ex-Aquitaine avait beaucoup investi la thématique « santé environnementale » puisque 11 CLS sur 17 s'en étaient emparés³⁸. Dans ce sens un coordinateur d'une des deux autres ex-région explique que désormais, suite à la fusion, il a été contraint de traiter l'enjeu de la « santé environnementale » et plus particulièrement la prise en compte de la qualité de l'air intérieur notamment dans les espaces où se trouvent des enfants et des femmes enceintes³⁹.

Tableau n° 9 :

Affichage santé-environnement

	Nb	% cit.
Non réponse	3	8,6%
Oui	27	77,1%
Non	5	14,3%
Total	35	100,0%

Tableau n°10 :

Investissement réel santé-environnement

	Nb	% cit.
Non réponse	11	31,4%
Partiellement	9	25,7%
Non	8	22,9%
Oui	7	20,0%
Total	35	100,0%

Concernant la petite enfance et la périnatalité⁴⁰, la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 6 ans ainsi que l'entretien prénatal précoce sont les deux thématiques principalement abordées lorsque cet enjeu est couvert. A terme, avec la fusion de la nouvelle région nous sommes en droit d'imaginer que certaines thématiques seront uniformisées ou harmonisées à l'ensemble des trois ex-régions puisque chacune d'elle semble présenter des actions « phares » au sein de leurs CLS : l'amélioration du parcours de santé de la mère en ex-Aquitaine (présent dans 12 CLS sur 17) ou l'équilibre alimentaire et l'activité sportive en Poitou-Charentes (présent dans 7 CLS sur 14), notamment impulsées par les démarches ASV. Dans ce sens, il nous semble que certaines actions proposées répondent parfois davantage à des priorités « descendantes », à des impératifs qu'à des besoins locaux.

Il apparaît également difficile de parler de fédération des acteurs et de démarche horizontale lorsque le CLS est source d'incertitude à bien des égards, et notamment au niveau des financements des actions ou des instruments de type économique comme les appels à projets mettent en concurrence les territoires dans un contexte de restriction budgétaire (Haschar-Noé et Salamero, 2016). Cette situation est d'ailleurs soulignée par plusieurs coordinateurs qui expliquent que lors de la mise en œuvre des premiers CLS, certaines associations avaient l'espoir de se voir attribuer des moyens supplémentaires pour mettre en place certains projets. Ils exposent aussi la démarche de réponse à appel à projets, longue et fastidieuse, qui n'est pas adaptée pour des associations avec peu de moyens humains et financiers. Au regard des données de la Nouvelle-Aquitaine peu d'associations sont

³⁸ Annexe n°4, Tableau n°8

³⁹ Stratégie régionale en santé environnementale autour de la petite enfance : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/strategie-regionale-en-sante-environnementale-autour-de-la-petite-enfance>

⁴⁰ Annexe n°4, Tableau n°9

associées à la signature des CLS puisque seuls 3 CLS les intègrent, bien que certaines participent tout de même à l'élaboration des fiches actions par l'intermédiaire des groupes de travail. M. Bresson qualifie et définit la participation de l'action publique en France comme tel « *il peut s'agir de donner plus de pouvoir aux élus locaux et aux collectivités territoriales (au détriment par exemple, d'associations qui auraient pris trop de « pouvoir local ») ; ou, de donner une marge de manœuvre plus grande aux administrations déconcentrées des ministères ; ou encore, de recomposer les relations entre les acteurs publics pour favoriser leur mise en cohérence, dans le cadre de signatures de conventions* ». Cela semble plutôt bien résumer la situation des CLS en Nouvelle-Aquitaine, rappelons cependant que la participation citoyenne est presque inexistante sur certains CLS, mais cette problématique sera traitée plus longuement dans la partie 2.2.3.

La cohérence de l'action publique passe également par une articulation optimale entre les dispositifs. Au regard du tableau n° 11 en Nouvelle-Aquitaine, 20 coordinateurs estiment que le CLS s'articule avec des dispositifs existants et 11 ont précisé que le CLS s'articulait avec un ASV, généralement, dans ce cas, les fiches actions concernant ce dispositif sont intégrées au CLS. Lorsqu'il n'existe pas d'articulation avec d'autres dispositifs, selon les coordinateurs, cela s'explique par l'absence de démarche de santé publique formalisée et de structuration évidente de la mission santé avant la mise en place du contrat.

Tableau n° 11 :

Articulation avec d'autres dispositifs

	Nb	% cit.
Non réponse	5	14,3%
Oui	19	54,3%
Non	11	31,4%
Total	35	100,0%

En Nouvelle-Aquitaine, sur 12 territoires, l'ASV a été à l'origine d'une démarche CLS, en revanche sur les 11 ASV encore en place (l'ASV de Limoges étant désormais complètement remplacée par le CLS), 3 ont fusionné leurs instances avec celles du CLS pour des raisons de redondances autant dans la mise en place des réunions que dans la similitude des acteurs présents. Toutefois, comme le montre le tableau n° 12, l'ASV n'est pas le seul dispositif à trouver une articulation avec le CLS puisque 8 CLS impliquent désormais dans leurs actions la consécration d'un CLSM légalement admis depuis la LMNSS. Ce nouvel outil interroge cependant les coordinateurs car à l'instar du CLS peu d'indications législatives le définissent et si certains ont arrêté leur choix sur deux instances séparées, d'autres se questionnent sur l'intérêt d'une telle option car toutes les actions du CLSM auront de fortes chances d'être intégrées au sein du CLS. De plus, le secteur psychiatrique ayant ses propres périmètres géographiques, ce nouvel outil ne couvre pas forcément le même territoire que le CLS. A ce titre, certaines communes ont donc deux CLS différents mais un CLSM mutualisé, ce qui une nouvelle fois questionne sur la mise

en cohérence des politiques publiques et interroge sur la cohérence du territoire couvert par le CLS. Cependant les dispositifs s'articulant avec le CLS et cités par les coordinateurs montrent toutefois la diversité des thématiques que celui-ci peut couvrir : environnemental à travers le Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT), le Plan Local d'Urbanisme (PLU) ou le Parc Naturel Régional (PNR), éducative avec le projet éducatif local ou le Programme de Réussite Educative (PRE), les politiques de l'emploi avec le Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE), ...

Tableau n°12 :

Autres dispositifs sur le territoire

	Nb	% obs.
Non réponse	16	45,7%
ASV	11	31,4%
CLSM	8	22,9%
Démarche TEPOS	2	5,7%
PLIE (Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi)	2	5,7%
PRE	2	5,7%
Contrat de ville	2	5,7%
Projet éducatif local	1	2,9%
SCOT	1	2,9%
Parc National Régional	1	2,9%
PLU	1	2,9%
MAIA	1	2,9%
Plateforme développement social	1	2,9%
Contrat de ruralité	1	2,9%
Maison de santé	1	2,9%
CLIC	1	2,9%
Total	35	

Comme S. Fleuret, O. David estime que l'échelle locale présente plusieurs avantages dont une meilleure mise en cohérence des politiques publiques. Selon lui la référence à un territoire et non plus à une population ou à un groupe bien identifié induit le développement d'analyses plus globales, dépassant les logiques proprement sectorielles et permettant de mieux lire les situations locales, elles permettent de mobiliser les différents partenaires et acteurs locaux pour mettre en place des projets de développement cohérents. Cependant, pour que la cohérence des politiques publiques soit efficiente, il est nécessaire que le CLS couvre un périmètre qui lui donne du sens. Aussi, si l'on se réfère au tableau n° 13, il apparaît qu'en Nouvelle-Aquitaine, outre le CLS de Bordeaux, 8 autres CLS se déploient sur une seule commune, voire certains quartiers d'une commune, comme c'est le cas pour la ville de Limoges dans l'ex-Limousin où le CLS s'étend sur 9 quartiers prioritaires et où il n'existe désormais plus d'ASV. Le CLS de la ville de Limoges, bien qu'ayant un périmètre singulier, n'est pas pour autant une exception puisque le CLS de Mont-de-Marsan en ex-Aquitaine couvre 2 communes

différentes sans que celles-ci ne soient formées en communauté de communes. Enfin la région ex-Poitou-Charentes a développé 6 CLS sur 14 qui ne couvrent qu'une seule commune, il s'agit des communes d'Angoulême, Cognac, Soyaux, la Rochelle, Poitiers et Châtelleraut. Ceci nous questionne car depuis la promulgation de la loi NOTRe, certaines communautés d'agglomération ou communautés de communes se sont agrandies, pourtant il n'est pas toujours prévu, selon certains coordinateurs, qu'il y ait dans la même logique un élargissement du périmètre du CLS. A titre d'exemple, la communauté d'agglomération d'Angoulême comptait, au 1^{er} janvier 2016 16 communes avec deux CLS ne couvrant que deux communes : Soyaux et Angoulême. Depuis le 1^{er} janvier 2017 la communauté d'agglomération du grand Angoulême comprend 38 communes mais garde ces 2 CLS distincts inscrit dans deux communes différentes ainsi qu'une action mutualisée entre les deux : le CLSM. Pour le moment, à court terme, rien ne semble établi si ce n'est la réflexion d'une mission de santé publique ouverte sur le grand Angoulême. A contrario d'autres communautés de communes ou d'agglomération ont fait le choix d'intégrer les nouvelles communes à leur CLS dès le 1^{er} Janvier 2017. L'intégration de nouvelles communes au CLS est parfois un exercice difficile selon un coordinateur, car certaines communes ne se reconnaissent aucune mission de santé publique, ni de compétences ou de personnes formées, aussi il ne suffit pas qu'elles « absorbent » ce qui a été fait sur la commune portant le CLS. Enfin, d'autres coordinateurs assurent que l'élargissement ne pourra se faire qu'en 2018, car certaines communes ne semblent pas prêtes à s'inscrire dans un tel dispositif. Toutefois certaines actions semblent nécessiter la mutualisation de moyens et donc la coopération de communes même si elles ne sont pas encore intégrées dans le CLS, c'est par exemple le cas pour l'ouverture d'un centre de santé.

Tableau n° 13 :

Typologie territoire CLS		
	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,9%
Communauté d'agglomération	9	25,7%
Pays	8	22,9%
Commune	8	22,9%
Communauté de communes	8	22,9%
Métropole	1	2,9%
Total	35	100,0%

La cohérence de l'action publique exige une communication en interne entre les acteurs des différents échelons, entre les élus et le coordinateur mais aussi entre la délégation départementale de l'ARS et le coordinateur, notamment à la suite de la réforme territoriale. Le CLS est censé s'inscrire dans les objectifs du PRS, dans ce sens ARS et collectivités se doivent d'échanger pour actualiser le CLS ou réorienter ses actions, ce qui est l'un des principaux objectifs de l'instance de décision et qui est d'ailleurs explicité dans de nombreux CLS. Pourtant, à l'aune du nouveau PRS prévu pour 2018, force

est de constater au regard du tableau n°14 que 16 des coordinateurs de la Nouvelle-Aquitaine n'ont aucune information le concernant. Par conséquent, ils ne savent pas comment ils devront tenir compte de ces nouveaux objectifs adaptés à l'ensemble de la nouvelle région. Six d'entre eux pensent remanier les axes du CLS en fonction des priorités régionales, quant aux autres ils s'interrogent sur la teneur même de la forme des nouveaux CLS. Un seul coordinateur nous a fait part d'une sollicitation de la part de l'ARS pour alimenter les groupes de travail du PRS. Le peu d'informations que semblent avoir les coordinateurs au sujet du PRS interroge quant au futur des CLS et au temps d'imprégnation nécessaire aux acteurs, des nouveaux enjeux du PRS, ce qui peut être différé ou impactera la mise en place d'actions nouvelles.

Tableau n°14 :

Articulation CLS/PRS avis coordinateur

	Nb	% obs.
Non réponse	8	22,9%
Pas d'information	16	45,7%
Ecrire CLS / aux axes du PRS avec spécificités locales	6	17,1%
En attente pour une réécriture au second semestre	2	5,7%
Ecriture du CLS prévue	2	5,7%
Interrogation: Renouvellement ou ré-écriture complète	2	5,7%
Le CLS doit avoir sa propre identité	1	2,9%
Ecriture du CLS	1	2,9%
Total	35	

Finalement, aujourd'hui, l'outil CLS permet indéniablement une rencontre des acteurs des différents champs et les prémices d'un réel travail en partenariat au niveau local par l'interconnaissance mais aussi via une culture commune. La réalisation de certaines fiches actions concernant par exemple les femmes victimes de violences conjugales ont permis la rencontre d'acteurs de soins, de professionnels de la justice et de la police, différents corps de métiers que le CLS a réuni et qui laisse présager un développement positif de telles actions. Cependant, et la thématique environnementale le montre, des actions semblent être systématisées, « influencées » de manière très descendante. Dans ce sens, faute de mobilisation à l'échelon local, elles ne se réalisent pas ou partiellement, alors même qu'il semblerait qu'elles favorisent la pluri professionnalité et l'intersectorialité.

Nous pouvons ainsi questionner la cohérence des politiques publiques favorables à la santé puisque d'une certaine façon les recommandations régionales peuvent impulser une dynamique à l'échelon local sur des communes vierges de toute démarche en santé publique ou sur des thématiques inexistantes jusqu'à présent. Les priorités régionales peuvent aussi contribuer à l'élargissement du champ de compétence de la collectivité locale par le renforcement de la coopération. Cependant,

l'enjeu est de ne pas systématiser certaines actions impulsées par la dynamique régionale sans savoir si elles auront du sens à l'échelon local et si elles pourront se déployer.

En résumé le CLS est un outil d'interconnaissance mais il comporte encore des limites liées aux incohérences territoriales ou au manque de mobilisation des acteurs autour de certaines problématiques jugées trop descendantes. L'instrument CLS n'en est donc qu'au commencement d'une future mise en cohérence des politiques publiques favorables à la santé.

Ainsi faut-il que les politiques publiques qui ne peuvent être développées qu'en concertation et coopération entre l'État et les collectivités territoriales, soient cohérentes et, autant que possible, efficaces, voire efficientes. Cela signifie que les solutions adoptées ne peuvent pas toujours être simples et impliquent sans doute que l'on abandonne l'uniformité pour des réponses différenciées en fonction des collectivités et des territoires (Pontier, Op.cit), ce que permet le CLS à travers son cadre législatif souple.

2.2.2 Avantages et inconvénients d'une légèreté législative contractuelle

Dans cette partie l'hypothèse traitée sera celle-ci : ***La souplesse du cadrage législatif permet une adaptation de l'outil CLS à chaque territoire et acteurs.***

Pour ce faire les questions intermédiaires que nous avons retenues sont celles-ci :

- ***Existe-t-il une variété dans les formes et l'organisation de la contractualisation ?***
- ***Existe-t-il des spécificités locales perceptibles dans le CLS ?***

Le développement depuis une vingtaine d'années des politiques contractuelles permet aujourd'hui d'en mesurer les effets. Selon O. David les attitudes des acteurs locaux à l'égard de ces dispositifs territorialisés sont très variées et soumises à de nombreux facteurs, parmi lesquels reviennent fréquemment les sensibilités politiques des élus locaux, les marges de manœuvre financières... Cette réalité locale peut engendrer des décalages entre les ambitions politiques nationales portées par le gouvernement et les répercussions territoriales. Par ailleurs force est de constater que ces différents dispositifs ne se sont pas développés de façon homogène à l'échelle nationale (David, 2004). Alors que le CLS pourrait à bien des égards par sa souplesse, s'ajuster à la fois à la complexité des politiques nationales mais également s'adapter à des configurations locales très variées, il n'en reste pas moins que cette souplesse peut également être synonyme de disparités tant dans la forme du contrat que dans son organisation. Au regard du tableau n°15, il apparaît par exemple quelques spécificités d'ordre régionales au niveau de la gouvernance du CLS⁴¹. Tout d'abord, il semblerait que sur certains CLS la région ex-Aquitaine ait mis un point d'honneur à mettre en avant une instance de concertation pour

⁴¹ Annexe n°5, L'exemple de la gouvernance du CLS de Bordeaux

favoriser la participation citoyenne. L'instance d'élaboration de projets c'est-à-dire les différents groupes de travail à l'origine des fiches actions⁴², sont globalement peu évoqués et contrairement aux deux autres instances que sont l'instance de décision et l'instance d'animation, cela est rare (mais pas inexistant) qu'il y ait mention d'une liste des personnes participants à ces groupes. Toujours au regard du tableau n°15, nous pouvons nous apercevoir que l'instance d'élaboration de projets est principalement citée dans les CLS de l'ex-Aquitaine, cela s'explique notamment par le fait que pour 11 CLS sur 17⁴³ le plan d'action n'était pas rédigé lors de la signature dans cette ex-région. Cette stratégie régionale portée par l'ARS ex-Aquitaine a pour objectif de ne pas démobiliser les signataires, la rédaction d'un plan d'action prenant environ une année. Ainsi, la signature étant apposée avant la mise en place du plan d'action cela facilite la participation des signataires qui s'engagent de fait à s'impliquer, tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre du CLS. La mobilisation des acteurs est également garantie par une échéance portée à 6 mois pour réaliser le plan d'action. Cette forme contractuelle typiquement aquitaine n'est pas la seule différence qu'implique une aussi grande souplesse législative⁴⁴.

Tableau n°15 :

Instances évoquées dans le CLS en fonction de la région

	Aquitaine	Poitou-Charentes	Limousin	Total
Non réponse	2	0	0	2
Instance de décision	15	14	4	33
Instance d'animation	14	14	4	32
Instance d'élaboration de projets	9	2	0	11
Instance de concertation	6	0	0	6
Total	46	30	8	84

Lorsque nous prenons connaissance du tableau n°16 force est de constater que les coordinateurs n'investissent pas le CLS de manière totalement égalitaire. Le temps qu'ils consacrent au CLS dépend largement de leurs autres missions. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre les ex-régions et le pourcentage d'Equivalent Temps Plein (ETP) dédié au CLS puisqu'au sein même d'un département il existe des différences. Le coordinateur, grâce à son équipe d'animation, fait « vivre » le CLS et il est à l'origine d'une certaine dynamique. En ce sens le temps passé sur le CLS impacte à la fois les dynamiques locales, la rencontre entre partenaires, la fluidité des comptes rendus, le nombre de réunions et finalement la mobilisation des acteurs et le bon déroulement de la mise en place des actions. Sur 35 coordinateurs ils sont 13 à passer moins de 50 % de leur temps sur le CLS, 8 y consacrent 50% et 7 plus de 50%, sachant que les deux coordinateurs qui sont à temps complet sur le CLS (100%

⁴² Cf, Annexe n°5, L'exemple de la gouvernance du CLS de Bordeaux

⁴³ Annexe n°3, Tableau n°10

⁴⁴ Cf, Annexe n°6, L'exemple du calendrier de réalisation du CLS de Bordeaux

d'un ETP) proviennent de la même ex-région à savoir le Limousin. Le temps que passent les coordinateurs sur le CLS est un vecteur d'inégalité entre les territoires et en ce sens le manque de cadrage législatif laisse à la collectivité mais aussi à l'ARS le soin de décider de l'importance qu'elles souhaitent donner au CLS sur le territoire. Le pourcentage d'ETP consacré au CLS reste toutefois à nuancer car il de nature déclaratif et il ne semble pas être fixe, mais plutôt adaptable en fonction de l'avancé du CLS et des autres missions du coordinateur. A ce sujet, certains coordinateurs nous expliquent que dans la réalisation de certaines de leurs tâches ne concernant pas directement le CLS, ils font en sorte de faire le lien nécessaire et de l'intégrer d'une façon ou d'une autre.

Tableau n°16 :

Temps consacré au CLS en % ETP coordo

	Nb	% cit.
Non réponse	7	20,0%
50	8	22,9%
30	5	14,3%
40	3	8,6%
60	2	5,7%
80	2	5,7%
100	2	5,7%
20	2	5,7%
25	2	5,7%
10	1	2,9%
70	1	2,9%
Total	35	100,0%

Outre des ETP dédiés aux CLS assez variés selon les territoires, il nous semble que le financement du poste de coordinateur soit également laissé à l'appréciation de l'ARS et de la collectivité puisque rien n'est évoqué dans la législation sur ce sujet. Au regard du tableau n°17, collectivités et ARS sont les principaux financeurs toutefois leur apport n'est pas toujours ventilé de façon égalitaire comme cela est préconisé par certains auteurs⁴⁵.

Tableau n°17 :

Financement poste coordinateur

	Nb	% obs.
Non réponse	5	14,3%
ARS	23	65,7%
Collectivité locale	18	51,4%
CCAS	2	5,7%
CIAS	1	2,9%
Département	1	2,9%
Total	35	

⁴⁵ Cf Partie 1.

Ainsi, il existe de réelles différences entre les ex-régions sur le financement de ces postes et il semblerait que ce soit les délégations départementales de l'ARS qui choisissent ou non d'apporter une subvention. Ces disparités peuvent être interprétées de façon différente : l'aide financière de la part de l'ARS est-elle un soutien qui pousse les collectivités à intégrer des missions de santé publique ou est-elle à contrario une manière pour l'ARS de garder un certain contrôle sur la mise en place du contrat ?

Le tableau n°18 présente le financement du poste de coordinateur, sans précision de l'apport des différents organismes, cela signifie que les lignes « financement » ARS et collectivités regroupent des CLS ayant un poste de coordinateur financé intégralement de la part de l'institution en question et ceux ne bénéficiant que d'une simple subvention. Le tableau n°18, se basant sur les entretiens et donc reposant sur des données de nature déclaratives, montre que tous les coordinateurs interrogés de l'ex Poitou-Charentes bénéficient d'une subvention de la part de l'ARS. Celle-ci semble similaire pour tous les contrats et s'élève à 15 000 euros, charge aux collectivités d'apporter la contribution financière restante, en sachant, comme nous l'avons vu en partie 1 que toutes les collectivités ne bénéficient pas des mêmes moyens financiers. En ex-Aquitaine, sur 14 coordinateurs interrogés, 7 ne bénéficient d'aucune contribution de la part de l'ARS et la collectivité doit payer l'intégralité du poste de coordinateur, 2 coordinateurs voient le financement de leur poste ventilé entre ARS et collectivités et 5 postes sont intégralement financés par l'ARS, comme les 3 CLS du Limousin.

Tableau 18 :

Financement du poste de coordination en fonction des ex région

	Aquitaine	Poitou-Charentes	Limousin	Total
Non réponse	3	1	1	5
ARS	7	13	3	23
Collectivité locale	9	9	0	18
CCAS	0	2	0	2
Département	1	0	0	1
CIAS	0	1	0	1
Total	20	26	4	50

L'un des coordinateurs nous explique l'importance d'être soutenu financièrement par l'ARS, dans la conjoncture actuelle, les collectivités ont un budget restreint qui les empêche de se disperser et le choix des thématiques à prioriser n'est pas aisé. Selon ce coordinateur, la santé n'est pas une compétence standard de la collectivité. Ainsi il loue l'importance d'une personne ressource, intermédiaire entre les différents professionnels, l'hôpital, la collectivité et les associations. Ce coordinateur qui consacre aujourd'hui 35% d'un ETP au CLS estime que la discussion, le travail avec les communes et les professionnels nécessitent au minimum 50% d'un ETP.

Le tableau n°19 montre que les collectivités n'ont pas toutes des moyens à dégager pour l'ingénierie du CLS puisque seules deux d'entre elles allouent un budget d'ingénierie à hauteur de 4000 et 5000 euros pour le CLS. Le tableau n°20 indique que 15 coordinateurs n'ont aucune visibilité sur le coût qu'engendrent les actions et 7 à contrario ont une visibilité très précise du coût des actions et de l'organisme financeur.

Tableau n°19 :

Tableau n°20 :

Budget Ingenierie (euros)			Visibilité du coordinateur sur le coût des actions		
	Nb	% cit.		Nb	% cit.
Non réponse	7	20,0%	Non réponse	8	22,9%
0	26	74,3%	Non	15	42,9%
5000	1	2,9%	Oui	7	20,0%
4000	1	2,9%	Partiellement	5	14,3%
Total	35	100,0%	Total	35	100,0%

La souplesse législative laisse donc aux ARS et aux collectivités le soin d'élaborer comme elles le souhaitent le CLS mais aussi d'investir la coordination comme elles l'entendent. Dans ce sens nous pensons qu'il existe une variété tant dans la forme que prend la contractualisation que dans son organisation. J-P Gaudin souligne et résume la situation actuelle des CLS « *a un stade initial de concurrence directe ou d'ignorance réciproque entre les règles unilatérales et les normes contractuelles, s'ajoutent bientôt certaines formes de ratification législative des expérimentations contractuelles puis, en troisième lieu, des modes de production normative véritablement coordonnés, où des lois posent des principes généraux dont elles prévoient explicitement la mise en œuvre sur un mode contractuel différencié* ».

Nous avons constaté qu'il existait des différences tant dans l'élaboration, dans la coordination et concernant les moyens dédiés au contrat, celles-ci sont dues notamment à une forme de légèreté législative. Pour autant pouvons-nous réellement assimiler ces disparités à des spécificités locales ?

Le financement des postes de coordination ou, comme nous l'avons vu en partie 2.2.1, le territoire couvert par le CLS, nous semble être des éléments davantage tributaires des ARS que de réelles spécificités locales. Aujourd'hui la Nouvelle-Aquitaine compte 153 EPCI, parmi elles, la Métropole Bordelaise ainsi que 25 communautés d'agglomération et 127 communautés de communes⁴⁶. Sur les 25 communautés d'agglomération 17 CLS existent, bien que comme nous l'avons vu précédemment ceux-ci ne couvrent pas la communauté d'agglomération entièrement. Sur les 127 communautés de communes 16 CLS existent, et avec la nouvelle recomposition territoriale globalement nous pouvons considérer que 30 à 35 communautés de communes sont couvertes par un CLS intégralement ou

⁴⁶ Intercommunalités de Nouvelle-Aquitaine : <https://france.comersis.com/carte-epci-region.php?reg=201#CA>

partiellement. Deux exemples permettent d'illustrer cette situation et rappeler que ces chiffres sont à nuancer et à manipuler avec précaution : le CLS d'Aubusson-Felletin est désormais implanté sur le territoire de la communauté de communes Creuse Grand Sud mais finalement les actions sont dirigées sur 19 communes pour un territoire qui en compte désormais 26, ainsi ce CLS est sur une zone rurale mais loin de couvrir toute l'EPCI sur lequel il est désormais implanté. Dans le même sens le CLS de Basse Navarre Soule (rural) est désormais sur la nouvelle EPCI Communauté d'Agglomération du Pays Basque, EPCI couverte par un autre CLS (urbain). Un coordinateur nous précise qu'il existe désormais une zone blanche non négligeable entre les 2 CLS de cette EPCI qui est une communauté d'agglomération mais pareillement que l'exemple ci-dessus, loin d'être entièrement couverte par un CLS alors que son territoire en comprend deux.

Aussi, en comparant les territoires couverts par un CLS des communautés d'agglomération et des communautés de communes, nous pouvons remarquer une certaine disparité. Il apparaît que 68% des communautés urbaines seraient couvertes (partiellement ou entièrement) par un CLS contre environ 25% dans les communautés rurales. Ces chiffres bien que très généraux et sujets à discussion du fait de leur imprécision concernant la couverture totale ou non de l'EPCI, interrogent malgré tout et laissent supposer que la souplesse législative du CLS profite largement aux zones urbaines. Nous noterons également que ce contrat n'est pas proposé de manière tout à fait égalitaire entre les parties puisqu'il est précisé dans la loi qu'il représente, un outil de mise en œuvre de la politique régionale, donc de l'agence régionale de santé, ce qui influence les enjeux respectifs des parties en présence. L'implantation historique d'un ASV et donc d'un coordinateur financé au titre de la politique de la ville, influe également sur la géolocalisation du CLS, même si le coordinateur ASV ne devient pas systématiquement coordinateur du CLS (ACSé, 2013).

Il semblerait, et nos entretiens semblent aller également dans ce sens, que l'initiative de la mise en place d'un CLS provienne davantage de l'ARS et de ses délégations que de la collectivité locale. Cela voudrait donc dire que les ARS engagent une démarche CLS avec les territoires qui répondent le plus aux priorités du PRS. Le CLS est donc conditionné à la fois par le budget qu'il est possible de lui allouer dans un contexte, comme nous l'avons vu précédemment où toutes les institutions souffrent d'un manque de moyens, et en même temps par la nature de son territoire, qui s'il se trouve trop éloigné des priorités du PRS, ne fera pas l'objet d'un contrat. L. Barthe et S. Lima mettaient en avant le rôle des élus locaux dans la mise en place de projets locaux de santé en zone rurale et la façon dont certains d'entre eux, reliés à des réseaux politiques nationaux (sénateurs, députés) et régionaux pouvaient peser de tout leur poids pour sauvegarder ce qui semblait a priori perdu. Le peu de territoires couverts par un CLS en zone rurale en Nouvelle-Aquitaine montre les efforts qu'il reste à fournir pour que le CLS soit réellement un outil adaptable à chaque territoire et acteur. Des questionnements apparaissent également sur l'intégration dans le dispositif de communes proactives en matière de politique de santé

mais ne remplissant pas les critères d'éligibilité en matière de vulnérabilité (Schapman-Ségalié et Lombrail, op.cit).

Finalement la souplesse du cadre législatif permet aux ARS de décliner le CLS sur les territoires répondant au mieux aux enjeux du PRS avec les moyens dont elles disposent. Ces territoires semblent principalement situés en zone urbaine et comme nous l'avons vu la plupart bénéficient déjà d'une dynamique locale avec par exemple les démarches ASV. Dans ce sens le CLS ne permet pas une appropriation de l'outil à chaque territoire et acteur puisque sa signature est tributaire de l'ARS et toutes les collectivités n'ont pas l'opportunité de se saisir d'un tel outil, cela conditionne donc l'adaptation de l'outil à l'échelon local. Autrement dit cette situation ne met-elle pas en péril la cohésion nationale ? L'inégal investissement des collectivités locales n'est-il pas contradictoire avec les exigences d'une politique nationale harmonieuse et équitable ? (David, op.cit). A cela S. Fleuret ajoute « *l'action décentralisée en santé restera ainsi probablement longtemps marginale tant que prédomineront des raisonnements budgétaires de court terme et que s'imposeront les régulations nationales* ».

2.2.3 Le CLS un vecteur de réduction des ISS ?

La troisième et dernière hypothèse traitée dans cette partie sera : **Le CLS contribue localement à la considération et à la lutte des ISS.**

Pour y répondre nous avons mobilisé trois questions intermédiaires qui semblent pertinentes :

- ***Les ISS sont-elles évoquées, caractérisées et évaluées ?***
- ***Le CLS a-t-il fait l'objet d'un diagnostic ? De quelle nature ?***
- ***Quelle est la place et le statut des populations ?***

Dans 29 des CLS de la Nouvelle-Aquitaine le terme « ISS » est cité, toutefois il s'agit plus d'une injonction politique que d'une réelle référence aux ISS à l'échelon local. Cependant la lutte contre les ISS ne peut pas reposer uniquement sur l'échelon local mais doit s'intégrer dans une politique de santé publique qui en fait un objectif en tant que tel et non un simple principe d'action, et ce avec des ressources suffisantes et un appui méthodologique qui va bien au-delà de celui qui est disponible actuellement (Schapman-Ségalié et Lombrail, op.cit). Les ISS sont principalement évoquées sous la bannière du PRS ou dans le cadre d'une ambition générale du CLS à l'instar du CLS Pays-Sud Charente « *Dans son ambition générale, le Contrat Local de Santé Sud Charente vise à contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* ». Ainsi dans plusieurs actions la lutte contre les ISS est pensée et évoquée comme par exemple dans le CLS de Cognac : « *Un Nouvel Élan Contre le Cancer (N.E.C.C.) s'inscrit dans le deuxième plan Cancer 2009-2013 qui met notamment l'accent sur la réduction des inégalités sociales ou géographiques face au cancer* ». Toutefois nous ne pouvons pas

percevoir de caractérisation des ISS à l'échelon local. Rien ne permet de savoir en quoi la mise en place de ce plan permettra une réduction des ISS à l'échelon de la ville de Cognac. En fait il est rarement possible au sein des CLS de Nouvelle-Aquitaine de trouver l'évocation d'un enjeu et la différence entre deux populations qui montreraient qu'effectivement cette problématique entraîne des ISS. L'attachement des ISS à l'échelon local dans le CLS se fera aussi via des enjeux prouvés à l'échelle nationale voire internationale autour du concept de gradient social, par ce type de phrase : « *Les inégalités sociales face à la maladie demeurent importantes. Les personnes en situation de précarité connaissent en effet : une exposition supérieure au risque, un accès difficile à l'information, un recours limité aux systèmes de soins* »⁴⁷. Tout en sachant qu'il règne un flou sur les publics précaires comme le rappelle R.Pierret «*La précarité, parce qu'elle affecte des populations hétérogènes, semble vouée à une vague définition. Comme si le flou du contenant générerait le flou du contenu. La précarité apparaît aussi comme parasitée par la pauvreté dont elle ne serait qu'un succédané ou un prolongement* ». Aussi, une nouvelle fois, il est impossible de connaître précisément qui sont les « *personnes en situation de précarité* » évoquées dans le CLS de Cognac qui pourtant a pour ambition de vouloir réduire les ISS à l'encontre de ce public. De plus, les problèmes de santé des populations les plus pauvres ne représentent que la partie la plus visible des ISS et le CLS ne peut donc pas se réduire à travailler sur les fractions les plus précarisées dans leurs conditions de vie (INPES, 2008), d'où d'ailleurs le concept d'universalisme proportionné auquel cet outil entend répondre.

Comme nous l'avons vu dans la partie 1, plusieurs modèles existent pour expliquer les ISS et chacun d'entre eux s'attèle ou priorise tel ou tel déterminant social (Gradient social, petite enfance, environnement, ...). Le CLS s'inscrivant dans les priorités d'actions du PRS, et notre stage se déroulant à l'IREPS, nous avons fait le choix de retenir le modèle proposé par Bernard Basset (Institut national de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES)) dans le dossier « *Agences régionales de santé, les inégalités sociales de santé* » qui met en avant trois entrées possibles afin de lutter contre les ISS à l'échelon local : « *La réduction des inégalités sociales de santé au niveau régional passe par des stratégies spécifiques qu'elles concernent des logiques d'action par thématique de santé, milieux de vie ou population. Cependant, trois entrées revêtent une importance particulière :*

- *Les territoires, car la lutte contre les inégalités de santé nécessite une action de proximité en cohérence avec les autres politiques publiques.*
- *L'environnement, car l'exposition à des risques environnementaux a une dimension sociale encore insuffisamment prise en compte.*
- *La petite enfance et la périnatalité, car c'est la période de la vie où se joue une grande partie du destin de chacun. »*

⁴⁷ Phrase tirée du CLS de Cognac

Comme nous l'avons vu par ailleurs et traité dans la partie 2.2.1, le CLS n'en est qu'aux prémices de la mise en cohérence des politiques publiques. Huit ans après l'édition du dossier piloté par Bernard Basset la thématique environnementale est plébiscitée à travers les axes mais les coordinateurs jugent cette problématique peu traitée réellement. Concernant le champ de la petite enfance et de la périnatalité en Nouvelle-Aquitaine, nous pouvons constater, grâce au tableau n°21, que 28 des CLS comptent soit une action soit un axe consacré à cette thématique et que 9 CLS contiennent a minima 5 actions⁴⁸. Si nous considérons uniquement les axes, seuls 7 CLS possèdent un axe faisant référence à la petite enfance et à la périnatalité⁴⁹. Au regard des axes nous pouvons constater que la thématique petite enfance est bien moins investie que celle des personnes âgées, de la lutte contre les addictions ou de la santé mentale par exemple⁵⁰. Parmi les actions les plus développées sur la périnatalité nous retrouvons notamment l'amélioration du parcours de la mère, avec la mise en avant de l'entretien prénatal précoce, la prévention buccodentaire chez les enfants de 6 ans, le soutien à la parentalité ainsi que différentes actions sur l'équilibre alimentaire et l'activité sportive⁵¹. La santé environnementale est particulièrement liée aux champs de la périnatalité (sur le contrat) notamment à travers la lutte contre l'habitat indigne, qu'il s'agisse d'une simple sensibilisation des élus ou de la réelle mise en place d'un dispositif pour réhabiliter les logements insalubres⁵².

Tableau n°21 :

Fiche action / axe périnatalité

	Nb	% cit.
Non réponse	3	8,6%
Oui	28	80,0%
Non	4	11,4%
Total	35	100,0%

Il existe deux façons de percevoir les ISS, ou l'objectif principal est une caractérisation globale des inégalités sociales et dans ce cas l'état de santé est l'un des aspects de ces inégalités ou l'objet central est la santé et l'on cherche alors à identifier les déterminants sociaux (Chenu, 2000). Le CLS semble plutôt intégrer la santé comme un élément central et cherche à identifier les déterminants sociaux qui vont influencer sur celle-ci. Toutefois pour les identifier à un niveau local il est nécessaire de réaliser un diagnostic, or s'il apparaît que tous les CLS ont établi « un diagnostic » celui-ci varie, tant dans les formes qu'il prend que dans le contenu qu'il aborde. Le référentiel des CLS Ile de France, établi en 2016, préconise que le diagnostic décrive les caractéristiques et la situation sociale des populations

⁴⁸ Annexe n°4, Tableau n°11

⁴⁹ Annexe n° 4, Tableau n°5

⁵⁰ Annexe n°4, Tableau n°5

⁵¹ Annexe n° 4, Tableau n°9

⁵² Annexe n°4, Tableau n°7

(démographie, revenu, précarité, emploi, éducation, ...), décrit les caractéristiques du territoire et/ou du milieu de vie (logement, mobilité, environnement, aménagement, services, ressources locales, etc.), analyse l'offre du système de prévention et de soins et les parcours de santé (accessibilité, lisibilité, continuité, qualité...), documente les écarts en termes d'état de santé et d'accès aux soins entre les groupes sociaux, territoires et/ou les milieux de vie, décrit la nature de ces inégalités (ex : sont-elles liées au niveau socioéconomique, au territoire, à l'origine ethnique, à la profession, à une situation de handicap, etc. ?), analyse les facteurs et les mécanismes qui conduisent à ces inégalités et recueille les avis et attentes des populations et des professionnels. Au regard du tableau n°22 nous pouvons constater que 32 CLS mobilisent des données quantitatives, essentiellement de nature sociodémographique, provenant principalement de l'ARS, ou reposant sur des diagnostics de projets antérieurs comme l'installation de maisons de santé sur le territoire ou la mise en place d'ASV⁵³. Le tableau n°23 montre que les données qualitatives sont moins investies puisque seulement 19 CLS sur 35 ont mobilisé des acteurs locaux (Elus, professionnels des différents champs, ...) pour la rédaction du diagnostic. Cependant, 14 des CLS ont mobilisé les acteurs locaux lors de l'élaboration des fiches actions, seuls 5 CLS reposent sur des entretiens réalisés préalablement au CLS⁵⁴. Ceci nous interroge une nouvelle fois sur la mise en place des actions, effectivement le risque d'un diagnostic qui n'est pas co-construit, comme c'est majoritairement le cas pour les CLS de la Nouvelle-Aquitaine, réside dans la non pertinence des axes qui en ressortent. Ces derniers vont s'appuyer essentiellement sur des données très générales sans prendre en compte les représentations des acteurs et les difficultés auxquelles ils font face. Ainsi à partir de ces axes, les différents professionnels vont construire des fiches actions mais leur réflexion sera en quelque sorte biaisée par la délimitation d'axes qui ne sont pas forcément adaptés à l'échelon du territoire et qui conditionnent leur retour d'expérience autour d'une logique qui n'est pas toujours celle qui fait sens à l'échelon local. En outre, certains enjeux risquent d'être dilués si des axes sont par exemple trop généraux. La logique voudrait que le diagnostic soit co-construit autour de la représentation qu'ont les acteurs locaux du territoire, de données socio démographiques caractérisant l'offre de soin sur le territoire, ... pour faire ressortir les grands enjeux du niveau local et construire des fiches actions à partir de ces enjeux. Comme le décrit J-L. Salomez « *analyser les inégalités sociales de santé impose la recherche de corrélations entre deux types de variables, celles qui caractérisent les inégalités sociales et celles qui décrivent l'état de santé [...] La compréhension des liens et des processus conduisant à produire, à entretenir et à exacerber les facteurs de vulnérabilité, permet d'agir sur les inégalités sociales de santé et d'adapter les priorités* »

⁵³ Annexe n°4, Tableau n°12

⁵⁴ Annexe n°4, Tableau 13

Tableau n°22 :

Données quantitatives		
	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,9%
Oui	32	91,4%
Non	2	5,7%
Total	35	100,0%

Tableau n° 23 :

Données qualitatives		
	Nb	% cit.
Non réponse	4	11,4%
Oui	19	54,3%
Non	12	34,3%
Total	35	100,0%

Dans un « idéal démocratique », les citoyens, premiers concernés par la finalité du CLS sont censés participer à son élaboration afin de pouvoir expliciter un avis sur des décisions les concernant. Le référentiel CLS ARS Ile-de-France prévoit dans la méthodologie d'élaboration des CLS une participation active des habitants car elle contribue à une meilleure compréhension de l'environnement et renforce les capacités d'agir des citoyens, il est même recommandé une participation citoyenne au sein de l'instance décisionnelle. M. Bresson définit trois idéaux typiques de la participation : la participation comme action publique qui se présente comme une injonction à mettre en œuvre des projets décidés par les pouvoirs élus et la puissance publique et qui caractérise tout particulièrement la France ; la participation comme action collective qui se réfère aux luttes urbaines des années 1960-1970 et à l'émergence de mouvements sociaux spontanés, autonomes et enfin la participation comme mobilisation qui est fondée sur l'idée de coproduction de projets entre les décideurs, les professionnels et les « gens d'en bas » mais avec une impulsion donnée par les premiers et une ambition limitée à la proximité, voire à l'individu, dans le même sens que celui du concept de santé communautaire. S. Arnstein, décrit quant à elle 8 échelons à la participation répartis en trois niveaux : la non-participation, la coopération symbolique et le pouvoir effectifs des citoyens. Si l'on se réfère au tableau n°24 il apparaît que dans plus de la moitié des CLS l'avis des citoyens n'est pas pris en considération puisque ces derniers ne sont présents dans aucune des instances pour 24 des CLS.

Tableau n°24 :**Participation population générale CLS**

	Nb	% cit.
Non réponse	8	22,9%
Non	24	68,6%
Oui	3	8,6%
Total	35	100,0%

S. Arnstein explique également que l'information « *Premier niveau de la participation en tant que telle. L'information est insuffisante tant qu'elle privilégie un flux à sens unique, sans mise en place de canaux assurant l'effet retour* ». Or si l'on se réfère au tableau n°25 nous pouvons facilement comprendre pourquoi les citoyens sont aussi peu présents, d'abord parce que les moyens de communication ne

permettent pas de réels échanges entre les citoyens et les acteurs définissant le CLS mais aussi parce que la communication s'effectue de manière ponctuelle⁵⁵, soit sur certaines actions phares soit uniquement lors de la signature⁵⁶.

Tableau n°25 :

Moyens de communication CLS

	Nb	% obs.
La presse	17	100,0%
Actualité sur le CLS sur le site de la collectivité locale	8	47,1%
Le CLS est disponible sur le site de la collectivité locale	6	35,3%
Réseaux sociaux de la commune	2	11,8%
Bande dessinée	1	5,9%
Plaquette	1	5,9%
Newsletter CLS	1	5,9%
Total	17	

Un coordinateur souligne cependant que la participation citoyenne ne se décrète pas et qu'il est difficile de mobiliser les habitants notamment à cause d'éléments basiques comme l'heure des réunions. Un autre pose la question de l'intérêt d'une telle participation en sachant que le citoyen tout en étant bénéficiaire des actions n'en est toutefois pas le principal destinataire. Il nous apparaît nécessaire, dans le cadre d'un outil comme le CLS, qu'il existe une participation des citoyens puisque ces derniers peuvent à la fois contribuer aux diagnostics des besoins mais aussi à l'émergence de solutions.

Comme nous l'avons évoqué en partie 1 le CLS en contribuant à la mise en place de différentes politiques publiques se doit d'être évalué, ne serait-ce que pour savoir si son ambition de réduire les ISS est atteint. Cependant plusieurs coordinateurs nous ont rapporté le fait que l'évaluation n'avait pas été pensée lors du diagnostic. Dans cette situation il apparaît difficile d'évaluer si l'objectif de réduction des ISS est atteint, d'autant plus que ces dernières ne sont que très peu caractérisées dans le CLS, tout comme les publics visés par les actions. Le premier défi de l'évaluation réside dans la description de la logique d'intervention pour vérifier le rôle que les promoteurs de l'action souhaitaient ou ne souhaitaient pas jouer dans la lutte contre les ISS (Ride et Blaise, 2008). Cela permet d'interroger la pertinence de l'action à travers la cohérence des résultats attendus et des résultats obtenus. Le second défi, et probablement l'un des défis majeurs de l'évaluation en général, reste la capacité à documenter des relations causales, à montrer qu'une intervention spécifique est responsable de la réduction des inégalités afin de distinguer les interventions efficaces (Ride et Blaise, op.cit)

⁵⁵ Annexe n°4, tableau n°14

⁵⁶ Annexe n°4, tableau n°15

Au regard, du tableau n° 26 nous pouvons constater que globalement les acteurs du CLS réalisent un bilan intermédiaire des actions. Généralement, il consiste à savoir si celles-ci ont été réalisées ou pas à travers des indicateurs qui ne permettent pas souvent d'établir la relation causale évoquée ci-dessus. Le tableau n°27 montre que 9 CLS ont réalisé une évaluation sur les processus / la démarche CLS et la mise en place des actions. Toutefois l'évaluation du processus ne repose pas sur la cohérence entre les actions et les besoins territoriaux, mais davantage sur la mobilisation des acteurs du CLS à travers des indicateurs portant par exemple sur le nombre de réunions de telle instance, sur l'investissement de telle thématique, ... Parfois des entretiens sont mis en place avec les acteurs des différentes instances et des bénéficiaires du CLS.

Tableau n°26 :

Bilan des actions

	Nb	% cit.
Non réponse	7	20,0%
Oui	21	60,0%
Non	6	17,1%
En cours	1	2,9%
Total	35	100,0%

Tableau n° 27 :

Evaluation générale (process+actions)

	Nb	% cit.
Non réponse	7	20,0%
Oui	9	25,7%
Non	16	45,7%
En cours	2	5,7%
Prévue	1	2,9%
Total	35	100,0%

Pour conclure nous pouvons constater que le CLS peut contribuer à l'amélioration de situations dans leur globalité car l'ARS impulse, comme nous l'avons vu, une certaine dynamique. Cependant le CLS ne semble faire que peu de cas de l'échelon local faute d'un diagnostic précis et co-construit permettant la caractérisation effective des ISS localement. Ainsi le CLS va générer un certain nombre d'actions sans consultation des habitants et parfois sans consultation des acteurs locaux, il nous semble difficile dans ce contexte que celui-ci puisse lutter contre les ISS à l'échelon local. Comme nous l'avons vu dans la partie 1, la souplesse du CLS entraîne de fortes disparités entre les différents territoires qu'il est amené à couvrir aussi il ne contribue pas non plus à la réduction des ISS au niveau infra-régional puisque même parmi les territoires dotés d'un CLS il existe de grandes hétérogénéités. Finalement le fait de laisser une marge de manœuvre aussi grande aux collectivités et surtout aux ARS ne constituerait-il pas un vecteur de renforcement des ISS ?

Conclusion

Au début de notre réflexion nous nous interrogeons sur la manière dont les CLS participaient de la construction d'une politique locale en santé, cette problématique s'est imposée à nous de façon naturelle. En effet, dans la majorité des documents de l'ARS les CLS sont identifiés dans comme des instruments qui établissent un lien entre le PRS et les projets de la collectivité, via une certaine dynamique territoriale. L'étude des CLS de Nouvelle-Aquitaine nous a permis d'infirmer ou d'affirmer nos hypothèses qui étaient les suivantes :

- ***Le CLS contribue à une mise en cohérence des politiques publiques favorables à la santé.***
- ***La souplesse du cadrage législatif permet une adaptation de l'outil CLS à chaque territoire et acteur.***
- ***Le CLS contribue localement à la considération et à la lutte des ISS.***

Il nous est apparu que la santé dépendait de nombreux déterminants et qu'à ce titre elle nécessitait une mobilisation transversale des acteurs autour notamment de concepts et d'enjeux entourant la notion de promotion de la santé. Le CLS semble, au vu de la loi HPST mais aussi de la LMNSS, l'instrument adéquat pour agir de manière horizontale sur les enjeux de santé, mais aussi pour articuler et mettre en cohérences les politiques publiques et les dispositifs à l'échelon local. Le décloisonnement des pratiques est nécessaire pour intervenir de façon pertinente et multisectorielle et dépasser le champ purement sanitaire. La multitude de déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, liés aux systèmes de soins, ...) nécessite une intervention des professionnels de différents secteurs. En ce sens, des thématiques comme la « santé environnementale » abordent la santé sous un prisme large, sans stigmatiser de public et sans « discrimination positive », en mobilisant le secteur médical mais aussi des élus ou des professionnels travaillant dans le champ de l'urbanisme. Pourtant force est de constater que cette priorité de santé publique semble être considérée comme secondaire par les différents acteurs. Cependant, indéniablement, et nos entretiens le démontrent, la plus-value du CLS repose sur des rencontres, socle d'un partenariat réel futur et multisectorielle, et ce, quel que soit le territoire d'implantation. Paradoxalement, comme nous l'avons constaté par ailleurs, les médecins semblent être difficilement mobilisables, même si la communauté hospitalière, généralement présente en tant qu'acteur privilégié, peut faire office de représentation du secteur sanitaire. Toutefois, la question d'une intervention pluri partenariale avec des notions de parcours, de transversalité et de liens vient à se poser si l'un des principaux maillons de la chaîne est défaillant. Le CLS en impulsant une dynamique locale et en mobilisant les acteurs autour de projets proposés et débattus lors de réunions, dépasse ce à quoi il peut être résumé « la programmation d'actions ». Finalement celle-ci ne serait-elle pas un prétexte pour favoriser l'interconnaissance et surtout développer une culture commune autour des déterminants de la santé encore méconnus dans des

secteurs qui peuvent paraître éloignés d'un tel concept. Effectivement, nous pouvons imaginer que certaines actions se seraient réalisées même en l'absence de CLS, même si indéniablement la contractualisation permet une valorisation et une priorisation de certaines de ses actions. Aujourd'hui, le CLS s'inscrit avant tout, selon nous, dans cette notion de complémentarité de l'action publique à l'échelon local, notamment à travers la « rencontre » de deux échelons peu habitués à travailler de manière conjointe, les ARS et les collectivités, avec toutefois des acteurs et des logiques d'actions plurielles (Chambaud, 2010). Peut-être que l'enjeu de demain, sera au-delà de l'interconnaissance, la création d'un plan d'action véritablement adapté à l'échelon que couvre le CLS et sur lequel il apporte une réelle plus-value.

Il nous a semblé au terme de notre travail que l'outil CLS ne devait pas seulement composer avec une « souplesse » ou une « légèreté » législative mais plutôt avec une défaillance sur le plan législatif. Largement tributaire des ARS et profitant essentiellement aux zones urbaines possédant généralement des démarches locales bien identifiées via le contrat de ville par exemple, le CLS apparaît comme un véritable vecteur d'iniquité sur le territoire national. Inutile de rappeler que sa non systématisation n'est pas garante d'une homogénéité territoriale, en outre les disparités dans la contractualisation existent même entre même les territoires contractants. Nous avons à plusieurs reprises évoqué le principe de subsidiarité, principe dans lequel, il nous a semblé, le CLS tend à s'inscrire. Cependant selon J-C. Boual et P. Brachet ce qui concrétise le principe de subsidiarité c'est que la nature des décisions à prendre contient souvent elle-même le principe d'une délimitation territoriale objective. Or, c'est précisément ce qui semble manquer au CLS, un territoire précis ou une population dans lequel il pourrait s'inscrire, en somme des critères qui pourraient objectiver son implantation. Il nous apparaît difficile dans le contexte actuel de systématiser un tel outil, d'une part car toutes les collectivités n'auront pas forcément envie de prendre part à la contractualisation ni d'y dédier des fonds. D'autre part, avec les restrictions budgétaires que nous avons évoquées précédemment il peut paraître utopique de systématiser un tel instrument. Nous savons aujourd'hui que le concept de péréquation n'est pas le garant d'une équité entre les collectivités territoriales. Effectivement, la loi n'institue pas d'objectifs définis de la péréquation et les dispositifs de cette démarche sont pilotés dans une logique de moyens et non de résultats (Guengant et Wolf, 2011). Il apparaît donc évident que les collectivités ne peuvent pas répondre aux mêmes prérogatives et ne seront pas toutes en mesure de contractualiser si elles doivent contribuer fortement au financement. Aussi, des critères objectivables et une participation de l'ARS, proportionnelle aux moyens financiers des collectivités, limiteraient dans un premier temps l'accroissement de certaines inégalités et permettraient de rendre plus égalitaire l'opportunité de se saisir du dispositif. Aujourd'hui, le manque de cadre législatif, comme nous l'avons évoqué, laisse aux mains des ARS le choix du bénéficiaire de la contractualisation, la tendance portera

nécessairement sur des territoires répondant à la fois aux priorités du PRS mais aussi bénéficiant d'un budget suffisant, à savoir prioritairement les communautés d'agglomération. Finalement le CLS nous montre que tous les territoires ne sont pas égaux face à la territorialisation de l'action publique.

La souplesse législative en plus de favoriser certaines contractualisations laisse également libre cours au financement du poste de coordinateur. Or, il s'avère qu'une animation territoriale est indispensable pour rendre efficient l'outil CLS qui mobilise des acteurs des différents champs qui ne se connaissent pas toujours avant la mise en place de l'outil. Le financement de ces postes conditionne par ailleurs toute la mise en œuvre du CLS, le coordinateur est censé être à la base d'un diagnostic co-construit et reconnu de tous, mais il est également au centre des réunions des groupes élaborant les fiches actions qui sont le gage d'un partenariat efficient et d'une possible réduction des ISS sur le territoire. Finalement la gouvernance territoriale mobilisée par la coordination à un quadruple rôle d'orientation, d'animation, de pilotage et de régulation (Leloup et al, 2005). Le CLS est une démarche collective qui nécessite l'activation d'un système de régulation capable de gouverner durablement la pluralité des acteurs en assurant compatibilité, complémentarité et convergence autour de projets communs (Zardet et Noguera, 2013). La démarche contractuelle de l'ARS avec la collectivité signifie que l'ARS reconnaît la commune ou l'intercommunalité comme acteur potentiel sur des missions de santé publique à l'échelon local. La disparité des financements de postes de coordination semble montrer davantage un certain désengagement qu'une véritable reconnaissance. Finalement quelle que soit la répartition financière, la répartition des compétences, ... établie par la loi nous pouvons constater que les collectivités territoriales comme l'État contournent facilement la répartition légale par le biais de conventions, c'est-à-dire de contrats, par lesquels les deux parties s'engagent, elles y ont bien entendu un intérêt commun. Il apparaît difficile de s'opposer à ces pratiques qui apparaissent comme une « soupape de sûreté » et qui, au fond, « arrange » l'État (parce qu'il trouve un financeur) et les collectivités territoriales (parce qu'elles y ont un intérêt local) (Brouant et al., 2011). Dans ce sens, les débats concernant la clause de compétence générale semblent dénués de sens, effectivement, la région et le département ne bénéficiant plus de cette clause ne peuvent plus investir tous les sujets, pourtant la région n'a jamais eu autant de pouvoir qu'aujourd'hui. L'espace politico-administratif est ainsi entraîné dans un mouvement de recomposition qui se traduit à la fois par une déterritorialisation et par la réappropriation d'autres niveaux spatiaux (reterritorialisation) (Leloup et Al, 2005). En effet, le CLS s'inscrit dans de nouveaux échelons d'intervention que sont les intercommunalités, les métropoles, les acteurs locaux doivent participer et s'impliquer dans ce nouveau système d'action publique, en ce sens une coordination territoriale semble indispensable. Toutefois, la gouvernance à plusieurs niveaux induit par le principe de subsidiarité auquel répond le CLS devient difficile et biaisé puisque généralement le choix de l'interprétation de ce principe sera à l'avantage de l'ARS, alors que

la clause de compétence générale désormais dévolue uniquement aux communes, est censée protéger la collectivité concernée contre les empiétements de l'État et des autres collectivités⁵⁷.

Si nous revenons au principe du CLS nous affirmions au début de notre réflexion que ce dernier répondait à deux types de logique *Top-down* et *Bottom-up*. Nous pouvons maintenant décréter qu'il répond davantage à une logique descendante de l'ARS, même si force est de constater que cette approche n'est pas toujours négative puisque l'ARS permet d'élargir le champ des compétences des collectivités par l'impulsion de nouvelles thématiques. Le CLS entendait mobiliser les citoyens afin que ceux-ci participent au diagnostic mais également qu'ils soient une force de proposition dans la mise en place des actions et des solutions. Nous pouvons convenir que cet objectif sous-jacent semble difficile à atteindre, toutefois les coordinateurs à l'instar des citoyens connaissent également le territoire, les enjeux locaux ainsi que l'offre en matière de santé. En ce sens, si le CLS se trouve à l'interface d'une politique régionale et d'une politique locale, il nous semble pertinent que les coordinateurs mais aussi les élus participant à ce type de démarche prennent part aux instances de démocratie sanitaire que sont les CRSA ou les conseils territoriaux et qu'ils alimentent notamment les réflexions sur le PRS.

Nous l'avons vu durant ce travail, les attentes au sujet du CLS sont extrêmement fortes, il nous paraît aujourd'hui difficile pour un instrument si peu cadré de répondre aux attentes exponentielles des acteurs en matière de santé publique. En 1996, Pierre Calme écrivait « *la pertinence de l'action publique ne se trouve qu'à la base, dans une appréhension globale et partenariale d'une réalité elle-même globale et systémique qui ne se laisse pas découper en tranches. Parce que l'on affirme fermement que c'est à travers la pratique de projets partagés que peuvent se constituer des « milieux » dynamiques et se tisser la trame d'une société où les individus ne soient pas atomisés* ». Le CLS apparut en 2009 à travers quatre lignes de la loi HPST à fait ensuite l'objet d'une attention toute particulière qui lui a été portée au travers de différents « kits » et « référentiels ». Ces démarches prouvent que cet outil à un sens et qu'il participe à son niveau à l'amélioration d'une coordination des politiques favorables à la santé à l'échelon local, plus que d'une véritable construction. Le CLS est également une interprétation de l'avancée d'un Etat français républicain et pyramidal mais qui doit composer à la fois avec la décentralisation et la régionalisation de l'Europe. Le CLS repose également sur cette ambiguïté entre les ARS qui avec une certaine autonomisation choisissent leurs contractants et l'opportunité locale de mettre en place un réseau d'acteurs. Le CLS est cette incarnation d'une territorialisation avec une présence encore forte de l'Etat central

⁵⁷<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/competences-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-clause-generale-competence.html>

Bibliographie

OUVRAGES

Gaudin J. (2007), *Gouverner par contrat*. Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

Perrot J., Roodenbeke E. (2005), *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*. Karthala.

ARTICLES

○ **Articles publiés dans des revues :**

Amat-Roze J-M. (2011), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, vol. 143, n° 4, pp. 13-3.

Barthe L., Lima S. (2012), « L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites », *Sciences de la société*, pp. 50-69.

Bourgueil Y. (2017), « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 35, n° 1, pp. 97-108.

Chambaud L., Schaetzel F. (2009), « Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ? », *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 35-43.

Chenu A. (2000), « Le repérage de la situation sociale », *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte, 2000, pp. 93-107.

El Ghazi L. (2012), « Les politiques municipales de santé publique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 34, n° 1, pp. 19-33.

Fleuret S. (2016), « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 34, no. 2, pp. 107-115.

Giblin B. (2015), « L'obsession du local : une exception française ? », *Esprit*, vol. février, n°2, pp. 64-73.

Gilbert Y. (2010), « Migrations urbaines en milieu rural : diversification sociale et recomposition du politique », *Espaces et sociétés*, vol. 143, n°3, pp. 135-149.

Haschar-Noé N., Salamero E. (2016), « La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental » Négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, Vol.34, n°2.

Haschar-Noé N., Salamero E., Honta M. (2015), « La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. vol. 33, n° 6, pp. 375-388.

Honta M. (2017), « Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 35, n°1, pp. 71-96.

Jabot F., Loncle P. (2007), « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé Publique*, vol. vol. 19, n°hs, pp. 21-35.

Jourdan D. et al. (2012), « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique*, vol. vol. 24, n° 2, pp. 165-178.

Le Goff E. (2011), « Innovation politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes française (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp.158-177.

Leloup F., Moyart L., et Pecqueur B. (2005), « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie, société*, vol. vol. 7, n° 4, pp. 321-332.

Lerique F. (2013), « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé. », *Revue de droit social et sanitaire*, n°5.

Lombrail P. (2015), « La loi de santé est votée : Loi de santé ? », *Santé Publique*, vol.27, p.781-783.

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

Moquet M-J. (2008), « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », *La santé de l'homme*, n°397, pp. 17-19.

Pagès A., (2013), « L'intervention sociale en milieu rural », *Informations sociales*, vol. 179, n° 5, pp. 136-143.

Pierret R. (2013), « Qu'est-ce que la précarité ? », *Socio*, 2 | pp. 307-330.

Polton D. (2004), « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp. 267-299.

Pontier, J-M (2012), « Compétences locales et politiques publiques », *Revue française d'administration publique*, vol. 141, n°1, pp. 139-156.

Ride V., Blaise P. (2008), « Évaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ? », *La santé de l'homme*, n°397, pp.28-29.

Roullier C. (2011), « Focus – Qui sont les néoruraux ? », *Informations sociales*, vol. 164, n°2, pp. 32-35.

Salomez J-L. (2007), « Les inégalités sociales de santé », *Air Pur*, n°76, pp. 13-16.

Schapman-Ségalié S., Lombrail P. (2013), « Etat et collectivités et territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé », *ADSP* ;82 pp.44-46.

Zardet V., Noguera F. (2013), « Quelle contribution du management au développement de la dynamique territoriale ? Expérimentation d'outils de contractualisation sur trois territoires », *Gestion et management public*, vol. volume 2/2, n°4, pp. 5-31.

- **Articles disponible sur Internet :**

Berthod-Wurmser M. (2012), "En France, les pauvres s'en vont aussi à la campagne", *CERISCOPE Pauvreté*, <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part2/en-france-les-pauvres-sen-vont-aussi-a-la-campagne?page=1>

Bresson M. (2014), « La participation : un concept constamment réinventé », *Socio-logos*, <http://socio-logos.revues.org/2817>

Calme P. (1996), « Les conditions de pertinence de l'action publique : le cas de la lutte contre la pauvreté », *Institut de Recherche et Débats sur la Gouvernance*, <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-186.html>

Fleuret S. (2015), « Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ? », *L'Espace Politique*, <http://espacepolitique.revues.org/3459>

- **Articles de Presse**

Rédaction, « Une étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé au centre des politiques », *La gazette Santé Social*, 2 décembre 2010.

Tribune, « Marie-Sophie Desaulle, directrice générale de l'ARS Pays de la Loire : « En matière de prévention, le principe de subsidiarité doit être reconnu » », *La gazette Santé Social*, 19 février 2014.

- **Contribution dans des ouvrages collectifs**

Cherubini B. (2011), « Introduction. Des évolutions attendues en promotion de la santé », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES « Action santé », p.9-28.

David. O , « Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe. », in *Espaces et sociétés aujourd'hui : la géographie sociale dans les sciences sociales et l'action.*, Oct 2004, Rennes, France. Presses Universitaires de Rennes, pp.269-283, 2007, Géographie Sociale.

Gaudin J-P., (2004) « XVII. La contractualisation des rapports entre l'État et les collectivités territoriales ». In: *Annuaire des collectivités locales*. Tome 24. Réforme de la décentralisation, réforme de l'État. Régions et villes en Europe. pp. 215-234.

CONFERENCES, SEMINAIRES, COLLOQUES

Barroche J., *La subsidiarité existe-elle ?*, Paris.

Boual J-C., Brachet P., *3^e débat interactif de l'Adels : Peut-on encore être décentralisateur aujourd'hui ?*, Octobre 2004.

Coordination nationale Pas sans Nous et Institut de la concertation. *Conseils citoyens : où en est-on deux ans après le vote de la loi ?*, Juin 2016.

Entretiens Territoriaux de Strasbourg. *Réformes territoriales : Quelles conséquences pour les services publics locaux ?*, Décembre 2010.

Plateforme Nationale de Ressources Ateliers Santé Ville. *Séminaires ASV/CLS : Principales conclusions*, 14 et 15 Novembre 2012.

Université de santé publique de Besançon. *Les politiques territoriales de santé dans le nouveau cadre réglementaire et législatif*, par El Ghozi L. 27 Juin 2016, Besançon.

TEXTES OFFICIELS, REFERENTIELS NATIONAUX ET RAPPORTS CONSULTÉS

○ **Rapports :**

Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances. (2013), *Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville*, 53pp.

Alaux L., Eyrat C., Poirauveau G. et al. Recherche-Action (2013), *Les conditions d'élaboration des CLS : Une approche de la performance en santé publique*. Saint-Etienne : Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale, 116 p.

Basset B. (sous la direction de), Agences régionales de santé. (2008), *Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 208 p.

Berthod-Wurmser M., Ollivier R., Raymond M., IGAS (2009), *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural*, 218 p.

Brouant J-P, Marcou G., Pontier J-M, Quichini P., (2011). *Rapport du GRALE pour l'union sociale pour l'habitat et la caisse des Dépôts : La redéfinition des compétences locales dans la nouvelle réforme des collectivités territoriales et ses implications pour l'habitat et logement*, 152p.

Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (2016). *Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA) : Chapitre prospectif soumis au vote du conseil de la CNSA*, 33p.

Conseil Economique Social et Environnemental, (2013). *La réduction des inégalités territoriales : Quelle politique nationale d'aménagement du Territoire ? (Paul de Vignerie, Décembre 2013)*, 162p.

Daniaud M., Debet S., El Boukili E. et al. (2013). *Agir ensemble ? 25 actions pour penser l'avenir de la contractualisation entre l'Etat et les collectivités*. Ministère de l'égalité des territoires et du logement, 66p.

Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (2014). *Dossier solidarité et santé : L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités*, 30p.

Fédération Nationale des Observatoires de la Santé. (2012). *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé*. 114p.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.

Ministère délégué à la Ville, *Dossier de presse de la nouvelle politique de la ville, Agir pour les habitants des quartiers populaires*, 11p.

Moleux M., Schaetzel F., Scotton C., IGAS (2011). *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, 124p.

ONPES, FORS Recherche Sociale. (2014). *Rapport Final d'Etude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique*. 153p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.

Promotion Hannah Arendt de l'Institut National des Etudes Territoriales (2016). *La participation des usagers dans les politiques sociales : Rapport Finale d'étude*, 97pp.

○ **Textes officiels :**

Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

Décret n° 2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration.

Décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat *loi Defferre*.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Code générale des collectivités territoriales – Article L15118.

Circulaire aux modalités opérationnelles d'élaboration des contrats de ville, Paris le 15 octobre 2014.

Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009.

THESE

Le Goff E., Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ? Géographie. Université Rennes 2, 2012, 325 p.

SITES INTERNET CONSULTES :

Blog Santé et Territoires Nouvelle-Aquitaine : <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/>

CLS de la ville de Cognac : file:///C:/Users/Perso/Pictures/20130910_cls_cognac_version_definitive.pdf

CLS du Pays Sud Charente : http://www.pays-sud-charente.com/static/fichiers/uploads/CLS-Sud-Charente_contrat_vsignee.pdf

Site de l'ARS Ile de France (CLS) : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrat-local-de-sante-cls>

Site Elus Santé Publique et Territoires (Kit Méthodologique CLS) : <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>

Sites du Gouvernement

Site des communautés d'agglomérations / de communes des CLS

Site de l'INPES (déterminants de la santé) :
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

Site Plateforme Nationale de Ressources des Ateliers Santé Ville : <http://www.plateforme-asv.org/>

Liste des annexes

- Annexen°1 : Guide d'entretien coordinateur CLS**
- Annexe n°2 : Les déterminants de la Santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead**
- Annexe n°3 : Carte représentant les différentes limites géographiques de la Nouvelle-Aquitaine**
- Annexe n°4 : Données tirées du logiciel « Sphinx »**
- Annexe n°5 : L'exemple de la gouvernance du CLS de Bordeaux**
- Annexe n°6 : L'exemple du calendrier de la réalisation du CLS de Bordeaux**

Annexe n°1 : Guide d'entretien coordinateurs CLS

Vérification des informations

- CLS de ...
- Coordination : Nom / prénom / structure / service / tel / mail
- Autre contact
- Elu référent : Nom / prénom / mandat
- Date de création : Signature contrat
- Durée :
- Phase : Planification / Développement / Evaluation / Arrêt / Pause
- Axes stratégiques :
- Détourage du CLS :
- Liens vers de la documentation (contrat cadre / plan d'action ASV)

Les débuts du CLS :

Articulation avec les autres dispositifs (Agenda 21, Réseau ville santé, OMS, politique de la ville ou autres démarches locales) :

- Y a-t-il une articulation entre le CLS et d'autres dispositifs ? Lesquels ?
- L'ASV / le CLSM et le CLS ont-ils fusionné leurs instances ?

Qui est à l'initiative du CLS ?

Avant le CLS existait-il un partenariat entre les institutions ou les collectivités ?

- Entre lesquelles ?
- Etait-il formalisé ?
- Sur quelle base ? (Une action pérenne, ponctuelle ?)

Selon vous est-ce un territoire urbain ou rural ?

- Justification

- Selon la phase :

- Comment a été signé le contrat ?
 - Avec axes ? Fiches actions ?

Cadrage / pilotage :

- Y a-t-il eu un diagnostic ?
 - Des réunions, avec des éléments « nouveaux » pour le CLS ?
 - Un état des lieux avec des éléments pré-existants ?
 - Des données qualitatives et quantitatives ?
 - Une validation « pas à pas » de l'ARS
- Combien y -a-t-il d'instances ?
 - Quel est leur nom ?
 - Qui compose ces instances ?
 - Invitez-vous selon les réunions / à la demande des acteurs incontournables ne figurant pas dans l'instance à la base ?
 - Quelles sont leurs missions ?
 - Sur le dernier semestre combien y a-t-il eu de réunions ?
- Y a-t-il eu un phasage de la conduite de projets avec des échéances (Mobilisation – Diagnostic – Plan – Suivi – Evaluation) en amont ?
 - Par qui ?
 - Qu'est ce qui est prévu ?

Planification / programmation :

Pour les axes :

- Nombre de fiches action et d'axes ?
 - Qui a défini les axes ?
 - L'axe environnement est-il investi ?
 - L'axe petite enfance / périnatalité est-il investi ?
 - Qui a défini les actions ?
 - Existe-t-il une fiche action concernant coordination (ou un axe) ?
 - Combien d'actions se sont ajoutées depuis la création du CLS ?
- Qui sont les pilotes d'axes et/ou d'actions ?
 - Des signataires ?
 - Des partenaires associés ?
 - Le coordinateur est-il un pilote d'axe ?
 - Des volontaires ?

Budget :

- Y a-t-il un budget global animation / coordination au-delà du poste ?
- Connaissez-vous l'enveloppe prévisionnelle / coût global de la programmation annuelle ?

Communication :

- Y a-t-il eu une communication autour du CLS vers le grand public et les institutions ?
 - Comment ?
 - Par qui ?

Coordination :

- Y a-t-il eu un changement dans la coordination ? Depuis quand ?
- Quelle est votre structure de rattachement ?
 - Collectivité ?
 - ARS ?
- Combien de temps consacrez-vous au CLS en pourcentage d'ETP ?
- Qui vous verse votre salaire ?
- Quel est votre rôle en tant que coordinateur du CLS ?
 - Action directement auprès du public ?
 - Uniquement de coordination ?

Place des citoyens :

- Quelle était la place des citoyens directement concernés par le CLS ?

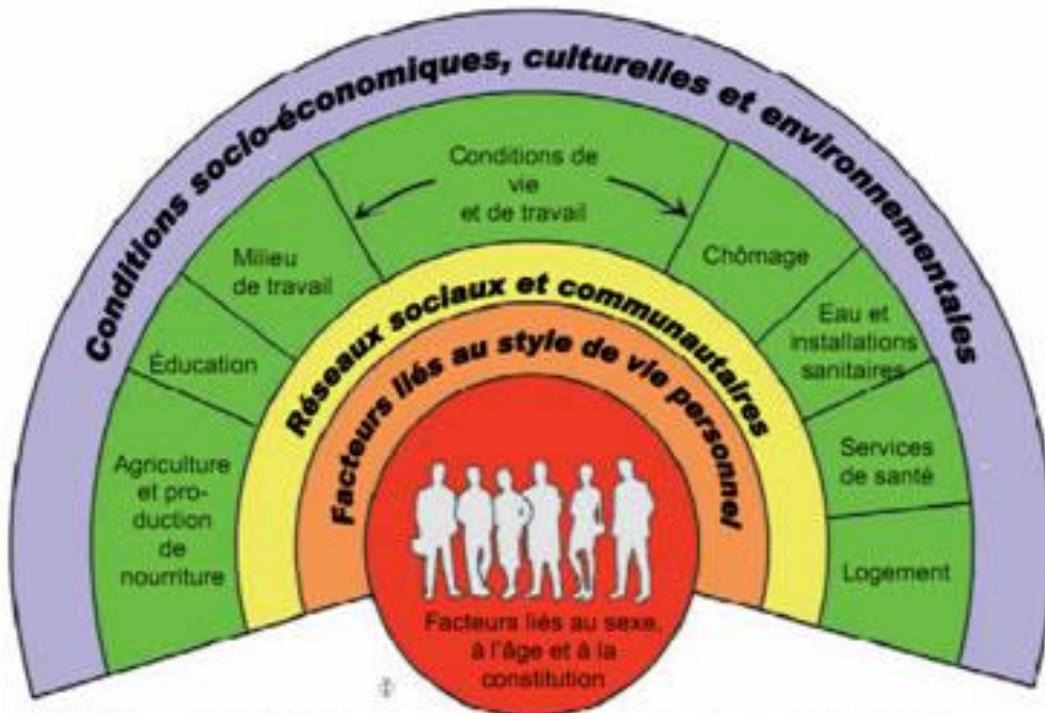
Evaluation :

- A-t-elle été prévue lors de l'écriture du CLS ?
- Y a-t-il eu une évaluation intermédiaire ? Bilan annuel ?
 - Sur quoi porte-elle ? (Pilotage, programmation des actions, coordination, planification)
- Une stratégie d'évaluation finale est-elle mise en place ?
 - Que cherchera-t-elle à évaluer ? (Pilotage, programmation des actions, coordination, planification)
- Quelle sera la continuité de l'évaluation avec le PRS de 2018 ?

Discussion :

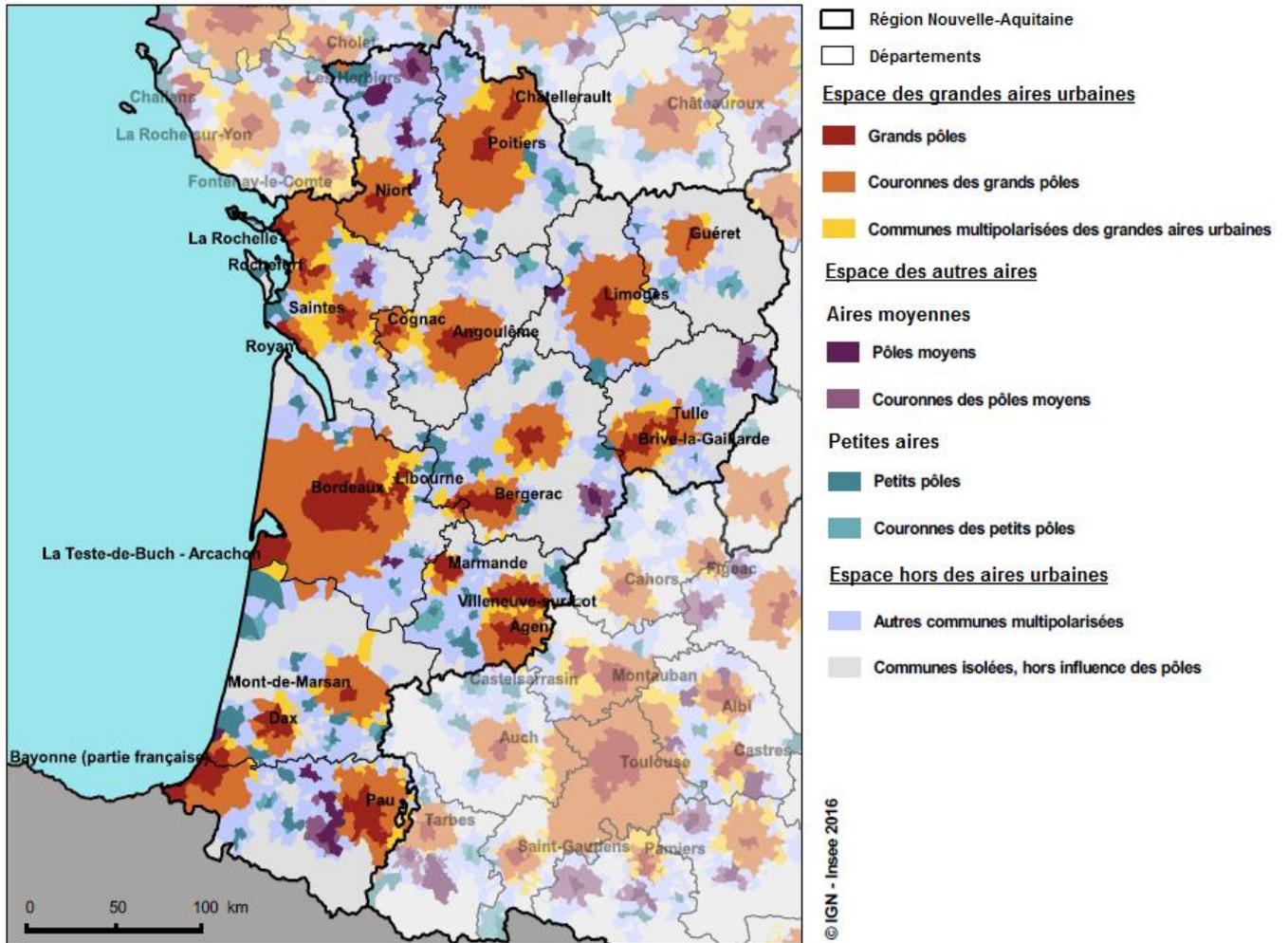
- Quels ont été les apports de l'Ireps / de Ville au Carré / de Pays et Quartiers d'Aquitaine ?
- A quelle phase sont-ils intervenus ?
- Avez-vous des besoins à l'heure actuelle ?
 - Si oui, lesquels ?

Annexe n°2 : Les déterminants de la Santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

Annexe n°3 : Carte représentant les différentes limites géographiques de la Nouvelle-Aquitaine



Annexe n°4 : Données tirées du logiciel « Sphinx »

Tableau n°1 :

Département du CLS

	Nb	% cit.
Pyrénées-Atlantiques	5	14,3%
Charente	5	14,3%
Vienne	3	8,6%
Charente-Maritime	3	8,6%
Deux-Sèvres	3	8,6%
Dordogne	3	8,6%
Landes	3	8,6%
Lot-et-Garonne	3	8,6%
Gironde	3	8,6%
Creuse	2	5,7%
Corrèze	1	2,9%
Haute-Vienne	1	2,9%
Total	35	100,0%

Tableau n°2 :

Année de contractualisation en fonction du département

	2013	2016	2011	2014	2015	2012	Total
Pyrénées-Atlantiques	1	3	0	1	0	0	5
Charente	2	0	0	2	0	1	5
Gironde	2	0	0	0	1	0	3
Dordogne	2	1	0	0	0	0	3
Landes	3	0	0	0	0	0	3
Lot-et-Garonne	1	1	0	1	0	0	3
Vienne	2	0	1	0	0	0	3
Charente-Maritime	1	1	0	0	1	0	3
Deux-Sèvres	1	0	0	0	2	0	3
Creuse	0	0	1	0	0	1	2
Corrèze	0	0	1	0	0	0	1
Haute-Vienne	0	0	1	0	0	0	1
Total	15	6	4	4	4	2	35

Tableau n°3 :

Les signataires en fonction de la région				
	Aquitaine	Poitou-Charantes	Limousin	Total
Non réponse	1	0	0	1
Agence Régionale de Santé	16	14	4	34
Préfecture	15	14	4	33
Conseil Départemental	14	8	3	25
Communauté de communes	7	4	3	14
Caisse Primaire d'Assurance Maladie	8	0	4	12
Centre Hospitalier	7	0	3	10
Commune	1	6	3	10
Mutualité Sociale Agricole	6	0	3	9
Education Nationale	8	0	0	8
Communauté d'Agglomération	6	2	0	8
Syndicat Mixte	3	4	0	7
Mutualité Française	4	0	0	4
Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail	4	0	0	4
Clinique	3	0	0	3
Direction Départementale de la Cohesion Sociale et de la Protection des Populations	2	0	0	2
Centre Communal d'Action Sociale	1	1	0	2
URPS infirmiers	2	0	0	2
URPS Médecins Libéraux	2	0	0	2
ADAPEI	2	0	0	2
Président Conférence de Territoire	1	0	0	1
Caisse d'Allocations Familiales	1	0	0	1
Président association	1	0	0	1
Mission locale	1	0	0	1
PETR	0	1	0	1
Centre hospitalier spécialisé	1	0	0	1
AAPAM	1	0	0	1
Association Renovation	1	0	0	1
Conseil régional	0	0	1	1
Total	119	54	28	201

Tableau n°4 :**Membres instance décisionnelle**

	Nb	% obs.
Non réponse	2	5,7%
Signataires	33	94,3%
Centres Hospitaliers / cliniques	18	51,4%
CPAM	16	45,7%
Représentant de la direction départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations	13	37,1%
Education nationale	11	31,4%
MSA	9	25,7%
La CAF	9	25,7%
Représentant de la Conférence de Territoire	8	22,9%
CARSAT	7	20,0%
Communauté d'agglomération	6	17,1%
Conseil régional	6	17,1%
URPS Médecins Libéraux	5	14,3%
CCAS	5	14,3%
URPS	5	14,3%
Mutualité Française	5	14,3%
Conseil départemental	4	11,4%
Représentants d'usagers	4	11,4%
COP	4	11,4%
Association des pôles et maisons de santé	4	11,4%
COI	3	8,6%
IREPS	3	8,6%
COM	3	8,6%
CDOM	3	8,6%
Ordre	2	5,7%
Représentant de la direction Solidarité du conseil départemental	2	5,7%
Ordre des dentistes	2	5,7%
COK	2	5,7%
Pilotes des fiches actions	2	5,7%
Coordinateur	2	5,7%
Eventuels partenaires	2	5,7%
URPS Infirmiers Libéraux	2	5,7%
Tous les partenaires locaux (ESAT, EHPAD, IME, CAARUD, ADMR, ...)	2	5,7%
Comité des quartiers les plus représentatifs	1	2,9%
Conseil de quartiers	1	2,9%
Représentation de la direction régionale Jeunesse-sport- cohésion sociale	1	2,9%
COSF	1	2,9%
Régime Social des Habitants	1	2,9%
Maison Associative de la Santé	1	2,9%
Groupement coopération sanitaire réseau gérontologique	1	2,9%
Consommation logement, cadre de vie	1	2,9%
Confédération national du logement	1	2,9%
URPS Dentistes	1	2,9%
Représentant des habitants de la ville	1	2,9%
CISS	1	2,9%
DD ARS	1	2,9%
Représentants désignés par les CSCS	1	2,9%
Médecine du travail	1	2,9%
Mission locale	1	2,9%
Vie des Quartiers, Emploi et Valorisation	1	2,9%
GIP-DSU	1	2,9%
Représentant association d'usagers	1	2,9%
Total	35	

Tableau n°5 :**Thématique des axes prioritaires**

	Nb	% obs.
Prévention / Promotion de la santé	18	51,4%
La santé environnementale	17	48,6%
Les personnes âgées	17	48,6%
La santé mentale	16	45,7%
Lutte contre les addictions	11	31,4%
Coordination / continuité des soins	10	28,6%
La santé des publics précaires / fragiles / vulnérables	10	28,6%
La perte d'autonomie	7	20,0%
Accès aux soins de premiers recours / coordination des soins	7	20,0%
Accès aux dépistages/ accès aux droits / Accès au soins	6	17,1%
La santé des jeunes	6	17,1%
Les personnes en situation de handicap	6	17,1%
Observation de la santé / évaluation / coordination CLS	5	14,3%
Prévention enfants / jeunes / parentalité	4	11,4%
La lutte contre l'habitat défavorable à la santé	3	8,6%
Périnatalité / Petite enfance	3	8,6%
Accès aux droits en santé / prévention au soin	3	8,6%
La mobilité	3	8,6%
Les maladies du métabolisme et de la nutrition	2	5,7%
Attractivité du territoire	2	5,7%
Préservation de l'offre de soins publique et privée	2	5,7%
Prévention du suicide	2	5,7%
Dépistage des Cancers	2	5,7%
Santé / Milieu professionnel	2	5,7%
Isolement rural et accessibilité	2	5,7%
Les maladies cardio-vasculaires	1	2,9%
Les personnes handicapées vieillissantes	1	2,9%
Information - communication	1	2,9%
Encourager la participation des habitants	1	2,9%
La santé au sein de la famille et de son environnement	1	2,9%
Le repérage précoce et le suivi des grosses à risque social	1	2,9%
Maintient à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	1	2,9%
Les risques sanitaires	1	2,9%
Dépistage du diabète	1	2,9%
Egalité sociale et territoriale devant la santé	1	2,9%
Santé- Sexualité	1	2,9%
Télesanté	1	2,9%
La qualité et l'hygiène de vie	1	2,9%
La promotion de l'égalité devant la santé	1	2,9%
Nutrition activité physique	1	2,9%
Les infections transmissibles sexuellement par le sang	1	2,9%
Accompagnement du parcours de santé des publics déplacés et relogés suite aux rénovations urbaines	1	2,9%
Professionnels de santé	1	2,9%
La couverture vaccinale	1	2,9%
Aménager des cadre de vie favorables à la santé	1	2,9%
Réduire les ISS territoriales et environnemetales de santé	1	2,9%
Améliorer la fluidité des parcours de santé, santé mentale, maladies chroniques, vieillissement	1	2,9%
Prévention des risques	1	2,9%
Santé de la femme / procréation/ sexualité	1	2,9%
Vivier de projets	1	2,9%
Isolement	1	2,9%
Total	35	

Tableau n°6 :

Thématique de l'axe en fonction du nombre d'axes

	4	5	7	9	6	3	12	8	11	2	Total
...	6	3	3	5	0	2	1	0	0	1	21
Prévention / Promotion de la santé	11	3	0	0	0	3	0	0	1	0	18
Les personnes âgées	6	3	2	1	2	1	1	1	0	0	17
La santé environnementale	9	2	1	1	2	0	0	1	1	0	17
La santé mentale	5	3	2	1	2	0	1	1	0	1	16
Lutte contre les addictions	3	2	2	2	0	0	1	0	1	0	11
La santé des publics précaires / fragiles / vulnérables	3	4	0	0	1	0	0	1	1	0	10
Coordination / continuité des soins	6	2	0	1	0	0	0	0	1	0	10
La perte d'autonomie	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7
Accès aux soins de premiers recours / coordination des soins	2	2	0	1	1	0	0	1	0	0	7
Les personnes en situation de handicap	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
La santé des jeunes	1	0	2	1	1	0	0	1	0	0	6
Accès aux dépistages/ accès aux droits / Accès au soins	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	6
Observation de la santé / évaluation / coordination CLS	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	5
Prévention enfants / jeunes / parentalité	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	4
Périnatalité / Petite enfance	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3
La lutte contre l'habitat défavorable à la santé	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
Accès aux droits en santé / prévention au soin	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
La mobilité	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3
Isolement rural et accessibilité	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Santé / Milieu professionnel	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Dépistage des Cancers	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Les maladies du métabolisme et de la nutrition	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Attractivité du territoire	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Préservation de l'offre de soins publique et privée	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Prévention du suicide	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Accompagnement du parcours de santé des publics déplacés et relogés suite aux rénovations urbaines	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Professionnels de santé	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
La couverture vaccinale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Les infections transmissibles sexuellement par le sang	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
La qualité et l'hygiène de vie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	61	35	24	18	14	13	10	9	6	2	192

Tableau n°7 :

Sujet fiche santé-environnementale

	Nb	% obs.
Non réponse	10	28,6%
Dispositifs visant à lutter contre l'habitat indigne	10	28,6%
Sensibilisation à la capacité à agir sur les liens Santé-Environnement à destination des responsables municipaux et de collectivités	6	17,1%
Qualité de l'eau	5	14,3%
Prévention des risques auditifs	4	11,4%
Sensibilisation des élus et acteurs de l'habitat sur l'impact du mal logement sur la santé	3	8,6%
Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'habitat	2	5,7%
Radon	2	5,7%
Prévention air intérieur	2	5,7%
Opération « Cartable sain »	2	5,7%
Qualité de l'air intérieur et petite enfance	2	5,7%
Plage sans tabac	1	2,9%
Evolution des méthodes d'entretien des espaces verts	1	2,9%
Partage d'information habitat indigne	1	2,9%
Mise en place d'une ruche	1	2,9%
Promouvoir la culture d'un potager respectueux de l'environnement	1	2,9%
Prévention cancer de la peau	1	2,9%
Promouvoir la consommation de fruits et légumes	1	2,9%
Accompagnement initiatives existantes concernant la propreté	1	2,9%
Qualité de l'air	1	2,9%
Santé au Travail - Filière bois	1	2,9%
Etude épidémiologique sur la population de surfeurs	1	2,9%
Prévention contre le chikungunya et la dengue	1	2,9%
Urbanisme favorable à la santé	1	2,9%
Prévention risques infectieux et vecteurs	1	2,9%
Dépistage post professionnel des pathologies liées à l'amiante	1	2,9%
Sensibilisation - Formation amélioration des pratiques sur la santé environnementale et la périnatalité	1	2,9%
Améliorer la santé au travail dans les entreprises locale notamment dans les entreprises du Bâtiment	1	2,9%
Diffusion des informations relatives à la prévention et lutte contre les espèces nuisibles à la santé humaine	1	2,9%
Prévention des risques auditifs chez les jeunes	1	2,9%
Livret d'information sur les risques sanitaires et naturels	1	2,9%
Sensibilisation à l'élaboration d'un plan climat	1	2,9%
Distribution des produits alimentaires locaux biologiques dans la restauration collective	1	2,9%
Dispositifs visant à lutter contre le « moustique-tigre »	1	2,9%
Bruit et aménagement urbain	1	2,9%
Service de location de vélos	1	2,9%
Améliorer la santé au travail dans l'agriculture	1	2,9%
Sensibilisation des acteurs locaux et des usagers à la qualité de l'air intérieur dans les Etablissements Recevant du Public (ERP) des collectivités	1	2,9%
Formation des acteurs locaux à la qualité de l'air extérieur en lien avec la gestion des espaces verts communs	1	2,9%
Total	35	

Tableau n°8 :**Les axes prioritaires du CLS en fonction de l'ex-région**

	Poitou -Char entes	Aquit aine	Limo usin	Total
Prévention / Promotion de la santé	6	11	1	18
Les personnes âgées	9	7	1	17
La santé environnementale	4	11	2	17
La santé mentale	8	6	2	16
Lutte contre les addictions	5	4	2	11
La santé des publics précaires / fragiles / vulnérables	2	7	1	10
Coordination / continuité des soins	0	9	1	10
La perte d'autonomie	1	5	1	7
Accès aux soins de premiers recours / coordination des soins	5	2	0	7
Les personnes en situation de handicap	5	1	0	6
La santé des jeunes	3	1	2	6
Accès aux dépistages/ accès aux droits / Accès au soins	5	0	1	6
Observation de la santé / évaluation / coordination CLS	2	2	1	5
Prévention enfants / jeunes / parentalité	1	3	0	4
Périnatalité / Petite enfance	2	0	1	3
La lutte contre l'habitat défavorable à la santé	3	0	0	3
Accès aux droits en santé / prévention au sein	3	0	0	3
La mobilité	2	0	1	3
Isolement rural et accessibilité	0	0	2	2
Santé / Milieu professionnel	1	0	1	2
Dépistage des Cancers	0	0	2	2
Les maladies du métabolisme et de la nutrition	1	0	1	2
Attractivité du territoire	1	1	0	2
Préservation de l'offre de soins publique et privée	2	0	0	2
Prévention du suicide	1	0	1	2
Accompagnement du parcours de santé des publics déplacés et relogés suite aux rénovations urbaines	0	1	0	1
Professionnels de santé	0	0	1	1
La couverture vaccinale	1	0	0	1
Les infections transmissibles sexuellement par le sang	1	0	0	1
La qualité et l'hygiène de vie	1	0	0	1
La promotion de l'égalité devant la santé	1	0	0	1
Nutrition activité physique	1	0	0	1
Santé de la femme / procréation/ sexualité	1	0	0	1
Vivier de projets	1	0	0	1
Isolement	1	0	0	1
Prévention des risques	1	0	0	1
Aménager des cadre de vie favorables à la santé	0	1	0	1
Réduire les ISS territoriales et environnements de santé	0	1	0	1
Améliorer la fluidité des parcours de santé, santé mentale, maladies chroniques, vieillissement	0	1	0	1
Encourager la participation des habitants	0	1	0	1
Le repérage précoce et le suivi des grosses à risque social	1	0	0	1
Les maladies cardio-vasculaires	1	0	0	1
Les personnes handicapées vieillissantes	1	0	0	1
Information - communication	0	1	0	1
Egalité sociale et territoriale devant la santé	0	1	0	1
Maintient à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	1	0	0	1
Santé- Sexualité	1	0	0	1
Télésanté	0	0	1	1
Dépistage du diabète	0	0	1	1
Les risques sanitaires	1	0	0	1
La santé au sein de la famille et de son environnement	1	0	0	1
Total	88	77	27	192

Tableau n°9 :**Sujet fiche action périnatalité/enfant**

	Nb	% obs.
Non réponse	6	17,1%
Entretien prénatal précoce / vulnérabilité psychique de la mère / repérage / amélioration du parcours de santé de la mère	18	51,4%
La prévention bucco dentaire (6 ans)	10	28,6%
Soutient parentalité	5	14,3%
Equilibre Alimentaire / Activité sportive	5	14,3%
L'équilibre alimentaire	5	14,3%
Promouvoir l'éducation pour la santé (allaitement, nutrition, ...)/Dépistage et vaccination	3	8,6%
La santé des femmes victimes de violences conjugales	2	5,7%
Sommeil / hygiène	2	5,7%
Programme de Réussite Educative	2	5,7%
Périnatalité et qualité de l'air intérieure / santé - environnementale	2	5,7%
Prévenir le diabète	2	5,7%
Prévention précoce en périnatalité	2	5,7%
Violence intrafamilial	2	5,7%
Intervention en faveur des très jeunes mères	1	2,9%
Dépistage prévention précoce des troubles du développement chez l'enfant	1	2,9%
Intégration des enfants présentant des troubles du développement	1	2,9%
Coordonner acteur petite enfance (ordinaire / handicapée)	1	2,9%
Compétences psychosociales	1	2,9%
Label OMS: Hôpital Ami des Bébé	1	2,9%
Développement d'une équipe diagnostique de proximité sur l'autisme	1	2,9%
Dispositif prévention primaire petite enfance	1	2,9%
Optimiser l'accueil de la petite enfance	1	2,9%
Faciliter l'accès aux soins des enfants dépistés avec une problématique de santé lors des bilans de santé scolaire	1	2,9%
Les équipements sportifs	1	2,9%
La cyber dépendance	1	2,9%
Dépistage, le suivi et l'accompagnement du jeune enfant en situation de handicap et de sa famille	1	2,9%
L'habitat indigne	1	2,9%
Prévention des risques dus aux différents produits utilisés dans l'environnement immédiat	1	2,9%
Examen périodique de santé (Enfants en situation de précarité)	1	2,9%
Vaccination	0	0,0%
Total	35	

Tableau n°10 :**Plan d'action lors de la signature en fonction de la région**

	Aquitaine	Poitou-Charentes	Limousin	Total
Non réponse	1	0	0	1
Oui	5	13	4	22
Non	11	1	0	12
Total	17	14	4	35

Tableau n°11 :**Nombre fiche action périnatalité**

	Nb	% cit.
Non réponse	4	11,4%
5 et plus	9	25,7%
2	8	22,9%
1	7	20,0%
4	3	8,6%
Moins de 1	2	5,7%
3	2	5,7%
Total	35	100,0%

Tableau n°12 :**Sources de données quantitatives**

	Nb	% obs.
Non réponse	5	14,3%
ORS	22	62,9%
Diagnostic reposant sur des projets antérieurs	14	40,0%
ARS	9	25,7%
CPAM	7	20,0%
INSEE	6	17,1%
Conseil Départemental	5	14,3%
CAF	4	11,4%
Cabinet Conseil	4	11,4%
MSA	4	11,4%
Collectivité locale	3	8,6%
GIP-DSU	2	5,7%
RSI	2	5,7%
CARSAT	2	5,7%
PRS	1	2,9%
IREPS	1	2,9%
Association locale	1	2,9%
Education Nationale	1	2,9%
MDPH	1	2,9%
Total	35	

Tableau n°13 :

Source de données qualitatives

	Nb	% obs.
Non réponse	16	45,7%
Groupe thématique(professionnels) lors de l'élaboration du CLS	14	40,0%
Entretien avec des professionnels de santé /bénévoles/acteurs concernés	5	14,3%
Concertation des conférences de territoire	3	8,6%
Entretien avec des élus	2	5,7%
Habitants des quartiers	1	2,9%
Entretien avec des usagers	1	2,9%
Enquête auprès des jeunes	1	2,9%
Population générale	1	2,9%
Total	35	

Tableau n°14 :

Nature de la communication

	Nb	% cit.
Ponctuelle	17	85,0%
Régulière	3	15,0%
Total	20	100,0%

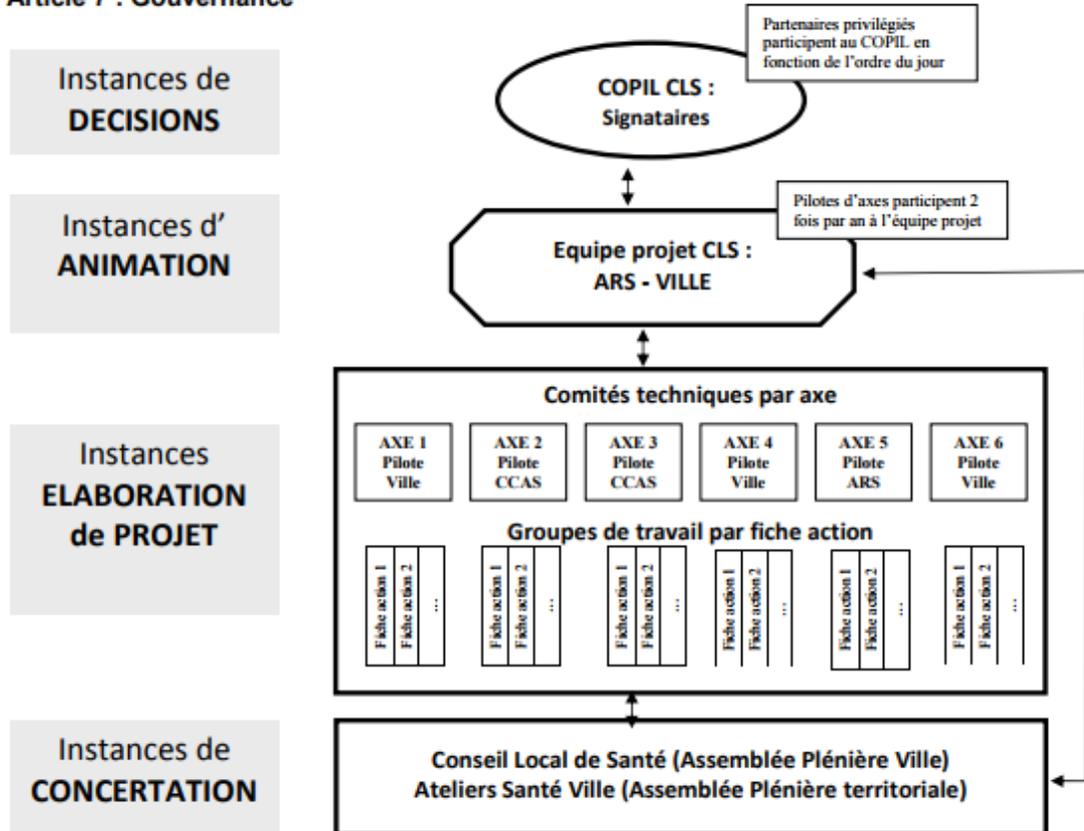
Tableau n°15 :

Objet de la Communication CLS

	Nb	% obs.
Non réponse	15	42,9%
Signature du CLS	13	37,1%
Actions du CLS	16	45,7%
Total	35	

Annexe n°5 : L'exemple de la gouvernance du CLS de Bordeaux

Article 7 : Gouvernance



Annexe n°6 : L'exemple du calendrier de la réalisation du CLS de Bordeaux



PARTIE 2 : NOTE REFLEXIVE

1. L'environnement de travail : L'Ireps

1.1 Le processus de fusion

La Fédération Nationale d'Education à la Santé (FNES) à la suite de la promulgation de la loi NOTRe a appelé au rassemblement des Ireps des trois ex-régions que sont le Limousin, le Poitou-Charentes et l'Aquitaine qui avaient jusqu'à présent respectivement 3 (Limoges, Brive-la-Gaillarde, Guéret), 4 (Niort, Poitiers, La Rochelle, Angoulême) et 5 antennes (Bordeaux, Mont-de-Marsan, Pont-du-Casse, Pau et Périgueux), chacune de ces régions possédait un siège, respectivement : Limoges, Poitiers et Bordeaux. L'Ireps Nouvelle-Aquitaine est la résultante de la fusion-absorption de l'Ireps Limousin et l'Ireps Poitou-Charentes par l'Ireps Aquitaine. Juridiquement la « *fusion absorption* » se définit comme « *une opération de concentration. L'opération financière est dite aussi absorption par laquelle les associés de deux ou plusieurs sociétés décident de confondre les actifs des entreprises au capital desquelles ils participent, pour ne former qu'une seule personne morale (...). Le document conclu entre les sociétés qui procèdent à une fusion se dénomme un " projet de fusion" ou encore un " traité de fusion". Une opération de fusion-absorption, entraîne la dissolution sans liquidation de la société absorbée et la transmission universelle de son patrimoine à la société absorbante* »⁵⁸. Cette fusion-absorption a entraîné une nette augmentation de la masse salariale et une recomposition des échelles hiérarchiques et géographiques. L'ex-Aquitaine est ainsi passée d'une vingtaine de salariés en Aquitaine à 70 toutes antennes confondues de la Nouvelle-Aquitaine. Désormais le pilotage de l'Ireps s'organise autour d'un directeur général siégeant en Aquitaine dans le département du Lot-et-Garonne, il s'agit en fait de l'ancien directeur de l'IREPS Aquitaine, ainsi que d'une directrice adjointe sur l'antenne de Poitiers en Poitou-Charentes. Cette opération entraîne un certain changement et mon stage m'a permis d'appréhender l'impact des bouleversements territoriaux sur les institutions et plus particulièrement le concept de fusion-absorption, effective pour l'Ireps depuis le 1^{er} Janvier 2017, à la suite d'un long travail préparatoire de la part des différents administrateurs⁵⁹. Effectivement, durant l'année 2016 un projet associatif co-construit a été élaboré grâce à une gouvernance unique des trois Ireps en lien avec les conseils de proximité de chaque département. Le processus de fusion-absorption des trois ex-IREPS n'est toutefois pas complètement terminé car il nécessite à la fois une réflexion sur les compétences de la future institution, la prise en compte de l'incidence de la fusion sur les acteurs et l'organisation

⁵⁸ Dictionnaire Juridique de Droit Privé Français

⁵⁹ Rapport d'activités des Ireps Limousin, Poitou-Charentes, Aquitaine

des services mais aussi la considération de la nouvelle fiscalité et de la nouvelle trésorerie de cette instance. Cette nouvelle organisation riche de trois ex IREPS ayant des orientations communes mais également des activités spécifiques, bénéficie désormais de nouvelles opportunités pour développer la promotion et la prévention de la santé.

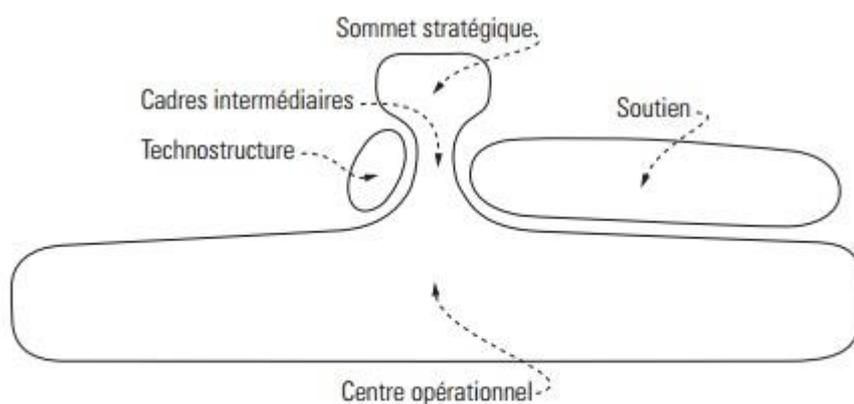
Selon C. Sargis Roussel, la fusion est synonyme de multiplicité des échanges, de rotation de postes, de brassage des idées tant par l'ouverture vers d'autres cultures que par des modes de management par ailleurs différenciés. Force est de constater que la fusion est également synonyme de réorganisation d'entités réunies, de la prise de décision et du système de pouvoir (Lakhdhar, 2014) pouvant générer des conflits internes à l'organisation et impacter la « *post-fusion* ». Dans cette situation d'incertitude bouleversée par un changement organisationnel que P. Collerette qualifie de « *toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système* », le rôle de manager semble avoir une place primordiale. Effectivement même s'il s'avère que certains changements doivent s'imposer il semble indispensable que le manager puisse entendre les préoccupations des acteurs et les rassure sur l'avenir de l'institution tout au long du processus de fusion, en effet de par sa position il dispose de davantage de visibilité sur les incertitudes qui entourent celle-ci. La littérature met en avant les perturbations au niveau du climat organisationnel et du rapport individu/organisation mais aussi du stress, de l'anxiété et des sentiments d'injustice lors d'une démarche de fusion (Lakhdhar, op.cit). Il semble que la réussite d'une intégration post-fusion repose sur la combinaison des talents des institutions désormais réunies. La conduite d'un autodiagnostic stratégique et opérationnel des métiers, afin de mettre en évidence les atouts et handicaps, les forces et points de faiblesse des modes d'organisation et de travail par domaine d'action, peut constituer un levier mobilisateur, afin de faire des changements une opportunité pour l'ensemble des professionnels impactés et, par conséquent, pour la pertinence et la qualité de l'offre de service⁶⁰.

1.2 Analyse organisationnelle de l'IREPS, antenne de Bordeaux

Notre stage se déroulant au sein de l'antenne Bordelaise nous avons fait le choix d'analyser plus particulièrement l'organisation structurelle de l'antenne Girondine. Selon Henri Mintzberg, les organisations sont constituées de cinq composantes fondamentales, cinq grands groupes sociaux qui ont des tâches et des rôles différents, l'antenne de Bordeaux, au vu de son organigramme, semble s'inscrire dans la configuration structurelle de la bureaucratie professionnelle (Figure 1) puisque le centre opérationnel est composé de professionnels avec un haut niveau de compétence. Dans ce modèle la standardisation des qualifications est au cœur du système : les travailleurs

⁶⁰ « Réforme Territoriale, un projet de Management », La Gazette des communes n° 2239, 6 octobre 2014

décident de ce qu'ils doivent faire ainsi que de la façon dont ils vont le faire, au sein de l'organisation chacun sait également ce qu'il peut attendre des autres. Dans ce type de structure la coordination est facilitée car chacun est au fait de ses prérogatives pour que l'organisation fonctionne au mieux.



LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Ainsi, dans l'antenne bordelaise nous pouvons considérer que le sommet stratégique est composé de la directrice de l'antenne qui assume également le rôle de chargée de projets. Le centre opérationnel est composé de quatre chargés de mission ayant chacun leur propre champ de compétence et leur propre façon de réaliser leurs projets, ainsi que de deux documentalistes. La technostructure est composée du comptable et la fonction de support logistique est assurée par deux secrétaires-assistantes.

Outre le changement organisationnel dû à la fusion des établissements et dans lequel s'inscrit notre stage, la mission (Mission Santé et Territoires) à laquelle nous avons dû contribuer est également, par la force des choses, impactée par la fusion absorption.

2. La Mission Santé et Territoires dans un contexte de fusion

2.1 La Mission Santé et Territoires au sein de l'IREPS

La « Mission Santé et Territoires » résulte d'une initiative locale et expérimentale soutenue puis régionalisée par la volonté de l'Etat. Si l'objet premier de la mission régionale était la stimulation et le développement des ASV, désormais celle-ci s'étend aux CLS et c'est dans ce cadre que notre étude a eu lieu. Les objectifs de la mission sont les suivants :

- Développer une démarche de santé publique et notamment de promotion de la santé au sein des territoires

- Accroissement des compétences en matière de promotion de la santé au sein des territoires

- Déployer des logiques de réseau sur une démarche de santé publique

Cette mission auparavant étendue sur l'Aquitaine, couvre désormais la Nouvelle-Aquitaine depuis la fusion. Cependant nous pouvons noter que cette mission était inconnue des autres IREPS avant la fusion car aucun ne bénéficiait d'une aide semblable pour le soutien d'éventuels projets locaux de santé, le soutien à ces projets locaux de santé dans les différentes régions était très variable.

Par exemple en Poitou-Charentes le financement de l'appui méthodologique passe par une négociation avec la délégation départementale de l'ARS dans chaque département, ainsi chaque projet ne bénéficie pas du même soutien. De plus dans cette ex-région l'accompagnement peut demander la réalisation d'un diagnostic, d'une évaluation, etc. L'IREPS s'inscrit dans une démarche de « faire » autant que d'accompagnement. Dans certaines situations le chargé de mission peut prendre part au projet local de santé en étant pilote d'un axe ou d'une action, parfois il en est même le coordinateur. En Poitou-Charentes, il existe une coordination régionale grâce à des activités d'animation et d'échanges de pratiques réalisées en partenariat avec le centre de ressources Villes au Carré.

En Aquitaine l'ARS finance la Mission sans que celle-ci ne se substitue complètement à ses délégations départementales, cependant l'IREPS ex-Aquitaine ventile ensuite le financement et le soutien qu'elle peut apporter entre les différents CLS. La coordination régionale est réalisée par l'IREPS et Pays et Quartiers d'Aquitaine (Miroir de Villes au carré en Poitou-Charentes).

Concernant le Limousin, l'IREPS est globalement peu associée dans la démarche CLS, cependant elle participe par exemple au soutien d'actions développées dans le cadre du CLS.

Finalement la Mission a pour but d'harmoniser les pratiques et l'organisation de la contractualisation en proposant des outils à travers le blog par exemple. En ce sens, les pratiques des uns et des autres doivent dans un premier temps être partagées puis adoptées par chacun, pour cela une transmission des savoirs est nécessaire. Ce processus est défini par N. Lauzon comme « *un processus lié à l'identification de savoirs à partager, à leur acquisition et à leur utilisation, dans le but de rendre les pratiques en place plus efficaces* », il permet en somme, le changement des pratiques organisationnelles et les comportements du destinataire⁶¹. Le partage d'informations est d'autant plus essentiel dans cette situation car les chargés de projets de l'IREPS ne sont que les destinataires de cette transmission et non les bénéficiaires directs. Effectivement la façon

⁶¹ Synthèse de recherche : Les facteurs favorisant l'harmonisation des pratiques organisationnelles dans un contexte multisite (Université de Scherbrooke)

d'accompagner les CLS a un impact direct tant sur le coordinateur que sur la mise en œuvre du CLS. Un soutien harmonisé aux différents coordinateurs de la part de l'IREPS est nécessaire car l'appui méthodologique contribue fortement au bon déroulement de l'élaboration du CLS. En effet, d'entrée, des éléments sont pensés tels que l'évaluation, la mise en place d'indicateurs de suivi, le déroulement des réunions... Notons toutefois que l'IREPS n'est pas toujours associé au processus CLS même si elle peut généralement interagir dans les groupes de travail, au moins en tant qu'opérateur, mais pas au titre de son expertise en matière de montage de projets. Ainsi, comme nous avons pu le constater, il existe des contrastes sur la place de l'IREPS dans l'accompagnement des projets locaux de santé qui peuvent impacter la façon dont se met en place le projet. Désormais toute la nouvelle région bénéficie de la couverture de la Mission Santé et Territoires et une réorganisation va devoir être pensée pour prendre en compte la nouvelle dotation, les outils de chacun, les exceptions propres à chaque territoire, ...

2.2. La précarisation du poste de coordinateur : un frein à la Mission

Au niveau de notre mission mais aussi dans le cadre du questionnaire général des CLS, nous avons dû expliciter à nouveau la Mission Santé et Territoires, notamment aux coordinateurs de la démarche contractuelle qui n'étaient pas toujours au fait de l'étendue de cette mission sur leur territoire.

La Mission commençait tout juste à se mettre en place pour la Nouvelle-Aquitaine, lors de notre arrivée, aussi le blog Mission Santé et Territoires était déjà en partie achevé concernant les CLS et les ASV de l'ex-région Aquitaine. Nous avons fait le choix de commencer par interviewer les coordinateurs de cette région car ils avaient déjà connaissance de la mission (Mission). Avant de débiter nos entretiens nous nous sommes présentés aux différentes antennes de l'IREPS ex-Aquitaine afin de garantir une certaine transparence. De plus il nous a semblé nécessaire d'avoir un entretien rapide avec les chargés de projets des IREPS car ces derniers entretiennent généralement, lorsque l'accompagnement est possible, un lien privilégié avec les coordinateurs de CLS, ils constituaient donc également des personnes ressources. Nous avons effectué la même opération dans les deux ex-régions, en prenant le temps de réexpliquer à chaque fois l'intérêt de la mission et son apport aux coordinateurs puisque certains n'en avaient pas connaissance. Une réunion antérieure à notre arrivée avait permis d'expliquer les bénéfices de cette mission aux coordinateurs, cependant le turn-over dans les postes de coordination des CLS a parfois rendu caduque cette réunion d'information. Alors que R. Aubry définit la coordination comme une fonction nécessaire et centrale pour l'optimisation de l'organisation du système de santé les changements récurrents dans la coordination en Nouvelle-Aquitaine nous ont particulièrement frappés. M-A Bloch souligne que la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs et que la

coopération vient en surcroît de la coordination. Elle apparaît donc essentielle pour un outil comme le CLS, pourtant force est de constater que le cadre juridique permettant un financement pérenne est inexistant or il s'agit d'une des premières conditions pour fonctionner. M-A Bloch explique également le turn-over important des professionnels par « *des conditions de travail difficiles, de nombreuses tensions à gérer et le problème vu plus haut de financement précaire* ». Cette situation d'absence de coordination ou d'une prise de poste récente nous a parfois mis en difficulté car il était impossible de capitaliser des informations antérieures à l'arrivée du coordinateur alors qu'elles étaient essentielles pour l'étude.

3. Apport du stage

3.1 Des connaissances théoriques confortées

Nos deux années de Master ont été riches en apport de connaissances théoriques sur des sujets variés recouvrant de manière large le champ de la santé publique. L'unité d'enseignement 19 dispensée par Madame Françoise Jabot nous a permis d'avoir une première approche sur la connaissance des CLS. Ces connaissances préalables ont pu être complétées lors de notre stage où nous avons pu appréhender de manière globale cet instrument et confronter les éléments théoriques à la réalité du terrain, par exemple la difficulté des coordinateurs à mettre en place une évaluation et leur désarroi face au manque d'outils et de méthodologie.

Ce stage professionnalisant au sein de l'IREPS antenne Gironde nous a beaucoup apporté bien que notre mission principale fût cantonnée à un objet d'étude : le CLS. En ce sens, nos entretiens avec les coordinateurs nous ont permis de comprendre plus finement en quoi consistait ce poste et sa finalité mais aussi d'en tirer certaines conclusions, par exemple le fait qu'en Nouvelle-Aquitaine il soit rarement un poste à part entier mais plutôt complémentaire à une autre fonction. Nous avons également pu cerner les différentes compétences que requiert la mission de coordination de CLS, notamment des capacités d'animation lors des réunions, tant avec les partenaires locaux lors des groupes de travail qu'avec les décisionnaires en comité de pilotage, mais aussi un esprit de synthèse pour l'écriture des comptes rendus.

Le fait de réaliser ce stage aux côtés de chargés de projets nous a également permis d'avoir une vision sur ce métier sans que nous n'ayons pu toutefois réellement mener à bien un projet en tant que tel. Nous avons assisté à deux formations dispensées par deux chargés de projets :

- La formation socle MONALISA, qui s'est déroulée sur deux jours, elle s'adresse aux équipes citoyennes et aux bénévoles menant des actions diverses de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Elle nous a permis de prendre connaissance de diverses techniques d'animation mais aussi de parfaire nos connaissances sur la fonction des

bénévoles et les difficultés pour ces derniers de s'impliquer tout en gardant une posture adéquate et en assurant leur sécurité.

- La formation « développement des compétences psychosociales » à destination de professionnels du secteur social (éducateur, moniteur-éducateur, ...) au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS). Cette formation au-delà du fait d'enrichir nos connaissances en technique d'animation, nous a également permis de cerner certaines difficultés du métier comme par exemple susciter l'intérêt d'un groupe qui n'a pas été sensibilisé à la problématique ou initié à la thématique proposée.

Bien entendu nous avons assisté à plusieurs réunions concernant les CLS :

- Plusieurs réunions au sujet du CLS de Bordeaux, notamment avec les acteurs de l'instance d'animation afin de voir comment il était possible d'envisager l'évaluation de ce CLS.
- Une réunion de lancement du CLS métropolitain, avec la présentation de ce dernier à tous les acteurs locaux et les institutions.
- Une réunion avec les acteurs du groupe d'animation du CLS du Pays Médoc qui portait sur la réalisation des actions et l'avenir du CLS, ce qui m'a permis de mieux cerner les difficultés d'un CLS rural, mais aussi comme pour les réunions concernant le CLS de Bordeaux les confrontations entre les acteurs.

Au delà des diverses réunions concernant les CLS auxquelles nous avons pu participer, nous avons également pu rejoindre un groupe de travail « Aménagement urbain – aménagement du territoire » de la politique de la ville d'une commune de Gironde. Cela nous a permis de mesurer à quel point la santé publique prenait du sens lorsque face à des situations qui impliquent des groupes sociaux l'IREPS était le seul acteur à promouvoir leur protection et à se questionner quant à leur devenir, par exemple le déplacement d'une population dans le cadre d'un renouvellement urbain avec un relogement en zone périphérique ou rurale.

Notre thématique de travail et notre stage dans sa globalité nous ont permis de connaître davantage le paysage de la Nouvelle-Aquitaine et de mieux appréhender la géographie de cette grande région puisque les coordinateurs et les antennes des IREPS se trouvaient dans des villes réparties sur l'ensemble des territoires.

3.2 Un stage porteur de nouveaux horizons professionnels

Le stage a aussi été un vecteur d'appropriation de compétences, nous avons beaucoup utilisé le logiciel statistique « Sphinx » afin de réaliser des tableaux statistiques et de comparer les données des CLS, mais aussi l'outil Excel qui nous a permis de mettre en pratique les astuces que nous avons étudiées durant les cours de Master 1. La réalisation d'une trentaine d'entretiens nous a permis de nous réapproprier les méthodes d'entretien que nous avons étudiées durant le Master 1 et le

Master 2. Cela a facilité la mise en place de notre guide d'entretien mais aussi le recueil de nos données, l'analyse et la synthèse de celles-ci. La prise de rendez-vous, la tenue d'un agenda, sont autant d'éléments qui nous ont responsabilisés et qui ont accru notre autonomie.

De manière générale le stage nous a permis de mettre en pratique des méthodes de travail et notamment de coordonner le rapport de stage, la réalisation des entretiens et la participation à des réunions. En ce sens nous avons développé de réelles compétences organisationnelles puisque nous devons entre autres gérer notre temps de manière efficiente, notamment lorsque nous avons plusieurs entretiens dans la même journée, mais aussi garder du temps pour l'analyse des données et le recueil de celles-ci sur le logiciel « Sphinx ».

Cette étude portant intégralement sur les CLS nous a beaucoup questionnés sur notre avenir professionnel et sur le sens que nous souhaitons donner à notre profession et à la validation de notre master mais aussi aux compétences acquises au cours de nos années infirmières. Avant la réalisation de ce stage notre intérêt était tout particulièrement porté sur les populations précaires et/ou vulnérables et les associations agissant sur les problématiques auxquels doit faire face ce type de public (familles monoparentales, femmes battues, sans domicile fixe, ...). Notre recherche de stage dans ce domaine fut difficile car les associations auxquelles nous avons postulé semblaient manquer de moyens. Ainsi la réponse de l'une d'entre elle, bien que positive, fut tardive et nous étions déjà engagés auprès de l'IREPS. Nous ne le regrettons pas car notre stage nous a permis d'ouvrir nos horizons, d'appréhender des fonctions et des publics qui nous semblaient a priori présenter moins d'intérêt, la découverte du poste de chargé de mission nous a permis de faire évoluer nos représentations. Ainsi l'idée d'occuper un poste de coordinateur de CLS ou de travailler au sein d'une association, par exemple celle des Petits Frères des Pauvres, orientée principalement vers les personnes âgées et dont nous avons eu l'occasion de rencontrer l'un des membres, pourrait être envisagée. Toutefois nous n'écartons pas l'idée de poursuivre nos recherches d'emploi dans le domaine associatif agissant pour faire reculer la pauvreté et les inégalités.

Bibliographie

OUVRAGES

Braudot S. (2017), *Dictionnaire du droit privé Français*, Sub verto « Fusion-Absorption ».

Colerette P., Delisle G., Perron R. (1997), *Le Changement Organisationnel : Théorie et Pratique*, Presses de l'université du Québec, 173 pp.

Mintzberg H. (1979), *Structures et dynamiques des organisations*, Paris, Eyrolles, 440p.

ARTICLES

○ **Articles de revues**

Aubry, R. (2007), « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé », *Santé Publique*, vol. 19, no. hs, pp. 73-77.

Lakhdhar, L. (2014), « Les déterminants individuels de la dynamique identitaire post fusion », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 11, no. 2, pp. 92-114.

Lauzon N. et al. (2013) « La transmission intra organisationnelle des savoirs : une perspective managériale anglo-saxonne », *Savoirs* n° 31, p. 9-48.

Sargis, C. (2004), « Fusion d'entreprises. Les défis de l'intégration des connaissances », *Revue française de gestion*, vol. n° 149, no. 2, pp. 85-99.

○ **Article de presse**

« Réforme Territoriale, un projet de Management », *La Gazette des communes* n° 2239, 6 octobre 2014.

RAPPORTS

Bloch. M-A., Hénault L., Sardas J-C., Gand S. (2011) *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social*, 241 p.

Université de Sherbrooke. (2013) *Les facteurs favorisant l'harmonisation des pratiques organisationnelle dans un contexte*, 27p.

DOCUMENTATION INTERNE

Bilan Triennal 2007 – 2009 de la Mission d'Impulsion et de Coordination des Ateliers Santé – Ville en Aquitaine, Décembre 2009.

Compte rendu de la réunion de coordination régionale Mission Santé et Territoires, 7 Juin 2016.

Rapport d'Activités des 3 Ireps Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, 2016.

BACQ	Roxane	10 Juillet 2017
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE : EVOLUTION D'UN OUTIL SINGULIER DANS UN PAYSAGE EN MUTATION. Exemple de la situation en Nouvelle-Aquitaine.		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé :</p> <p>Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont des instruments créés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009. Les CLS se trouvent à l'interface entre les priorités du Projet Régional de Santé (PRS) et les besoins des populations sur les territoires. Les CLS permettent donc la co-construction d'une politique publique favorable à la santé à l'échelon local en mobilisant les acteurs des différents champs afin d'agir sur les déterminants de la santé, dans une démarche de promotion de la santé.</p> <p>Aujourd'hui, les CLS sont à la fois confrontés à des mutations territoriales d'envergures et dans le même temps à une législation qui les consacre comme des outils opérationnels des politiques publiques à l'échelon local, sans pour autant que leur cadre législatif s'en trouve modifié.</p> <p>La Nouvelle-Aquitaine, fusion des ex-régions que sont l'Aquitaine, le Limousin et le Poitou-Charentes, est la représentation concrète de ce double enjeu puisque leurs CLS sont le fruit d'un historique, d'une forme et d'une organisation différenciée permise par un cadre législatif souple. La contractualisation suscite de nombreuses disparités pourtant les acteurs semblent attendre de réelles évolutions à l'échelon local grâce à cette démarche de territorialisation de l'action publique. Force est de constater que l'outil CLS bien que permettant une interconnaissance des acteurs est également un vecteur d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) dû en partie à une légèreté législative, par ailleurs il ne permet pas toujours la cohérence des politiques publiques.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Contrat Local de Santé – Nouvelle-Aquitaine – Réforme Territoriale – Inégalités Sociales de Santé – Souplesse Législative – Déterminants de la santé – Cohérence des politiques publiques – Collectivités territoriales – Agences Régionales de Santé</p>		
<p><i>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.</i></p>		